



santé
famille
retraite
services



Mairieconseils



Communautés de communes et contrats locaux de santé

Actes du séminaire
du 22 janvier 2013
Paris



Mairie-conseils Caisse des Dépôts

Communautés de communes et contrats locaux de santé

Actes du séminaire
du 22 janvier 2013 – Paris

Introduction

La loi Hôpital Santé Patients et Territoires, HSPT, fait du territoire un outil pour élaborer et conduire des politiques de santé publique. Ainsi, les élus des collectivités territoriales et des intercommunalités peuvent s'investir dans une démarche locale, dans la perspective d'établir un Contrat Local de Santé (CLS), avec leur Agence Régionale de Santé (ARS).

Contribuant à répondre aux enjeux sanitaires du territoire, les objectifs généraux des CLS intègrent plusieurs approches : la promotion et la prévention de la santé, l'offre de premier recours, sanitaire ou médico-sociale, le respect des droits des usagers. Dans ce cadre, les communautés de communes peuvent identifier des enjeux de santé prioritaires.

Très concrètement, l'existence d'une maison de santé pluridisciplinaire peut constituer le point de départ pour développer une dynamique locale favorable à une approche plus globale des questions de santé, tout comme,

par exemple, l'ensemble des actions mise en œuvre pour accompagner le vieillissement de la population.

Actuellement, des Contrats locaux de santé commencent à être signés entre communautés de communes et Agences Régionales de Santé.

Mairie-conseils propose de donner un premier éclairage, le 22 janvier 2013, sur ces nouvelles dynamiques locales pour lesquelles l'implication des élus est déterminante où le rôle des communautés de communes dans l'élaboration et la mise en œuvre des Contrats Locaux de Santé en sera le fil conducteur. Ainsi, trois communautés de communes témoigneront de leurs expériences acquises pour l'élaboration et la signature d'un CLS.

Cette journée d'information et d'échange est proposée en partenariat avec la Direction de la santé Caisse Centrale de la MSA et l'association Elus Santé Publique et Territoires.

SOMMAIRE

PRÉSENTATION DE LA JOURNÉE ET DE SES OBJECTIFS	5
---	---

LA PÉDAGOGIE DE LA LOI

« Patients »

Intervention de Danièle Desclerc-Dulac, présidente du collectif interassociatif sur la santé (CISS) de la région Centre et vice-présidente nationale.....	7
---	---

Questions-réponses	9
--------------------------	---

« Territoire »

Quelle observation territoriale des questions de santé ? Par Zoé Vaillant, laboratoire géographie santé, Université Paris Ouest.....	11
---	----

Questions-réponses	13
--------------------------	----

PRÉSENTATION DU CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

Par Philippe Calmette, directeur de l'ARS Limousin.....	15
---	----

Questions-réponses	17
--------------------------	----

PROJECTION D'UN FILM VIDÉO ET PRÉSENTATION DU PROJET

CLS du Pays Châtillonnais (21).....	21
-------------------------------------	----

TÉMOIGNAGES

CLS du Sud-Ouest Mayennais (53)	23
---------------------------------------	----

Questions-réponses	24
--------------------------	----

CLS de Haute Corrèze - Ussel (19)	27
---	----

Questions-réponses	31
--------------------------	----

INTERVENTION

François Frété, médecin conseiller technique à la caisse centrale de la MSA « Les contributions possibles des caisses locales de la MSA auprès des territoires »	33
---	----

CONCLUSION

Mise en valeur des temps forts de la journée	35
--	----

ANNEXES	37
----------------------	----

Présentation de la journée et de ses objectifs

Bernard SAINT GERMAIN
Chargé de mission Mairie-conseils

Bonjour à tous. Bienvenue à la Caisse des Dépôts, bienvenue à Mairie-conseils pour cette journée consacrée aux contrats locaux de santé et aux travaux à mettre en œuvre avec les communautés de communes sur leur territoire. Cette rencontre fait suite à un précédent séminaire tenu en juin 2011 sur le thème des maisons de santé pluridisciplinaires en milieu rural. Nous l'avons organisé avec la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA) qui nous accompagne également aujourd'hui.

Ce premier séminaire avait mis en évidence la pertinence d'une approche territoriale des questions de santé. Cette approche territoriale est stratégique pour aborder la possibilité de mettre en œuvre un contrat local de santé. En 2011, ce dispositif en était à ses balbutiements. Très peu de contrats locaux de santé avaient été engagés ou signés, raison pour laquelle nous avons décidé de prendre un peu de temps pour aborder leur mise en œuvre. La finalité de notre rencontre d'aujourd'hui est donc plutôt d'aborder la façon de réaliser un contrat local de santé, que de dire ce que l'on a fait grâce à ces contrats.

Le programme de cette journée se veut pédagogique. Nous voulons tout d'abord expliquer ces contrats locaux de santé à travers le volet « patient » en premier lieu. Danièle Desclerc-Dulac, présidente du CISS région Centre, interviendra sur ce point. L'approche territoriale sera le deuxième sujet traité ce

matin. Zoé Vaillant, de l'université Paris Ouest, en fera un exposé. Nous avons eu ce contact grâce à notre partenariat avec l'association « Élus, santé publique et territoires », dont le président nous rejoindra cet après-midi. C'est avec cette association que nous avons réalisé le premier séminaire de juin 2011. En fin de matinée, Philippe Calmette, directeur de l'ARS Limousin, viendra nous parler de ces contrats locaux de santé, de leurs mises en œuvre et des relations attendues entre les ARS et les élus des territoires, notamment ceux regroupés en communautés de communes.

Cet après-midi, nous entendrons essentiellement des témoignages de terrain. Le premier sous la forme d'un film vidéo réalisé à Châtillon-sur-Seine (Côte d'Or) ; deux autres viendront de Mayenne et de Corrèze. Enfin, pour conclure la journée, François Frété, de la direction de la santé à la Caisse centrale de la MSA, nous précisera les contributions possibles des caisses locales MSA dans l'élaboration d'un contrat local de santé. Nous lui avons également demandé d'assumer le rôle de grand témoin, c'est-à-dire de faire ressortir les points essentiels des débats de ce jour.

Je vous remercie de votre présence, et je passe la parole à Danièle Desclerc-Dulac.

Pédagogie de la loi : « Patients »

Danièle DESCLERC-DULAC

Présidente du Collectif interassociatif
sur la santé (CISS), région Centre

Je voudrais surtout remercier Mairie-conseils d'avoir invité la représentation des patients. À ce titre, je suis présidente du collectif interassociatif sur la santé (CISS) de la région Centre et vice-présidente du collectif au niveau national.

Je voudrais simplement dresser un bref historique de ce collectif pour bien vous faire comprendre ce qu'il représente, et surtout vous dire que le CISS est maintenant une instance reconnue par les pouvoirs publics. D'ailleurs, à l'époque de la loi HPST, nous avons beaucoup travaillé avec le ministère. Chaque fois qu'un pas était franchi dans l'élaboration de cette loi, nous étions interpellés au niveau du ministère.

Le collectif a été voulu par les pouvoirs publics, car de nombreuses associations montraient que la démocratie, et surtout la société civile, avait son mot à dire dans le domaine de la santé. À partir des interventions des associations sur la problématique du sida, de nombreuses associations liées à des pathologies ou au monde médico-social se regroupaient pour porter leurs paroles devant les pouvoirs publics. Par la suite, il y eut la loi du 4 mars 2002 sur le respect du droit des usagers : elle fut adoptée à l'unanimité, ce qui est suffisamment rare pour être souligné. Cette loi portait haut et fort la place des usagers du système de santé et de leurs entourages.

Au plan national, le collectif est une association Loi 1901 regroupant une quarantaine d'associations, que ce soit des associations de patients, de handicap, familiales, médico-sociales ou encore de personnes âgées. Au niveau des régions, vingt-cinq à vingt-six collectifs inter-associatifs régionaux existent. Ils sont également des associations Loi 1901. La région Centre regroupe une quarantaine d'associations adhérentes à ce collectif.

Ce collectif a pour mission de former les représentants des usagers dans le domaine de la santé. Le droit des usagers s'accompagne forcément de responsabilités. Lorsqu'en 2004 la loi sur la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie a été votée, les représentants des usagers devaient appartenir à des commissions agréées. Le CISS a pour mission de former les représentants des usagers qui vont siéger dans les diverses instances. En effet, dans la loi HPST, les représentants des usagers siègent dans les conseils de surveillance des établissements hospitaliers publics ou privés, dans les commissions des relations avec les usagers pour la qualité des soins et la prise en charge, les CLIN, les infections nosocomiales, la nutrition, la lutte contre la douleur, etc. Nous voyons bien que pour siéger dans ces instances, il faut acquérir quelques compétences permettant de porter la parole des usagers.

Nous siégeons également dans les conseils des CPAM, dans un certain nombre de commissions dans les ARS, ainsi qu'à la Conférence régionale de santé et de l'autonomie. À ce titre, les représentants des usagers siègent dans cette conférence et notamment dans les quatre commissions qui la composent : le médico-social, l'offre de soins, la prévention et la promotion de la santé, respect et droit des usagers. Dans la région Centre, je préside la commission « Respect, droit des usagers ». Dans d'autres ARS, les autres commissions peuvent avoir à leur tête un président représentant des usagers.

Nous sommes donc totalement partie prenante dans cette démarche. C'est au sein de toutes ces commissions que s'élaborera le programme régional de santé. C'est-à-dire que, lorsque ce programme nous est présenté, les représentants des usagers ont voix au chapitre et font connaître leurs appréciations. C'est un élément important de la « démocratie sanitaire ».

J'en viens maintenant au contrat local de santé. Lorsque le programme régional de santé est adopté, une déclinaison doit se faire. L'un des leviers en est le contrat local de santé. Il permet de répondre à un certain nombre de préoccupations portées par les ARS, à savoir les inégalités de santé, au plus proche des territoires. Cela touche non seulement à la démographie médicale, mais aussi à l'implantation de toutes les structures pouvant apporter une réponse à ces inégalités. Avant les ARS existaient déjà plusieurs structures. Nous ne partions pas de rien.

Dans les ateliers santé-ville, les représentants des usagers étaient partie prenante. Moi-même, j'étais interpellée dans un certain nombre d'ateliers pour déceler le niveau de besoin des personnes sur ces territoires, et voir de quelle manière les actions pouvaient être mises en œuvre. Dans la région Centre, nous avons interpellé l'Observatoire régional de santé, où siègent également des représentants des usagers. Nous sommes partis des données fournies par cet observatoire.

Lorsque l'on parle de contrat local de santé, il est nécessaire de faire de la proximité. Or, dans chaque département, la question des inégalités de santé ne se posait pas de la même ma-

nière. Par exemple, autour de la ville de Tours, cela ne se posait pas de la même manière que dans certains secteurs de populations défavorisées et fragilisées. Si le besoin de proximité n'est pas pris en compte, les contrats locaux de santé ne répondront pas au niveau de besoin des populations pour lesquelles ces contrats doivent être mis en œuvre.

En 2011, dans la région Centre, quatre contrats locaux de santé ont été signés. Trois l'ont été en 2012 et trois sont programmés pour 2013.

Il me paraît important de préciser que, en tant que représentante des usagers, la personne la plus à même d'intervenir peut être celle qui a été présente dans l'atelier santé-ville ou dans le CUCS, de façon à ne pas perdre le niveau de besoins repéré, en s'appuyant sur les associations pouvant représenter les usagers sur un territoire donné. Par ailleurs, les contenus des contrats locaux de santé ne sont peut-être pas toujours les mêmes, car nous nous appuyons sur des associations parties prenantes dans un territoire donné, mais également sur le niveau de besoin. Je vous donne l'exemple des contrats locaux de santé signés dans la région Centre. Pour la ville de Bourges, cela a été l'accès aux soins et la prévention, le dépistage et la promotion de la santé, la santé mentale et le bien-être, l'autonomie et la prise en charge globale des personnes âgées. Pour la ville de Châteauroux, cela a été d'agir sur les déterminants dépistage et vaccination, santé mentale. De même, suivant les axes qui ont été déterminés, les signataires sont différents. À titre d'exemple, lorsqu'une caisse primaire est signataire d'un contrat local de santé, les représentants des usagers dans les caisses primaires ont naturellement leur mot à dire et participent à l'élaboration du contrat.

Comme ce contrat local de santé est l'un des leviers du programme régional de santé, un comité de suivi de sa mise en place a été créé au niveau de l'ARS. Ce comité de suivi intègre des représentants des usagers. Ainsi, à tout moment, des indicateurs seront mis en place afin de voir si ce qui a été décidé dans les contrats locaux est bien respecté. Cela signifie que si les patients sont parties prenantes de ces contrats locaux de santé, ils doivent être formés. Telle est la vocation du CISS. Nous leur donnons tous les textes règlementaires. Au plan régional comme national, des jour-

nées sont organisées. Toutes les associations représentant les usagers participent à cette formation. L'ARS donne une dotation au CISS de la région concernée pour bien mettre en œuvre ces formations, auxquelles elle peut être pleinement intégrée. Le directeur régional de l'ARS et ses collaborateurs participent ainsi à ces formations, selon les thématiques.

Le compte-rendu de la rencontre à laquelle vous assistez aujourd'hui sera diffusé au niveau de la région Centre pour que les représentants des usagers et les patients soient bien informés de tout ce qui se fait, à quel titre ils peuvent interpeller les pouvoirs publics et les instances dans lesquelles ils sont amenés à siéger.

Par ailleurs, le représentant des usagers doit impérativement mettre de la distance entre son propre problème et celui qu'il va défendre. Ceci est fondamental dans les contrats locaux de santé.

En conclusion, les contrats locaux de santé vont au plus près de la population. Il ne faut pas oublier les patients dans cette démarche. Et le représentant des usagers formé peut s'avérer être une aide importante, tant dans l'élaboration du contrat local de santé que dans les indicateurs servant à montrer si ce contrat a véritablement répondu au niveau de besoin, au plus près des usagers du système. ●



Questions/Réponses

MARC HORWITZ
JOURNALISTE SPÉCIALISÉ DANS
LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Nous avons souhaité que cette journée soit la plus interactive possible. Je commencerai par une question : est-il facile de trouver des bénévoles aujourd'hui ?

DANIÈLE DESCLERC-DULAC

Le bénévolat est un peu en voie de disparition, car il n'est pas facile de faire abstraction de son propre problème pour se concentrer sur le collectif. Lorsque je parlais de la loi du 4 mars 2002, je parlais de responsabilité. Cela signifie acquérir des compétences pour être au plus près de la défense de ce que l'on veut faire. Sur ce point, nous avons quelques difficultés pour trouver des bénévoles, même s'il y en a toujours. L'être humain est toujours prêt à l'entraide.

GEORGES MORIN
VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMUNAUTÉ DE
COMMUNES DU PAYS CHÂTILLONNAIS

Vous parlez des représentants des usagers dans les conseils de surveillance. Quel est véritablement votre rôle dans ces conseils ?

DANIÈLE DESCLERC-DULAC

Dans le conseil de surveillance des établissements hospitaliers, il est possible de faire entendre la voix des usagers du système de santé. Lorsqu'on nous propose un projet d'établissement, nous sommes à même d'apporter notre vision. Certes, le poids de notre voix n'est pas le plus lourd. Mais nous sommes interpellés par la vie du patient à l'intérieur de l'établissement. Cela ne signifie pas que nous obtenons toujours satisfaction. De même, dans la commission des relations avec les usagers, nous enregistrons et restituons les plaintes et les réclamations.

BERNARD SAINT GERMAIN**CHARGÉ DE MISSION MAIRIE-CONSEILS**

Vous avez, en région Centre, deux contrats locaux de santé sur le Pays de Vendôme. Comment la place des usagers se concrétise-t-elle dans ces contrats ?

DANIÈLE DESCLERC-DULAC

Pour le Pays de Vendôme, le contrat vient juste d'être signé. Il n'est donc pas encore effectif. Les thématiques sont : promotion, prévention et éducation pour la santé ; l'accès aux soins ; l'offre de soins. Par ailleurs, pour les populations fragilisées, il existe une permanence d'accès aux soins très importante. Dans la commission spécialisée « Respect, droit des usagers » de la conférence régionale de santé et d'autonomie, nous faisons une étude particulière sur la permanence d'accès aux soins.

MARIE PIRLET**CHARGÉE DE MISSION ARS ÎLE-DE-FRANCE**

S'agissant de la participation des usagers, j'ai une remarque à formuler. En ce qui concerne l'Île-de-France, nous contractualisons avec des communes, mais également avec des communautés de communes et d'agglomération. Pour signer le contrat local de santé, nous demandons de démarrer avec un diagnostic partagé. Ce diagnostic doit être fait également avec les usagers. La difficulté est de mobiliser des usagers sur le terrain pour faire remonter leurs besoins. La formation peut être une réponse, mais si d'autres expériences peuvent être communiquées, je suis à l'écoute.

MARC HORWITZ

Ma question allait dans le même sens. Nous savons qu'il y a très peu de mobilisation des patients, donc des usagers. Les personnes les plus actives sont toujours les mêmes, ce qui pose de grands problèmes.

PHILIPPE GUIARD**PRÉSIDENT DU CLS DU SUD-OUEST MAYENNAIS**

Votre question m'intéresse particulièrement, car nous en avons fait l'expérience sur notre territoire. En 2005, nous avons créé un comité de santé du Pays dans lequel nous avons invité des associations. Sur le pouvoir des usagers au sein des structures, la question ne se pose plus en termes de pouvoir, mais de gouvernance. Passer par le tissu associatif est une des solutions pour favoriser une bonne mobilisation.

DANIÈLE DESCLERC-DULAC

Une solution est d'interpeller le CISS de la région lorsque vous envisagez des rencontres, pour déterminer les personnes susceptibles de participer aux échanges. C'est ce qui se passe dans la région Centre.

MARIE PIRLET

Nous n'avons pas de problème en Île-de-France avec le CISS. Le problème porte plus sur les territoires de proximité, au niveau de la commune ou du quartier.

BERNARD SAINT GERMAIN

Il y a également sur les territoires, notamment intercommunaux, de plus en plus de centres intercommunaux d'action sociale regroupant les acteurs médico-sociaux et des associations locales. C'est un moyen d'aller à la rencontre des usagers.

Pédagogie de la loi : « Territoires »

Zoé VAILLANT

Laboratoire géographie santé, Université Paris Ouest

→ SUPPORT DE PRÉSENTATION EN ANNEXE 1, PAGES 37 À 50

Je suis membre d'un laboratoire de géographie qui s'intéresse, depuis trente ans, aux relations entre territoire et santé. La notion de territoire est très ancienne pour nous, géographes.

Je retracerai notre expérience d'ouverture et notre relation avec le monde de la décision, principalement au niveau local, ainsi qu'avec la société civile. L'université est souvent présentée comme une forteresse un peu refermée sur elle-même. Je vous montrerai que depuis plusieurs années, des relations intéressantes s'opèrent.

D'une manière générale, en ce qui concerne les inégalités de santé, nous savons qu'il y a une **amélioration de l'espérance de vie** → *diapo 2 page 38*. Mais cette amélioration cache des écarts sociaux et spatiaux qui s'accroissent en France. Cette spatialisation des écarts de santé fait sens dans la recherche des déterminants. Au niveau global, il existe une corrélation entre pauvreté et mauvais niveau de santé. En affinant l'observation, on constate que cette association n'est pas aussi directe. La complexité du contexte joue pleinement.

En parallèle, on peut noter l'émergence d'un **nouveau paradigme : le territoire** → *diapo 3 page 38*. La notion de territorialité est en rapport direct avec les inégalités de santé, notamment avec la loi HPST. Depuis les années 2000, cela se traduit par exemple par la

mise en place d'ateliers santé-ville, ou encore par la signature des contrats locaux de santé. Cependant, les collectivités locales sont peu expérimentées en santé publique, peu « outillées » pour observer et évaluer l'évolution des états de santé avant et après la mise en place de programmes d'actions. Certaines sont très engagées sur ces problématiques, alors que d'autres le sont moins.

Face à cela, que peuvent apporter les géographes ?

- En France, regardons **l'évolution de l'espérance de vie de 1800 aux années 1970** → *diapo 3 page 38*: nous observons par exemple que le Nord-Pas-de-Calais a vu son niveau se dégrader, le pourtour méditerranéen connaissant une évolution variable. Cela reflète de grandes mutations sociales et territoriales, telles que l'industrialisation et l'urbanisation. Cela renvoie également aux conditions de soins ou à l'éducation. Il n'y a donc pas de déterminisme, mais tout dépend fortement des volontés politiques.

- Autre exemple : **les taux de mortalité** → *diapo 3 page 38*. Entre 1973 et 1977, nous observons un taux de surmortalité dans un croissant Nord - Nord-Est. En 1984, en Bretagne, une amélioration de la situation est constatée, mais le croissant de surmortalité perdure. Nous observons également que le changement survenu à Rennes s'étend à Vannes. De même,

certaines villes du littoral voient leur situation s'améliorer alors qu'à l'intérieur des terres, la surmortalité perdure. En Île-de-France, il existe des disparités fortes entre le nord et le sud. Par ailleurs, une tendance s'affirme : une disparité centre-périphérie. Sur la dernière année, les écarts s'étendent entre 55 et 160, ce qui est considérable.

Tout ceci pose les questions du creusement des inégalités et des politiques menées en matière d'aménagement du territoire, de logement ou d'emploi. Certains changements montrent la grande plasticité des indicateurs de santé aux évolutions de la société.

Il y a aussi une **dimension culturelle de la santé** → *diapo 9 page 40*. Nous avons regardé les causes de décès par pathologies. On constate une structuration spatiale particulière avec de grands ensembles. Elles ne sont donc pas liées aux seules pathologies, mais il existe des structures de fond qui déterminent les résultats de santé.

Cette dimension culturelle renvoie également à des rapports au corps, à des modes de soins. Par exemple, l'allaitement est un comportement de santé favorable pour l'enfant, et il est socialement très connoté. Les classes sociales les plus basses, et celles les plus élevées, sont celles qui allaitent le moins. De même, l'allaitement est géographiquement très structuré.

Autre préjugé tenace : **la ville serait le lieu de tous les maux, contrairement à la campagne** → *diapo 10 page 40*. À titre indicatif, le niveau d'espérance de vie n'est pas véritablement différent entre les divers ensembles urbains-ruraux. Il n'y a pas de déterminisme lié à la ville. Mais la dimension régionale est très prégnante.

Autre indicateur intéressant : **la mortalité évitable grâce au système de soins** → *diapo 11 à 15 pages 41-42*. On trouve des écarts très importants sur les conditions d'accès aux soins (variation de 45 à 116). Cela montre que l'idée selon laquelle les grandes villes sont mieux dotées est fautive. L'appartenance régionale joue plus que la taille de la ville.

Il y a donc un lien réciproque, une co-variation, entre les dynamiques sanitaires et les

dynamiques du territoire au sens large. Il faut donc une approche globale, fortement liée à une volonté politique. L'enjeu sera de décrire les combinaisons locales ou micro-locales, en un lieu donné, de tous ces éléments différents jouant un rôle dans la détermination des états de santé. C'est ce que l'on appelle la « construction socio-territoriale de la santé ». Elle résulte avant tout des jeux d'acteurs qui interviennent sur ces territoires. → *diapo 16 à 19 pages 42-43*.

Nous avons mis en place depuis plus de dix ans un dispositif (démarche de coproduction et de partage de connaissances) voulant être socialement utile, reproductible et le moins coûteux possible. Il réunit l'université, les acteurs de la santé publique, les élus locaux. La démarche s'opère autour de la production de diagnostics locaux de santé sur différents thèmes (disparité d'offres de soins, inégalités de santé périnatales, etc.). Ces diagnostics ont tous la même porte d'entrée : les dynamiques du territoire.

Je souhaite développer un exemple : l'accès au dépistage du cancer du sein à Gonesse → *diapo 20 à 34 pages 44 à 48*.

Ce travail a été mené en partenariat avec l'assurance maladie. Dans ce cadre, nous savons quelle femme a participé au dépistage organisé ou individuel. La ville de Gonesse connaît un taux de chômage de 11% et un revenu médian inférieur à celui du département du Val-d'Oise. Elle a reçu le premier atelier santé-ville du Val-d'Oise et bénéficie d'un des plus grands hôpitaux d'Île-de-France.

Le taux de participation au dépistage est légèrement inférieur à celui du Val-d'Oise, mais dans la moyenne de l'Île-de-France. Le dépistage individuel est par contre beaucoup moins répandu. Pour que la mortalité baisse réellement, il faudrait avoisiner un taux de 70% de dépistage, et nous sommes actuellement en deçà. D'autre part, en regardant les quartiers composant la commune, on se rend compte que les Marronniers et Orly Parc ont un profil socio-économique comparable (plutôt défavorisé), mais ils ont des résultats d'accès au dépistage totalement opposés. L'offre de soins, quant à elle, est globalement bonne. Par ailleurs, le dépistage individuel par initiative personnelle est plus diffus, alors que le dépistage organisé est plus concentré géographiquement.

Si nous regardons la carte des transports, nous observons que le quartier des Marronniers est très bien desservi par les lignes de bus et le RER. Ce n'est pas le cas du quartier Orly Parc. Dans le quartier des Marronniers, depuis 2007, une campagne d'information a été menée par des habitantes afin de clarifier le message et de le rendre plus audible. Ce projet était lancé par l'atelier santé-ville en partenariat avec la structure de gestion départementale du Val-d'Oise. Cette dynamique explique les meilleurs taux de dépistage dans ce quartier.

Ce qu'il faut retenir est que les configurations locales d'accès au dépistage ne peuvent s'expliquer uniquement par la division sociale de l'espace, mais que les acteurs locaux y jouent aussi un rôle, qui s'est avéré favorable du fait d'une conjonction d'éléments au sein du quartier. Le fait de « s'outiller » dans le temps long, pour observer certains indicateurs de santé, permet d'évaluer des choix de politiques
→ diapo 35 à 38 pages 49 à 50 ●



Questions/Réponses

MARC HORWITZ

JOURNALISTE SPÉCIALISÉ DANS
LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Est-ce que toutes ces approches nécessitent un temps long ? Par ailleurs, existe-t-il d'autres laboratoires pouvant aller aussi finement que vous, jusqu'au Centre d'action sociale de Gonesse ?

Zoé Vaillant

Si je reprends l'historique de notre travail, nous allons voir depuis longtemps les ateliers santé-ville et l'ensemble des acteurs concernés. Nous avons proposé à nos étudiants de les ancrer dans le réel et de faire des travaux concrets. Nous avons créé les conditions pour que les étudiants et ces acteurs se rencontrent, dans une dynamique de temps long. Cela pourrait avoir lieu dans d'autres régions. Par exemple, à Rouen et à Lyon, il existe des masters dédiés. Reste la motivation des chercheurs et des enseignants pour appuyer ces formations, car cela représente beaucoup de travail.

MARC HORWITZ

N'y a-t-il pas de problèmes de multiculturalisme dans ces quartiers ? Est-ce que les populations sont mélangées socialement ? Est-ce que cela joue ?

ZOÉ VAILLANT

Il y a effectivement un problème de multiculturalisme dans le quartier où cette campagne a été faite. Il y avait un problème de langue, le français employé était trop compliqué et savant, d'où une reformulation nécessaire. L'intérêt était de mettre en relation différents acteurs dans le projet, tels que les professeurs d'alphabétisation.

La production de l'étude s'est faite rapidement, entre octobre 2011 et février 2012. Ensuite, durant trois mois, un temps de restitution publique a permis aux acteurs locaux de s'approprier le travail réalisé. Maintenant, l'ASV de Gonesse souhaite développer les choses, mais n'en est qu'à la programmation.

CLÉMENT PREVITALI

CHARGÉ D'ÉTUDES MSA

Vous venez de soulever la possibilité de reconduire ce type d'études dans l'ensemble des territoires ruraux ou urbains. Dans le cadre des contrats locaux de santé, ce travail de diagnostic des territoires est souvent réalisé par des bureaux d'études privés. Et parfois, nous ne retrouvons pas la qualité que vous venez de démontrer par votre travail universitaire. Nous devons penser à ces ressources universitaires à moindre coût pour réaliser du travail de qua-

lité. Par rapport au laboratoire Paris Ouest, comment vous situez-vous pour développer le modèle que vous avez réalisé et le proposer à un maximum d'acteurs publics sur le territoire ? Et quels sont vos rapports avec vos concurrents ?

ZOÉ VAILLANT

Nos concurrents ne sont pas le privé, mais les autres universités. Normalement, le nombre de masters en France devrait être divisé par deux dans les prochains mois. Il serait donc intéressant de mutualiser. Cela fait partie de nos problèmes internes. Les facultés ouvrent des formations par rapport au nombre d'inscrits. Cela rend difficile cette mise en commun avec les autres instances de formations. Quand nous voyons ce que les cabinets privés produisent pour des sommes assez importantes, je trouve dommage que nous ne donnions pas l'occasion aux étudiants de prendre part à des équipes professionnelles sur le terrain pour construire leurs expériences. C'est peut-être aux acteurs de terrain de se demander qui sont leurs voisins au niveau institutionnel, et d'aller les chercher.

MARC HORWITZ

Nous aurons une partie de la réponse cet après-midi avec le contrat local de santé de Haute Corrèze. Une autre question ?

GEORGES MORIN

**VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES DU PAYS CHÂTILLONNAIS**

Nous avons fait une expérience et procédé autrement. Nous étions parmi les territoires ruraux éloignés de tout dépistage du cancer du sein. Nous avons vu une solution avec l'ADECA 21 qui s'occupe du dépistage au niveau régional. Il fallait investir dans un mammographe, ce que nous avons fait. Nous faisons venir des médecins une fois par semaine, pour avoir la même approche que dans une grande ville et un grand CHU.

MARC HORWITZ

Le radiologue libéral travaillant dans le cadre du projet avait-il des moments où il se consacrait au dépistage et des moments où il faisait de la radiologie ?

ZOÉ VAILLANT

Que le dépistage soit organisé ou individuel ne change rien. Il s'agit d'une mammographie, qui ne demande pas de temps supplémentaire. Le radiologue n'avait pas spécifiquement d'horaires pour le dépistage.

Présentation du contrat local de santé

Philippe CALMETTE
Directeur de l'ARS Limousin

MARC HORWITZ
JOURNALISTE SPÉCIALISÉ DANS
LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Philippe Calmette est directeur général de l'ARS Limousin depuis trois mois. Il a pris ce dossier des contrats locaux de santé au vol. Philippe, comment devient-on ARS ? Et quel est votre itinéraire depuis la Mutualité française il y a une vingtaine d'années ?

PHILIPPE CALMETTE
DIRECTEUR DE L'ARS LIMOUSIN

Les directeurs généraux d'ARS ont d'abord un profil de responsables qui connaissent les enjeux, l'organisation et la complexité de notre système de santé, et qui sont déterminés à agir dessus. Ils doivent réformer l'organisation de l'offre de santé dans les territoires placés sous leur responsabilité en tenant compte de trois éléments fondamentaux. Ces trois éléments nous obligent à agir de manière différente. Cela se traduit notamment sur le contrat local de santé, qui est notre préoccupation.

- Premier élément d'analyse essentiel : le soin et l'action sanitaire pèsent aujourd'hui pour 15 à 20% sur l'état de santé des populations. Le soin est l'un des déterminants de santé, mais ce n'est pas le seul, et ce n'est même pas un déterminant essentiel. Les autres déterminants sont culturels, environnementaux, le premier restant la catégorie socioprofessionnelle. C'est dire que la question des inégali-

tés face au système de santé est essentielle. C'est dire également que nous devons élargir notre regard et mener des actions qui certes impliqueront les acteurs sanitaires, les acteurs médico-sociaux, les acteurs de prévention, mais aussi les autres acteurs qui pèsent sur l'état de santé des populations. La santé doit être abordée en prenant pleinement en compte la définition de l'OMS, c'est-à-dire le bien-être des populations. Et tous les acteurs de ce bien-être doivent être intégrés dans des stratégies de santé.

- Deuxième élément : l'expérience pratique des politiques de santé nous amène à constater que nous avons à portée de main des progrès significatifs du point de vue de la qualité de notre offre de services, à condition de faire travailler ensemble trois métiers qui, jusqu'à présent, fonctionnaient de manière cloisonnée : les métiers du soin, de l'accompagnement et de la santé publique. Ces progrès sont peu coûteux, mais nécessitent d'agir sur la gouvernance et l'organisation de notre système, et sur la détermination de l'offre des services. Lorsque nous faisons travailler ensemble ces trois métiers, nous sommes efficaces sur les grands enjeux de santé de notre pays : le vieillissement et la dépendance, les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le handicap, l'obésité, la santé mentale. Les grands sujets de santé peuvent ainsi trouver une réponse en termes d'amélioration.

- Troisième élément : l'inversion lente, progressive, mais bien réelle, entre un système de santé construit depuis quarante ou cin-

quante ans sur une offre de santé qui structurerait la demande, et un système de santé moderne où c'est la demande qui doit structurer l'offre. Le moteur de ce changement se trouve à l'évidence dans tous les textes sur l'évolution des droits des personnes. Quatre textes essentiels l'ont enclenchée : la loi 2002 sur le secteur médico-social, la loi sur les droits des usagers en mars 2002, la grande loi de 2005 sur le handicap et la loi Hôpital, patients, santé et territoires de 2009. C'est la structuration et la reconnaissance des droits des patients par rapport au système de santé qui enclenche ce mouvement et nous oblige à structurer l'offre par rapport à la demande.

Les obligations engendrées par ces droits sont multiples.

- Première obligation : **intégrer dans notre approche l'action sur les autres déterminants de santé.** Les ARS ne doivent pas s'occuper seulement des hôpitaux, des établissements médico-sociaux et des politiques de prévention ; elles doivent travailler avec les autres intervenants sur ces déterminants de santé : l'éducation nationale, les entreprises, tous ceux qui pèsent sur l'environnement des citoyens.

- Deuxième obligation : **travailler sur le décloisonnement entre le soin, l'accompagnement et la prévention,** là aussi avec l'éducation nationale, les entreprises, les collectivités territoriales, les élus et les architectes. Raisonner de manière transversale pour structurer les réseaux.

- Troisième obligation : **positionner les ARS.** Ces dernières doivent être, dans un tel contexte, des animateurs, des facilitateurs, des aidants qui réunissent tous ceux qui peuvent peser sur les questions de santé. Les ARS doivent être des régulateurs qui aident, financent et fixent le cap. Culturellement, pour les anciennes administrations qui les composent aujourd'hui, le pas est important et difficile à franchir.

- Quatrième obligation : **être en grande proximité avec les besoins des populations.** Il faut avoir une connaissance précise et partagée des caractéristiques de l'état de santé des populations et une vision des objectifs très concrets à atteindre. Pour cela, il faut de bons outils, comme un observatoire régional de la santé

performant. Il faut avoir les bonnes méthodes d'évaluation (méthodes statistiques, méthodes de confrontation avec les populations, vérification, etc.). Il faut travailler sur les priorités. En proximité, la mobilisation de tous les acteurs concernés (usagers, tissu associatif, acteurs de santé, travailleurs sociaux, collectivités territoriales, éducation nationale, etc.) est la garantie du succès d'un contrat local de santé.

Les outils dont nous disposons sont le programme régional de santé, les différents schémas sanitaires, médico-sociaux, de prévention, de médecine de ville, les contrats locaux de santé. À mes yeux, ce dernier outil doit être le plus englobant possible. Ce serait une erreur de ramener les contrats locaux de santé à des objectifs très ciblés, soit sur les pathologies, soit sur des populations limitées. Un bon contrat local de santé doit permettre la mobilisation de tous les outils sanitaires et de prévention ou d'accompagnement dont nous disposons sur les territoires. Le contrat local de santé doit peser sur la politique des hôpitaux, sur les stratégies vis-à-vis de la dépendance par exemple. Il est l'expression sur le territoire d'une stratégie de santé qui est elle-même globale. Ne faisons pas de contrats locaux de santé pour agir sur une micro-population ou sur un enjeu particulier étroit.

Cela doit être également un outil réfléchi en termes d'efficacité, c'est-à-dire qu'il doit y avoir des objectifs de santé, mais également la description des actions et des mesures. Pour être efficace, il doit y avoir une bonne gouvernance du contrat local de santé, conjuguant trois acteurs essentiels : ceux qui déterminent le chemin à suivre pour atteindre les objectifs de santé, ceux qui disposent des moyens pour que l'action puisse être entreprise, et les partenaires qui construisent l'action de santé sur le territoire. L'évaluation de la mise en œuvre du CLS doit être la rencontre de ces trois acteurs. Ce point sur la gouvernance est décisif pour la réussite du CLS.

Pour conclure, quatre exemples chiffrés illustreront mes propos sur les quatre contrats locaux de santé du Limousin : deux contrats dans la Creuse, un en Haute-Vienne et un en Corrèze.

- En Corrèze, le contrat est signé par quinze membres du comité de pilotage, 35 000 habitants sont concernés et 69 com-

munes impliquées sur un territoire de 1750 km².

- À Limoges, nous avons six signatures, 25 000 habitants, un territoire beaucoup plus restreint et des objectifs de santé qui ont leur spécificité autour de populations jeunes, de quartier, plutôt en situation de fragilité, voire d'exclusion sociale.
- Les deux derniers contrats mixent des enjeux typiques de zone rurale et de ville moyenne et portent sur 13 000 et 18 000 habitants, avec huit signatures.

Dans tous les cas, la mobilisation des partenaires est très forte. Le comité de pilotage regroupe quatre grands acteurs : l'État (pré-

fet, recteur), les hôpitaux et les médecins, les acteurs territoriaux, et enfin, les financeurs (assurance maladie, MSA, etc.). Nous pouvons multiplier par 4 ou 5 le nombre de partenaires associés.

Le contrat local de santé est une machine d'entraînement des acteurs de santé, qui est l'expression concrète d'un processus de démocratie sanitaire participative. Nous avons la démocratie sanitaire représentative, indispensable et prévue par la loi HPST. Le contrat local de santé est l'illustration d'une démocratie sanitaire qui doit être participative, avec des acteurs impliqués dans la détermination et la mise en œuvre des objectifs. ●



Questions/Réponses

VINCENT HÉBRARD

CHARGÉ DE MISSION CCMSA

J'accompagne des réseaux de santé personnes âgées. Les contrats locaux de santé permettant un financement, une coordination, est-ce que les réseaux de santé pourraient bénéficier de financement dans ce cadre-là ?

PHILIPPE CALMETTE

Bien sûr. Les contrats locaux de santé doivent inclure et associer l'ensemble des dispositifs. Après, il faut injecter des moyens pour que la transversalité et le CLS puissent fonctionner. Depuis début 2012, les agences régionales de santé disposent d'un fonds d'intervention régional. C'est un fonds de crédits mutualisés, qui sont des enveloppes fongibles, et constituent l'outil privilégié d'action d'un directeur général d'ARS. En 2013, un doublement du montant de ces fonds est annoncé. Cela me fait dire que la mise en œuvre des CLS n'est pas un problème de moyens.

Quand nous décrivons ces stratégies de contrats locaux de santé, cela nous oblige à raisonner en termes d'investissements en santé. L'approche que nous avons de notre système de santé se situe trop souvent en termes de compte d'exploitation courant, avec une vision annuelle. En raisonnant en termes d'investissements en santé, les choix sur les priorités sont immédiatement éclairés d'une façon beaucoup plus pertinente. Les investissements en santé sont l'argent que nous mettons aujourd'hui, qui fait la santé des populations de demain, et les économies d'après-demain. Toutes les stratégies de prévention, d'éducation, de promotion de la santé répondent à ce critère. Les priorités des quatre contrats locaux de santé du Limousin concernent la prévention, l'éducation, le dépistage, la formation. Ces stratégies d'investissement sont excellentes pour le coût de notre système de protection sociale.

Au sujet de l'autisme, des études récentes montrent que nous pouvons le dépister par

des méthodes adaptées, comportementalistes à 18 mois, et le traiter à partir de 20 mois. Aujourd'hui, en France, nous diagnostiquons l'autisme à 5 ou 6 ans. D'après l'étude américaine, le surcoût pour la société d'un enfant non dépisté à 18 mois est de plus d'un million de dollars lorsqu'il atteint 40 ans. L'étude française corrobore l'étude américaine et estime ce surcoût à 820 000 euros. Six mille enfants naissent chaque année en France avec un syndrome autistique. Le surcoût entraîné par la défaillance de notre système de dépistage et d'accompagnement est de l'ordre de 6 à 7 milliards d'euros chaque année.

Si nous faisons des études médico-économiques autour de nos contrats locaux de santé, nous en démontrerons toute la pertinence sur le volet économique, et pas seulement sur le volet santé.

GEORGES ROUSSELET

**VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES ENTRE SOMME ET LOIRE**

Je représente la maison de santé du petit village de Cronat. Je suis frappé par ce que vous avez dit, car c'est exactement, à l'échelon moléculaire, ce que nous faisons dans notre maison de santé : les relations avec les écoles, les hôpitaux voisins, le maintien à domicile des personnes âgées, la prévention. Les résultats corroborent tout à fait ce que vous avez expliqué. Ne pensez-vous pas que les contrats locaux de santé sont un peu démesurés pour être aussi efficaces ?

PHILIPPE CALMETTE

Nous verrons comment les choses se construisent. Il est indispensable d'avoir dans les contrats locaux de santé un processus d'évaluation qui associe tout le monde : les experts, les pilotes, les financeurs et les partenaires. Je pense que la pertinence des contrats locaux de santé correspond à des bassins de population, en territoire rural, comme c'est le cas du Limousin, de 60 à 70 000 habitants. Par rapport aux exemples cités tout à l'heure, j'ai le sentiment que nous avons intérêt à faire grossir ces contrats. Bien sûr, des CLS peuvent se décliner sur des micro-territoires.

La question se pose réellement. Des contrats trop micro toucheront vite les limites de leurs possibilités. Un contrat sur un territoire relativement significatif, qui se décline en actions

plus ciblées sur des territoires plus réduits, est peut-être la bonne organisation. Cela fait partie des choses à regarder de près dans les années à venir.

JEAN-LOUIS BILLET

**VICE-PRÉSIDENT DU PAYS
DE BOURGOGNE NIVERNAISE**

Par rapport à l'intérêt de la démarche présentée par Zoé Vaillant, l'ARS ne devrait-elle pas d'office impulser avec l'université dans chaque région la mise en place d'un département de géographie de la santé ?

Vous avez dit que la demande doit créer l'offre. Je partage ce point de vue. Mais aujourd'hui, est-ce vraiment possible avec la politique de réduction des déficits publics mise en place par les gouvernements successifs ?

PHILIPPE CALMETTE

Les régions disposent d'observatoires régionaux de la santé. C'est à eux de travailler avec tous ceux qui peuvent apporter une connaissance et une appréciation des situations sur chacun des territoires, les universités au premier chef. Il faut des méthodes statistiques, mais aussi de confrontation des résultats statistiques avec le ressenti, les aspirations des populations.

Dans un moment difficile pour les finances publiques, le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est pas un mauvais projet. 2,7% d'augmentation sur les dépenses d'assurance maladie, 4,7% de progression sur le vieillissement et la dépendance, 3,3% sur le handicap : ce sont des progressions qui ont été voulues par les pouvoirs publics, qui nous laissent les moyens de travailler et d'investir. La restriction des finances publiques porte aujourd'hui sur le budget de l'État. L'assurance maladie n'est pas directement impactée. La stratégie du gouvernement a été claire : les effets de la crise ne doivent pas être supportés par les populations les plus modestes et la question de la santé est essentielle.

Sur le long terme, je suis convaincu qu'il n'y a pas de fatalité à l'augmentation supérieure des dépenses de santé par rapport à l'évolution du PIB, à condition que nous soyons capables de déployer les stratégies de prévention, de promotion de la santé, d'éducation dont nous parlions.

Sur la question du vieillissement et de la dépendance, un seul outil est efficace et commence à être reconnu. Il s'agit de la prévention. Agissons sur l'offre de service et sur les dispositifs de prévention. Nous entretiendrons une population vieillissante en bien meilleur état de santé et cela coûtera finalement moins cher.

Nous avons à portée de main des progrès très importants pour notre système de santé sans que cela nous coûte plus cher. Je suis convaincu que l'amélioration de notre système de santé n'est pas prioritairement un problème d'argent.

MARC HORWITZ

Les dépenses de santé représentent 12% du PIB.

FRANÇOISE HOTTIN

DGAS DE LA COMMUNAUTÉ
DE COMMUNES D'ERDRE ET GESVRES

Nous sommes une communauté de communes de 54 000 habitants au nord-ouest de Nantes. Nos élus commencent seulement à aborder ces questions de santé et territoire. Une cellule du conseil de développement a organisé un atelier citoyen sur le thème. Cela a finalement abouti à un témoignage sur un projet de création de maisons pluridisciplinaires de santé, initiative strictement privée, interpellant les élus sur leur non-action et leur non-soutien à ce type de projet. J'ai obtenu que nous travaillions un peu plus sur la question de la santé et du territoire.

Pour faire de la prévention, et améliorer l'accès aux soins, la solution est une maison de santé pluridisciplinaire. L'État nous propose d'ailleurs de travailler sur la complémentarité d'une maison de santé dans le cadre de l'aéroport de Notre-Dame-des-Landes avec la structuration des soins dans les communes avoisinantes. Je perçois le risque que notre réflexion plus large sur un contrat local de santé parte finalement de ce maillage en maison locale de santé en obérant les autres objectifs. Je crains que cela ne soit réducteur.

PHILIPPE CALMETTE

Faisons attention au mythe de la maison de santé pluridisciplinaire qui apporte toutes les solutions à tous les problèmes. Elle est un moyen, un outil, mais pas une fin en soi. Les

maisons de santé pluridisciplinaires sont financées par les conseils régionaux, les ARS. Quand la maison de santé est perçue comme la réponse à une approche globale (prévenir un risque et améliorer des indicateurs de santé), elle a tout son sens. Lorsque c'est simplement un projet immobilier, il faut revoir sa copie. Nous demandons aux acteurs de travailler d'abord sur leur projet de santé, avec les acteurs de santé locaux et l'ARS peut les aider. Les réponses viennent ensuite, et ne sont pas seulement en termes de maisons de santé. Il faut avoir cette vision d'ensemble.

MARC HORWITZ

Nous pouvons même aller plus loin et dire que lorsque l'on met une offre en place, la demande ne suit pas forcément. De superbes maisons ont été faites sur certains territoires, mais sont vides de tout médecin.

GEORGES ROUSSELET

Les responsables d'ARS doivent aussi comprendre le souci du maire que je suis pour arriver, en zones totalement déficitaires en professionnels de santé, à faire un projet avec une équipe qui n'existe pas. La difficulté est là : nous sommes bien obligés de commencer par un projet immobilier pour attirer les convoitises. La maison médicale est loin de régler tous les problèmes. Le conseil que nous pouvons donner est à la fois de trouver les médecins qui veulent rentrer dans le jeu, et une coordinatrice qui va animer la maison de santé, organiser les actions, comprendre les consignes de l'ARS et les réaliser. Les médecins n'ont pas le temps de s'occuper de cela.

INTERVENANT

Le projet immobilier n'est qu'une brique du dispositif. Ce qui compte pour s'engager dans une réflexion sur l'amélioration de la santé pour les populations, c'est le contrat local de santé. C'est d'abord un contrat qui unira différents partenaires autour d'un projet. Il y a même des personnes qui appartiennent à notre projet de santé, mais qui ne sont pas dans les murs. Il ne faut pas réduire les projets de santé simplement au médecin. Il s'agit bien de l'ensemble des professionnels de santé. Certains ne viendront jamais dans le pôle santé construit. Il y a des formes différentes.

PHILIPPE CALMETTE

Il est plus facile de travailler sur le maintien dans le territoire de médecins et d'activités médicales ou paramédicales quand il reste quelque chose... Quand le désert est installé, c'est effectivement beaucoup plus difficile. Il faut travailler sur l'attractivité du territoire. Cela se construit avec les élus locaux. Il s'agit de la formation, de l'environnement, de la possibilité d'avoir une université à proximité. Nous constatons trois choses chez les médecins libéraux : premièrement, une volonté de travailler en équipe. La maison pluridisciplinaire peut être une réponse. Deuxièmement, une conception de la médecine qui n'est plus basée sur des semaines de quatre-vingts heures. Il faut apporter aux médecins la garantie qu'ils

pourront avoir une vie familiale et sociale en dehors de leur vie professionnelle. Enfin, pour les jeunes qui s'installent, il faut parfois aborder la question des revenus. Une réponse efficace et sécurisante est la permanence des soins ambulatoires. Ce sont des dispositifs très attractifs, d'abord pour maintenir des médecins en place, puis pour en attirer de nouveaux. Cela apporte la sécurité pendant les nuits et les week-ends. Ces dispositifs permettent aussi des revenus garantis pour les médecins. Tous ces outils doivent être mis en place avec les élus. Dans les commissions qui décident de financer les maisons pluridisciplinaires, les projets détectés sont toujours portés par une équipe comprenant des médecins, des professions paramédicales et des élus.

VIDÉO

Le contrat local de santé du Pays Châtillonnais

Projection de la vidéo réalisée par Mairie-conseils

→ VOIR LA VIDÉO : WWW.MAIRIECONSEILS.NET

RUBRIQUE « RESSOURCES VIDÉOS »

MARC HORWITZ

JOURNALISTE SPÉCIALISÉ DANS
LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Nous ferons cet après-midi des travaux pratiques sur trois terrains : le Pays Châtillonnais en Côte-d'Or, le Sud-Ouest Mayennais et la Haute Corrèze, où nous verrons comment se sont mis en place les contrats locaux de santé, où en sont ceux qui sont en cours et quelles sont les perspectives pour 2013.

Nous commençons par la projection d'un film sur le contrat local de santé réalisé par le Pays Châtillonnais, présenté par Catherine Korenbaum de Mairie-conseils.

CATHERINE KORENBAUM

CHARGÉE DE MISSION MAIRIE-CONSEILS

Nous mettons en ligne sur notre site Internet des vidéos pour sensibiliser les élus et leurs collaborateurs à des problématiques importantes. Mais la vidéo n'est qu'un petit outil. Nous ne pouvons pas dire en onze minutes tout

ce que nous avons appris en une journée et demie dans le territoire de la communauté de communes du Pays Châtillonnais. Le contrat a été signé voici un an.

Nous n'avons donc pas montré des réalisations, mais toute la complexité du sujet et notamment les relations entre l'ARS et les partenaires du territoire, et entre ces partenaires. Nous avons également voulu montrer la nécessité de connaître les spécificités du territoire et de s'y appuyer pour construire le projet collectif ; et enfin la nécessité de décloisonner les différentes logiques de chaque acteur et de travailler en confiance et en complémentarité. L'ARS prend une place importante dans cette vidéo, mais vous entendrez aussi le président du comité de pilotage du contrat local de santé, ainsi que l'animatrice santé qui a un rôle fondamental dans la mise en œuvre des actions, le directeur de l'hôpital et le président de l'association du pôle de santé.

PROJECTION DE LA VIDÉO

www.mairieconseils.net

Rubrique Ressources vidéos

MARC HORWITZ

Monsieur Morin, avez-vous une première réaction sur ce film que vous découvrez ?

GEORGES MORIN

VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMUNAUTÉ DE COMMUNES DU PAYS CHÂTILLONNAIS

Nous avons signé ce contrat le 27 janvier 2012. En prenant la présidence du comité de pilotage, je me suis aperçu d'une réticence des acteurs locaux. D'autre part, lorsque j'ai rencontré l'ARS pour la première fois, je leur ai expliqué que le contrat local de santé devait considérer la santé dans sa globalité. Je me voyais ainsi définir dans ce comité de pilotage, la stratégie de santé sur un territoire, avec un regard sur la politique du centre hospitalier, et sur le projet de « pôle local de santé » qui se mettait en place. Sans faire le travail à la place des professionnels, si nous voulons donner une cohérence à une action, nous devons en discuter ensemble pour définir notre stratégie.

La porte d'entrée doit être le contrat local de santé, qui coordonne toutes les actions. Nous nous sommes aperçus qu'il y avait dans les objectifs du projet de « pôle local de santé » beaucoup de redondances avec ceux du contrat local de santé. Il semblait évident d'avoir une discussion sur ce point avec l'ARS. Un service à l'ARS s'occupait du contrat local de santé et un autre du pôle de santé. Un interlocuteur unique serait plus efficient.

MARC HORWITZ

Certes, un interlocuteur unique est important. Mais à quel niveau et dans quel cadre ? Votre rendez-vous est-il avec le directeur de l'ARS, le directeur de la santé publique ou le directeur de l'offre de soins, qui est aussi partie prenante dans les contrats locaux de santé ?

GEORGES MORIN

Nous discuterons avec le président de l'association pour mettre notre stratégie en place. Dans un deuxième temps, nous discuterons avec le directeur de l'hôpital. Dans la stratégie, nous réunirons tout le monde de façon à avoir une politique concertée dans le cadre du contrat de local de santé. Sinon, cela ne fonctionnera pas.

MARC HORWITZ

Quelles sont les perspectives à très court terme ? Ce rendez-vous ? Avec quelles exigences ?

GEORGES MORIN

En février 2013, je souhaite que le prochain comité de pilotage du contrat local de santé réunisse toutes les parties prenantes. Je reste optimiste. Mais connaissant bien le milieu médical, je sais qu'il faut prendre un certain nombre de précautions.

JEAN-LOUIS BILLET

VICE-PRÉSIDENT DU PAYS DE BOURGOGNE NIVERNAISE

Nous avons des points de cohérence entre le Pays Châtillonnais et le Pays de Bourgogne nivernaise, notamment sur le financement du poste de chargé de mission santé. Mme Meynard a clairement expliqué avoir réuni des établissements personnes âgées et médico-sociaux en leur demandant une quote-part du financement. Je me pose une question, comme peut-être monsieur Morin : jusqu'à quand ? Nous avons signé une convention triennale sur le poste de chargé de mission santé. Si des établissements étaient défaillants au cours de cette convention, est-ce que l'ARS les relaierait en matière de financement ?

GEORGES MORIN

Nous souhaitons que le financement soit pérenne. Mais il faut bien se dire que ce financement de l'animatrice de santé a été imposé. Ce poste était normalement assuré par ce groupement, c'est-à-dire par l'ARS. Comme le groupement a été dissous, il y a eu un transfert de charge. Cela n'a pas été de gaieté de cœur... L'animatrice de santé est salariée de la communauté de communes, mais normalement son salaire est pris en charge par ces collectivités. Je ne sais pas comment cela se passera dans trois ans. Si cela fonctionne bien, pourquoi ne pas le financer ? Cela fait peut-être partie de ce que nous avons à financer au niveau de la politique d'une communauté de communes.

TÉMOIGNAGE

Le contrat local de santé du Sud-Ouest Mayennais

Philippe GUIARD

Président du CLS du Sud-Ouest Mayennais

→ SUPPORT DE PRÉSENTATION EN ANNEXE 2, PAGES 51 À 55

Je suis président de la communauté de communes du Pays de Craon, qui appartient à la région Pays-de-la-Loire. Je suis également président du centre intercommunal d'action sociale. J'étais censé intervenir avec d'autres personnes, car ce contrat local est d'abord un contrat participatif et démocratique autour de la santé. Mes collègues ayant été appelés à intervenir ailleurs, j'essaierai de représenter la parole de l'élu que je suis ainsi que celle des usagers, des professionnels de santé et de la directrice de l'hôpital, impliqués dans ce projet.

Ce contrat local s'inscrit d'abord dans une politique d'aménagement du territoire. Je vous parlais d'un CIAS : nous nous sommes intéressés depuis longtemps à l'accompagnement social de nos populations. Il s'inscrit également dans une politique de dynamique économique, dans une politique culturelle et de transport. La santé est un élément de notre citoyenneté.

Nous avons commencé à travailler autour de la santé en 2003. Nous avons signé le contrat local en juillet 2012. Ce qui compte est le résultat. Nous avons été auditionnés deux fois par une commission parlementaire qui s'est inspirée du travail de notre territoire, inscrit aujourd'hui dans la loi HPST. Les pôles santé viennent de notre territoire, car il nous avait été demandé de faire de l'expérimentation. Ce contrat s'ins-

crit donc dans le contexte particulier d'une dynamique de territoire et d'une coopération forte entre l'hôpital local, les professionnels libéraux et le sanitaire et médico-social.

En 2003, nous sommes dans un contexte de désertification médicale assez fort. L'ARH à l'époque, et les professionnels de santé souhaitent faire quelque chose sur notre territoire de 30 000 habitants, d'une moyenne d'âge de 55 ans, répartis sur 37 communes. Les élus veulent inscrire ce projet dans une approche de l'Organisation mondiale de la santé. Lorsque nous parlons de contrat local de santé, il faut parler de bien-être. Au-delà de la santé, il y a toutes les autres questions. Nous n'avons pas besoin d'être malades pour bénéficier du contrat local de santé. → *diapo 2 page 51*

Nous souhaitons une qualité de soins par la mise en cohérence des différentes initiatives développées sur notre territoire. La rationalisation de l'offre a été évoquée ce matin, je n'y reviens pas. De même que le renforcement du droit des citoyens et de leur place dans la politique de santé. Nous voulions également mettre l'accent sur la proximité du soin et la réduction des inégalités de santé. Le droit à l'expérimentation et à l'innovation faisait partie des choses que nous voulions discuter. Il faut passer d'un système de cloisonnement à un système transversal. → *diapo 5 page 52*

Historiquement, nous étions dans une zone déficitaire, mais nous avons des liens forts entre l'hôpital et un exercice mixte ville-hôpital, puisque les médecins exercent à la fois leur profession en libéral et dans notre hôpital local. Pour la réussite de ce type de projet, il faut une implication et un engagement de tous les acteurs, une envie de développer de nouvelles coopérations et de modifier des habitudes et souvent des attitudes corporatistes, aussi bien chez les élus que chez les professionnels de santé.

La population est à la fois composée de jeunes qui arrivent en masse depuis les années 2000, et d'une population vieillissante et vivant à son domicile.

Ce contrat local de santé est intervenu alors que les professionnels s'étaient organisés depuis 2006 pour les gardes sur le territoire, la Mayenne étant l'un des premiers départements à avoir expérimenté les gardes généralisées de 20h à 8h du matin. ●



Questions/Réponses

MARC HORWITZ

C'est un retour aux sources puisque c'était ainsi avant les années 70.

PHILIPPE GUIARD

En tout cas, aujourd'hui, c'est à nouveau en place. Ce projet nous a demandé beaucoup de temps. Il a d'abord commencé par une analyse des besoins de santé de la population. Nous avons fait appel à un cabinet externe qui a très bien travaillé. Cela nous a coûté 80 000 euros pour un travail d'une année. La personne envoyée par le cabinet était un médecin, ce que nous avons considéré comme un atout important. Mais je retiens l'idée d'un géographe étudiant pour un prochain projet.

→ *diapo 3 page 52*

Je ne reviens pas sur le contenu du contrat local de santé. Ce qui a été évoqué dans le film est ce que nous souhaitons faire : maintenir un service de santé de proximité, informer sur l'offre de soins, renforcer la politique de prise en charge des personnes âgées. Il y a des indicateurs et des fiches-actions à mettre

en place. L'ARS attend que nous réalisons un prototype du parcours de soins de la personne âgée. Nous devons l'avoir terminé à la fin 2013. Nous avons également besoin de travailler sur la coordination et la concertation entre les acteurs du soin, au sens très large. Nous devons aussi améliorer l'attractivité de l'exercice pour les professionnels de santé.

Nous avons signé ce contrat en juillet 2012. Trois médecins intégreront notre pôle santé, un cabinet dentaire avec quatre dentistes d'ici la fin 2013. Les trois médecins sont étudiants et viennent faire leurs stages chez nous. Il s'agit là d'un partenariat très fort avec le centre hospitalier d'Angers. Le contrat local de santé, grâce à ce qu'il signifie, intéresse de jeunes professionnels.

MARC HORWITZ

Êtes-vous loin d'un cinéma multiplexe ? Je pose cette question, car aujourd'hui, nous entendons les internes dire qu'ils veulent pouvoir aller au « MacDo » et faire garder leurs enfants pour aller au cinéma. Il faut penser à cela.

PHILIPPE GUIARD

C'est bien pour cela que je disais que nous ne pouvons pas inscrire un contrat local de santé au milieu de rien. Ma communauté de communes est un territoire complètement perdu. Mais nous avons une saison culturelle, un spectacle par mois présenté par des professionnels, la possibilité de voir des films dans la ville de Craon.

MARC HORWITZ

Et le collège ? et le lycée ?

PHILIPPE GUIARD

Il n'y a pas de lycée. Il est à quinze kilomètres.

MARC HORWITZ

Je pose ces questions pour savoir pourquoi les jeunes médecins sont attirés.

PHILIPPE GUIARD

Ils sont attirés par le projet. Ce projet est d'abord transversal, c'est fondamental. Les élus, le tissu associatif, les professionnels de santé, l'hôpital local, sont tous engagés. Et ils savent pourquoi. Avant de créer un pôle santé, il faut d'abord avoir un contrat.

J'ai appris avec étonnement ce matin de notre agence régionale de santé que cela ne pouvait se signer qu'entre les élus et l'ARS, alors que j'aurais été heureux que les professionnels de santé réunis au sein du groupement de coopération sanitaire soient signataires avec nous. Il me paraît important que toutes les personnes impliquées dans ce projet soient signataires.

MARC HORWITZ

Les textes ne sont pas clairs là-dessus. C'est une décision du directeur général de l'ARS.

PHILIPPE GUIARD

Cela me donne un petit regret. Il faut absolument associer les personnes pour la réussite de ces projets. Je voulais aussi signaler que ce contrat local de santé nous a permis de ne pas fermer notre hôpital local, qui représente 250 emplois. Nous réalisons un pôle architectural qui rénove l'hôpital, adossé au pôle santé. Les médecins de ville n'ont qu'un couloir à traverser pour passer d'une activité à l'autre. Et la population est séduite.

Il faut prendre le temps de la concertation. La réussite d'un tel projet dépend de la concer-

tation, et cela ne se fait pas dans la précipitation. Notre mission en tant qu'élus n'est pas de préparer l'avenir, mais de le permettre. En réalisant ce contrat local de santé, nous avons permis à notre territoire d'avoir un avenir avec un ensemble de professionnels de santé, une population. C'est un peu tôt pour en tirer les leçons, car nous venons de commencer. Il faudra revenir dans deux ans pour voir si nous avons rempli les indicateurs.

À propos des tutelles, il faut vraiment changer la façon de conduire les projets. Les tutelles qui nous ont beaucoup accompagnés nous demandent déjà des tableaux de bord (nous avons signé en juillet 2012). Il faudrait que nous ayons réalisé des miracles. Arrêtons de remplir des rapports, des statistiques, etc., et passons à l'action.

JEAN-PIERRE DUPONT

DIRECTEUR DU PÔLE SANTÉ, FÉDÉRATION
DU PAYS DE HAUTE CORRÈZE

Quelles sont les raisons qui poussent à fermer l'hôpital local ? Vous êtes totalement isolés, si j'ai bien compris.

PHILIPPE GUIARD

Non, nous sommes à moins de trente minutes d'un centre hospitalier. Nous avons eu deux accouchements sur la route depuis le début de l'année.

JEAN-PIERRE DUPONT

Quels sont les services de votre hôpital local ?

PHILIPPE GUIARD

Du soin de long et moyen séjour.

Pour réussir ce contrat, nous avons embauché une animatrice en décembre. Elle discute actuellement du fonctionnement de l'article 70 de la sécurité sociale, qui pourrait vous intéresser, puisqu'il permet de rémunérer les professionnels de santé pour les actions de coordination dans le cadre du contrat local de santé. Sujet sensible évidemment...

Concernant les financements, nos collectivités financent le poste d'animatrice de santé. Nous avons créé un GCSMS (groupement de coopération sanitaire et médico-sociale) qui permet aux EHPAD d'entreprendre ensemble des actions, dans le cadre du CLS, de mutualisation, de formation en particulier. C'est une piste à explorer.

BERNARD SAINT GERMAIN
CHARGÉ DE MISSION MAIRIE-CONSEILS

Je m'adresse au président de la communauté de communes. Ce matin, nous évoquons le type de compétences sur lesquelles une communauté de communes pouvait signer un contrat local de santé. Chez vous, comment avez-vous pris cette compétence ?

PHILIPPE GUIARD

Tout cela demande du temps. Je suis ce projet depuis 2003, j'ai donc eu le temps de comprendre les problématiques. Pour arriver à ce contrat local de santé, il fallait que des personnes soient responsables et puissent prendre des décisions. Nos deux communautés de communes ont établi la compétence santé. À partir de là, je siège au conseil de surveillance de l'hôpital local, j'appartiens au comité de coordination du contrat local de santé. Cela est innovant et donne une vraie vision. Le contrat local de santé est un contrat de territoire. C'est aux élus de le porter, pas seuls bien sûr. Mais à un moment, il faut une volonté politique.

BRIGITTE MENZ
MÉDECIN-CONSEIL CCMSA

Je rebondis sur les propos concernant le groupement de coopération pour les EHPAD. Le département des Hautes-Alpes aimerait créer trois maisons médicalisées et mutualiser. Est-ce que cela s'est déjà fait dans d'autres régions ?

PHILIPPE GUIARD

Nous sommes expérimentaux sur le sujet. À ma connaissance, il n'existe pas d'autres programmes que le nôtre. Nous mettons au point, avec de nombreuses difficultés, le programme personnalisé partagé, qui permet à l'infirmière d'avoir les informations nécessaires pour donner ses soins, au médecin qui remplace son confrère de savoir ce qu'il a prescrit, etc.

En ce qui concerne le regroupement des EHPAD, les GCSMS sont également un moyen de mettre en place des plans de formation.

FRÉDÉRIQUE LEBLANC,
CHARGÉE DE MISSION SANTÉ PAYS
DE BOURGOGNE NIVERNAISE

Ces deux témoignages suscitent quelques remarques. Je dépends de la même ARS que M. Morin. Le contrat local de santé est indé-

niablement un outil d'attractivité pour les professionnels de santé sur un territoire. Il s'agit vraiment d'un projet structurant. En revanche, sa réussite dépend intrinsèquement de la direction des ARS. En région Bourgogne, nous sommes fortement incités à ne pas nous affranchir du plan régional de santé, alors que nous sommes sur des politiques ascendantes, puisque nous partons des besoins d'un territoire. Au final, lorsque nous présentons des fiches-actions, on nous dit que nous sommes en dehors du plan régional de santé.

PHILIPPE GUIARD

C'est pour cela que je défendais le droit à l'innovation et à l'expérimentation. Nous l'avons inscrit dans notre contrat local de santé.

FRÉDÉRIQUE LEBLANC

Je suis ravie de l'entendre et nous le soumettons à nos élus.

Par ailleurs, nous pourrions nous attendre à ce que les ARS aient une mission d'accompagnement méthodologique sur ces outils. Nous avons fortement l'impression qu'elles se reposent sur les territoires pour faire ce qu'elles n'ont pas pu faire depuis un certain nombre d'années. Elles devraient prendre la mesure de l'enjeu et se mettre en synergie avec les politiques publiques de santé.

MARC HORWITZ

Il ne faut pas oublier que les ARS datent d'avril 2010. Elles ont encore un peu de chemin à faire.

PHILIPPE GUIARD

Sur mon territoire, l'ARS est un vrai partenaire, qui expérimente également. Nous avons écrit notre contrat local de santé. Je ne l'aurais pas laissé à l'ARS. Profitez qu'ils n'aient peut-être pas les moyens de l'écrire pour leur proposer une politique de territoire. Je trouve formidable que l'ARS n'ait pas imposé de modèle. Ceux qu'ils m'ont donnés n'étaient pas applicables.

TÉMOIGNAGE

Le contrat local de santé de Haute Corrèze - Ussel

→ SUPPORT DE PRÉSENTATION EN ANNEXE 3, PAGES 57 À 64

MARC HORWITZ

JOURNALISTE SPÉCIALISÉ DANS
LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Un point d'histoire. J'entends que d'une ARS à l'autre, les politiques ne sont pas les mêmes. Cela n'a rien d'étonnant, puisque les premières ARS avaient un certain nombre de missions avec des priorités. Le prédécesseur de Philippe Calmette avait fait des contrats locaux de santé sa priorité. Quant à la méthodologie, en faut-il une ou pas ? Je crois que la réponse a été claire.

Vous en aurez une autre avec Franck Bado, directeur du pôle santé de Haute Corrèze, Jean-Pierre Dupont, président de la fédération du Pays de Haute Corrèze, et Nadège Savary, qui travaille au conseil général de Corrèze.

S'ils sont trois aujourd'hui, c'est parce que ce CLS s'inscrit, comme les autres, dans l'histoire. Nadège Savary, qui en est à l'origine, a su passer la main au moment de la nomination de Franck Bado.

JEAN-PIERRE DUPONT

PRÉSIDENT DE LA FÉDÉRATION
DU PAYS DE HAUTE CORRÈZE

Nous sommes venus en équipe, parce que cela a été un véritable travail d'équipe. Nadège a suivi ce sujet depuis le début. Franck Bado, nouvellement arrivé chez nous, a été recruté pour être le directeur du nouveau pôle.

La Haute Corrèze est un territoire très rural, de moyenne montagne, dans le Massif Central

→ *diapo 2 à 4 page 58-59*. La densité de population est faible : 30 000 habitants sur près de 1700 km², et 67 communes sur le territoire du Pays. Au niveau sanitaire, nous trouvons l'important centre hospitalier d'Ussel, qui rayonne sur les départements voisins de la Creuse, du Cantal et du Puy-de-Dôme, notamment grâce à sa maternité, les autres ayant été fermées ; et le centre hospitalier psychiatrique du Pays d'Eyguerande, qui comporte une UMD (unité pour malades dangereux).

C'est un territoire où le secteur médico-social est fortement représenté. Il existe

d'autres structures, comme la fondation Jacques Chirac pour le handicap, qui date des années 70 (17 structures, 850 personnes employées, 1100 personnes handicapées hébergées). Toutes les EHPAD de notre département ont été restructurées et mises aux normes européennes. Le conseil général a fait de gros efforts en subventionnant à hauteur de 60%. Cette politique a été poursuivie, car notre département fait partie des plus âgés d'Europe. D'autre part, nous avons un maillage d'instances de coordination pour l'autonomie, avec des services de soins à domicile. La liste n'est pas exhaustive, mais vous voyez que nous sommes équipés. Le problème était de s'organiser et de mettre en synergie ce qui existait.

Nous avons des besoins de santé avérés avec cette population dont l'espérance de vie continue à augmenter. Depuis longtemps, la moyenne d'âge d'entrée en EHPAD dans notre département est de 85 ans, comme partout maintenant. Des études ont montré une prédominance des infections de longue durée, diabète, cancer, maladies cardio-vasculaires, et de toutes les addictions, en particulier celles dues à l'alcool et au tabac, plus marquées que chez les autres. Nous constatons un besoin lié à une concentration d'usagers, d'établissements et de services. Nous avons aussi des besoins de prévention importants, tous âges et profils confondus. Enfin, on note une prévalence du suicide. Ces problématiques sanitaires nécessitent une prise en charge globale. C'est là que nous retrouvons la nécessité d'un pôle, pour avoir une vision globale sur le terrain, mais également la prise en compte à l'échelon supérieur, c'est-à-dire par l'ARS, de ces prédominances et de ces caractéristiques.

Parallèlement, l'offre de santé diminue et présente des déséquilibres, même si elle est encore globalement satisfaisante. Mais nous savons que dans cinq ans, si nous ne prenons pas de décisions, nous nous retrouverons dans un désert médical.

Pour répondre à une question posée tout à l'heure, je tiens à dire que nous avons un « MacDo », des cinémas, des lycées et des collèges. Cela ne nous empêche pas de rencontrer des difficultés. Nous n'avons pas l'attractivité souhaitée.

Je laisse maintenant la parole à Nadège pour l'élaboration de la stratégie territoriale.

NADÈGE SAVARY

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA CORRÈZE, DIRECTION DE L'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

Face au constat que M. Dupont vient de vous présenter, nous étions en 2007 dans une période de préparation d'un contrat de pays avant de négocier avec les partenaires financiers. Les élus ont souhaité inscrire dans ce contrat de pays l'élaboration d'une stratégie territoriale de santé : la volonté était de prendre le problème à la base et de ne pas attendre que des projets de maison de santé fusent d'un peu partout. La maison de santé semblait être une réponse à un problème. Mais était-ce la réponse à notre problème, sur notre territoire ? La médecine de ville, le secteur sanitaire et le secteur médico-social ont été associés à la démarche de co-construction, sans aucun parti pris.

La stratégie a été construite en trois phases

→ *diapo 5 page 59*, avec un diagnostic partagé avec les acteurs et les usagers afin de tenir compte de leurs besoins. À partir de ce diagnostic, nous avons pu bâtir des orientations stratégiques et un plan d'action à l'échelle du territoire. Il en est ressorti que le territoire possédait des atouts favorables à la mise en place d'un pôle de santé (géographie, implication des acteurs, etc.)

Les élus ont tendu une main aux libéraux, qui ont bien adhéré à la démarche et finalement apprécié que les élus se soucient de leur problématique, et de l'avenir. Comme M. Dupont l'a dit, nous n'étions pas encore déficitaires, mais nous avons souhaité anticiper en tenant compte de la pyramide des âges.

JEAN-PIERRE DUPONT

Pourquoi un pôle de santé en Haute Corrèze ?

→ *diapo 6 et 7 page 60*.

Pour reprendre le propos de M. Calmette, l'axe a d'abord été orienté vers la demande. Nous avons consulté tous les professionnels de santé, les structures médico-sociales, les associations, pour leur demander ce qu'ils souhaitaient. Nous avons alors développé des solutions adaptées à la montée en charge de certains besoins, perceptibles ou anticipés, à travers un projet territorialisé.

Nous nous sommes ensuite orientés sur l'axe de l'offre, pour structurer et coordonner celle-ci sur le territoire, afin de garantir un accès aux soins adéquat pour l'ensemble de la population concernée. Cette structuration peut se traduire par un réseau d'échange d'informations et par la mise en place de maisons de santé.

Enfin, un axe orienté vers l'articulation, l'harmonisation de l'offre et de la demande. Il vise à coordonner la prise en charge des patients et l'intervention des différents acteurs afin de garantir la qualité et la continuité des soins et des pratiques.

La finalité du pôle de santé de Haute Corrèze est une mise en relation des acteurs par une structure dédiée, dans une optique de mutualisation des moyens et de coordination centralisée, en vue de faciliter le travail des professionnels de santé en général et de mieux répondre à la demande de soins.

Dans le cadre de cette stratégie territoriale, nous avons mis en place un réseau de structures de santé, coordonnées entre elles autour d'une maison de santé principale à Ussel, en étroite relation avec le centre hospitalier d'Ussel. Au niveau de la médecine de ville, le territoire est ainsi maillé d'un réseau de structures d'offres médicales regroupées : les maisons de santé pluridisciplinaires d'Ussel, de Neuvic, de Bort-les-Orgues et de La Courtine.

Nous avons élaboré un projet de santé commun, partagé entre les acteurs libéraux, sanitaires et médico-sociaux du territoire. Cette stratégie permet à la fois de consolider la structure pilote au centre (maison de santé d'Ussel), et en même temps de conserver une médecine de proximité dans les communes satellites, ce qui est indispensable sur un territoire où la proportion des personnes âgées est élevée et continuera à croître.

NADÈGE SAVARY

J'essaie de vous apporter un éclairage sur **l'enchaînement des étapes.** → *diapo 8 à 12 pages 61 à 63*

La démarche a été engagée en 2010 avec l'élaboration de la stratégie de santé, adaptée aux spécificités du territoire, dans le cadre d'une démarche prospective et participative.

En 2010 et 2011, nous avons travaillé davantage sur l'organisation du pôle de santé, avec l'élaboration du projet de santé et du projet professionnel, et également l'organisation et la composition des maisons de santé pluri-professionnelles.

En 2011 se sont tenus les groupes de travail pour la construction du contrat local de santé, qui est arrivé au cours de la démarche.

En novembre 2011, le projet de pôle de santé a été présenté devant la commission régionale d'examen des projets de santé, coprésidée par le directeur général de l'ARS et le président de la région Limousin, associant de nombreux acteurs institutionnels et professionnels. Cette commission donne un avis sur chaque projet de maison de santé qui appelle des financements publics.

En 2012, nous avons poursuivi les travaux sur la structuration juridique du pôle de santé, toujours en cours. Nous devrions signer après-demain la convention constitutive du groupement de coopération sanitaire qui incarnera ce pôle.

Dans le même temps, les collectivités, maîtres d'ouvrage des maisons de santé, ont pu avancer sur la finalisation des projets architecturaux et immobiliers. Ces études sont pratiquement terminées, et le financement est programmé en commission permanente pour être attribué. L'année 2013 devrait être consacrée aux travaux de construction.

Le contrat local de santé a été signé en mars 2012, et en septembre 2012 le directeur du pôle et les deux animatrices du CLS ont pris leurs fonctions.

Le calendrier du pôle de santé et de la démarche stratégie de santé en Haute Corrèze a coïncidé avec la mise en place des ARS. Au printemps 2011, alors que nous finalisons le projet de santé, l'ARS a proposé aux élus du territoire l'élaboration d'un contrat local de santé. C'est un choix territorial qui a été fait par l'ARS. Celle-ci avait perçu la dynamique engagée avec les professionnels. De plus, les indicateurs de santé du territoire étaient moins bons que sur le reste du département. C'était également l'occasion pour l'ARS d'enrichir la dynamique locale, en incitant les professionnels à travailler sur leurs priorités régionales.

Nous avons mis en place **un nouveau comité de pilotage**, coprésidé par le directeur de la délégation territoriale de l'ARS et le président du Pays. L'ARS avait ciblé des problématiques prioritaires.

Le diagnostic réalisé par le Pays, également basé sur des données de l'ARS, a été complété par un diagnostic interne.

Les groupes de travail du contrat local de santé ont succédé à ceux du pôle de santé. Cela nous a permis d'ouvrir davantage ces groupes de travail, avec notamment des acteurs associatifs, et d'enrichir les débats. L'objectif était d'approfondir et de travailler dans la continuité. Le contrat local de santé se base sur le projet de pôle de santé, et en cela, ils sont aujourd'hui indissociables.

FRANCK BADO

DIRECTEUR DU PÔLE DE SANTÉ DE HAUTE CORRÈZE (GCS)

Au niveau opérationnel, l'équipe est composée d'un directeur et de deux animatrices, recrutés dans le cadre du contrat local de santé. À partir d'une maison de santé principale, nous essayons de déployer sur le territoire un maillage le plus complet possible de nos actions. Ce contrat local doit permettre de coordonner l'action publique de l'ARS et celle du Pays de Haute Corrèze, autour d'un certain nombre d'axes prioritaires retenus pour leur cohérence et la spécificité du territoire. Nous en avons retenu neuf → *diapo 13 page 63* :

- L'amélioration de la coordination et de la continuité des soins en Haute Corrèze, avec six actions à l'intérieur
- La prise en charge de la personne en perte d'autonomie
- Développer les transports pour faciliter l'accès aux soins
- Promouvoir la télésanté
- Lutter contre les addictions
- Le dépistage du cancer
- Le dépistage du diabète
- La prévention du suicide
- Prendre en compte les facteurs environnementaux.

Prenons un exemple : le dépistage du cancer.

→ *diapo 14 page 64*

Nous avons remarqué sur les trois dernières campagnes de prévention, que plus d'un tiers des femmes concernées ne s'étaient pas présentées au dépistage. Cela nous a interpellés.

Nous avons déployé un **plan d'action** dont les grandes lignes des objectifs opérationnels consistent à favoriser la prévention, encourager le recours régulier au dépistage, lever les obstacles (distance, coût, etc.). Pour cela, nous allons multiplier les personnes-relais en matière d'informations sur le cancer. Nous allons former des professionnels de santé de proximité, notamment ceux qui interviennent à domicile. Nous sensibiliserons les bénévoles, les associations et les personnes volontaires souhaitant participer à cet effort.

Les deux animatrices ont un rôle de démarchage pour aller voir tous les partenaires du territoire afin de mettre en place les actions, sur l'architecture maison de santé.

L'instance de pilotage du contrat local de santé suit la mise en œuvre, respecte les engagements, évalue les fiches-actions, met de la cohérence. Un comité restreint contrôle, valide et réoriente les actions. → *diapo 15 page 64*

Le contrat local s'insère dans un vaste projet de pôle. Dans quelques jours, le pôle de santé deviendra un groupement de coopération sanitaire. Finalement, d'un petit projet, c'est devenu quelque chose de plus ambitieux, à l'échelle de la région. Ce groupement compte trois collèges : le premier ne comporte que des établissements sanitaires (hôpitaux) ; le deuxième comporte des institutions ou services médico-sociaux (EHPAD, CPAM, MSA, etc.), et le troisième est un collège de libéraux.



Questions/Réponses

VÉRONIQUE BARALE

COORDONNATRICE SANTÉ SMAD
DES COMBRAILLES

Le Pays des Combrailles a signé avec l'ARS Auvergne son contrat local de santé le 26 décembre dernier. La démarche a été la suivante : un diagnostic santé associant la population en 2010. Les problématiques étaient les mêmes que celles évoquées aujourd'hui : la ruralité, l'absence de médecins spécialistes, la menace de désertification médicale. Nous avons 23 actions dans notre CLS, dont une se situe dans le secteur limitrophe de la Corrèze, il s'agit de la création d'un pôle de santé pluridisciplinaire.

Ce secteur présente la particularité de mener déjà des coopérations avec le département de la Corrèze, puisqu'un secteur de garde commun existe depuis plus de vingt ans. Nous réfléchissons, mais il faudrait que cette idée soit partagée, car il serait dommage de séparer des projets par une frontière qui serait le département, alors que le recours aux soins et les bassins de santé sont communs. L'ARS Auvergne s'est donc rapprochée de l'ARS Limousin pour réfléchir sur des articulations entre les structures existantes sur ces deux départements.

Puisque toute l'équipe est là, j'aimerais connaître votre sentiment.

JEAN-PIERRE DUPONT

Nous vous avons sollicité bien avant cette main tendue. Nous avons commencé en 2010. Nous vous avons invités à des réunions. Et vous voilà !

MARC HORWITZ

Ce qui est intéressant c'est que vous soyez aujourd'hui les uns en face des autres. Je pense que vous pourrez échanger en sortant. Franck Bado a peut-être une partie de la réponse à votre interrogation.

FRANCK BADO

Nous défendons bien sûr, au niveau du pôle, cette coopération régionale. Il y a le réseau TNR, au nord de la Corrèze, qui travaille sur les trois projets. Pour répondre en même temps à la question de la communication entre professionnels, nous travaillons justement sur un projet de messagerie sécurisée et d'une télé-médecine à l'échelle du Pays de Haute Corrèze. Dans ce cadre, les partenariats sont tout à fait possibles.

VÉRONIQUE BARALE

Il me semble que si nous voulons pérenniser l'offre de soins en milieu rural, nous sommes obligés de travailler en réseau et de nous affranchir des frontières départementales.

NADÈGE SAVARY

Il se passe la même chose avec La Courtine, qui n'est pas sur le territoire du Pays. Les professionnels de santé ont demandé à participer. C'est une démarche que le territoire n'aurait jamais faite de lui-même, puisque nous ne marchons pas sur les plates-bandes des autres. Je regrette que cela ne soit pas toujours réciproque. Il n'y a pas de volonté de se fermer sur le territoire du Pays. Nous sommes dans un bassin de vie où les professionnels veulent travailler ensemble. Et ce sont eux qui font le projet, pas les administratifs.

MARC HORWITZ

C'est ce que disait Philippe Guiard tout à l'heure. Le CLS, c'est vraiment le terrain.

VINCENT HÉBRARD

CHARGÉ DE MISSION CCMSA

Nous évoquons ce matin la représentation des usagers dans le contrat local de santé. Dans les collèges du GCS, introduirez-vous également des représentants des usagers ?

Les MAIA sont l'un de vos projets dans le

contrat local de santé. Répondrez-vous au prochain appel à projets MAIA en 2013 ? Comment s'intégrera la MAIA et qui sera porteur ?

FRANCK BADO

Justement, la MAIA fait partie d'un des axes du contrat local de santé. Nous avons d'ores et déjà répondu à cet appel à projets, qui nous a été favorable. La MAIA est en place depuis juillet 2012 et s'insère dans notre projet global de territoire. Elle est portée par le réseau gérontologique de la Haute Corrèze, membre du pôle.

PHILIPPE GUIARD

Sur la question du GCS, il n'est pas possible que des usagers participent, car c'est un mouvement de coopération des professionnels de santé. Les usagers se retrouvent plutôt dans les instances de coordination du contrat local de santé.

FRANCK BADO

En termes de GCS, nous parlons de personnes morales, les individuelles ne peuvent en faire partie. Toujours est-il que lors du comité restreint, nous avons tout le loisir d'inviter des personnes. Nous l'acterons lors de la convention. Les usagers seront là pratiquement en permanence, parce que nous ne pouvons pas faire sans eux. Nous résoudrons donc ce problème administratif autrement, en les conviant en comité restreint.

MARC HORWITZ

Merci à tous les trois.

Nous avons demandé à François Frété, médecin-conseil de la MSA et membre de la direction de la santé de la caisse centrale, d'être aujourd'hui notre grand témoin. Il nous dira quelles sont les contributions possibles des caisses sur les territoires, mais aussi ce qu'il a entendu, et ce qu'il retient de la journée.

GRAND TÉMOIN

François FRÉTÉ

Médecin conseiller technique national MSA

→ SUPPORT DE PRÉSENTATION EN ANNEXE 4, PAGES 65 À 67

En tant que médecin conseiller technique à la caisse centrale de la MSA, je m'occupe à la fois des maladies chroniques et de l'offre de soins primaires dans les territoires. La MSA est très attachée à l'équité de traitement des assurés, quel que soit leur lieu de résidence (souvent rural). La MSA n'est pas une mutuelle, mais le régime obligatoire du secteur professionnel agricole.

Puisque je dois à la fois jouer le rôle de grand témoin et également vous dire en quoi la MSA peut contribuer à l'offre de soins locale et aux contrats locaux de santé, j'essaierai de faire les deux en parallèle.

De nombreuses choses intéressantes ont été dites ce matin. Le débat et les questions ont ensuite fait surgir des idées et des difficultés à surmonter. Je prendrai plutôt une vision transversale.

J'ai distingué trois grandes idées-forces : la notion de **territoire de santé**, la notion de **santé communautaire**, et la nécessité d'une **organisation des soins primaires**, à réformer et à moderniser pour les adapter aux besoins des territoires, ce qui n'est pas encore le cas partout aujourd'hui. → *diapo 4 à 7 pages 66-67*

Qui dit contrat local de santé dit **proximité et territoire**. Même à la MSA, assureur du monde rural, un territoire ne se résume pas à des surfaces, de blé ou de prairies. Un territoire, ce sont d'abord des hommes, qui vivent et fonctionnent ensemble, avec des habitudes, une culture et des activités déjà bien en place. Un territoire peut être évoqué en kilomètres carrés, en géographie pure, ou encore avec des repères en termes de population. Finalement,

le plus important est peut-être d'en avoir une vision humaine fonctionnelle, et de le définir en fonction des habitudes de sa population, notamment des habitudes de déplacement.

J'ai entendu également ce matin l'importance de **l'évaluation qualitative**. Pour connaître un territoire, il faut des chiffres, des statistiques. Si Mme Vaillant, géographe, a pu nous démontrer l'intérêt de ces chiffres, c'est parce qu'ils étaient interprétés et compris par une évaluation qualitative. La lecture des statistiques à un niveau macro (région ou département) ne veut pas dire grand-chose. Nous pouvons faire des erreurs d'interprétation si nous ne les replaçons pas dans le détail du territoire, en fonction de son contexte spécifique et des besoins analysés.

Pourquoi un **territoire de soins primaires** ? Les habitants, même quand ils sont malades, résident la plupart du temps sur leur territoire. Le graphique « carré de Green » le démontre : → *diapo 2 page 65*.

Ne prenez pas les chiffres comme une réalité française précise, car cette étude est issue des États-Unis, mais considérez-les plutôt comme des ordres de grandeur, néanmoins très éclairants. Nous voyons sur cette diapositive que sur 1000 personnes, 800 rapportent des symptômes relatifs à leur santé et 327 envisagent de demander une consultation, mais ne le font pas. Toutes ces personnes ne sont pas encore entrées en contact avec le système de soins. 217 d'entre elles consultent un médecin, dont 113 un généraliste ; 65 ont affaire à un prestataire de soins complémentaires (infirmière, pharmacien, etc.) ; 21 personnes consultent un spécialiste hospitalier en externe ; 14 font

l'objet de soins à domicile ; 13 consultent aux urgences, mais n'y restent pas. Seulement 8 personnes sont hospitalisées dans l'hôpital le plus proche, et une au CHU. Cela démontre bien qu'il y a du travail de soins réalisé, et à réaliser, en proximité.

Qui dit territoire, dit nécessité d'un **diagnostic de territoire**. C'est indispensable pour arriver au projet de santé, lui-même phase incontournable avant d'imaginer quelque réponse que ce soit. Ce diagnostic nécessite d'analyser les besoins de santé, qui sont à confronter aux demandes de santé de la population, pas forcément concordantes avec les besoins. Il est ensuite à compléter avec les réponses déjà en place, puisqu'il y a toujours un minimum qui fonctionne plus ou moins bien et de façon plus ou moins coordonnée sur un territoire. C'est la confrontation de ces besoins, de ces demandes, et de ces réponses déjà en place qui permettra de poursuivre le diagnostic de santé.

Puisque mon rôle est également de parler de ce que la MSA peut apporter sur le territoire, je vous dirai que justement, dans nos 35 caisses locales, des professionnels du développement social local, de l'ingénierie médico-sociale, accompagnés de médecins-conseils peuvent vous aider à réfléchir à ces questions sur les territoires ruraux.

Dans CLS, il y a le mot santé. Il est important de rappeler que lorsqu'on parle de santé dans un CLS, c'est au sens large, et au sens de la définition de l'OMS et des cinq axes d'intervention de la charte d'Ottawa → *diapo 3 page 66*. Le premier axe, **l'élaboration de politiques publiques saines**, est l'axe privilégié pour la plupart des élus : conduire leurs politiques locales de façon à ce qu'elles soient bénéfiques à la santé. Vous avez aussi, en partie, la compétence de la création d'un environnement favorable (par exemple l'attention portée à l'adduction d'eau ou à l'élimination des eaux usées).

J'insisterai plus sur les trois derniers axes. Le **renforcement de l'action communautaire** me paraît être une des forces qui a été souvent abordée aujourd'hui, et qui s'appuie sur des patients responsables, formés, qui assument leur fonction d'une façon autre que seulement revendicative. Il faut bien arriver à prononcer ce mot de démocratie sanitaire, même s'il

n'est peut-être pas tout à fait adapté, en le distinguant bien des autres formes démocratiques que sont la démocratie électorale, qui est la nôtre, et la démocratie représentative, celle des associations. Ce sont des formules complémentaires. Par contre, organiser la santé communautaire ne s'improvise pas et ne se limite pas à inviter des représentants des différentes classes de la population. Pour que cela fonctionne, il faut absolument utiliser des méthodes qui valorisent la participation. Ces méthodes nécessitent bien sûr d'être formés. Là aussi, je fais le lien avec la MSA. Nous pouvons apporter notre savoir-faire dans l'animation de réunions participatives, où l'expression des demandes peut être orientée de façon à être productive.

Le quatrième axe d'intervention est **l'acquisition d'aptitudes individuelles par les citoyens**. Nous trouvons là tout le volet des actions éducatives (éducation pour la santé, éducation thérapeutique pour les personnes malades). La MSA peut proposer aux organisations de soins des actions comme « les ateliers du bien vieillir » ou « l'éducation thérapeutique pour les malades cardio-vasculaires ». Cela peut alimenter un contrat local de santé.

Enfin, je reviens à **l'organisation des soins primaires** — le dernier axe — avec la réorientation des services de santé → *diapo 7 page 67*. J'ai noté la remarque de M. Calmette, directeur de l'ARS Limousin, qui mettait en évidence les financements aux services de santé et en particulier les financements sur le mode « investissement » et pas seulement sur le mode « fonctionnement ». C'est peut-être là où, en France, nous ne sommes pas très en avance. Ces financements à visée « investissement » sur les organisations ont probablement une vertu structurante pour les soins primaires.

Ce sont là les points forts de cette journée, à mes yeux. Je conclurai en reprenant ce qui a été dit ce matin par Mme Desclerc-Dulac → *diapo 8 page 67* : si les contrats locaux de santé peuvent être le levier d'action du programme régional de santé, alors peut-être les prochaines versions de ces programmes régionaux de santé pourront être représentatives des contrats locaux de santé, et des demandes et besoins issus du terrain. Ce serait peut-être un sens de fonctionnement plus normal. ●

Synthèse de la journée

MARC HORWITZ

Un mot est revenu souvent aujourd'hui, le mot « investissement ». C'est un mot qui, à la Caisse des Dépôts, a un certain poids. Merci à tous d'avoir participé à cette journée. Je laisse Bernard Saint Germain conclure cette journée qu'il a organisée.

BERNARD SAINT GERMAIN CHARGÉ DE MISSION MAIRIE-CONSEILS

S'il y a une chose que je retiendrai de cette journée, et surtout de cette après-midi avec les trois témoignages de terrain, c'est qu'en ce qui concerne les contrats locaux de santé, il semblerait que jusqu'à présent les ARS auraient plutôt tendance à aller vers les territoires déjà mobilisés, qui ont déjà fait quelque chose. Un vieux dicton dit : « Il pleut toujours où c'est mouillé ».

À moins que la tendance ne s'inverse, il a été une fois de plus démontré que la mobilisation des territoires et des élus est nécessaire pour que l'ARS tende une oreille, et dise réunir les conditions de réussite de ses propres dispositifs. Ce n'est pas une découverte, mais cela conforte la volonté de mobilisation sur le terrain.

Tout ce que nous avons entendu ce matin confirme la nécessité d'accompagner la réflexion des élus en amont de la signature d'un contrat local de santé. Je pense qu'il y a là, dans les missions d'intérêt général de Mairie-conseils, un objectif qui correspond tout à fait aux attentes des élus dans les territoires.

Nous travaillerons évidemment sur les questions de l'animation territoriale, sur une offre à laquelle nous pourrions réfléchir avec la caisse centrale de la MSA ; mais aussi avec notre partenaire associatif Élus, santé publique et territoires, dont je salue la présence en la personne de monsieur El-Ghozi, son président.

Je remercie l'ensemble des intervenants et des participants. ●

ANNEXES

ANNEXE 1 → SUPPORT DE PRÉSENTATION DE ZOÉ VAILLANT

LABORATOIRE GÉOGRAPHIE SANTÉ, UNIVERSITÉ PARIS OUEST



The image shows a presentation slide with a white header, a green title bar, and a white footer. The header contains logos for 'université Paris Ouest' (Nanterre La Défense), 'LUEC' (Laboratoire d'Urbanisme, d'Économie et de Sociologie), and 'élus santé publics territoires'. The title bar is green with white text. The footer is white with black text.

université Paris Ouest
Nanterre La Défense
Massier GEOSANTE : Géographie Santé, Territoires, Environnement

LUEC

élus santé publics territoires

Géographie et santé
De la cartographie à l'aide à la décision
Les dispositions locales de santé – un outil de pilotage
politique locale pour réduire les
inégalités socio-spatiales de santé ?

Vaillant Z., Rican S., Salem G., A. Bochaton
Séminaire Mairie Conseil
Communautés de communes et Contrats Locaux de
Santé
22 janvier 2013

1

2

Hausse globale des espérances de vie

- * La mesure : L'espérance de vie / la mortalité = un indicateur synthétique de la santé d'une population, du niveau de développement d'une société

MAIS

- Creusement des écarts sociaux **et spatiaux** d'espérance de vie France.

Cette spatialisation fait sens dans la recherche des déterminants.

- Au niveau global forte corrélation entre pauvreté et mauvais niveau de santé

MAIS

- A un niveau plus fin communal ou infra-communal, cette association n'est pas aussi directe
→ complexité

2

3

**Emergence d'un nouveau paradigme dans l'action publique :
la notion de territoire mise en rapport avec les inégalités de santé**

Loi Hôpital Patients Santé Territoire : Lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé

Niveau local pertinent pour approche intégrée ciblée localisée sur l'ensemble des déterminants de la santé

Ateliers Santé Ville / Animation santé dans les chartes de pays
Contrats Locaux de Santé

- * Collectivités locales sont peu expérimentées en santé publique, peu outillées pour observer et mesurer la santé de leurs habitants, son évolution avant et après des programmes d'action (évaluation)

Que peut apporter la géographie face à ces inégalités sociales et territoriales de santé ?

3

4

PARTIE 1.

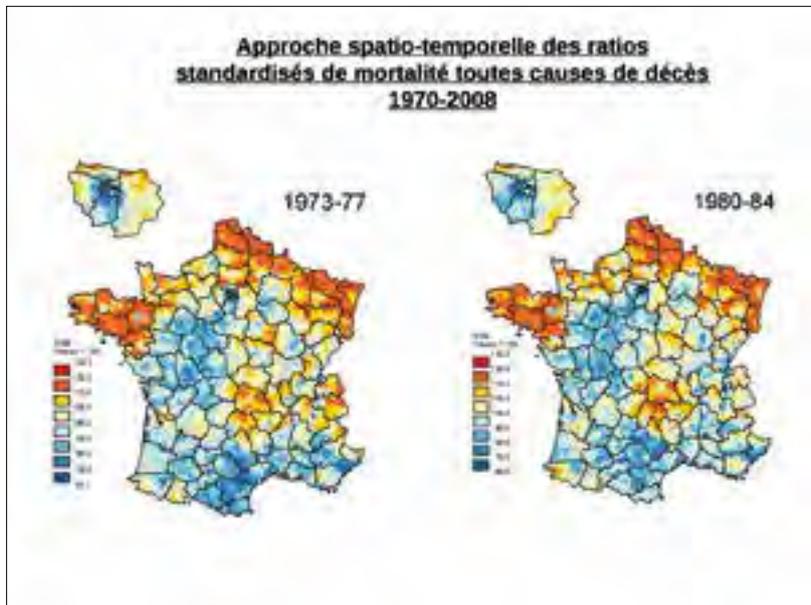
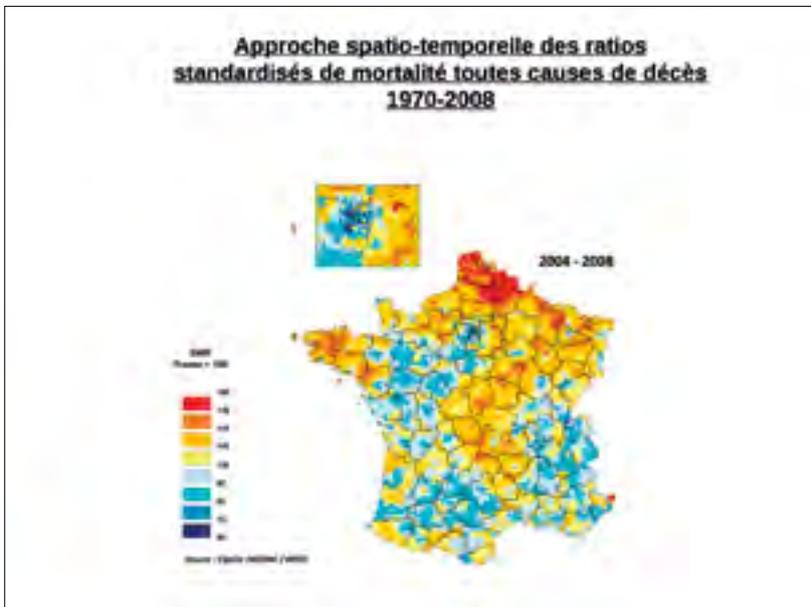
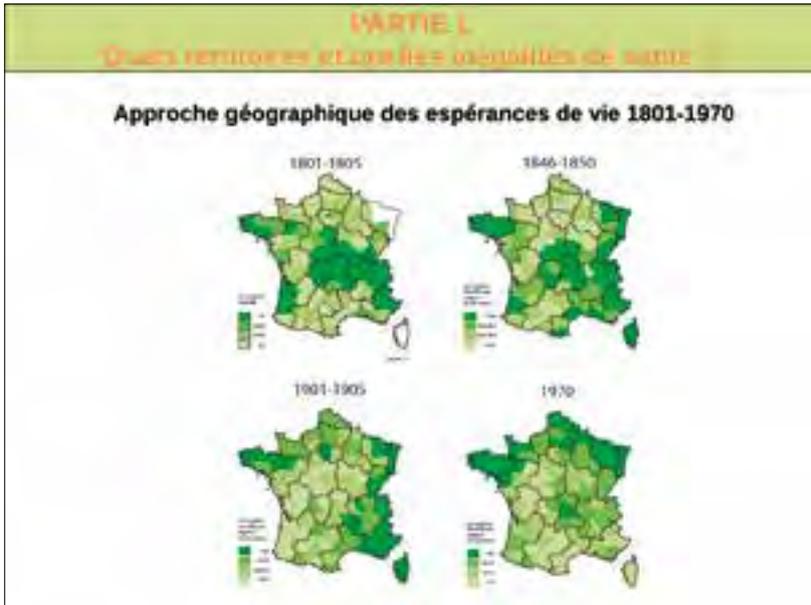
La France, meilleur système de soins au monde ?
Quels territoires et quelles inégalités ?

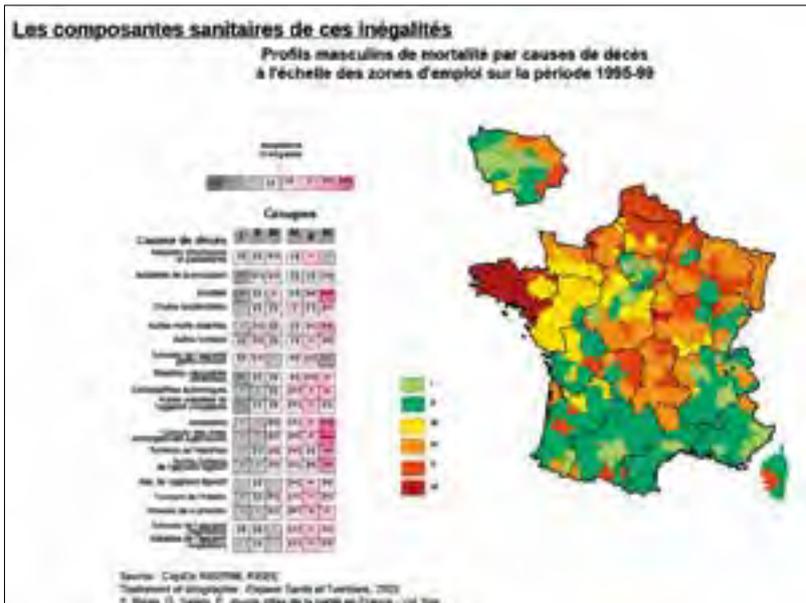
La mortalité et la morbidité « se déplacent »
et révèlent les structures et les mutations du territoire
qui sont à analyser

PARTIE 2.

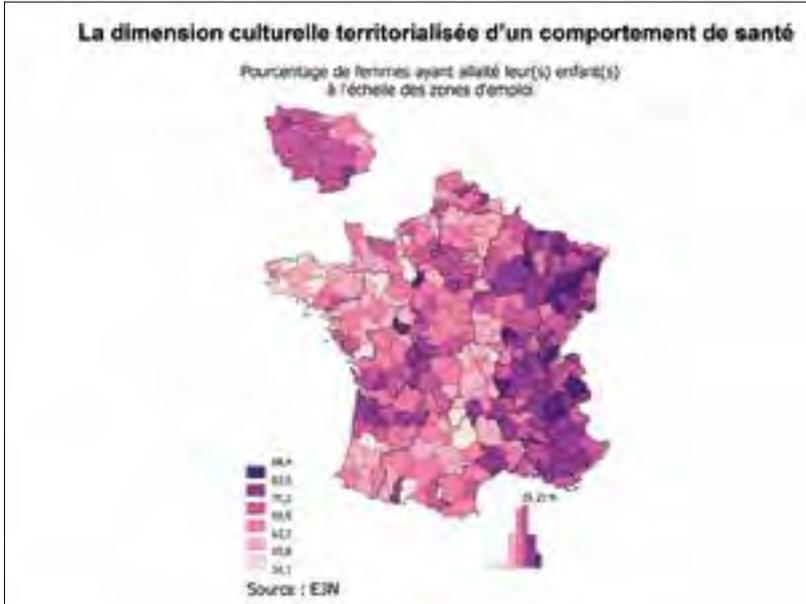
- Observer pour agir : l'évaluation au cœur de la démocratie sanitaire ?
Le diagnostic local sur les inégalités socio-territoriales de santé

4





8



9

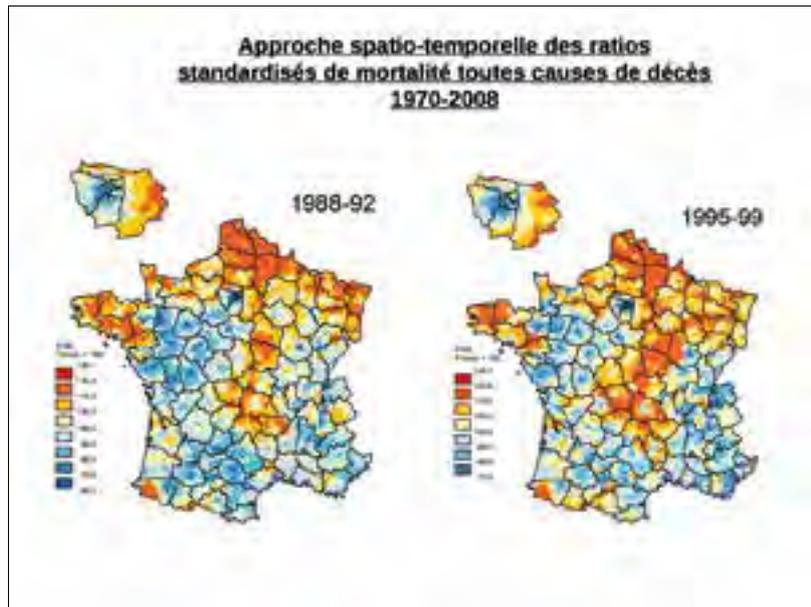
La ville, lieu de tous les maux, versus la campagne ?

Espérances de vie à la naissance selon la taille d'unités urbaines en France (1997 - 2001)

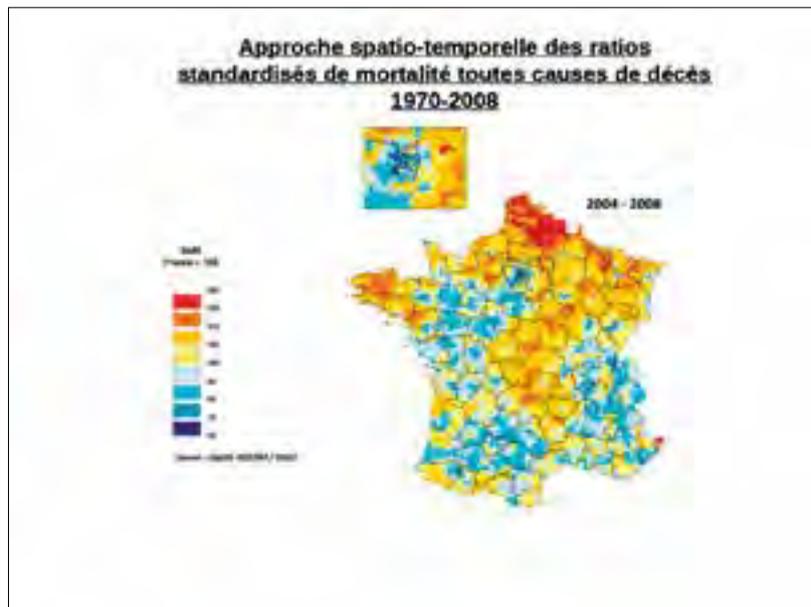
Tailles d'UU	FEMMES	HOMMES
Communes rurales	82,82	75,55
UU 2 000-5 000 hab	82,41	74,79
UU 5 000-10 000 hab	82,47	74,86
UU 10 000-20 000 hab	82,70	74,72
UU 20 000-50 000 hab	82,77	74,80
UU 50 000-100 000 hab	82,81	75,02
UU 100 000-200 000 hab	83,29	75,41
UU plus de 200 000 hab	83,09	75,51
UU Paris	83,45	76,98
France entière	82,94	75,53

Source : Cépid INSERM, INSEE
 Traitement et infographie : Espace Santé et Territoire (UPX), 2007

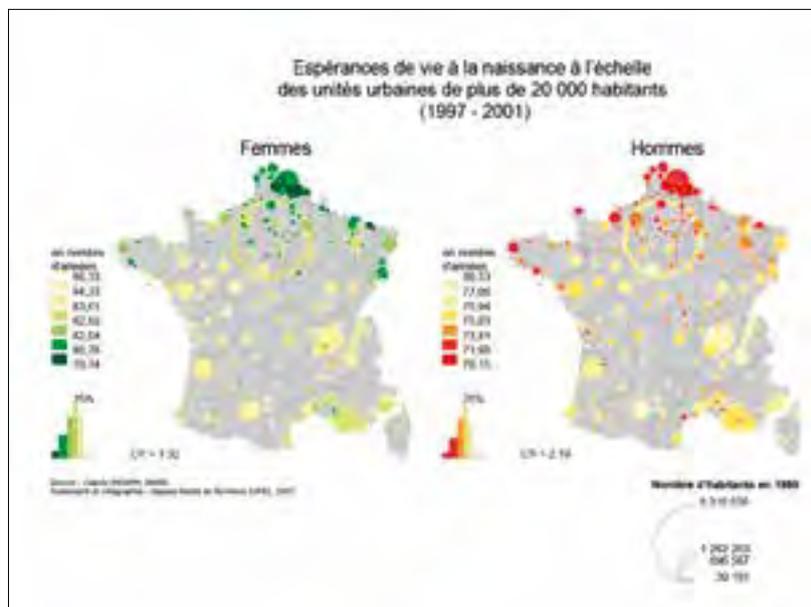
10



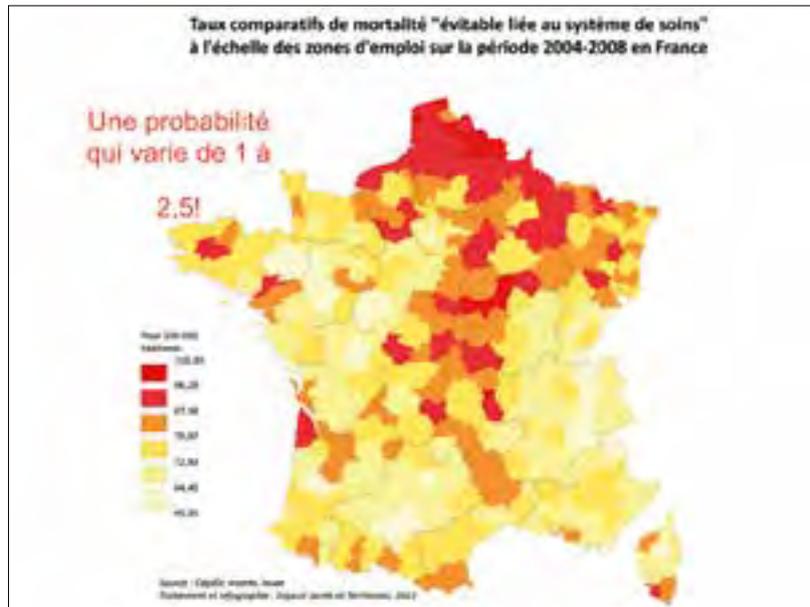
11



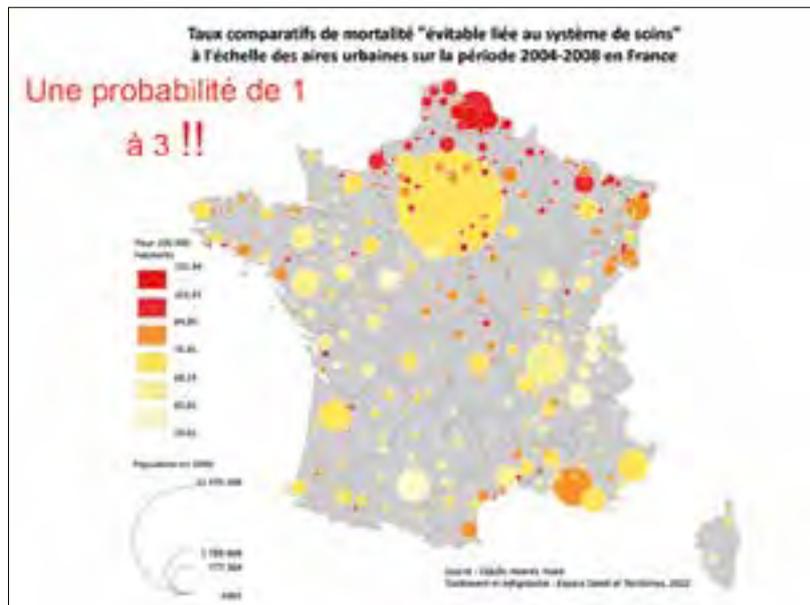
12



13



14



15

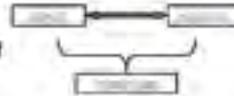
- ✦ Ce tableau des inégalités sociales et territoriales de santé souligne les liens réciproques entre dynamiques sanitaires et dynamiques territoriales
- ✦ Pointe la nécessité d'une approche globale des déterminants de la santé relevant des politiques de logement, culture, loisirs, éducation, transports, cadre de vie, offre de soins etc.
- ✦ Décrire les combinaisons locales ou micro-locales, en un lieu donné de différents éléments supposés jouer un rôle dans la détermination d'états de santé (= constructions socio-territoriales de la santé).

16

S'interroger sur les combinaisons locales de ces déterminants = s'interroger sur le rôle du territoire, l'effet du lieu.

Le territoire ?

Pas seulement un découpage politico-administratif



- Construit résultant de la manière dont les individus, groupes sociaux et institutions investissent les lieux, le quartier, la ville, la région par exemple, et en sont en retour investis.
- Il résulte des jeux d'acteurs institutionnels qui mènent une action sur ce territoire...
- Il reflète et participe aux dynamiques sociales, économiques, et de la mémoire (histoire)

→ C'est en cela que le territoire selon nous, participe **de** et **à** la promotion ou à la dégradation des états de santé

17

→ Une démarche mise en place depuis 10 ans de co-production et de partage de connaissance socialement utile et reproductible

→ réunit 3 types d'acteurs habituellement séparés autour de la production de diagnostics locaux de santé : partenariat LEST ESPT



18

Les disparités socio-spatiales d'obésité infantile à Aubervilliers, Cannes

Disparités socio-spatiales d'offre de soins libérale à Sevrin, à Evry, Nanterre Rueil Suresnes, Rosny, Montreuil, Fontenay-sous-Bois Vénissieux, en sud Loire.

Recours aux soins des seniors à Craze, à Gennevilliers, des femmes de la Porte de Vanves.

Inégalités de santé périnatale à Grigny : Prématurité et petits poids à la naissance

Construction socio-territoriale des comportements alimentaires et de l'activité physique des enfants à Carnet (Lormont), des ados du quartier Flandre (Paris 19^e), de Gennevilliers

Quelle localisation optimale d'une maison de santé à Lille quartier de Bois-Blanc, à Colombes, à Aubervilliers

Santé ressentie et cadre de vie des jeunes à Pontault-Combault

Plus de 20 diagnostics sur les disparités socio-territoriales d'accès au dépistage du cancer du sein dans des villes d'Île de France

19

**Mais une approche commune par
LE TERRITOIRE**

↓

**Exemple :
Analyser les constructions socio-territoriales
d'accès au dépistage
à Gonesse (95)**

Etudiants 2011-12 Master géosanté Univ. Paris Ouest
Jangal C., Chail JM., Basse P.

20

Méthodologies

Dépistage Organisé, Dépistage Individuel ?

Méthode Quantitative	Méthode Qualitative
<p>Traitements des Base de données (PSVO/INSEE/ CPAM)</p> <p>↓</p> <p>Cartes des taux Carte multivariable Cartes des flux</p>	<p>Entretiens et focus groupe</p> <p>↓</p> <p>PSVO Coordinatrice de l'ASV Elu à la santé de la ville Directrice du Centre socio-culturel L.Bétancourt Directrice de la Maison Intergénérationnelle Femmes relais</p>

21

Analyser les constructions socio-territoriales d'accès au dépistage à Gonesse : la ville en quatre parties

Localisation de Gonesse

Caractéristiques Urbaines

- Ville pavillonnaire du sud du Val d'Oise
- 5 Quartiers dont 3 classés en politique de la ville

Caractéristiques socio-économiques

- Une ville modeste
- Taux de chômage : 11,9% (8,4= VO*)
- Revenu Médian: 18739 (24196 = VO)

La Santé à Gonesse

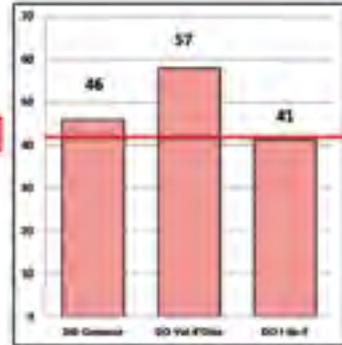
- Premier ASV du VO
- Un des plus grands hôpitaux d'IDF
- Une pénurie en professionnels de santé

*Val d'Oise

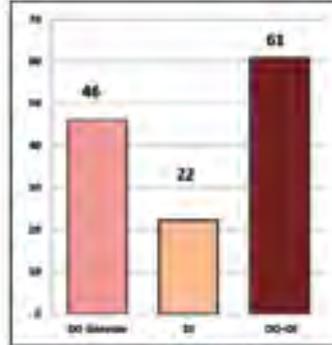
22

Taux de participation à l'échelle de la commune

Taux de participation communal, départemental et régional au D0.(%)



Taux de participation aux dépistages à Gonesse. (%)



M

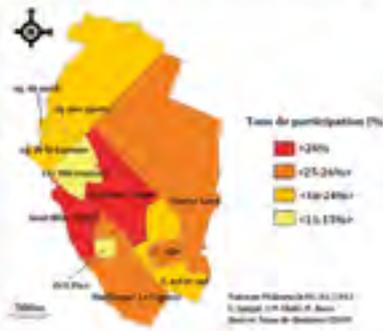
23

Gonesse : des inégalités infra-urbaines de participation (échelle IRIS)

Taux de participation au D0



Taux de participation au D1

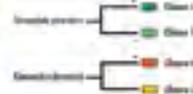


24

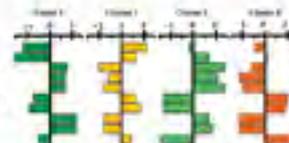
Le milieu socio-économique, révélateur des inégalités de recours ?



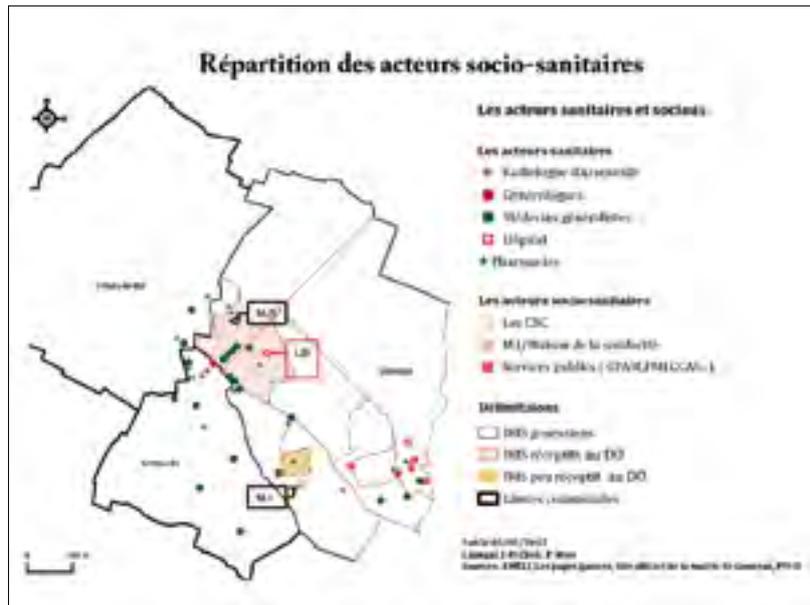
Adapté de l'Indice socio-économique (ISE)



Adapté de l'Indice de Niveau de Vie (INL)



25



26



27



28

Les configurations locales d'accès au dépistage ne peuvent être expliquées par la seule division sociale de l'espace :

- Importance du niveau socio-économique
- Importance du rôle des acteurs locaux (élus, associations, structures du dépistage)
 - Engagement local sous la forme d'ateliers, en s'appuyant sur des relais associatifs a des retombées positives en matière de participation
 - Créer les conditions d'une prise de conscience collective

Ce rôle favorisant est amplifié par la **proximité d'un cabinet** et la **bonne desserte** de certains quartiers modestes puisque les distances d'accès aux soins jouent peu mais la participation au programme organisé s'effectue préférentiellement dans une relation de proximité.

32

Intégrer les outils d'évaluation des Miroirs dans l'agenda de proximité à Commeny - Appel à l'observance pour l'agenda de proximité

- Diagnostic par quartier = outil d'évaluation pour le dispositif DO
- Objectivation pour argumenter auprès des décideurs le ciblage à venir d'autres projets des acteurs locaux (ASV) sur certains quartiers

33

MERCI !

zoe.valiant@u-paris10.fr

34

2005 : mise en place officielle de l'OLS
 = résultat d'un travail commun des géographes de la santé et des acteurs locaux en direction des élus locaux

- Les géographes ont apporté leur expertise :
 - pour démontrer aux élus l'intérêt d'une observation locale en santé
 - en proposant des outils permettant d'évaluer les inégalités et les besoins de santé en routine

Pour aider à identifier des priorités et à cibler des actions

- Les autorités locales peuvent élaborer des programmes comme le programme Bucco-dentaire pour les enfants

35

NANTERRE CONTEXTE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE
 88 835 habitants (45% en ZUS)
 2 quartiers en « renouvellement urbain »
 60% des enfants en primaire sont dans des quartiers en difficulté

CONTEXTE SANITAIRE

- Espérance de vie < moyenne régionale

2002	Hommes	Femmes
France	75.8	82.9
Ile de France	77.5	83.5
Hauts de Seine	78.2	84
Nanterre	73	81

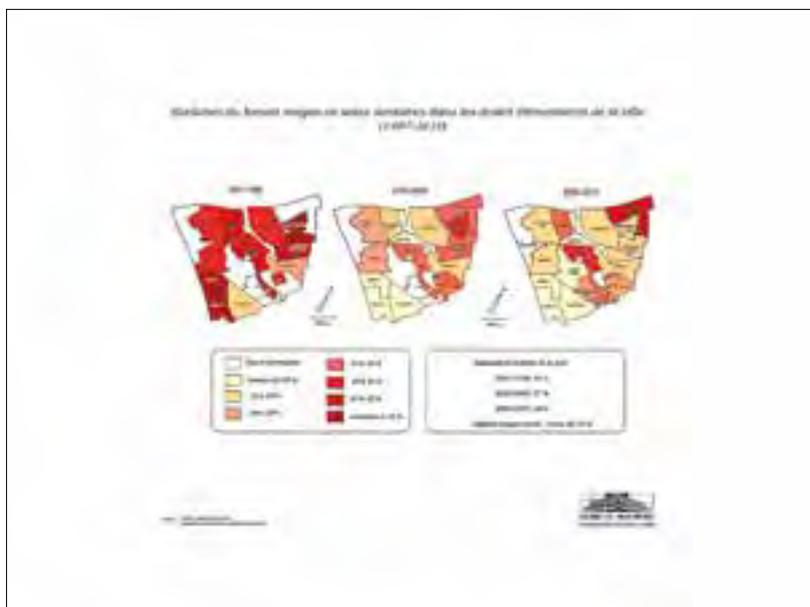


Fameuses tours nuage de Alleaud (social)

- Forte mortalité prématurée
 Mortalité et morbidité par cancer et MCV... élevée

1990's : acteurs de terrain ont remarqué beaucoup de problèmes de santé bucco-dentaire des enfants.

36



37

- Un travail de longue haleine pour faire connaître aux élus, aux acteurs locaux l'approche géographique et leur montrer son intérêt par rapport à leurs préoccupations
- Maintenant effet « boule de neige » : montée en charge de la demande sociale (et pas assez d'étudiants pour répondre)
- Continuer à partager les méthodologies, les résultats de ces recherches et débattre en comparant les villes pour continuer à convaincre les villes de s'engager pour réduire les IST de santé
- Depuis 3-4 ans accroissement des annonces d'emploi pour des géographes de la santé, témoigne des évolutions en cours de la vision de la santé publique.

38

ANNEXE 2 → SUPPORT DE PRÉSENTATION DE PHILIPPE GUIARD

PRÉSIDENT DU CLS DU SUD-OUEST MAYENNAIS

Projet local de santé du Sud
Ouest Mayennais

M. PHILIPPE GUIARD
Président de la communauté de communes de Craon

MME ANNE RAVAILLAULT
Directrice de l'ELSCM et vice administrateur du CC

DR PASCAL GENDRY
Président de la CSM(11,503) et administrateur CC

MME BRIGITTE DALBON
Responsable des usagers au pôle de santé de CRAON-BEVARD

Séminaire EHESP
« Soins de premiers recours et santé publique »

25 Janvier 2013

1

Le territoire et la santé

Le Pays de Craon :

- 3 communautés de communes
- 27000 habitants
- Taux de vieillissement est supérieur à la moyenne nationale

Des élus préoccupés par la santé de la population...

- Vieillesse des professionnels de santé
- Absence de spécialistes et/ou délais d'attente très longs

... qui s'accordent sur la nécessité de construire une politique de santé territoriale en :

- affectant des moyens
- étant garant de la santé de la population

2

Les besoins exprimés

Consultation SROS III 2005

La population:

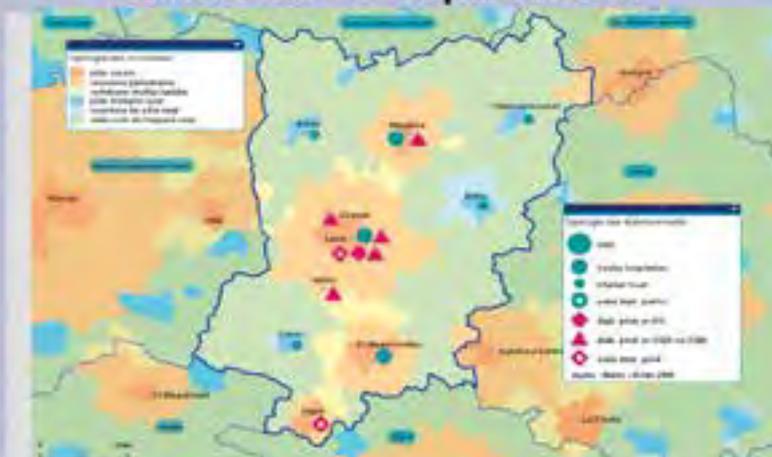
- Insatisfaction sur l'organisation des prises en charges;
- Niveau de qualité du système de santé, désarroi des populations pour l'accès aux soins
- Délais d'attente trop longs auprès des spécialistes
- Densité de professionnels de santé insuffisante

Les professionnels:

- Problème d'organisation et de coordination des gardes (médecins, pharmaciens)
- Problème des transports (ambulance)
- Problème de démographie médicale

3

Présentation des établissements de santé sur le département



4



5

Les dynamiques territoriales

→ Objectifs généraux de la politique de santé de territoire :

- consolider l'accès aux soins de premier recours
- faciliter les actions de coordination et la mutualisation des moyens

- GCS- Pôles de santé de Craon et Renazé et 2 satellites Ballots et St Aignan regroupant près de 50 professionnels médicaux, paramédicaux

- GCSMS regroupant les professionnels du champ médico-social

- Contrat local de santé du Sud Ouest Mayennais

6

Les 7 objectifs prioritaires du projet local de santé

2011 - 2015

1. Maintenir la **permanence** et la **continuité des soins**.
2. Améliorer l'**attractivité de l'exercice professionnel** (et donc l'attractivité du territoire).
3. Organiser la **coordination et la concertation entre les acteurs de santé** et développer la formation pluridisciplinaire liée aux besoins de la population.
4. **Optimiser la prise en charge des patients** par la mise en place d'actions de coordination, spécifiques, concernant plus particulièrement les pathologies les plus fréquentes.
5. Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en **développant des actions de prévention et d'éducation thérapeutique**.
6. Approfondir et actualiser les **connaissances sur les besoins de la population** du territoire. Évaluer les actions mises en œuvre et actualiser le projet de santé.
7. Mettre en œuvre un **dispositif de gouvernance du projet de santé** du Sud-Ouest Mayennais.

7

Mise en œuvre opérationnelle des priorités de santé

1. Maintenir la permanence et la continuité des soins

Création de pôles de santé Craon et Renazé :

Un espace de consultations médicales
Un espace paramédical
Un espace médico-social
Des lieux de réunions

A Ballots et Saint-Aignan, des satellites :

Cabinets de consultation
Centre de soins ou cabinet infirmier

8

Mise en œuvre opérationnelle des priorités de santé (2)

1. Maintenir la permanence et la continuité des soins (2)

Articulation renforcée avec:

- les structures de soins de deuxième recours (centre hospitalier de Laval et de Château-Gontier, Polyclinique du Maine)
- les services spécialisés (centres anti-cancéreux...),
- les spécialistes libéraux de deuxième recours
- >développement de nouvelles pratiques (télémédecine, visioconférence)

2. Améliorer l'attractivité de l'exercice professionnel et l'attractivité du territoire

- Accueil organisé de stagiaires (familiarisation exercice mixte (libéral et hospitalier)),
- Regroupement des praticiens (pôle de santé)
- Mixité du travail (libéral et institutionnel)

9

Mise en œuvre opérationnelle des priorités de santé (3)

3. Organiser la coordination et la concertation entre les acteurs de santé et développer la formation pluridisciplinaire liée aux besoins de la population

Coordination facilitée par :

- le dossier patient partagé informatique
- la concertation et la formation entre les professionnels

4. Optimiser la prise en charge des patients par la mise en place d'actions de coordination spécifiques, concernant plus particulièrement les pathologies les plus fréquentes

- Mise en place de consultations avancées :gériatrie, pédopsychiatrie, cardiologie et diabète...
- Suivi des femmes enceintes en situation de précarité ou en difficultés en période péri-natale
- Prise en charge de la douleur
- Mise en place d'une procédure d'évaluation gérologique

10

Mise en œuvre opérationnelle des priorités de santé (4)

5. Contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population en développant des actions de prévention et d'éducation thérapeutique

Actions de prévention sur les priorités de santé : pratiques addictives, mal-être et suicide, cancers, obésité, les risques du vieillissement (dénutrition, chutes...)

Actions d'éducation thérapeutique : diabète et risques cardio-vasculaires.

6. Approfondir et actualiser les connaissances sur les besoins de la population du territoire. Évaluer les actions mises en œuvre et actualiser le projet de santé

Indicateurs d'évaluation sur chaque action

Les recherches engagées sur les besoins de la population et les évaluations des actions permettront l'actualisation, annuellement, du projet de santé.

11

Mise en œuvre opérationnelle des priorités de santé (5)

7. Mettre en œuvre un dispositif de gouvernance du projet de santé du Sud-Ouest Mayennais

CONTRAT LOCAL DE SANTE

Outil de contractualisation transversal entre l'ARS et le territoire portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social

-> pérennité d'une démarche locale de santé pour répondre aux besoins de santé

-> levier d'animation d'une dynamique territoriale permettant :

- L'impulsion et la poursuite d'actions destinées à améliorer les parcours de santé des personnes
- Créer les conditions favorables à la transversalité et à la coordination des acteurs
- Faciliter le recours aux spécialités et aux alternatives à l'hospitalisation.

12

Le contrat local de santé du Sud Ouest Mayennais

Le premier volet est consacré au parcours de santé des personnes âgées pour lequel des actions sont déclinées et suivies

Un développement est prévu sur d'autres parcours de santé / thématiques (ex : jeunes, risques cardio-vasculaires, cancers...)

Il est en cohérence avec certaines initiatives territoriales :

- l'expérimentation DMP : «dossier outil» informatique qui rassemble les informations médicales d'un patient pour favoriser la coordination des soins.
- l'expérimentation «Parcours de santé des personnes âgées en risques de perte d'autonomie»

13

Projet local de santé du Sud Ouest Mayennais

C'est la volonté de différents acteurs :

De maintenir un territoire attractif pour les PS dans l'intérêt des populations

D'imaginer concrètement une politique du bien-être des populations par une approche pluridisciplinaire et le cas échéant un parcours de soins cohérent

De mutualiser pour maîtriser les coûts d'investissement comme de fonctionnement et au-delà pour exercer ensemble, différemment, dans l'intérêt du patient comme des PS

De mettre des moyens financiers en œuvre pour réussir un projet majeur

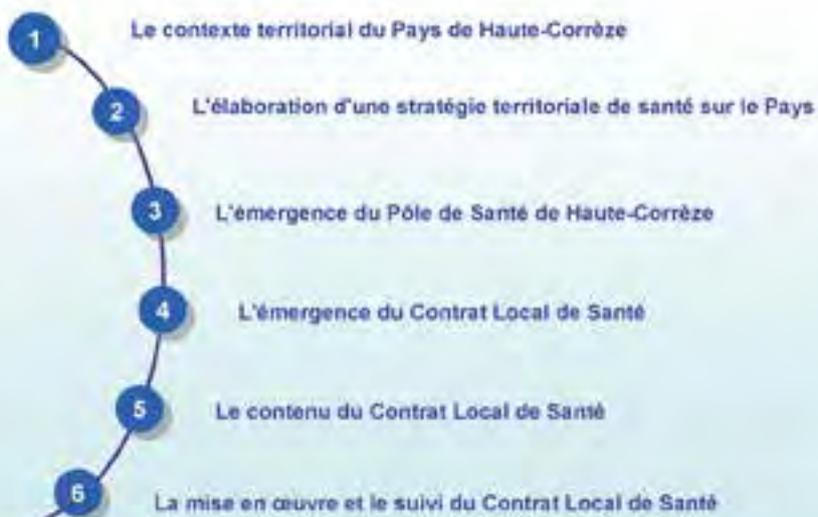
De « gouverner » autrement !

14

ANNEXE 3 → SUPPORT DE PRÉSENTATION DE FRANK BADO, JEAN-PIERRE DUMONT ET NADÈGE SAVARY



Sommaire



2

Le contexte territorial du Pays de Haute-Corrèze

- Territoire rural de moyenne montagne, à l'extrémité Est de la Région Limousin, dans le Massif Central
- Population : 30 000 habitants
- 67 communes – 5 Communautés de Communes
- Ville centre : Ussel (+10 000 hab)
- Présence du niveau sanitaire :
 - Hôpital dans la ville centre (Ussel)
 - Hôpital local à Bort les Orgues
 - Hôpital à vocation Psychiatrique avec une unité pour malades difficiles
- Forte présence d'établissements médico-sociaux :
 - Fondation Jacques Chirac : accueil de personnes handicapées
 - EHPAD
 - Instances de Coordination pour l'autonomie dans chaque canton



3

Le contexte territorial du Pays de Haute-Corrèze

■ Des besoins de santé avérés :

- Vieillesse de la population, prévalence des personnes âgées
- Prévalence de certaines pathologies
- Concentration d'usagers d'établissements et services pour le handicap
- Besoins de prévention importants, tous âges et tous profils confondus

■ L'offre de santé diminue et présente des déséquilibres :

- L'offre de professionnels se réduit même si elle est encore globalement suffisante à ce jour. Symétriquement, la production d'actes s'accroît
- Cette offre est inégalement répartie
- Les médecins généralistes sont âgés et les remplacements très incertains
- La médecine de spécialité est insuffisante



Un risque de désertification sanitaire à court terme réel

4

L'élaboration d'une stratégie territoriale de santé sur le Pays de Haute-Corrèze

■ Objectifs du Pays :

- Œuvrer pour maintenir une offre suffisante et de qualité en matière de santé dans une démarche
- Qui associe tous les acteurs de la santé du territoire (médecine de ville, secteurs sanitaires et médico-social)
- Qui les aide à construire des réponses adaptées en termes d'accès aux soins, d'accompagnement, de prévention, de qualité du système de santé
- Qui accompagne les MO potentiels (CC) dans la construction de réponses adaptées au maintien et à l'accueil de professionnels de santé (en lien avec les acteurs)

■ Une forte implication des acteurs dans la démarche :

- Une volonté des professionnels de santé et des élus de faire avancer les choses et d'innover pour rendre le territoire attractif
- Une bonne participation aux groupes de travail tout au long de la démarche
- Une participation pluridisciplinaire aux groupes de travail



Une stratégie était envisageable car des acteurs, conscients des enjeux, ont accepté de s'engager dans la démarche

5

Pourquoi un pôle de santé en Haute-Corrèze ?

■ Les objectifs :

- Mieux répondre à l'évolution de la demande (prévention et soins) : la demande
- Faciliter les conditions d'exercice des professionnels en activité : l'offre
- Attirer des professionnels de santé : l'offre
- Assurer un maillage du territoire optimal par des réponses adaptées : articulation et coordination offre/demande

■ La finalité :

Une mise en relation des acteurs par une structure dédiée, dans une optique de mutualisation de moyens et de coordination centralisée, en vue de faciliter le travail des professionnels de santé, de mieux répondre à la demande et d'articuler l'offre et la demande



La stratégie : mettre en place un véritable pôle de santé territorial

6

Le Pôle de santé de Haute-Corrèze



7

Périodes clés de la mise en œuvre :

- **Début 2010** : réalisation d'une étude d'opportunité en vue de la mise en place d'une organisation permettant notamment de répondre au déclin de la démographie médicale
 - Conclusion : nécessité de mise en place d'un pôle de santé
- **Fin 2010 – Mi 2011** : assistance à l'expression des besoins des acteurs dans le cadre de groupes de travail
 - Projet de santé Pays et organisation du pôle
 - Structures d'offre regroupées (réseau de MSP à l'échelle du territoire)
- **Juin-Septembre 2011** : groupes de travail pour la construction du Contrat Local de Santé
- **Novembre 2011** : présentation du projet devant la commission régionale d'examen des projets de santé (co-pilotée par l'ARS et la Région Limousin).
 - Validation du projet par la commission
- **2012** : accompagnement juridique pour la construction du statut juridique du Pôle de Santé
- **Mars 2012** : signature du Contrat Local de Santé
- **Septembre 2012** : prise de fonction du Directeur du Pôle de Santé et des 2 animatrices du Contrat Local de Santé

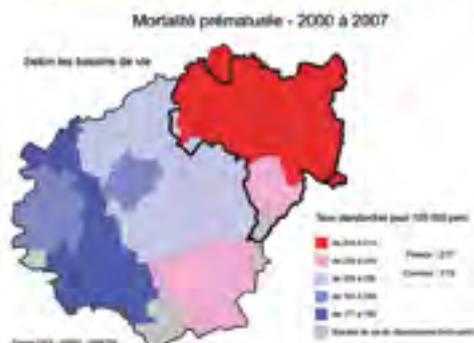
8

L'émergence du Contrat Local de Santé

Au printemps 2011 : L'ARS du Limousin a proposé aux élus du Pays de Haute-Corrèze de signer un Contrat Local de Santé.

Ce Contrat Local de Santé relève d'un choix territorial réalisé par l'ARS, pour plusieurs raisons :

- La dynamique engagée sur le territoire avec les professionnels de santé et acteurs sanitaires et médico-sociaux : il leur semblait que les conditions de réussite étaient posées
- La présence d'indicateurs de santé moins bons sur le territoire que sur le reste du département
- Volonté d'enrichir la dynamique locale sur des priorités régionale



9

L'élaboration du Contrat Local de Santé

- Constitution d'un nouveau Comité de Pilotage spécifique au CLS et co-présidé par l'ARS et le Pays de Haute-Corrèze
- L'ARS a ciblé des thématiques prioritaires qu'elle souhaitait que l'on explore dans le cadre du CLS
- L'élaboration du CLS s'est fait dans la continuité des groupes de travail du Pôle de Santé (GT projet de santé, projet professionnel, maisons de santé...)
 - L'ARS a pu mobiliser des nouveaux acteurs au sein des groupes de travail (prévention...) => enrichissement de la composition des groupes de travail et des débats
 - Le CLS se base sur le projet de Pôle : des recoupements notamment sur les thématiques déjà abordées par les professionnels
 - Le CLS a permis d'amener les professionnels à réfléchir sur des problématiques (prioritaires pour l'ARS) qu'ils n'avaient pas abordé jusque là dans les groupes de travail



Un CLS indissociable du projet de santé du Pôle

10

Une co-construction à laquelle se sont associés de nombreux acteurs

- L'ARS du Limousin
- Les élus du territoire
- Le Conseil général
- La Région Limousin
- Des services de l'Etat
- Des professionnels de santé du territoire
- Des établissements de santé et médico-sociaux du territoire
- Les organismes d'assurance maladie : MSA, CPAM, Mutualité Française Limousin
- Les associations et acteurs locaux concernés par le champ médico-social et la prévention (Familles Rurales, APF Corrèze, ANPAA 19, IREPS, PEPS, ADCCO, Ligue contre le cancer, Réseau en alcoologie de Haute-Corrèze, Réseau gérontologique de Haute-Corrèze, Ecoute et Soutien ...)

11

Le contenu du CLS

9 axes stratégiques ont été retenus et déclinés en 19 fiches actions

Structure des fiches actions :

- publics visés ;
- objectifs opérationnels ;
- actions à mettre en place ;
- référents ;
- échéances ;
- moyens nécessaires à la réalisation des actions ;
- partenaires concernés ;
- indicateurs de suivi et de résultat.



Signature du CLS le 12 mars 2012

12

Les 9 axes stratégiques du CLS de Haute-Corrèze et leurs actions

- **Améliorer la coordination et la continuité des soins en Haute-Corrèze**
 - Action 1 : Mettre en place le pôle de santé de Haute-Corrèze
 - Action 2 : Promouvoir l'installation de nouveaux professionnels
 - Action 3 : Mettre en place une MAIA
 - Action 4 : Définir un circuit d'orientation et de prise en charge coordonnée de la personne âgée
 - Action 5 : Développer la délégation de tâches entre professionnels pour le suivi des patients
 - Action 6 : Améliorer la permanence des soins sur le territoire
- **Améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie**
 - Action 7 : Améliorer l'accès aux soins des personnes présentant un handicap et des troubles du comportement
 - Action 8 : Améliorer l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie et de leurs aidants
 - Action 9 : Améliorer la fluidité du parcours des personnes en perte d'autonomie
- **Développer les transports pour faciliter l'accès aux soins**
- **Promouvoir la télé-santé**
 - Action 11 : Mettre en place une messagerie sécurisée entre tous les membres du Pôle
 - Action 12 : Mettre en place des outils de télé-médecine
- **Améliorer la lutte contre les addictions**
- **Favoriser la prévention et le dépistage du cancer**
- **Favoriser la prévention et le dépistage du diabète**
- **La prévention du suicide**
- **Prendre en compte les facteurs environnementaux dans la stratégie de santé publique**
 - Action 17 : Mieux prévenir certains risques chez les professionnels de la filière bois
 - Action 18 : Mieux prévenir les risques liés au confinement du radon dans l'habitat
 - Action 19 : Améliorer la qualité de l'eau délivrée au consommateur par les réseaux

13

Exemple d'une action: Améliorer le dépistage et la prévention des cancers

Publics visés	<ul style="list-style-type: none"> La population générale, mais particulièrement les catégories d'âge concernées par les dépistages organisés
Objectifs opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser la prise en compte des cancers Encourager le recours régulier au dépistage dans la population Lever les obstacles au dépistage (distance, coût) Assurer un accès effectif au dépistage, en maintenant l'offre spécialisée au plan local
Actions à mettre en place	<ul style="list-style-type: none"> Multipler les personnes relais en matière d'information sur les cancers et le dépistage : <ul style="list-style-type: none"> former les professionnels de santé de proximité, notamment ceux qui interviennent à domicile et/ou peuvent profiter de consultations longues pour aborder ces sujets sensibiliser les bénévoles d'associations d'entraide et/ou d'autres personnes volontaires au sein du grand public, pour être des relais auprès de leur entourage (une formation de quelques heures suffit) L'ADCCO et la Ligue proposent des sensibilisations / formations aux personnes intéressées Diffuser l'information sur les cancers et le dépistage dans les structures du pôle de Santé (affichage dans les espaces accueil des SOR) Mobiliser les services de la MSA et de la CRAM Mobiliser les ateliers de prévention globale organisés par l'IREPS en direction des publics précaires. Y aborder le lien entre certains facteurs de risque et le développement de cancers, promouvoir la santé, présenter l'intérêt d'un accompagnement personnalisé des patients, et du dépistage précoce Mobiliser les ateliers du service prévention de la Mutualité Française Limousin à destination des étudiants petite enfance sur la prévention des risques scolaires avec kit prévention + guide pour les parents Mettre en place une collaboration entre le CH et le cabinet de radiologie privé d'Ussel pour optimiser et préserver les ressources disponibles pour le dépistage (accès au mammographe, notamment, l'hôpital n'en étant pas équipé) dans un contexte de vieillissement des radiologues libéraux du Pays Améliorer la gratuité des dépistages en compensant certains restes à charge des patients (examens complémentaires, dépassements d'honoraires...) en lien entre l'ARS, l'ADCCO, la Ligue Contre le Cancer et les organismes d'assurance maladie Optimiser l'offre de transports à coût réduit, pour les patients isolés / peu mobiles : cf. fiche action sur les transports Actions en direction des enfants et des adolescents pour la promotion de la santé : information sur les risques liés à la consommation de substances toxiques (alcool, tabac, cannabis...) sur l'hygiène de vie... (cf. fiche sur les addictions)

14

La mise en œuvre et le suivi du CLS

■ Une équipe

- 1 directeur du Pôle de Santé chargé du déploiement et de la gestion du pôle de santé
- 2 animatrices du CLS placées sous l'autorité du directeur du pôle. Elles sont chargées de mobiliser et de coordonner les initiatives engagées sur le territoire par l'ensemble des partenaires et d'accompagner la mise en œuvre des actions du CLS
- 1 équipe projet MAIA

■ Une instance de Pilotage :

- suivi de la mise en œuvre du contrat local
- respect des engagements des signataires
- évaluation des fiches « actions »
- cohérence des actions du contrat local avec les priorités nationales, régionales et départementales
- articulation des actions avec les projets mis en œuvre sur le périmètre géographique du contrat dans le domaine sanitaire et médico-social

■ Un comité restreint :

- il est chargé de soutenir les responsables d'actions dans la conduite de leurs projets et la mobilisation des partenaires
- il est volontairement restreint pour être facilement réuni (groupe technique)

15

ANNEXE 4 → SUPPORT DE PRÉSENTATION DE FRANÇOIS FRÉTE

MÉDECIN CONSEILLER TECHNIQUE NATIONAL MSA

Un système de soins centré sur les besoins primaires

Dr François Fréte (MSA)

1

LOCAL = écologie des soins 1ères

Carte de Green et al. (2001) Répartition des soins de santé pendant 1 mois (1000 personnes USA tous âges)

→ organisation des soins centrée sur les besoins primaires

2

SANTE = charte d'Ottawa (1986)  Organisation mondiale de la Santé

- ELABORATION DE POLITIQUES SAINES
- CREATION D'ENVIRONNEMENTS FAVORABLES
- RENFORCEMENT DE L'ACTION COMMUNAUTAIRE
- ACQUISITION D'APTITUDES INDIVIDUELLES
- REORIENTATION DES SERVICES DE SANTE

3

synthèse de la journée : 3 idées forces

- territoire et santé
- santé communautaire
- (ré)organisation des soins primaires

4

idée force « territoire et santé »

- territoire = des hommes → définition fonctionnelle du territoire (habitudes de vie et de déplacement)
- complémentarité de l'évaluation qualitative pour comprendre et analyser les données quantitatives
- lecture des données à une échelle infra départementale
- **1^{ère} étape = diagnostic de territoire → projet de santé**
... les MSA peuvent apporter leur savoir faire

5

idée force « santé communautaire »

- ▀ s'appuie sur des usagers responsables
 - ▀ = démocratie sanitaire participative
 - ▀ ≠ et complémentaire / démocratie électorale (ex : élus locaux)
 - ▀ ≠ et complémentaire / démocratie représentative (ex : CDS)
 - ▀ nécessite l'application de méthodes participatives
- ... les MSA peuvent apporter leur savoir faire

6

idée force « organisation des soins 1^{ère} »

- ▀ vertu structurante des financements d'investissement et d'organisation
 - ▀ réorientation des soins primaires vers le développement des aptitudes individuelles
- ... les MSA peuvent apporter leur savoir faire et leurs actions

7

conclusion

Légitimité d'une organisation des soins centrée sur les besoins de santé primaires :

aujourd'hui les CLS sont des leviers d'action du PRS...

... et si, demain, ils devenaient des leviers d'inspiration des prochains PRS ?

8

Conception et réalisation
www.studiograph.net

Le 22 janvier 2013, Mairie-conseils a organisé une journée d'information et d'échanges sur la mise en œuvre, avec les Agences régionales de Santé (ARS), des Contrats locaux de santé (CLS) dans les territoires intercommunaux. Elle a été organisée en partenariat avec la Direction de la santé de la Caisse Centrale de la MSA et l'association Élus Santé Publique et Territoires, avec les contributions du Collectif inter associatif sur la santé et du laboratoire de géographie de la santé de l'Université Paris Ouest.

L'objectif était de donner un premier éclairage sur ces nouvelles dynamiques locales et de montrer que l'implication des élus est déterminante. Ainsi, trois communautés de communes ont témoigné de leur expérience. Ce document en relate les contenus.



Septembre 2013

Commande

Référence : E177

Mairie-conseils diffusion
SDL329

16, rue Berthollet

94110 Arcueil

Tél : 01 58 50 17 00

Fax : 01 58 50 00 74

www.mairieconseils.net