



demande de la proximité avec un questionnement clair, peut amener une valeur ajoutée importante, tant pour démêler des problèmes relationnels (avec les familles, entre soignants, entre soignants et médico-sociaux), qu'apporter une évaluation extérieure ou des solutions de prise en charge et cela dans un esprit de formation continue, dans le respect des patients, des acteurs et des familles. Une telle antenne, positionnée régionalement, offre un service médical indiscutable pour un coût plus raisonnable que des soins palliatifs structurés en réseaux monothématiques partout sur le territoire français. Il est même concevable de penser que cette antenne, accomplissant sa mission pédagogique, ne soit mobilisée que de façon de plus en plus pertinente vis-à-vis de sa mission. Il ne faut ni doublons, ni dispositifs concurrents, ni mettre en place des structures qui, déployées, pensent plus à leur survie structurelle qu'à leur utilité stricte.

Les soins primaires multiprofessionnels de proximité organisés doivent contractualiser avec les hôpitaux, mais aussi la faculté, l'agence régionale de santé, des dispositifs régionaux (antennes mobiles soins palliatifs, douleur, gériatrique par exemple...), des réseaux régionaux de cancérologie et périnatalité, mais aussi des structures telles que l'Éducation nationale.

La contractualisation définit les modes de relations avec l'hôpital

Cela réalisera une typologie des patients pris en charge en proximité, jusqu'à quel point de leur évolution et dans quelles conditions. Cela implique une communication efficace, quasi en temps réel, dont les buts sont nombreux : prise de rendez-vous, entrées directes quand les patients sont connus du service, demande d'examen ou de traitement programmé, conseil diagnostique et thérapeutique... Cette communication peut se faire par messagerie sécurisée avec engagements mutuels quant à la réactivité. Le patient hébergé en MAD passerait selon les besoins aigus à l'hôpital, dans le service correspondant contractuel du territoire, pour les besoins du patient. À terme, le temps d'hospitalisation devrait pouvoir être optimisé, permettant des diminutions de lits d'hospitalisation, favorisant le maintien à domicile. Les services hospitaliers entrant dans cette politique devraient être volontaires et incités même financièrement à la contractualisation. En fait, le patient serait toujours en hébergement mais celui-ci changerait de statut, le plus possible à son domicile et parfois, plus ponctuellement, à l'hôpital. La communication ville-hôpital, la coordination du parcours du patient, la prise en charge et la fluidité de celle-ci seraient améliorées. †

Les collectivités locales, partenaires de l'organisation territoriale des parcours de santé

Christophe Bernard
Secrétaire général,
Assemblée
des communautés
de France

Les actions des collectivités locales en matière de santé sont hétérogènes, elles ne sont manifestement pas conçues pour faire pièce à la construction de parcours de santé. Elles découlent en premier lieu de missions obligatoires concernant les départements. Ces derniers sont, à ce titre, positionnés sur le médico-social (protection maternelle et infantile, accès aux soins des personnes démunies par exemple, campagne de vaccinations) plutôt que strictement sur le domaine de la santé. Ce cantonnement par les missions obligatoires est cependant largement dépassé compte tenu de l'importance que revêt la santé pour nos concitoyens et des invitations de l'État à participer à la prévention et à l'amélioration de l'accès aux soins sous diverses formes. Les approches par publics, les initiatives localisées impulsées par des élus sensibilisés au sujet ont contribué à installer une action publique locale dont le point d'entrée majeur est le territoire ou les publics du « ressort » de la collectivité.

Le parcours de santé vise à une continuité de prise en charge de patients. Son organisation implique le

territoire. Il est ainsi fréquemment question « d'être au plus près du domicile et des besoins du patient », « d'établir une chaîne locale solide de soins pour éviter l'hospitalisation » ou encore de « coordination locale d'appui ». Les expérimentations portées dans les parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie ont comme point d'entrée commun un « diagnostic de territoire ». Or l'approche territoriale est consubstantielle aux collectivités du bloc local (communes et leurs groupements).

Les actions des communes et communautés (de communes, d'agglomération, urbaines, métropole), sans être nécessairement conçues autour du parcours de santé, peuvent néanmoins être rapportées à cette logique. Nous le proposons ci-après en abordant les éléments déclencheurs-mobilisateurs des collectivités, puis l'accès aux soins et la prévention, pour conclure par les contrats locaux de santé (CLS). Ces contrats pourraient, en effet, s'ils étaient largement promus et développés, constituer des contributions majeures à la coordination des acteurs attendue dans le cadre des parcours de santé.

La mise en action des collectivités

Sans retracer une genèse de l'action locale en matière de santé, il n'est pas inutile d'identifier quelques-uns des vecteurs mobilisant les collectivités sur la santé.

Si les sondages, baromètres et autres mesures de l'opinion positionnent comme première préoccupation des Français les questions économiques, la santé et la qualité des soins arrivent régulièrement en deuxième position¹. Aussi, les élus sont sensibles à cette inquiétude qui s'exprime lors de contacts directs avec leurs concitoyens ou qui est puissamment relayée lors d'accidents sanitaires exceptionnels à forte résonance médiatique². Aujourd'hui, plutôt poussée par des événements provenant des territoires ruraux enclavés, la question de l'accès aux soins n'est pas nouvelle et a d'abord été, au plan temporel, prise en charge dans des espaces urbains notamment par le développement de centres de soins déployés par des municipalités et des conseils généraux.

Parmi les événements majeurs ayant mobilisé la sphère des collectivités locales aux côtés des milieux médicaux, il convient de rappeler l'épisode de canicule de l'été 2003. Les conséquences majeures sur la population de cet événement climatique exceptionnel ont placé en alerte l'ensemble des responsables publics les interpellant sur leur rôle. La surmortalité des personnes âgées a révélé des angles morts : le défaut de liens de solidarité, la faiblesse de la prévention vis-à-vis de ces personnes, les effets puissants de la dégradation de la qualité de l'air... Autant de phénomènes qui concernent directement les collectivités locales.

Préoccupation du corps social, actualité défrayant la chronique médiatique ou catastrophes nationales sont autant de forces de rappel agissant sur les élus locaux, les invitant à s'engager sur l'accès aux soins, sur la prévention ou dans la coordination des acteurs.

Connecter les actions locales « d'accès aux soins » et les parcours de santé

L'attention des élus locaux se traduit particulièrement, ces dernières années, en matière d'accès aux soins, par l'organisation de la présence physique de professionnels de santé. Les initiatives sont foisonnantes en la matière, voire dispersées. Les conseils régionaux et généraux s'engagent auprès des jeunes suivant des formations médicales pour leur donner le goût d'une installation sur des sites peu prisés. Des bourses complémentaires, des financements de stage sont proposés. Les communes et intercommunalités, encouragées par le gouvernement (cf. annonces sous les gouvernements Fillon puis Ayrault de financements spécifiques) se lancent dans la construction de maisons de santé pluridisciplinaire (MPS). Si le bien-fondé de ces initiatives est indiscutable, leur engagement

mériterait d'être systématiquement précédé d'une réflexion menée avec les autorités et professionnels de la santé dans le cadre, par exemple, des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) sur le plan des principes ou des conférences de territoire de santé (CdT) sur le plan opérationnel. La floraison de MSP a un moment fait craindre une sorte de syndrome « à chacun sa salle polyvalente » des années 1970-1980 (construction dans des communes limitrophes d'équipements de même nature, surdimensionnés, aboutissant à des sous-utilisations). Le déploiement de MSP et de bourses mériterait une appréciation d'ensemble, supra locale, intégrant les différents acteurs du soin. Les interactions secteur public local-santé publique devraient être davantage pensées à l'amont.

Le meilleur moyen d'éviter la dispersion d'initiatives sur l'accès aux soins repose sur l'association des collectivités locales à la construction de parcours de santé. La culture « santé » des élus relève jusqu'à présent davantage d'une sensibilité liée à une expérience personnelle que d'une information-formation dont ils seraient la cible. Il en découle des initiatives portées par la bonne volonté individuelle plutôt que d'une implication dans des démarches visant à identifier des points de rupture dans les parcours de santé.

Les conférences citées précédemment (CRSA, CdT) pourraient être un lieu de rencontre élus-professions de santé pour rattacher initiative locale et parcours de santé. En l'état, ces lieux de dialogue sont avant tout marqués d'une incompréhension. Des retours des représentants des intercommunalités siégeant dans les instances des ARS il ressort des constantes parmi lesquelles l'absence d'accueil spécifique des élus visant à les intégrer dans les conférences et à leur permettre de s'approprier les sujets. Les élus font part de leur désarroi lorsqu'ils doivent intégrer un jargon technique semé de sigles inconnus et s'immerger dans des problématiques non familières. Le rythme effréné de réunions imposé par les agences régionales de santé (ARS) à leur installation sur des thématiques parfois vécues comme loin des préoccupations des territoires a également généré de la désaffection du côté des élus. Le décalage a été vécu moins durement dans le cadre des conférences de territoire, les sujets sont plus en prise avec le terrain et les élus y ont davantage de poids du fait notamment des conseils généraux. Cependant, l'écart entre les échanges dans ces instances et les réorganisations qui s'opèrent sur le terrain, sans qu'elles soient évoquées en conférence, a entraîné de la frustration. Le renouvellement, consécutif aux élections locales de mars 2014, des représentants du bloc local (communes-intercommunalités) au sein des CRSA et CdT ouvre une occasion d'accueillir effectivement les nouveaux élus en reliant leurs préoccupations à la démarche de parcours de soin. La prise de contact pourrait couvrir l'accès aux soins mais aussi la question de la prévention.

1. Baromètre des préoccupations des Français, TNS Sofres, décembre 2012.

2. *Le Monde*. 21 octobre 2012, « L'accouchement dramatique dans le Lot relance le débat sur les déserts médicaux ».



Prévention tous azimuts

Les communes et leurs communautés sont au contact de publics spécifiques (jeunes, femmes, populations issues de l'immigration, personnes âgées, etc.) dans des cadres multiples (organisation du temps scolaire, services à domicile, programmes sociaux sur des quartiers défavorisés, gestion d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – Ehpad...). Ces différents cadres permettent d'intégrer une dimension de prévention en relation avec la santé. Ainsi, l'intervention dans des quartiers défavorisés peut comporter des actions d'éducation sanitaire sur divers registres : diffusion de campagne de vaccinations ou de dépistage, lutte contre des addictions, promotion de soins, conseils nutritionnels... La portée de ces interventions est multiple. Au-delà de l'élévation du niveau sanitaire, elles contribuent à une meilleure intégration sociale et à faciliter l'insertion culturelle et professionnelle. Vis-à-vis des personnes âgées, les points de rencontre ne se limitent pas aux Ehpad, le service à domicile (livraison de repas, aides sociales et ménagères, etc.), l'appui aux associations de personnes âgées peuvent être des vecteurs contribuant à une prévention déterminante pour ce public. Les personnels en charge de ces services en sont conscients et sont le relais de campagnes nationales ou régionales de prévention.

Si le fil entre action de prévention des collectivités et parcours de santé n'est pas officiellement tracé, recensé, il est indéniable.

Le contrat local de santé, clé d'une intervention structurée et partagée

Le contrat local de santé (CLS) paraît être le meilleur moyen d'échapper à l'impression d'éparpillement que peut laisser le foisonnement d'initiatives locales. Les

CLS doivent s'établir à l'intersection des compétences des ARS et des actions des collectivités. Il s'agit de décliner les orientations du projet stratégique régional de santé en proximité. L'approche globale des CLS, adossée à un diagnostic territorial de santé, oriente la prise en charge du contrat vers des structures en capacité d'organiser des actions de son ressort ou de couvrir les différentes facettes de la santé et du médico-social, d'intervenir sur les politiques touchant l'état de santé des populations (environnement, habitat, transport...). Les déterminants de la santé découlent de nombreuses politiques locales et de questions sociales. Les contrats peuvent viser certains de ses déterminants et s'intéresser aux questions sociales, aux transports, à l'habitat, à l'éducation...

En ces temps budgétaires contraints, il serait préférable que les actions des collectivités et celles des professionnels publics ou privés de santé s'entrecroisent plutôt qu'elles ne se juxtaposent. La jonction n'est pas évidente à assurer, elle serait pourtant garante d'une efficacité renforcée des moyens mobilisés par les uns et les autres. Les politiques nationales de santé répondent à une logique de filière plutôt verticale, elles ont pour fondement majeur la préservation d'un « capital » individuel et national. Elles ciblent des populations dont la prise en charge n'est pas toujours territorialisée. Parallèlement, les collectivités considèrent la santé à l'aune de leurs compétences et au regard de leurs contours géographiques. Le cadre normatif des CLS suffisamment souple permet d'être innovant sur les domaines traités et sur les actions envisagées. Aussi, ces contrats pourraient être largement déployés garantissant le lien entre logiques verticale et territoriale. Le parcours de santé en tracerait alors le fil rouge, agissant comme un liant entre collectivités et secteurs de la santé. ✧

Prise en charge des personnes âgées dans les Hautes-Pyrénées

Monique Cavalier
Directrice générale
Thierry Godet
Responsable
du département
du 1^{er} recours
Vincent Drochon
Chargé de
communication
ARS Midi-Pyrénées

Le vieillissement de la population est au cœur des préoccupations de l'agence régionale de santé en Midi-Pyrénées. Un dispositif expérimental Paerpa (parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie) est lancé sur l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées pour améliorer le parcours de santé des plus de 75 ans. La feuille de route prend appui sur des préoccupations de la vie courante pour ces personnes âgées : rester en sécurité à domicile, éviter les hospitalisations, limiter les risques liés aux médicaments...

La région Midi-Pyrénées est attractive... mais vieillissante. La part des habitants de 75 ans et plus y est de 10,4 % (8,9 % en France). La dynamique de la

métropole toulousaine masque un fort vieillissement des départements ruraux qui l'entourent. L'indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) se situe en moyenne à 83,5 dans la région contre 68,6 pour la France métropolitaine. Il est de 59,9 en Haute-Garonne, mais il atteint 114,1 dans le Gers et 119,1 dans le Lot).

Pour ces personnes âgées, le parcours de santé se heurte parfois à des difficultés très pratiques dans la vie quotidienne. Ces dysfonctionnements dans la prise en charge peuvent fragiliser la vie de ces patients, et ces points de rupture peuvent entraîner une perte d'autonomie. L'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées en a fait une priorité de son projet régional de santé.