



**COMMENT FAIRE LES BONS
CHOIX POUR AMÉLIORER
ENSEMBLE LA SANTÉ DE NOS
TERRITOIRES ?**

Lyon 2016

LES ACTES

www.performance-en-sante.fr

PROPOS LIMINAIRES



« L'amélioration des soins est nécessairement une réussite collective qui passe par l'appropriation des enjeux et par l'adaptation aux territoires dans leur diversité. »

Gilles de LACAUSSADE

Directeur général adjoint de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes

Au nom de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, au nom de sa directrice générale, Véronique Wallon, que j'ai le plaisir de représenter ce matin, je suis heureux de vous accueillir aujourd'hui, à Lyon, pour vos 6^e Universités d'été.

Le nombre, la qualité des participants et des orateurs inscrits et leur diversité, valent mieux qu'un long discours. Ils attestent de l'autorité acquise par l'ANAP, de la pertinence du thème que vous avez retenu pour vos travaux, et, bien sûr, de l'heureux choix que vous avez fait de vous réunir, cette année, à Lyon!

Madame la directrice générale, l'ANAP et l'ARS entretiennent des relations anciennes, fortes et confiantes. Je tenais à le dire et à saluer votre volonté de les conforter. Des premiers contrats de performance, jusqu'à la mise en œuvre, en ce moment, du plan triennal, des appuis au développement de la chirurgie ambulatoire, à la gestion des lits, aux parcours, à TSN, les actions menées en commun sont nombreuses, variées, importantes. Elles ont créé entre vous, nous et les établissements une relation fluide et surtout utile. C'est donc avec un réel plaisir que je vous accueille ce matin.

[LIRE LA SUITE SUR WWW.PERFORMANCE-EN-SANTE.FR/INTERVENTIONSVIDEOS/](http://www.performance-en-sante.fr/interventionsvideos/)

VIDÉO



« Nous sommes convaincus que pour permettre aux usagers de faire les bons choix, il faut rendre l'information accessible et permettre à chacun d'être en mesure d'apprécier les bénéfices et les risques des options qui s'offrent à lui. »

François BLANCHARDON

Président du CISS ARA

Les usagers de la santé d'Auvergne-Rhône-Alpes et les associations qui les représentent vous souhaitent la bienvenue dans notre région où le dialogue interdisciplinaire et, plus largement, la démocratie en santé, sont une culture déjà ancienne. Je veux remercier l'ANAP qui, en associant le CISS ARA aux travaux préparatoires de cet événement, entretient cette culture et vient conforter le rôle d'acteur essentiel des associations régionales d'usagers de santé.

Comment faire les bons choix pour améliorer ensemble la santé dans nos territoires ? Alors que vont prochainement être mis en place des plateformes territoriales d'appui, des communautés professionnelles territoriales de santé et des conseils territoriaux de santé, cette question est plus que jamais d'actualité.

Compte tenu de la complexité du sujet, je ne me risquerai pas à vous proposer des solutions clés en main. Je tiens cependant à partager avec vous les convictions portées par notre collectif.

Tout d'abord, nous sommes convaincus que pour améliorer la santé des territoires, il faut placer l'usager au centre de son parcours de santé, renforcer sa capacité à s'en saisir et à en devenir un acteur à part entière.

[LIRE LA SUITE SUR WWW.PERFORMANCE-EN-SANTE.FR/INTERVENTIONSVIDEOS/](http://www.performance-en-sante.fr/interventionsvideos/)

VIDÉO



« Cette UDT est une opportunité de vous exprimer, d'interpeller, d'échanger. »

Sophie MARTINON

Directrice générale de l'ANAP

Je suis très heureuse de vous accueillir à l'occasion de la 6^e Université d'été de la performance en santé...

Lorsque j'ai pris mes fonctions de directrice générale de l'ANAP au mois de juin dernier, on m'a expliqué qu'un bon thème pour l'Université d'été se devait de respecter au moins 3 critères :

- Le thème doit couvrir un champ suffisamment étendu, de sorte qu'il soit impossible d'en faire le tour en 2 jours. De ce point de vue, je suis certaine que cette édition ne dérogera pas à la règle ;
- Il doit aussi avoir un caractère transversal, afin de rassembler l'ensemble des acteurs du système de santé, et de garantir l'intérêt et l'attention de chacun quel que soit son champ d'intervention, sanitaire, médico-social ou social et son rôle : patients, citoyens, autorités de régulation, acteurs de la prise en charge, etc.
- Moins académique enfin, sa formulation doit aussi comporter la juste dose d'ambiguïté dans le but d'interpeller les participants et de stimuler les débats...

[LIRE LA SUITE SUR WWW.PERFORMANCE-EN-SANTE.FR/INTERVENTIONSVIDEOS/](http://www.performance-en-sante.fr/interventionsvideos/)

VIDÉO



« L'ATIH gère une plateforme de restitution de l'information hospitalière, ScanSanté, qui rend accessible des données proposant une vision exhaustive et précise de l'hospitalisation en France. »

Housseyni HOLLA

Directeur général de l'ATIH

Le thème retenu pour ces Universités d'été de la performance en santé est : « comment faire les bons choix pour améliorer la santé dans nos territoires ».

Pour « faire ces bons choix », il faut très certainement disposer d'informations pertinentes, d'outils et de méthodes adéquats.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, l'ATIH, agence de l'État, est chargée de collecter, d'analyser, de restituer et de diffuser les données des établissements de santé et médico-sociaux.

Ces données couvrent un spectre très large : informations médicales sur les prises en charge, informations sur les coûts et la qualité des soins mais également, données financières et sur les ressources humaines des établissements.

Dans le cadre de sa politique de restitution et de diffusion des données, l'agence permet à chaque acteur de la santé de disposer d'informations variées. Chacun, qu'il soit acteur local, régional ou national peut utiliser cette information selon ses missions et ses objectifs. Si chaque utilisateur est maître de l'usage des données, l'ATIH demeure garante des méthodes de collecte et de restitution ainsi que de la qualité des données recueillies.

[LIRE LA SUITE SUR WWW.PERFORMANCE-EN-SANTE.FR/INTERVENTIONSVIDEOS/](http://www.performance-en-sante.fr/interventionsvideos/)

VIDÉO

SOMMAIRE

Introduction. Comment faire les bons choix pour améliorer ensemble la santé de nos territoires ? p. 04

01. CONTRIBUTION DES USAGERS

Prendre en compte la parole des usagers et encourager l'élaboration de contributions citoyennes en santé p. 06

Parcours 1. *Connaître et comprendre les différents parcours de soins* p. 08

Parcours 2. *S'impliquer dans les décisions de santé* p. 10

Vidéos. Lyon 2016: les participants nous en parlent... p. 12

02. LES CONFÉRENCES ET DÉBATS

Pourquoi améliorer la santé de nos territoires ? Une vision d'hier... à aujourd'hui p. 14

Plateau-débat 1. *Loi de santé, création des GHT : comment faire coopérer les acteurs au bénéfice d'une offre de santé de qualité sur un territoire ?* p. 16

Plateau-débat 2. *Nouvelles molécules, révolution thérapeutique, maîtrises des dépenses : comment concilier innovation et accessibilité ?* p. 17

Plateau-débat 3. *2017, la santé sera-t-elle un enjeu du débat politique ?* p. 18

03. LES ATELIERS DE PROSPECTIVE

P1. Les nouveaux modes d'information vont-ils modifier les comportements des usagers ? p. 20

P2. En quoi les enjeux de santé vont-ils façonner l'aménagement des territoires ? p. 21

P3. Le traitement du cancer en hôpital de jour, en chirurgie ambulatoire et à domicile p. 22

P4. Comment le virage ambulatoire va révolutionner les pratiques ? p. 23

P5. Quelles solutions pour faire face à la prise en charge et à l'accompagnement du handicap en France ? p. 24

P6. Que peuvent attendre les aînés de leur vie en santé au cours des 20 prochaines années ? p. 25

P7. Territoires de soins, territoires et soins : qualité rime-t-elle toujours avec proximité ? p. 26

P8. Le développement de la e-santé va-t-il à l'encontre de la logique des territoires ? p. 27

Posters. Retours d'expériences : le café-posters p. 28

Poster gagnant. La Maison des Femmes de l'hôpital de Saint-Denis.

Un lieu d'accueil, d'information et d'orientation pour les femmes victimes de violences en situation de vulnérabilité p. 30

Poster gagnant. Promouvoir l'accès au dépistage organisé du cancer colorectal dans le département de la Creuse afin d'améliorer la prise en charge précoce des patients p. 31

Poster gagnant. De l'enquête sur la prévalence des escarres dans les EHPAD bretons et les attentes des infirmières libérales à domicile à la mise en place d'une activité de télémédecine pour les plaies chroniques p. 32

04. LES ATELIERS DE RETOURS D'EXPÉRIENCES

R1. Impliquer les acteurs du territoire de santé dans une démarche parcours : l'expérience du grand Besançon pour les personnes âgées est-elle reproductible, et à quelles conditions ? p. 34

R2. Pari : un dispositif personnalisé de repérage et d'accompagnement des travailleurs indépendants âgés les plus fragiles p. 35

R3. Organisations territoriales innovantes pour les soins dentaires des personnes en situation de handicap, tout âge et toutes déficiences confondues p. 36

R4. La Cité de l'autonomie et de l'insertion : quand le parcours transcende les établissements p. 37

R5. Odyssee : Améliorer ensemble la santé de nos concitoyens sur nos territoires p. 38

R6. Une coopération public privé mutualité réussie et pérenne : le GCS Territorial Ardenne-Nord p. 39

Un autre regard. Lyon 2015 vue par le dessinateur Cled'12 p. 40

05. LES ATELIERS DÉBATS

D1. Faut-il avoir peur de la santé numérique ? p. 42

D2. Le Territoire : nouvel échelon de la démocratie en santé ? p. 43

D3. Professionnels de santé : quelle démographie pour quels métiers ? p. 44

D4. Faut-il limiter le recours aux urgences ? p. 45

Le mot de la fin « C'était une formidable édition ! » p. 46

Remerciements p. 47



Retrouvez les tweets sur @anap_sante



VIDÉO

Retrouvez toutes les vidéos sur www.performance-en-sante.fr/videotheque/



PRÉSENTATION

Retrouvez toutes les présentations sur www.performance-en-sante.fr/interventionsvideos/vendredi-0209/

COMMENT FAIRE LES BONS CHOIX POUR AMÉLIORER ENSEMBLE LA SANTÉ DE NOS TERRITOIRES ?



L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a organisé pour la 6^e année consécutive l'Université d'été de la performance en santé. Parce que nous sommes tous concernés par la santé de nos territoires, cette rencontre professionnelle de réflexion et de partage d'expériences a ouvert ses portes aux usagers et aux citoyens pour la 2^e année consécutive. Avec plus de 550 participants, cette 6^e édition bat les records de participation depuis la création de l'événement en 2011.

UN PROGRAMME DENSE ET VARIÉ

« Faire les bons choix » suppose de disposer d'informations pertinentes, d'outils et de méthodes appropriés et ce, qu'il s'agisse de prendre des décisions à l'échelle individuelle dans son propre parcours de santé, à l'échelle locale si l'on doit agir en tant qu'opérateur de l'organisation de la prise en charge et de l'accompagnement sur un territoire donné ou encore à l'échelle nationale pour les autorités qui sont chargées d'assurer la régulation du système de santé.

« Pour améliorer ensemble » parce qu'il est évident que la participation de l'ensemble des acteurs concernés, y compris celle des usagers eux-mêmes, est indispensable au succès des politiques d'amélioration du système de santé.

« La santé de nos territoires » car cette notion territoriale est de plus en plus présente dans la déclinaison des politiques publiques, et en particulier dans le domaine de la santé, sans pour autant que son acception ne soit véritablement claire et partagée par tous. Cet événement organisé par l'ANAP en partenariat avec le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Auvergne-Rhône-Alpes et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et avec le soutien de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, a constitué une formidable opportunité de rassembler des publics divers afin de nourrir des réflexions sur des préoccupations concrètes de nos concitoyens : l'amélioration de l'accès aux soins, l'impact du recours aux nouvelles technologies dans la santé, la promotion de parcours de santé mieux coordonnés, les facteurs de succès d'une démocratie participative en santé...

DES CITOYENS ACCOMPAGNÉS ET SOUTENUS POUR APPORTER UNE CONTRIBUTION SINGULIÈRE ET UTILE

Des usagers et citoyens ont bénéficié en amont d'une séquence de sensibilisation aux enjeux du système de santé ainsi que d'une présentation des thèmes inscrits au programme. Au cours de la manifestation, des modalités de participation spécifiques étaient prévues de façon à favoriser l'interaction entre les 50 citoyens/usagers inscrits et les experts. Enfin, en aval de l'événement, la contribution des citoyens sera intégrée aux actes de la manifestation.

UN ÉVÉNEMENT SINGULIER

L'Université d'été de la performance en santé a été créée en 2011 et rassemble chaque année plusieurs centaines de participants. L'Université d'été a pour objectif d'instaurer un débat, de mener une réflexion très large sur le concept de performance et d'en construire une vision prospective dans le domaine de la santé, mais également de permettre des échanges entre participants et experts autour d'initiatives concrètes illustrant la performance en santé.

Tous les acteurs du système de santé participent à ces rencontres : médecins, soignants, gestionnaires, associations, agences régionales de santé, administrations centrales, écoles et universités... et pour la 2^e année consécutive, des usagers et des citoyens. ◀





01

CONTRIBUTION DES USAGERS



PRENDRE EN COMPTE LA PAROLE DES USAGERS ET ENCOURAGER L'ÉLABORATION DE CONTRIBUTIONS CITOYENNES EN SANTÉ



Pour la 2^e année consécutive, l'ANAP et ses partenaires ont souhaité faire émerger une parole citoyenne lors des ateliers et des débats. Afin d'atteindre cet objectif, un comité de pilotage composé de représentants de l'ANAP, du CISS Auvergne-Rhône-Alpes, de l'Institut pour la démocratie en santé et de l'agence EmPatient a été constitué. Ce groupe de travail a convenu d'un dispositif d'accompagnement spécifique des usagers/citoyens, assuré par l'agence EmPatient, en amont et durant la manifestation.

EN AMONT DE L'UNIVERSITÉ D'ÉTÉ

Un panel citoyen* a réuni des citoyens à Lyon dans les locaux du CISS Auvergne-Rhône-Alpes, le 25 juin. Cette journée de travail avait pour objectif d'initier une réflexion autour de la thématique de l'Université d'été: « comment faire les bons choix pour améliorer ensemble la santé de nos territoires ? » et plus particulièrement sur les notions de parcours de soins, territoires de santé, e-santé et d'implication des citoyens dans les décisions de santé. Des premières contributions citoyennes ont émergé à l'issue du panel.

Durant l'été, les usagers/citoyens inscrits à l'Université d'été ont été invités à réagir aux premières contributions issues du panel citoyen (sondage en ligne). Le dispositif prévu pour les usagers/citoyens lors des journées des 2 et 3 septembre leur a été présenté de manière individuelle par téléphone et un dossier documentaire leur a été proposé.

L'UNIVERSITÉ D'ÉTÉ DE LA PERFORMANCE EN SANTÉ POUR LES USAGERS/CITOYENS

L'objectif était de réunir des participants citoyens pour débattre aux côtés des professionnels dans les différents ateliers et débats de la manifestation et contribuer aux propositions ayant émergé des différents ateliers d'échanges et de réflexion.

Une quarantaine de participants citoyens: pour moitié, des bénévoles associatifs déjà engagés dans des actions de santé et pour autre moitié des citoyens en lien avec les initiatives citoyennes de la ville de Lyon (ex.: conseil de quartier); se sont inscrits à l'Uni-

*QU'EST-CE QU'UN PANEL CITOYEN ?

C'est un processus de démocratie participative fréquemment utilisé pour débattre de questions de société diverses: environnement, développement durable, démocratie locale, éthique... et obtenir des avis démocratiques sur des questions ou sujets d'intérêt public.

Un échantillon de citoyens représentatif de la population est sélectionné par tirage au sort. Les participants sélectionnés se réunissent durant plusieurs jours afin d'émettre des avis sur la question traitée.

Durant l'ensemble du processus, ils doivent trouver un consensus ou adopter les résolutions par un vote à la majorité. Le recrutement des citoyens a pu être opéré grâce à un appel à inscription relayé par le CISS Auvergne-Rhône-Alpes et les conseils de quartier de la ville de Lyon.



versité d'été de la performance en santé 2016 et ont bénéficié de l'accompagnement décrit ci-dessus. Parmi les inscrits, environ 25 personnes ont effectivement pu participer à la manifestation.

Les motivations principales des usagers/citoyens à participer aux journées étaient les suivantes:

- « le partage d'expérience »
- « relayer la voix des patients pas assez prise en compte »
- « participer à une initiative citoyenne »
- « participer à la représentation des usagers »
- « s'informer et se former sur les questions de santé »
- « comprendre l'organisation de la santé »
- « le besoin de "billes" pour faire fonctionner la commission santé du conseil de quartier »
- « l'intérêt pour la démocratie en santé »

LES PARCOURS THÉMATIQUES DES CITOYENS PARTICIPANTS

Les différents ateliers programmés pendant la manifestation abordaient des sujets d'actualité, souvent innovants, en matière d'organisation des soins. Deux parcours citoyens ont été programmés



ANAP @anap_sante 3 septembre

Écouter, encourager, accompagner, être impliqué... Les #usagers font entendre leur voix #univanap





en parallèle de ces ateliers, afin de recueillir les avis et propositions des usagers/citoyens :

> **Parcours 1: Connaître et comprendre les différents parcours de soins**

Que représente pour les citoyens la notion de parcours de santé ? Comment s'orienter ?

> **Parcours 2: S'impliquer dans les décisions de santé**

Comment s'impliquer dans les décisions de santé, que ce soit au niveau individuel (pour sa santé) que collectif (du point de vue de la société).

D'autres sujets ont également été abordés comme les enjeux de la e-santé ou la notion de territoires de santé.

LES TEMPS FORTS DES CONTRIBUTIONS CITOYENNES EN SANTÉ

Les 2 et 3 septembre, les contributions citoyennes ont pu être recueillies par différents canaux :

- À l'aide de comptes rendus individuels que chaque participant a pu remplir à l'issue d'un atelier auquel il a participé pour qu'il puisse faire part de ses idées et réactions ;
- En se positionnant et en complétant les premières propositions compilées au mois de juin ;
- En échangeant en sous-groupes à 2 reprises pendant les Universités.

Un appel à inscriptions largement relayé en avril

Un accompagnement individualisé, envoi de documentation

Première rencontre à Lyon le 25 juin

Des temps d'échanges pendant l'Université d'été

Une table ronde de restitution en clôture des Universités

Publication dans les actes

Durant les ateliers de prospective et de retours d'expériences, des défis citoyens ont été proposés aux intervenants, par les usagers/citoyens présents dans la salle, afin de leur faire prendre conscience de la présence de citoyens dans l'assemblée (notamment pour faciliter la vulgarisation des propos échangés).

Ce clin d'œil illustre de manière plus générale l'importance d'impliquer les citoyens dans les débats portant sur l'organisation des soins en France et donc de leur rendre ces derniers accessibles.

Enfin, la parole a été donnée aux usagers/citoyens en clôture de l'Université d'été. 5 participants usagers/citoyens ont en effet été invités à partager leur ressenti quant à leur participation à la manifestation mais aussi à présenter le fruit de leurs travaux durant les temps qui leur ont été dédiés durant les 2 journées. ▀

VIDÉO

LES CONSTATS DES USAGERS PARTAGÉS LORS DE LA PLÉNIÈRE DE CLÔTURE DE L'UNIVERSITÉ D'ÉTÉ DE LA PERFORMANCE EN SANTÉ

La table ronde de restitution des participants usagers/citoyens a clôturé la manifestation autour des témoignages et d'une première synthèse des contributions. Les participants à cette table ronde ont été :

- M. Thierry ZOUMARA, Trisomie 21 France ;
- Mme Jeanine CHAMBAT, La Ligue contre le cancer ;
- Mme Éva ISSENJOU, association AVIAM ;
- M. Guy LEGAL, association La Ligue contre le cancer ;
- M. Fabrice PILORGÉ, association AIDES ;

La table ronde était co-animée par Chantal de Singly, Présidente du conseil d'administration de l'ANAP et Thierry Guerrier.

Les premiers constats ont été les suivants :

- Les usagers/citoyens ont été marqués par l'humanisme et les belles volontés, les énergies déployées par les différents intervenants qui ont présenté des dispositifs innovants utiles pour faire bouger les choses. Ils partagent cependant le sentiment que les obstacles sont nombreux : trop de cloisonnement entre sanitaire et médico-social, trop de blocages administratifs et financiers et l'impression que cela n'avance pas ;
- Le sentiment partagé que la représentation des usagers, la prise en compte des besoins des patients, s'est améliorée au cours des 10 dernières années (mais pas assez dans le médico-social et les soins ambulatoires) ;
- La forte appréciation de la démarche de l'ANAP et l'envie d'aller plus loin, d'être présents dans les travaux de l'ANAP en complément de l'Université d'été de la performance en santé.

CONNAÎTRE ET COMPRENDRE LES DIFFÉRENTS PARCOURS DE SOINS

Parcours 1



La notion de parcours était au cœur des échanges de l'Université d'été de la performance en santé. Quelle est la définition de cette notion ? De quels parcours parle-t-on ? Parcours de soins ? Parcours en santé ? Quand et comment intégrer ce parcours ?... Autant de questions que se posent les usagers de santé et qui ont émergé lors des échanges.

CONSTATS PARTAGÉS PAR LES USAGERS/CITOYENS

- La définition de parcours de soins recouvre de nombreuses dimensions qui rendent cette dernière complexe et difficile à appréhender. De plus, il s'agit de définitions très théoriques et basées sur des aspects techniques **1**;
- Du fait notamment de la complexité de cette définition, la question de l'entrée dans le parcours se pose : où se trouve cette entrée ? Par quels biais accède-t-on au parcours de soins (médecin traitant, diagnostic...) ? Les usagers souffrent d'un défaut d'orientation dans le parcours de soins. Ils parlent de « parcours du combattant », de « labyrinthe » **2**;
- Le système actuel de parcours ne semble pas adapté aux situations complexes : complications, polyopathologies, handicap, seniors... Il s'agit d'une organisation très technique et cloisonnée (pas de ponts entre le médical, le médico-social, la vraie vie des personnes

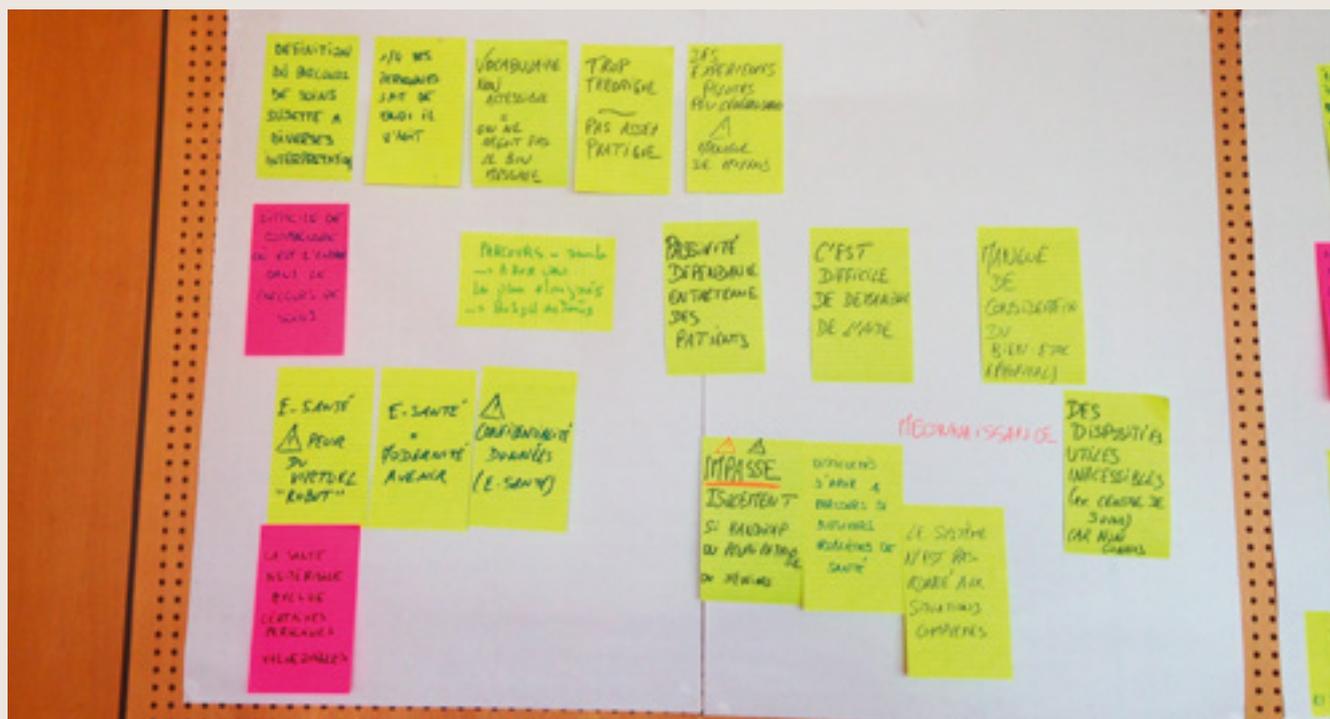


IL EXISTE UN BLOCAGE ET UNE SECTORISATION DU CÔTÉ DES INSTITUTIONS ADMINISTRATIVES. C'EST TROP COMPARTIMENTÉ ET ÇA MANQUE D'HUMANITÉ!



malades). Cette organisation ne permet pas ou peu la prise en compte du bien-être des personnes **3**;

- Des expérimentations réussies et encourageantes ont été présentées dans les ateliers. Il s'agit cependant d'expérimentations



RESTITUTION DES TRAVAUX DES USAGERS

Les usagers ont restitué en plénière la synthèse de leurs contributions.

1 La terminologie de parcours de soins n'est pas adaptée aux réalités des usagers. Il serait plus approprié de parler de parcours de santé ou même de parcours de vie. Les participants ont insisté sur l'importance d'être entouré d'une « famille de soins » mobilisable en fonction de ses besoins. La définition de parcours de santé ou de vie doit intégrer les notions d'hygiène de vie et de vulnérabilité.

2 La prévention devrait être intégrée dans les parcours de santé et elle pourrait même être la porte d'entrée dans ces derniers. Il ne faut pas se limiter à une seule entrée mais au contraire multiplier les possibilités d'entrée dans le parcours. L'exemple de l'accès au parcours *via* des médiateurs de santé a par exemple été donné. Enfin, il est absolument nécessaire de créer des répertoires des ressources à disposition des médecins traitants afin qu'ils orientent au mieux leurs patients dans les parcours.

3 Un état des lieux des besoins réels et des perspectives des patients et de leurs familles doit être opéré afin de reconsidérer l'organisation en parcours. La mise à plat de cette organisation permettra de prendre en compte le bien-être des personnes malades en intégrant par exemple la lutte contre la solitude, les médecines douces, l'entraide entre pairs... Mais aussi d'introduire des pratiques telles que la généralisation de l'ETP et notamment le bilan individuel des besoins (avec famille) pour les parcours complexes.

4 Il est indispensable de disposer de moyens supplémentaires pour la mise en place d'expérimentations et leur généralisation.

5 Tous les outils de liaisons destinés à faciliter l'articulation entre la ville et l'hôpital sont à envisager. Les usagers/citoyens ont par exemple cité : le carnet de liaison, l'utilisation de la carte Vitale comme un dossier patient (mise à disposition de tous le parcours du patient et non pas seulement ses remboursements). Le patient serait dépositaire de ses données qu'il pourrait communiquer avec les professionnels de son choix.

6 Dans l'interaction entre les professionnels de santé et le patient, la notion de dépendance peut être présente. Afin d'aider les personnes malades à être actrices de leur parcours de santé et impliquées dans les décisions qui les concernent, il est indispensable d'accompagner ce changement de posture en les écoutant, en les encourageant, en les éduquant...

7 Le développement des technologies au service de la santé ne doit pas être uniquement l'affaire de sociétés privées. Il s'agit d'un sujet dont les citoyens doivent s'emparer !

VIDÉO



Lemoine Benjamin @LemoineBenjamin 3 septembre

Le patient est porteur d'un savoir d'expérience pouvant contribuer à l'amélioration de sa prise en charge. Fabrice Pilorgé, Aides #univanap



pilotes, qui semblent peu généralisables notamment du fait des moyens humains et financiers nécessaires pour la mise en œuvre de tels projets **4** ;

- Le cloisonnement entre la ville et l'hôpital est délétère pour les usagers. Les informations ne sont pas transmises et le dispositif proposé n'est pas forcément adapté lorsque l'on passe d'un suivi à un autre **5** ;
- « Lorsque l'on est malade, ce n'est pas facile de demander de l'aide » **6** ;
- La e-santé est une modalité à prendre en compte dans le parcours de soins. Elle peut aider à améliorer la traçabilité du parcours de soins. Cependant, le virtuel ne doit pas remplacer la relation humaine ni exclure les personnes qui n'y ont pas accès **7**. ◀

S'IMPLIQUER DANS LES DÉCISIONS DE SANTÉ

Parcours 2



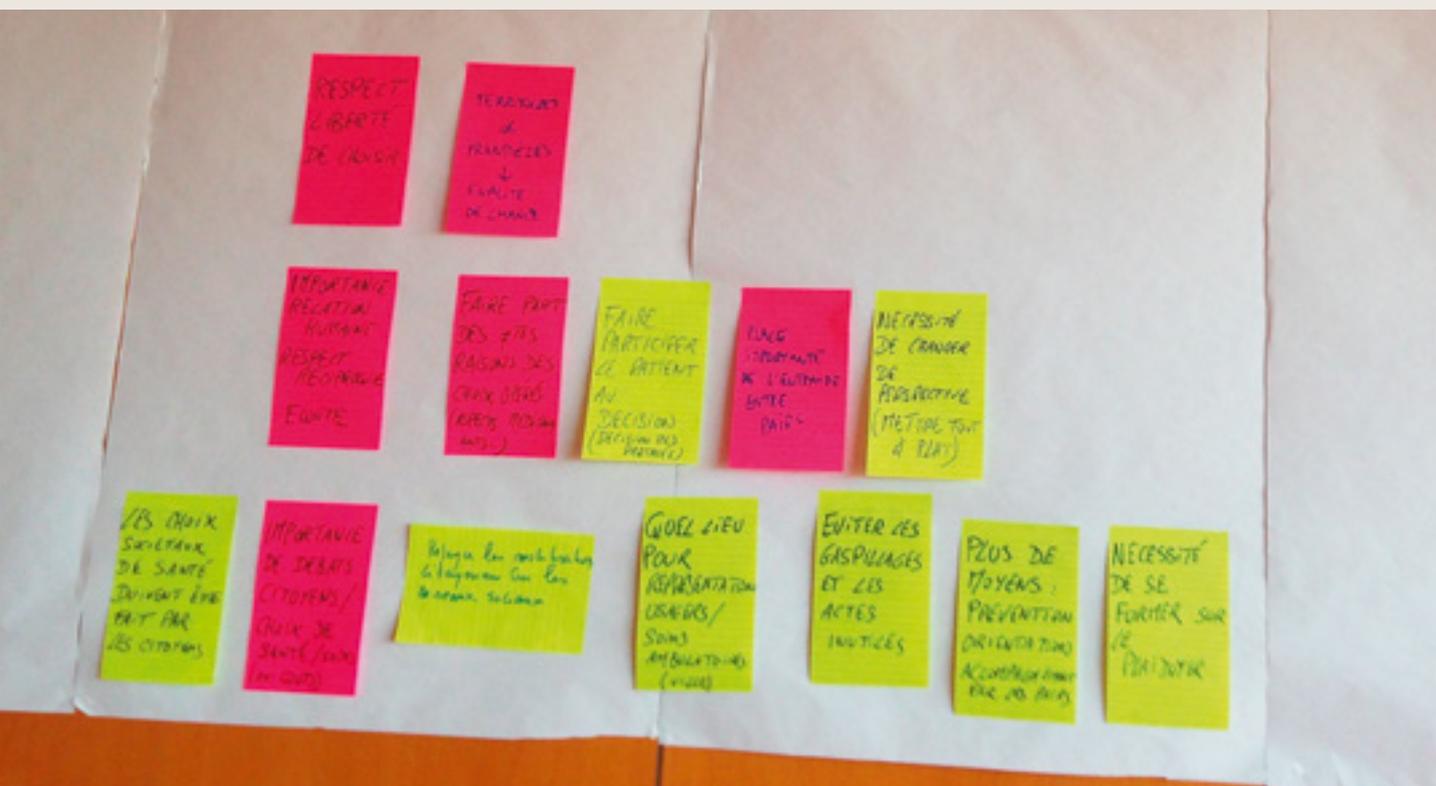
La question de l'implication des usagers et citoyens dans les décisions de santé soulève différentes questions telles que les choix en santé, l'information nécessaire pour opérer des choix éclairés, l'implication dans des décisions individuelles mais aussi à l'échelle de la société.

CONSTATS PARTAGÉS PAR LES USAGERS/CITOYENS

- L'implication des usagers dans les décisions de santé est un droit qui se met en place trop lentement **1**;
- Les sources d'informations disponibles pour aider le patient à faire ses propres choix sont trop nombreuses et elles ne sont pas toutes fiables. De plus, l'utilisation d'un vocabulaire trop technique entrave la compréhension des informations par les usagers/citoyens **2**;
- Le patient n'est pas informé de toutes les possibilités qui s'offrent à lui (asymétrie des connaissances entre les professionnels de santé et les patients). Il en résulte bien souvent que les décisions sont prises par les professionnels de santé et le patient n'en est informé qu'*a posteriori* **3**;
- Les choix sociétaux de santé sont opérés par des professionnels de santé **4**;
- Les usagers ne sont pas assez impliqués dans les soins de ville **5**;
- Chacun doit pouvoir choisir son territoire de soins. **6**



IL FAUT DEMANDER AUX POLITIQUES ET ADMINISTRATEURS D'ÉCOUTER LES BONNES IDÉES DES PERSONNELS SOIGNANTS À TOUT NIVEAU; CE SONT EUX QUI SONT SUR LE TERRAIN, EUX QUI VOIENT LES ABERRATIONS DU SYSTÈME ACTUEL; IL Y A DES CHOSES SIMPLES ET ÉCONOMIQUES À METTRE EN PLACE. 





QUOI QU'IL EN SOIT ET SI ÉVOLUTION IL Y A,
ELLE NE SERA QUE « SOCIÉTALE ».

RESTITUTION DES TRAVAUX DES USAGERS

Les usagers ont restitué en plénière la synthèse de leurs contributions.

- 1** Il est important de rappeler le caractère fondamental du respect de la liberté de chacun de choisir, de s'orienter par soi-même, de se soigner, de déterminer où et comment le faire. Mais aussi du respect réciproque, de la responsabilité et de l'efficacité des prises en charge si le patient est impliqué.
- 2** Il est nécessaire de savoir trier l'information délivrée, d'être orienté vers des sources fiables. Ceci peut passer entre autre par l'entraide entre pairs.
- 3** La relation humaine entre soignants et patients est fondamentale pour faciliter les choix en santé (importance de l'écoute et du respect réciproque dans les échanges). Les raisons des choix opérés doivent être clairement explicitées au patient (ex. : sentiment que certains traitements ne sont parfois pas proposés, car ils coûtent trop chers mais cela n'est pas dit au patient).
- 4** Les choix sociétaux de santé doivent être faits par les citoyens. Il est nécessaire de changer de perspectives. Des débats citoyens doivent être menés quant à la redistribution des moyens :
 - Coût de certaines thérapies ;
 - Chasse au gaspillage, aux actes inutiles ;
 - Plus de moyens pour la prévention, l'orientation, l'accompagnement (ex. : par les pairs).Les usagers/citoyens doivent être formés au plaidoyer afin que leur parole puisse être entendue et prise en compte par les pouvoirs publics.

- 5** Les usagers soulignent la nécessité de créer l'équivalent des CRUQPC (Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge) en ville et dans le champ médico-social. Les mobilisations de la société civile sur des thématiques de santé peuvent être relayées sur les réseaux sociaux (diffusion large et peu de coûts).

VIDÉO



ANAP @anap_sante 3 septembre

**Il faut inventer une vision du patient qui n'existe pas encore aujourd'hui pour enfin l'ENTENDRE.
T. Zoumara, Trisomie21 France #univanap**



LYON 2016 : LES PARTICIPANTS NOUS EN PARLENT...



Comment faire les bons choix pour améliorer ensemble la santé de nos territoires ? Des usagers et des professionnels de santé ont répondu à de courtes interviews pendant l'événement pour donner leur point de vue sur cette question.



Retrouvez toutes les vidéos sur la vidéothèque du site <http://www.performance-en-sante.fr/vidеоtheque/>



02

|

LES CONFÉRENCES ET DÉBATS

|



POURQUOI AMÉLIORER LA SANTÉ DE NOS TERRITOIRES ?

UNE VISION D'HIER... À AUJOURD'HUI



Pr Emmanuel VIGNERON, Aménagement sanitaire à l'Université de Montpellier III

La santé et les territoires ont été abordés depuis des siècles. Des travaux importants sur les inégalités géographiques de santé ont fait progresser l'organisation des soins et même parfois la connaissance médicale. Le contexte économique a renforcé l'exigence de la bonne gestion des deniers publics et une observation plus fine permet de mieux répartir les ressources et d'éviter les gaspillages.

Le profil des pathologies à traiter a évolué avec la transition épidémiologique et le patient est passé du stade de patient « momentané » du système de soins à celui d'usager régulier du système de santé dont la construction n'est pas achevée.

Tant d'entre vous œuvrent chaque jour à améliorer la santé dans leurs territoires, et ont une réflexion et une expérience profonde de tout cela. C'est ensemble qu'il faut répondre à ce défi d'améliorer la santé de nos territoires abordé tout au long de cette 6^e Université d'été.

Cette personnification et ce possessif, « nos territoires », traduisent un attachement certain au territoire, de l'affection sinon de l'amour pour « son » territoire ou nos territoires. À la différence du département, du canton, qui sont des propriétés de l'administration, le territoire appartient aux individus.

Un territoire se partage avec d'autres hommes et d'autres femmes, et c'est une occasion de démocratie, c'est-à-dire de débat, et donc d'adoption raisonnée du progrès, portant en soi la charge symbolique de la question territoriale. Le territoire est une question chaude, conflictuelle, hautement symbolique, surtout quand il y est question de santé, de ces symboles très forts que sont l'hôpital et le médecin de famille.

LE TERRITOIRE POUR RÉPONDRE À LA DEMANDE DE LA POPULATION ?

Il est étonnant de devoir se poser la question de l'amélioration de la santé de nos territoires aujourd'hui en 2016, question abordée depuis des siècles. L'état sanitaire des territoires qui composent aujourd'hui la France a longtemps été effroyable. Y remédier est une très vieille demande de la population, et un souci très ancien des autorités.



davidcausse @davidcausse 2 septembre

Pr Vigneron : maladies chroniques et prise en charge en ambulatoire accentuent l'importance de l'espace territorial pour penser besoins et réponses #Univanap



Je vous livre quelques chiffres qui paraissent toujours très actuels, relevés dans les cahiers de doléances de 1789. La demande de santé y est très forte et est l'une des revendications principales et la plus partagée :

- Les cahiers de doléances viennent de 224 bailliages, sénéchaussées et villes ;
- 138, soit 62 %, évoquent les questions hospitalières ;
- 73, soit 33 %, la question de la qualité de la formation médicale et chirurgicale ;
- 46, soit 1 sur 5, souhaitent qu'on lutte contre le charlatanisme médical ;
- 61, soit 27 %, demandent une organisation de la présence médicale dans les campagnes.

Pour les autorités, tout a changé avec la Révolution de 1789, à la suite de Turgot, de Boucher d'Argis, de Diderot, de Rousseau, de Tenon, de La Rochefoucauld-Liancourt quand le 19 avril 1793 Robespierre a déclaré : « les secours publics sont une dette sacrée ». Aujourd'hui encore, « la Nation garantit à tous la protection de la santé » comme le déclare le préambule de notre Constitution.

Le fondement des politiques de santé peut se schématiser autour de 3 axes :

- La police sanitaire ;
- La lutte contre les inégalités ;
- La promotion de l'innovation en santé.



LE TERRITOIRE EST UNE NOTION CHAUDE, CONFLICTUELLE, HAUTEMENT SYMBOLIQUE, SURTOUT QUAND IL Y EST QUESTION DE SANTÉ, DE CES SYMBOLES TRÈS FORTS QUE SONT L'HÔPITAL ET LE MÉDECIN DE FAMILLE.

Pr Emmanuel VIGNERON

LE TERRITOIRE, TOUTE UNE HISTOIRE

Il existe toute une lignée de travaux importants sur les inégalités géographiques de santé qui ont fait progresser l'organisation des soins et même parfois la connaissance médicale. Les exemples sont nombreux. Le choléra en Angleterre avec John Snow et en France avec Henri Monod, la surmortalité et la géographie des débits de boissons, avec Debré et Sauvy, la cartographie comparée des cirrhoses alcooliques et des cancers de l'œsophage avec Flamant, Lasserre et Schwartz, la géographie de la vente des tabacs et le cancer du poumon avec le Centre international de recherche sur le cancer. Ces travaux ont mis sur la piste d'explications causales. L'épidémiologie géographique descriptive a parfois lancé l'épidémiologie analytique. C'est vrai aussi de tous ces travaux qui ont montré des habitudes de consommation des soins différentes d'un territoire à l'autre.

OUI MAIS...

À la fin du XVIII^e siècle, la médecine s'est enfermée dans l'hôpital comme les naturalistes s'enfermaient dans leurs cabinets de curiosité, tous attachés à la suite de Pinel, de Corvisart, de Bichat à décrire les maladies et à les classer. Après la deuxième guerre mondiale (même si la rupture est un peu artificielle) l'irruption des sciences biologiques, chimiques et physiques dans le champ de la

médecine n'a pas davantage ouvert sur l'environnement. Le premier stade a privilégié l'examen clinique, c'est-à-dire au lit du malade, le stade suivant a fait se diriger vers la paillasse. Les deux stades ont perdu de vue le terrain, le milieu, le contexte...

La République a eu du mal à se construire. Réunir les provinces de l'Ancien Régime n'a pas été facile, ne se faisant qu'à travers une promesse d'égalité et de fraternité. Jusqu'aux années 1980 on ne parle pas des territoires de la France mais du territoire national. Longtemps l'État n'a pas voulu entendre parler des inégalités territoriales parce qu'elles étaient perçues comme une atteinte à sa légitimité.

La révolution industrielle a fait éclater la question sociale en juxtaposant côte à côte des très riches et des très pauvres.

Alors pourquoi depuis quelques années le mot de territoire est-il partout dans le domaine de la santé ?

- Parce que les inégalités régionales et locales de santé ont cessé de se résorber pour au contraire se creuser à nouveau.
- Parce que le contexte économique a renforcé l'exigence de la bonne gestion des deniers publics et qu'une observation plus fine permet de mieux répartir les ressources et d'éviter les gaspillages,
- Parce que la décentralisation a progressé en France et que le domaine sanitaire a fini par se sentir concerné mais aussi parce que l'idée de subsidiarité a fait son chemin.
- Et cela a constitué un levier très puissant parce que le profil des pathologies à traiter a évolué avec la transition épidémiologique et que le malade est passé du stade de patient momentanément à celui d'usager régulier du système de santé.

Le virage ambulatoire conduit aussi à plus de territoire. Le corollaire est l'organisation renforcée des associations de patients, leur autonomisation, l'exigence de transparence puis de démocratie sanitaire. Le patient est un citoyen qui vit dans un territoire et non pas dans un hôpital. Son traitement s'inscrit dans un parcours dont il subit fâcheusement les ruptures, les répétitions, les erreurs. Favoriser l'expression de la démocratie sanitaire, c'est pousser l'hôpital et les professionnels de santé à plus d'ouverture sur leur territoire.

DES SOINS DE QUALITÉ, AU BON ENDROIT, AU BON MOMENT

Pour mettre en œuvre de manière opérationnelle le territoire, il est nécessaire de respecter l'histoire, d'affirmer l'objectif supérieur du système de santé comme source de bien-être individuel et collectif, d'aborder la santé dans les territoires comme un investissement d'avenir... Parler la même langue : nous n'apprenons pas à l'école à bien user du système de santé, on n'y entend que fort peu de messages de prévention, la gradation des soins est un concept inconnu du plus grand nombre...

Certains pensent encore que les usagers veulent un CHU en bas de chez eux. Nos concitoyens ne sont pas des idiots et du reste si tout n'est pas possible partout, tout n'est pas non plus impossible partout. Ce que nous devons à nos concitoyens, c'est l'assurance d'un accès de tous à des soins de qualité, au bon endroit, au bon moment.

Cette conférence prononcée en ouverture de l'Université d'été de la performance en santé 2016 est en partie le fruit d'une réflexion prospective engagée pour la FEHAP qui poursuit ainsi ses travaux sur la santé et les territoires.



DANS LA PRESSE...

Lundi 5 septembre 2016 :

« DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ, LA PRISE EN COMPTE DES TERRITOIRES, ET NON UNIQUEMENT DE LA RÉGION, EST ASSEZ NOUVELLE ET A ÉTÉ LIÉE À L'AUGMENTATION DES INÉGALITÉS LOCALES AU DÉBUT DES ANNÉES 2000. »

(Pr Emmanuel VIGNERON)

LOI DE SANTÉ, CRÉATION DES GHT : COMMENT FAIRE COOPÉRER LES ACTEURS AU BÉNÉFICE D'UNE OFFRE DE SANTÉ DE QUALITÉ SUR UN TERRITOIRE ?



Jacqueline HUBERT, Directrice générale du CHU de Grenoble
Jean-Loup DUROUSSET, Président du Groupe Noalys

La création des Groupements hospitaliers de territoire (GHT) résulte de la reconnaissance d'une grande inégalité d'accès aux soins sur le territoire. « L'objectif est de sortir des parcours initiés et de mettre en place une égalité d'accès à des soins de qualité sur un territoire », précise J. Hubert.



La coopération des acteurs passe par la mise en place des GHT qui est un dispositif issu de la loi de modernisation du système de santé. Comme nous l'explique J. Hubert, la mise en place des GHT repose sur une organisation structurée avec au centre du groupement un établissement pivot permettant de mettre en commun des moyens. Avec cette organisation, le souhait était de ne pas créer une énième personnalité morale mais de s'appuyer sur les ressources existantes pour permettre de développer des stratégies médicales et soignantes par le biais des équipes médicales de territoire. L'idée est d'avoir des équipes de professionnels de territoire compétentes qui se déplaceront dans plusieurs établissements pour permettre un maillage de professionnels de qualité sur le territoire. Enfin, l'élaboration d'un projet médical partagé doit permettre d'organiser l'offre de soins en décrivant une multitude de parcours. Le circuit de prise en charge est alors fluidifié. Quel que soit l'endroit et l'établissement par lequel un patient entre, il bénéficiera toujours de la bonne prise en charge.

UNE COORDINATION EN DEUX TEMPS

Comme le précise J.-L. Durosset, cette réforme du système de santé est aujourd'hui présentée comme une logique d'animation de territoire. Le secteur public est soumis à une réorganisation de son parc hospitalier afin de mieux animer son territoire et de pou-



Maxime Thorigny @thorignymaxime 2 septembre

Débat : Il faut se tourner vers une équipe médicale de territoire qui sera mobile #GHt #univanap



voir offrir une égalité d'accès aux soins. Le secteur privé lui s'est déjà réorganisé, il y a environ 10 ans. Face à la pression économique et aux attentes des autorités, le secteur privé a massivement restructuré son parc hospitalier. Avec la mise en place des GHT au 1^{er} juillet 2016, il était difficile pour le secteur public d'associer le secteur privé et la médecine de ville dans cette démarche. En effet, comme le précise J. Hubert, « il était d'abord nécessaire de cerner les établissements publics pour ensuite impulser la dynamique ». Elle souligne également qu'il n'est pas impossible d'associer les établissements et que la notion de parcours implique l'ensemble des acteurs de territoire. À terme, il y aura une forme de complémentarité entre les prestations proposées par les établissements publics et les établissements privés.

RAMENER DE LA PROXIMITÉ POUR RÉADAPTER L'OFFRE DE SOINS

Pour J.-L. Durosset, réadapter l'offre de soins nécessite de déconcentrer cette offre pour ramener de la proximité. La fréquence des actes est un révélateur permettant d'identifier le type de structure à avoir dans des bassins de population de taille différente. Cette réadaptation passe également par la formation des médecins. On forme vers les centres hospitaliers universitaires alors qu'il faut former vers les territoires. Il faut des professionnels polyvalents et l'une des principales difficultés est le recrutement des praticiens. Une des solutions est de pratiquer la gestion prévisionnelle des emplois dans le secteur afin de former des professionnels au regard des besoins sur les territoires. ◀



DANS LA PRESSE...

APM Lundi 5 septembre 2016 :

IL EXISTAIT DES SECTEURS DE SOINS SUR LESQUELS « LE SECTEUR PRIVÉ NE SE POSITIONNERAIT PAS », ET OÙ LE SECTEUR PUBLIC SE DEVAIT DONC D'ÊTRE PRÉSENT.
(Jacqueline HUBERT)

LA COOPÉRATION PUBLIC/PRIVÉ, SOUS L'ÉGIDE DES ARS, SERAIT AUSSI NÉCESSAIRE POUR RÉPONDRE AUX DIFFICULTÉS EN MATIÈRE DE DÉMOGRAPHIE MÉDICALE PAR LE BIAIS DE LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES RESSOURCES MÉDICALES.
(Jean-Loup DUROUSSET)

NOUVELLES MOLÉCULES, RÉVOLUTION THÉRAPEUTIQUE, MAÎTRISES DES DÉPENSES : COMMENT CONCILIER INNOVATION ET ACCESSIBILITÉ ?



Lionel PERRIER, Économiste de la santé au Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard, responsable du pôle innovations et stratégies à la Direction de la recherche clinique et de l'innovation

Véronique TRILLET-LENOIR, Professeur de cancérologie au Centre hospitalo-universitaire de Lyon, Conseillère régionale Auvergne-Rhône-Alpes

La récente polémique sur la molécule Sofosbuvir qui traite l'hépatite C mais qui, compte-tenu de son caractère onéreux, n'est pas accessible à tous les malades concernés relance le débat sur la manière de concilier innovation et accessibilité. Autrement dit, la question est posée : « Comment faire mieux pour maintenir que tout soit accessible à tous ? »

L'intervention de V. Trillet-Lenoir insiste sur le caractère incrémental de l'innovation en médecine et en particulier en matière de cancérologie. Les progrès thérapeutiques effectués au cours des 10 dernières années sont avant tout le résultat de combinaisons de stratégies (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie) et d'associations entre elles de molécules avec comme objectif un meilleur taux de guérison, un retard à l'apparition des récurrences, une réduction des effets secondaires, une plus grande commodité d'administration, etc. Dans un contexte d'enveloppes financières qui se réduisent et de nouvelles capacités de traitement qui sont onéreuses, il convient de s'intéresser au prix de la prise en charge globale c'est-à-dire à la valorisation d'un parcours de soins personnalisé et coordonné. Il faut notamment développer les liens de coordination entre la ville et l'hôpital, encore balbutiants, pour éviter l'afflux aux urgences de patients avec des effets secondaires qui seraient gérables à domicile si la continuité des soins était anticipée.

La santé est un vecteur important de développement économique, et pas uniquement un poste de coûts. Dès lors, il faut encourager les innovations considérées comme très efficaces et travailler sur l'accompagnement des start-ups et des PME créatrices d'emploi qui les développent et à essayer de faire en sorte de maintenir la dynamique sur nos territoires.

L. Perrier rappelle pour sa part la place de l'évaluation médico-économique dans la négociation des prix des médicaments.

En France, le développement de l'évaluation a été tardif par rapport à d'autres pays. Un rattrapage est en cours depuis le décret du 2 octobre 2012 qui rend, sous certaines conditions, une telle



Ne pas oublier la prévention qui reste difficilement mesurable en matière d'impact mais qui peut améliorer le suivi du patient et son état de santé.

évaluation obligatoire. Par ailleurs, la qualité méthodologique des évaluations s'est largement améliorée avec l'élaboration de recommandations nationales et internationales. Les résultats de ces évaluations, généralement exprimés en coût par année de vie gagnée en bonne santé, restent toutefois informationnels : le ratio différentiel coût-résultat est uniquement pris en compte dans la négociation des prix. Il n'intervient pas dans la décision d'accès ou non au remboursement par l'Assurance maladie obligatoire.

Dans un environnement où le rythme des innovations est très rapide, l'évaluation médico-économique, basée sur la notion de coût d'opportunité, permet de hiérarchiser les stratégies à adopter.

Les intervenants soulignent que le mode de financement des hôpitaux ne permet pas de respecter la liberté de prescription des cliniciens dès lors que certaines molécules ne peuvent plus être remboursées à leurs établissements. Ceci conduit certains praticiens à envisager de revenir à de vieilles molécules parce qu'elles sont intégrées dans le forfait du GHS. Ceci risque d'ailleurs de grever de nouveau le budget de l'Assurance maladie des coûts de la gestion des effets secondaires beaucoup plus marqués des « anciennes drogues ». L'abandon du forfait médicaments au profit d'un forfait parcours serait plus à même de respecter le choix du praticien au terme de son colloque singulier avec le patient.

En tout état de cause, les coûts de production des médicaments sont une boîte noire. Les prix d'un certain nombre de molécules peuvent sembler excessifs. Il conviendrait de revoir de façon plus régulière les prix qui sont négociés, la recherche d'un accès rapide au marché n'étant pas toujours compatible avec un niveau de preuve d'efficacité clinique optimal. ◀



2017, LA SANTÉ SERA-T-ELLE UN ENJEU DU DÉBAT POLITIQUE ?



Pascal TERRASSE, Député de l'Ardèche

Pascal Terrasse, député de l'Ardèche, donne sa vision de la place de la santé dans les débats politiques pour 2017. La sécurité et l'emploi sont au cœur des préoccupations actuelles. C'est pourquoi la santé semble moins présente. Pour autant, elle n'a été que très rarement omniprésente dans les débats politiques pour les présidentielles ; alors que pour les Français, les questions de santé sont une priorité.



davidcausse @davidcausse 2 septembre

Pascal Terrasse : il faut décentraliser la santé au plan régional #univanap



centres hospitaliers. L'hôpital pourrait être plus décentralisé. Ce qui relève des personnels non-médicaux pourrait être décentralisé aux régions, par exemple.

P. Terrasse précise qu'il faut faire évoluer la nomenclature des compétences des infirmiers et aides-soignants en leur permettant de réaliser certains actes réservés aux médecins. C'est notamment le cas en Espagne. Pourtant, P. Terrasse rappelle que les syndicats de médecins ne sont pas prêts à entendre un tel discours.

DONNER UNE PLACE AUX CITOYENS DANS LES DÉCISIONS DE POLITIQUE DE SANTÉ

Si la démocratie sanitaire est importante, il n'en reste pas moins que les débats de santé sont majoritairement captés par les professionnels de santé et non par les usagers eux-mêmes. Le député de l'Ardèche indique que les régions ont un rôle majeur à jouer dans les décisions liées à la santé et que celles-ci doivent se prendre au plus près des citoyens. Dans cette même logique, P. Terrasse invite à donner plus d'autonomie aux centres hospitaliers.

Les enjeux en matière de santé sont également forts pour tout ce qui concerne le numérique. Si ce dernier est un formidable moyen d'accès à la santé, notamment grâce à la télémédecine, il reste la problématique de la transmission des données personnelles des patients. C'est un vif débat qui devrait s'ouvrir et qui est difficile à trancher du point de vue de la démocratie.

PRÉVENIR POUR GUÉRIR

La prévention est également un élément clé pour P. Terrasse. Selon le député : « Tout le monde en parle, tout le monde en fait (associations, écoles, etc.)... et donc ce n'est pas cohérent ». La prévention devrait commencer dès le plus jeune âge, en particulier avec l'éducation à la santé. Il faut désormais raisonner en parcours de vie : alimentation, activité sportive... Aujourd'hui, il y a une vision très réduite de la prévention. Il faudrait se fixer des objectifs et établir un état des lieux de ce qui est fait en France. Comment la prévention est-elle financée ? À quoi sert-elle vraiment ? Quelles évolutions possibles ?

Pour P. Terrasse, l'absence de la santé dans le débat public peut également s'expliquer par le fait qu'il y a un consensus sur ce thème. L'objectif, pour l'immense majorité des êtres humains, est de bien vieillir et en bonne santé. À la différence des États-Unis, il n'y a pas de clivage chez les Français sur l'organisation du système de santé. Aujourd'hui, chaque Français a accès à une complémentaire santé et les dépenses d'Assurance maladie sont en baisse selon P. Terrasse.

Il y a beaucoup de problématiques de santé publique qui mériteraient d'être au cœur des débats selon le député ardéchois. L'aide médicale d'État est un sujet majeur. Nous devons trouver des réponses sanitaires pour les personnes qui ne peuvent avoir accès aux soins, telles que les personnes « sans-papiers ». Pour P. Terrasse « laisser des personnes dans les rues sans s'inquiéter de leur santé, c'est laisser la situation sanitaire se dégrader ».

D'autre part, dans le cadre de la nouvelle organisation territoriale, les régions doivent s'affirmer comme un interlocuteur privilégié des

SMS

Le problème n'est pas d'avoir un médecin partout mais de pouvoir accéder de partout à l'offre de santé...



03

|

LES ATELIERS DE PROSPECTIVE

Les ateliers de prospective ont pour objectif
d'exposer les solutions ou les évolutions envisagées
à 5 ou 10 ans sur un aspect du fonctionnement
de notre système de santé.

|

LES NOUVEAUX MODES D'INFORMATION

VONT-ILS MODIFIER LES COMPORTEMENTS DES USAGERS ?



Nora FERDJAUI-MOUMJID, Université Lyon 1, HESPER 7425, GATE-LSE CNRS UMR 5824, Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard

Julien CARRETIER, Centre Léon Bérard, HESPER 7425

Pierre HEUDEL, Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard

En partenariat avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

Le numérique change la manière dont les patients sont informés sur leur santé. Les professionnels de santé peuvent en tirer parti pour améliorer les prises en charge, les fournisseurs d'information en santé doivent utiliser des critères de qualité de l'information pour la publier.

Il est nécessaire de s'interroger sur les besoins des usagers du système de santé en matière d'information. En effet, potentiellement de plus en plus d'information en santé peut leur parvenir, notamment à travers internet et les objets connectés. Mais cela va-t-il dans le bon sens ? Quel est le rapport des usagers à l'information ? Il y a nécessité de développer une information de qualité. Pour cela, il y a des impératifs méthodologiques. De plus, il faut que l'information rendue disponible soit accessible et compréhensible. Il y a eu un basculement dans la relation entre le professionnel de santé et le patient. Le patient peut désormais participer à la prise de décision concernant sa santé, s'il le souhaite, et si le professionnel de santé lui offre cette possibilité. Un site comme santepubliquefrance.fr fournit de l'information de qualité pour éclairer la population.

100 000 APPLICATIONS LOGICIELLES SANTÉ DISPONIBLES

L'accès à de l'information en santé sur Internet change la relation médecin/patient. 70 % de la population française a déjà cherché de l'information sur la santé ou le bien-être sur Internet. Il demeure malgré tout une certaine insatisfaction sur cette information trouvée sur Internet. Le questionnement porte sur la fiabilité des sources et sur la compréhensibilité de l'information. On recense de l'ordre de 100 000 applications logicielles santé disponibles (en incluant les applications sur le bien-être qui sont majoritaires). On trouve ainsi des applications de type « quantified self », par exemple pour la mesure de paramètres corporels en courant, et des applications permettant à des communautés de patients (forums, réseaux sociaux, blogs) de partager de l'information, du vécu... Mais les sources d'information sont très rarement identifiées. Il faudrait une co-construction des sites et des applis avec les personnes concernées qui à ce jour fait défaut.



Charline Suderie @CharlineSud 2 septembre

Les nouveaux modes d'infos vont-ils modifier les comportements des usagers ? Avec le Centre Léon Bérard. #univanap



Le numérique fait exploser les notions de distance, de temps. Textos, vidéos, emails sont autant de nouvelles façons d'échanger de l'information entre professionnel de santé et patient.

AMÉLIORER DE MANIÈRE SPECTACULAIRE LE SUIVI ET LA SURVIE

Le Centre Léon Bérard fait part de son expérience de mise en place du portail myCLB. Les objectifs de ce système sont d'offrir un nouveau canal de communication entre le patient et l'hôpital, et d'améliorer la qualité de la prise en charge par l'amélioration de l'information disponible. Des précautions sont nécessaires pour la mise à disposition de l'information au patient : il faut que celle-ci lui ait été expliquée auparavant par un professionnel de santé. Le portail existe en version smartphone et en version PC. Il permet non seulement la fourniture d'information mais aussi le télésuivi. En questionnant régulièrement le patient de cette façon sur son état de santé, on peut améliorer de manière spectaculaire le suivi et la survie.

L'information en santé des usagers est un acquis du XXI^e siècle. Il reste à déterminer ce que doit être cette information. Cela ouvre ainsi de nouvelles questions : Vit t'on mieux avec cette information disponible ? Y aura-t-il *à contrario* une perte de chance pour le patient/l'usager non connecté ? Les études montrent qu'en majorité les patients d'une part, souhaitent être informés et d'autre part, que cette information leur permet de mieux vivre leur prise en charge ainsi que mieux participer, s'ils le souhaitent, aux prises de décision concernant leur santé. ◀

EN QUOI LES ENJEUX DE SANTÉ VONT-ILS FAÇONNER L'AMÉNAGEMENT DES TERRITOIRES ?



Emmanuelle GAUDEMER, Directrice du développement du groupe AIA, administrateur de la fondation santé AIA
Gaël GUILLOUX, Directeur Care Design Lab, École du design de Nantes Atlantique
Sandrine HAAS, Docteur en économie, Fondatrice de la Nouvelle fabrique des territoires, responsable de l'observatoire économique, social et financier de la FEHPAP

L'enjeu de la santé de demain sera de combattre les inégalités d'accès à la santé en adaptant les offres aux besoins de chaque territoire. Une multiplicité de leviers sont envisageables.

Pour Sandrine Haas, « En quoi les enjeux de santé vont-ils façonner l'aménagement des territoires ? » est une question très ancienne et toujours d'actualité. Des clés de réponse peuvent émerger des 2 grandes séries de déterminants qui relient la santé aux territoires : l'offre de santé et les besoins de santé.

LES BESOINS DE SANTÉ, L'OFFRE DE SANTÉ ET LES TERRITOIRES

Les grands déterminants de santé que sont l'âge et le genre, la position professionnelle économique et sociale et le cadre de vie des habitants font apparaître le territoire comme un espace de besoins de santé, que dessinent la démographie, le profil socio-économique et l'environnement des territoires. Les besoins de santé des territoires sont ainsi spécifiques ou différenciés. Il faut les diagnostiquer, les écouter, les comprendre pour que la politique de santé soit en mesure d'y répondre.

Les territoires sont des lieux de ressources d'offre de soins et de santé qui abritent des professionnels (médecins généralistes et spécialistes) et des structures (hôpitaux, SSR, psychiatrie, HAD, médico-sociales...).

L'offre de santé agit sur la dynamique des territoires par les leviers de l'emploi, de l'attractivité et de la capacité productive des habitants. Le territoire agit sur la santé des habitants par la cohérence de l'organisation de l'offre de soins, et surtout par les politiques d'urbanisme, de transport, d'environnement, économiques, sociales et culturelles.



LA DÉPENSE DE SANTÉ N'EST PAS UNE DÉPENSE MAIS BIEN UN INVESTISSEMENT, TOUS LES TRAVAUX MACRO-ÉCONOMIQUES LE MONTRE.

Sandrine HAAS

BIEN VIVRE LA VILLE

Pour Emmanuelle Gaudemer, qui s'appuie sur les travaux de la fondation AIA « Bien vivre la ville », il nous faut apporter une réponse à « Comment santé et bien-être deviennent des facteurs clés de structuration du territoire ? » et concilier les nombreux paradoxes (compacité et activité physique, activité et stimulation mentale, proximité et suivi des pathologies complexes). Des réponses existent (villes de New York, Détroit, Songdo, les Maggie's center, Copenhague, Amsterdam, Berlin...) et d'autres sont à inventer.

DÉBATS AUTOUR DE TROIS SCÉNARIOS POUR L'AVENIR

- Scénario 1 : les tendances persistent... le système s'effrite... reste la santé des inégalités territoriales.
- Scénario 2 : la transition technologique des soins se confirme... laissant derrière elle la santé.
- Scénario 3 : la santé au-delà des soins... une nouvelle écologie des relations santé et territoire.

Parmi les nombreux échanges avec la salle, émergent la nécessité de mieux définir les contours des territoires en lien avec les besoins de santé et de bien-être, de définir un langage commun sur la santé et le « bien-être », de mieux informer, de raisonner en parcours, d'intégrer à la réflexion les politiques publiques d'aménagement, de mobilité et de démographie médicale.

La transition technologique doit s'accompagner d'une évolution des gouvernances et organisations des systèmes afin de garantir la sécurité des données et l'accessibilité à tous. ◀

PRÉSENTATION EMMANUELLE GAUDEMER

PRÉSENTATION SANDRINE HAAS

LE TRAITEMENT DU CANCER EN HÔPITAL DE JOUR, EN CHIRURGIE AMBULATOIRE ET À DOMICILE



Pr Corinne VONS, Service de chirurgie digestive, Hôpital Avicenne, Présidente de l'Association française de chirurgie ambulatoire

Pr Jean-Yves BLAY, Directeur général, Centre Léon Bérard

Grâce aux progrès médicaux, le traitement d'un nombre croissant de cancers peut se faire sans devoir rester la nuit à l'hôpital : en « chirurgie ambulatoire », en « hôpital de jour » (HDJ) ou à domicile pour la chimiothérapie orale en médecine.



LA QUESTION DU DÉVELOPPEMENT DE LA CHIRURGIE DU CANCER EN AMBULATOIRE EN FRANCE NE SE POSE PLUS, LES SOLUTIONS EXISTENT ET SONT MULTIPLES POUR LA METTRE AU NIVEAU DES AUTRES PAYS.

Pr Corinne VONS

La chirurgie ambulatoire¹ en cancérologie est très insuffisamment développée en France en comparaison avec d'autres pays européens et anglo-saxons, sur les mêmes pathologies. Actuellement, les principaux cancers opérés en ambulatoire sont les cancers dermato et du sein. Le développement de la chirurgie ambulatoire du cancer représente un enjeu majeur pour les patients en termes de qualité des soins, de sécurité, d'information et de satisfaction ainsi que pour les établissements de santé en termes de réorganisation, d'efficacité et de réduction des coûts.

FAIRE ÉVOLUER DEMAIN LA CHIRURGIE AMBULATOIRE D'AUJOURD'HUI

La chirurgie ambulatoire en cancérologie de demain doit être étendue à des actes plus lourds, à la radiologie interventionnelle (destruction des tumeurs par ultrasons) et l'endoscopie (exérèses de tumeurs lors d'endoscopies).

Ce qu'il faut faire évoluer en France :

- La possibilité d'ouvrir des centres indépendants de chirurgie ambulatoire prenant aussi en charge la radiologie interventionnelle (nouvelle tarification) ;
- La création de salles d'opération hybrides, adaptées aux progrès de la chirurgie, de la radiologie interventionnelle ;
- Le développement des coopérations et délégations de compétences aux paramédicaux ;
- Le maillage de la prise en charge avec une délégation possible de surveillance ciblée ou de gestes aux médecins et/ou infirmiers libéraux avec leur accord, au travers d'une meilleure relation ville-hôpital avec des responsabilités claires.

1. Permettant une intervention chirurgicale en hospitalisation de moins de 12 heures sans hébergement de nuit.

S'agissant de la médecine oncologique, les progrès des molécules font désormais que chaque patient peut recevoir le traitement le plus ciblé à sa pathologie et en fonction de ses anomalies moléculaires et seulement 1% des patients recevront telle molécule. Il est donc très compliqué d'avoir une classification stabilisée. Les formats de prise en charge s'en voient modifiés et de nouveaux modes modernes apparaissent. Ainsi la médecine carcinologique de jour à l'hôpital prend un essor considérable, la chimiothérapie à l'hôpital continuera de perdurer encore quelques années et restera la prise en charge de jour numéro 1. Le développement des HDJ se fera au travers de la prise en charge de nouvelles missions nécessitant d'être organisées.

SE COORDONNER POUR MIEUX RÉPONDRE AUX ATTENTES DES PATIENTS

Le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) est un axe majeur du développement de la prise en charge. Le point clé de l'organisation des interfaces entre conventionnel, HDJ et HAD est d'identifier chaque patient dans la prise en charge optimale pour lui. Cette activité répond à une réelle attente des patients : la coordination se fait par la médecine libérale (connu du CH qui forme les professionnels), l'orientation, l'identification précoce et l'organisation est réalisée (en 24h) par l'HAD géré par un département spécifique. Les développements à venir sont les interactions avec SSR, la création de structures de répit pour les patients et aidants, le travail avec la médecine libérale dans un contexte contraint de démographie et la délégation des compétences avec les infirmières cliniciennes. ◀



ON ASSISTE À UNE RÉVOLUTION MOLÉCULAIRE QUI CHANGE LA NATURE DES TRAITEMENTS, L'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE EST AINSI DÉSORMAIS SOUVENT HORS D'ÂGE, SAUF POUR LES CAS JUSTIFIANT DES TRAITEMENTS LES PLUS LOURDS.

Pr Jean-Yves BLAY

COMMENT LE VIRAGE AMBULATOIRE VA RÉVOLUTIONNER LES PRATIQUES ?



Delphine CHASTAN-GUIGOU, Directrice générale, Polyclinique Lyon Nord VIVALTO Santé
Virginie FAUJOUR, Directrice adjointe, Département du conseil en stratégie HCL
Dr Véronique PICHOT DELAHAYE, Chirurgien digestif, Polyclinique Lyon Nord

Le virage ambulatoire constitue une triple révolution : progrès thérapeutique (microchirurgie...), évolution des pratiques professionnelles (Récupération rapide après chirurgie-RRAC...) et transformation organisationnelle (chirurgie ambulatoire...). Cet atelier propose de se projeter dans l'avenir en débattant sur ses conséquences sanitaires, sociales, architecturales et économiques.



ORGANISATION, ARCHITECTURE, INVESTISSEMENT ET SANITAIRE

Il faut sortir d'une organisation centrée sur les lits pour construire une organisation centrée sur les flux. La gradation de l'offre pourrait s'envisager en trois strates :

- Faible environnement avec des plateaux techniques légers de proximité sans lits avec ouverture sur la ville (cataractes...);
- Environnement moyen avec des plateaux techniques et blocs opératoires pour une prise en charge aiguë/programmée classique (hernies, orthopédie classique, vasculaire...);
- Environnement élevé avec halls opératoires (imagerie, robotique...) pour une prise en charge hyperspécialisée.

L'organisation des process renvoie à des problématiques de type Lean Management (gestion de la bagagerie / de type hub aéroport, gaspillage, redondance...). Les conséquences sur l'organisation des soins seront importantes : réduction importante de l'offre surcapacitaire en lits d'hébergement, augmentation/redistribution des moyens humains (temps soignant) pour sécuriser la prise en charge des patients en amont et en aval de l'hospitalisation.



DANS LA PRESSE...

APM Lundi 5 septembre 2016 :

CHIRURGIE DIGESTIVE : LA POLYCLINIQUE LYON NORD ENVISAGE 20 % D'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE.
 (Dr PICHOT DELAHAYE)

POLITIQUE SOCIALE

L'accompagnement au changement des équipes médicales et paramédicales est primordial, notamment pour donner du sens et réfléchir conjointement sur les pratiques. La difficulté d'acculturer les acteurs nécessite un accompagnement pédagogique fort pour limiter le sentiment que l'ambulatoire « détruit de la valeur » ou pour faire accepter les transformations organisationnelles.

L'évolution se traduira par des réductions d'effectifs, l'apparition de nouveaux métiers/nouvelles compétences. Cela impose une adaptation de la formation ainsi qu'une évolution réglementaire et financière.

LOGIQUE INDUSTRIELLE ET PLACE DU PATIENT

La logique industrielle doit cohabiter avec le respect et la situation des patients. Les patients sont invités à devenir acteurs de leur parcours de soins : une approche pédagogique est requise car les patients ne sont pas encore toujours prêts à ce virage (ex. : des patients « qui n'ont pas envie »).

Il est important de les informer, en partenariat avec la médecine de ville sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une dégradation de leur prise en charge. La préparation/coordination du séjour est essentielle. Pour certains patients fragiles comme les personnes âgées, il est possible d'associer des gériatres à la décision d'éligibilité, ce qui permet une coordination spécifique prenant en compte les antécédents.

ÉCONOMIE ET TARIFICATION

Des pertes financières peuvent être liées à certains parcours de soins en raison de la diminution de la sévérité et des complications, ce qui provoque des hospitalisations justifiées pour des questions de valorisation. Le même constat est partagé en secteur public et secteur privé. Il pose la question pour les établissements à maintenir leur capacité d'investissement.

Faudrait-il passer à une tarification à l'épisode de soins ? à la meilleure pratique ? aux résultats ? Une réponse des tutelles/financiers est attendue sur ce point.

Trois révolutions ont été annoncées en début d'atelier... une 4^e serait la révolution culturelle appuyée sur la formation et l'information. ◀

QUELLES SOLUTIONS POUR FAIRE FACE À

LA PRISE EN CHARGE ET À L'ACCOMPAGNEMENT DU HANDICAP EN FRANCE ?



José CORDERO, Directeur du centre ASBL Les Charmilles en Belgique

Marie-Sophie DESAULLE, Chargée de la mission nationale auprès du ministère des Affaires sociales et de la Santé



ANAP @anap_sante 2 septembre

M.-S. Desaulle: il faut s'appuyer sur les services existants pour faire évoluer les pratiques
#univanap



L'EXEMPLE DES CHARMILLES, UN LIEU DE VIE CHALEUREUX ET FAMILIAL ACCUEILLANT DES FRANÇAIS

Les Charmilles a opéré, sous la dynamique d'une nouvelle équipe, une transformation radicale avec la volonté d'avoir un projet individualisé orienté vers la prise en charge singulière des résidents. Cette structure se veut être un lieu de vie familial et chaleureux. De nouveaux défis ont depuis émergé : le vieillissement des personnes en situation de handicap et la notion de double diagnostic qui interroge sur la frontière entre les troubles psychiques et mentaux.

En Belgique, la présentation d'un document attestant de la sécurité incendie dans le bâtiment suffisait pour ouvrir une structure. Depuis quelques années, un accord Franco-Wallon a été conclu. Les deux pays s'engagent à réaliser des contrôles dans les structures Belges afin de garantir qualité et sécurité de l'accompagnement. Côté institutionnel, c'est l'AVIQ (Agence pour une vie de qualité), guichet pour les personnes handicapées et personnes âgées, qui gère les orientations.

LA MISSION « UNE RÉPONSE ACCOMPAGNÉE POUR TOUS » : HANDICAP, TERRITOIRES ET SOLUTIONS

M.-S. Desaulle, en charge de la mission « une réponse accompagnée pour tous », déclinaison opérationnelle du rapport « Zéro sans solution » met l'accent sur l'intérêt des acteurs à « faire ensemble » sur chaque territoire. Il faut s'interroger sur la convergence des solutions à trouver (soins et accompagnement), les exigences de qualité et l'organisation administrative. La démarche s'appuie sur une dynamique dite des 3C la Co-construction des politiques avec les acteurs concernés ; une Coopération entre acteurs fondée sur une interrogation de ses propres actions/pratiques ; une Coordination

avec et autour de la personne handicapée. Le partage d'informations autour du dossier de l'utilisateur et la contractualisation territoriale sont mis en avant comme leviers pour développer une co-responsabilité et faciliter les réponses pour toutes les personnes en situation de handicap.

LA COORDINATION ENTRE ACTEURS ET LES OUTILS DE CONTRACTUALISATION : DES CLÉS POUR LES TERRITOIRES POUR FACILITER LES RÉPONSES

Plusieurs interrogations apparaissent dans la coordination des actions en direction des personnes en situation de handicap : du rôle respectif de l'ARS et du conseil départemental, à la place de la MDPH en passant par la généralisation de l'usage du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Ces enjeux et les réponses se retrouvent en Wallonie autour de la coordination et des cloisonnements existants sans pour autant utiliser le levier de contractualisation. En France comme en Belgique, la bonne coordination doit d'abord être l'objet de la volonté des acteurs à partir des situations complexes mais pas uniquement. L'implication des Autorités de tarification et de contrôle (ATC) est une des clés. En tout état de cause la coordination doit se faire autour de la personne. L'animation territoriale et la création de poste de coordinateur tant côté autorités qu'opérateurs est une piste récurrente.

Par ailleurs, si les MDPH contribuent à la coordination il est rappelé que leur rôle d'orientation est accouplé à une mission de suivi des personnes qui pourra se faire lorsque toutes les MDPH seront dotés d'outils performants en matière de système d'information.

Enfin, l'usage du CPOM qui a permis de faire bouger les lignes laisse une grande liberté administrative et permet de faire évoluer les actes professionnels. C'est un levier de manœuvre et de dialogue de gestion avec les ATC mais la contractualisation dépasse le seul angle juridique pour valoriser la coopération entre tous au service des personnes en situation de handicap. ■

QUE PEUVENT ATTENDRE LES AÎNÉS DE LEUR VIE EN SANTÉ AU COURS DES 20 PROCHAINES ANNÉES ?



Philippe DENORMANDIE, Directeur général adjoint, Groupe Korian
Pierre-Henri DAURE, Directeur des établissements, FEDOSAD Dijon

À travers une enquête européenne et une expérience de terrain, l'atelier a permis d'identifier les nouveaux besoins et les attentes des plus de 65 ans comparés au ressenti des plus jeunes vis-à-vis de leurs aînés. Il en ressort la nécessité d'adapter les offres de soins proposées et les structures d'accueil pour répondre à des besoins très personnalisés.

UNE ÉTUDE SUR LES ATTENTES DES PERSONNES ÂGÉES

Un sondage dans quatre pays européens (Allemagne, Belgique, Italie et France) a été réalisé par l'Institut du bien vieillir (groupe Korian) auprès de deux échantillons représentatifs de la population âgée de 65 ans et plus et de la population de 15 à 64 ans sur les attentes des aînés. Sur les 8000 personnes interrogées, l'analyse menée a permis de décrire certaines exigences de la part des aînés. L'enquête révèle que les aînés veulent avant tout avoir le choix. Ainsi, 88 % des personnes interrogées se sentent comme des citoyens à part entière alors que les jeunes pensent qu'ils ne le sont pas réellement. Il ressort également une forte progression de l'utilisation des outils du numérique et des réseaux sociaux. Cela met en évidence que les aînés voudront organiser leurs offres de soins et d'accompagnement selon leurs critères dans les années à venir, et qu'ils utiliseront le Net et les objets connectés.

P. Denormandie précise que différentes études ont révélé que la santé n'était pas l'unique critère du « bien vieillir » mais que la notion de plaisir était à prendre en compte pour l'équilibre de vie des personnes âgées.

L'enquête réalisée par l'Institut a permis d'élaborer des scénarios de prospective. P. Denormandie a présenté quelques exemples issus de cette projection : le souhait par les personnes âgées de rester chez soi mais avec le respect de leurs rythmes de vie ; la nécessité de proposer une médecine différente en améliorant la prévention et les thérapies non médicamenteuses ; le partage de l'information avec le système d'information (télémédecine).



UN LEITMOTIV QUI APPARAÎT DANS TOUS LES RÉSULTATS À PLUS DE 80 %, C'EST LA NOTION DE LIBERTÉ ET D'INDÉPENDANCE.

Philippe DENORMANDIE

LA MISE EN PLACE DE SOLUTIONS

La deuxième intervention a présenté l'organisation de réponses diversifiées des offres qui permettent de mieux s'adapter aux besoins des personnes par exemple celles atteintes de troubles cognitifs par la mise en place entre autres d'accueil de jour et permettre un maintien entre le domicile et le centre d'hébergement ou un accueil de jour itinérant dans différentes communes en milieu rural.

P.-H. Daure a aussi présenté une offre intergénérationnelle proposée par son association en prévision d'une population vieillissante. Elle est issue d'une expérience entre un bailleur social, la commune de Saint Apollinaire et la FEDOSAD qui ont créé sur une parcelle des logements sociaux, des services petites enfance, des unités de vie, un restaurant scolaire, une salle de quartier, un accueil de jour, des espaces intergénérationnels et de rencontres. L'un des principes de ce quartier social est la signature d'une charte du « Bon voisin » pour une cohabitation entre tous les âges qui permet ainsi aux aînés de bénéficier d'un appui au sein de cette organisation sociale.

Les aînés de nos 20 prochaines années ont l'intention d'être acteur de leur santé, leurs attentes sont beaucoup plus centrées sur le lien social, le plaisir à vivre et le respect de leur choix que sur des conditions matérielles de vie. Ils seront connectés et concernés! ◆

P6. QUE PEUVENT ATTENDRE LES AÎNÉS DE LEUR VIE EN SANTÉ AU COURS DES 20 PROCHAINES ANNÉES ?



PRÉSENTATION PIERRE-HENRI DAURE

PRÉSENTATION PHILIPPE DENORMANDIE

TERRITOIRES DE SOINS, TERRITOIRES ET SOINS : QUALITÉ RIME-T-ELLE TOUJOURS AVEC PROXIMITÉ ?



Pr Guy VALLANCIEN, Membre de l'Académie nationale de Médecine
Pr Jean-Marc MACÉ, CNAM, géographe de la santé

Cet atelier met en exergue la difficulté de définir et d'organiser l'équité spatiale en matière de soins tout en garantissant une qualité de prise en charge. Quels soins garder en proximité ? Quel est le juste équilibre entre territoire de pouvoir et de savoir ? Quel rôle doivent jouer les nouvelles technologies dans la constitution des territoires ?



IL FAUT GARDER DE LA PROXIMITÉ POUR CE QUI EST DE LA PETITE URGENCE, POUR LES SOINS COURANTS, POUR DE LA PRÉVENTION, ET C'EST LE RÔLE DES MAISONS DE SANTÉ QUI DOIVENT ÊTRE RELIÉES AUX SERVICES HOSPITALIERS ÉQUIPÉS.

Pr Guy VALLANCIEN

La qualité doit-elle toujours être un critère ? Pour le Pr Vallancien, il s'agit finalement d'un débat politique car scientifiquement les études sont là pour le prouver : dans 70 % des cas, il y a un rapport entre l'activité opératoire et la qualité du résultat. Quand on fait peu de chirurgie, il y a des risques avérés.

Il est important de concentrer les moyens humains et matériels dans des endroits dédiés.

L'utilisation du parc d'hélicoptères permet par ailleurs de prendre en charge une personne dans une région reculée pour la transférer vers un site équipé avec une équipe pluridisciplinaire formée.

À Chamonix, près de 700 transports par an sont assurés en hélicoptère et transférés au CHR Annecy.

Le Pr Macé évoque ensuite les aspects de construction du territoire : commencer un diagnostic territorial est essentiel que ce soit pour avoir une gradation des soins ou avoir une vision prospective.



La mise en place des nouveaux territoires est apparue en 2010. On est sur un héritage de ce qui a été décidé sur des politiques d'aménagement du territoire. La question tourne autour des territoires de pouvoir face aux territoires de savoirs. Un territoire de pouvoir est fondé sur différents niveaux (État, régional, départemental...). Un territoire de savoir est fondé sur une base de connaissance des besoins de la demande de soins. Et il y a souvent des discordances importantes entre territoire de pouvoir et territoire de savoir.

Une bonne territorialisation passe par la recherche d'un découpage spatial pertinent pour la mise en place de politique publique. Pour la construction des bassins de santé, chaque commune appartient à un bassin de santé hospitalier en fonction de l'orientation majoritaire des hospitalisés vers un pôle hospitalier selon la discipline donnée. Il faut aussi envisager le territoire de manière prospective et appliquer une méthode de standardisation de l'activité à venir. Avant de commencer à faire une structuration de planification d'une région, il faut connaître pertinemment ce qui s'y passe, et donc tenir compte des habitudes de consommation des personnes, et également de l'infrastructure. L'accès aux données pour la réalisation de cartes est primordial.

Pour le Pr Vallancien, on a une obligation demain d'augmenter les réseaux informatiques et d'inciter les praticiens hospitaliers à communiquer avec les médecins généralistes.

La Suède, le Canada ont su mettre au point des systèmes qui satisfont.

Pour conclure, s'il est important de réfléchir à une concentration des moyens, existe-t-il un seuil maximum de concentration à ne pas dépasser pour garantir une qualité de prise en charge.

Il ne faut pas plaider pour une concentration maximale, pour le « gigantisme », mais pour une optimisation des ressources matérielles et humaines. ◀

PRÉSENTATION



QUAND ON TRAVAILLE SUR LA CONSTITUTION DES TERRITOIRES, IL FAUT QU'IL Y AIT CE JEU DE DIALECTIQUE ENTRE TERRITOIRE DE POUVOIR ET DE SAVOIR.

Pr Jean-Marc MACÉ

LE DÉVELOPPEMENT DE LA E-SANTÉ VA-T-IL À L'ENCONTRE DE LA LOGIQUE DES TERRITOIRES ?



Pr **Éric RENARD**, CHU de Montpellier
Pierre SIMON, Société française de télémédecine (SFT-Antel)

80 milliards d'objets connectés en 2020, sans frontières ni territoires. La e-santé remet-elle en cause la nouvelle politique de santé qui inscrit l'organisation et le fonctionnement du système de santé dans un cadre territorial ?



La e-santé présente 3 caractéristiques clivantes : abolition de la distance, relation au temps (continu, instantané) et propriété et qualité des données.

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS DE PROXIMITÉ

Pour P. Simon, la transition épidémiologique et l'apparition du numérique favorisent la médecine « 5P » : prédictive, préventive, personnalisée, participative, prouvée. La télémédecine devait faciliter l'accès aux soins dans les zones isolées en offrant des ressources extra-territoriales : expertise spécialisée facilitant l'obtention d'un 2^e avis. La e-santé facilite aussi la coordination des acteurs locaux (GHT, ville-hôpital et médico-social). Mais internet a habitué l'usager à l'immédiateté. Des dispositifs de téléconseil permettent de filtrer la demande. Medigate ou Medi24, organisées par les assureurs suisses, répondent aux questions de santé des patients, rationalisant l'orientation en amont des rendez-vous. Face au nombre des objets connectés, les enjeux de confidentialité et de fiabilité imposent de n'utiliser que des systèmes validés ; seuls 200 sont approuvés par la FDA.

DÉCLENCHER À DISTANCE UNE INTERVENTION DE PROXIMITÉ

Le Pr Renard rappelle que 700 000 diabétiques sont équipés de stylos injecteurs ou de pompes pour l'administration d'insuline et de lecteurs de glycémie. Ils ont besoin d'un support expert accessible 24h/24 ; réciproquement, les experts ont besoin de l'historique du patient. Avec le pancréas artificiel, un logiciel sur smartphone mis à disposition du patient reçoit la mesure en continu de la glycémie et commande la pompe à insuline. Des moniteurs peuvent déclencher à distance une intervention de proximité. La télésurveillance permet de supprimer les consultations de routine inutiles, concentrant l'action des professionnels sur le relationnel et l'expertise.



LA E-SANTÉ PERMET DE MIEUX COORDONNER LES RESSOURCES DU TERRITOIRE ET DE LES CONSOLIDER PAR L'APPORT D'EXPERTISE EXTERNE.

RÉGULER LA DEMANDE

Le libre accès comporte un risque de saturation des ressources. Un téléconseil filtrant la demande de santé, réservant l'accès à l'offre de soin aux cas le nécessitant, va intéresser les financeurs. Des parcours de soin diminuant le recours à l'hospitalisation valorisent les dispositifs de coordination. Le paiement à l'acte n'est pas adapté à ces fonctionnements.

SÉCURISER LA PRISE EN CHARGE NUMÉRIQUE

Une prise en charge numérique court un risque en cas de défaillance locale ou systémique. La validation des dispositifs doit exiger que le fonctionnement sécurisé en mode dégradé soit vérifié. Il y a risque d'une perte progressive de compétence des acteurs de proximité. La formation actuelle des professionnels leur permet de travailler sans appui numérique. Qu'en sera-t-il dans 20 ans ? À terme, il y a un risque d'appauvrissement des structures existantes, posant problème en cas de défaillance (technique ou institutionnelle) des outils distants. ▲

PRÉSENTATION PR ÉRIC RENARD

PRÉSENTATION PIERRE SIMON



Télémédecine 360 @TLMed360 2 septembre

Pr Renard : La e-santé appliquée à la diabétologie supprime les limites territoriales #univanap



RETOURS D'EXPERIENCES : LE CAFÉ-POSTERS



Autour d'une pause conviviale, des retours d'expériences ont été présentés sous forme de posters. Un jury composé d'une vingtaine de personnes parmi les participants de la manifestation a choisi les 3 meilleurs posters parmi les 18 présentés par leurs auteurs.

Optimisation des flux de brancardage de patients d'un centre hospitalier de proximité afin d'améliorer l'offre de soins sur le territoire : diagnostic et méthodologie.

EHESP - RENNES

Auteurs: Pierre-Antoine FOUGEROUSE, Joseph GAVART, Yukiko FUJINO, Charlotte GLEMAREC, Juliette BLANLEUIL, Alexandre CHOURBAGI

Le télédepistage de la rétinopathie diabétique en Champagne-Ardenne : pour assurer une prise en charge rapide face aux déserts médicaux.

RÉSEAU DE SANTÉ CARÉDIAB

Auteur: Matthieu BIREBENT, Directeur des réseaux de santé addictions et diabète Champagne-Ardenne

La Maison des Femmes de l'hôpital de Saint-Denis :

Un lieu d'accueil, d'information et d'orientation pour les femmes victimes de violences en situation de vulnérabilité.

MATERNITÉ A. DU COUDRAY-HÔPITAL DE SAINT-DENIS

Auteurs: Ghada HATEM-GANTZER (gynécologue-obstétricien) et Mathilde DELESPINE (sage-femme coordinatrice)

TANDEM : Vers la solution adaptée aux besoins de santé, au bon moment.

CISSARA

PHARM'OBSERVANCE PACA : « Comprendre et gérer ses traitements ».
Programme d'éducation thérapeutique du patient âgé polymédiqué, impliquant les pharmacies d'officines, la ville et l'hôpital.

URPS PHARMACIENS PACA

Auteurs: Dr Félicia FERRERA BIBAS, Dr en Pharmacie, Dr en Sciences de gestion, Vice-Présidente URPS PH, coordinatrice de programmes ETP, Pr Corinne GRENIER, Professeure senior, HDR, coordinatrice scientifique du centre « Santé, innovation, bien-être et politiques publiques », KEDGE Business School
Dr Michel SIFFRE, Dr en Pharmacie, Président de l'URPS Pharmacien PACA

Compilio, le carnet de soins numérique pour les enfants en situation de handicap ou porteur d'une maladie chronique.

RÉSEAU R4P

Auteurs: Marie Charlotte D'ANJOU, Présidente du réseau R4P, Responsable du projet Compilio

Donner sens et légitimité à un territoire pour agir en faveur des personnes âgées : l'expérience d'une dynamique partenariale créant un parcours coordonné de prévention et de soins.

EDGE BUSINESS SCHOOL

Auteurs: Dr Félicia FERRERA, Dr en Pharmacie, Dr en Sciences de gestion, Vice-Présidente URPS PH. PACA, Pr Corinne GRENIER, Professeure senior, HDR, coordinatrice scientifique du centre « Santé, innovation, bien-être et politiques publiques », KEDGE Business School

ACAPELHA : Accès et continuité de l'accompagnement des personnes enfants et adultes en situation de handicap.

RESSOURCIAL

Auteur: MOSQUERA VARELA Anderson Fabian, Doctorant en thèse CIFRE entre l'INSA de Lyon et Ressourcial



POSTER GAGNANT
voir p. 30





Promouvoir l'accès au dépistage organisé du cancer colorectal dans le département de la Creuse afin d'améliorer la prise en charge précoce des patients.

ARS AQUITAINE LIMOUSIN POITOU CHARENTES

Le sud avesnois se mobilise pour la santé de ses 28 000 habitants.

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES SUD AVESNOIS ET ASSOCIATION DU PÔLE DE SANTÉ SUD AVESNOIS

Auteurs: Jean-Luc PERAT - Président de la communauté de communes Sud Avesnois, Docteur Yves DUBUISSEZ - Président de l'Association du pôle de santé sud avesnois.

Une biographe à l'écoute des patients en soins palliatifs – CH de la Risle (27).

GRUPE HOSPITALIER DU HAVRE

Auteurs: Dr Clémence JOLY, CH Pont-Audemer, Mme Maïlys MOUGINOT, Directrice de la Politique de santé du territoire (GHH)

**CEPIA, Centre expérimental de prévention individualisée en auvergne
Une ambition innovante et collective sur le territoire auvergnat.**

CEPIA

Auteurs: Pr Jean CHAZAL, PU-PH, neurochirurgien, anatomiste, doyen-directeur de l'UFR Médecine de Clermont-Ferrand, Université d'Auvergne, Pr Jacques DAUPLAT, PU-PH, chirurgien, ancien Directeur général, CLCC J. Perrin, Cécile RIVOIRON, Chargée de projet CEPIA

Vous avez dit escarre ? Expériences de mobilisation autour de cette thématique au sein des Hôpitaux du bassin de Thau.

HÔPITAUX DU BASSIN DE THAU

Auteurs: Marguerite SKALLI HOUSSEYNI, Véronique GAUTIER-ROBERGEON

Vittel en quête d'eau. Campagne de sensibilisation à la préservation et à la protection de la ressource en eau.

VILLE DE VITTEL

Le management de transition, accélérateur de performance : pérenniser une reprise d'activité HAD et l'inscrire dans son territoire.

MCG MANAGERS

Auteur: Thierry PETERSCHMITT - Manager de transition, Martine PIN - Directrice du Pôle santé, médico-sociale & associatif



POSTER GAGNANT voir p. 32

De l'enquête sur la prévalence des escarres dans les EHPAD bretons et les attentes des infirmières libérales à domicile à la mise en place d'une activité de télémédecine pour les plaies chroniques.

ASSOCIATION HOSPITALIÈRE SAINT HÉLIER

Auteurs: S. ROBINEAU, B. NICOLAS, AA. ALLAIN, L. LE BIHAN, A. CHOPIN, C. LEMEUR, A. DURUFLÉ, MCC. CRISTINA, E. de SAINT VICTOR, P. GALLIEN Pôle de médecine physique et réadaptation Saint Hélier RENNES, A-B. BILLI, ARS Bretagne

Le guichet intégré : un mode d'organisation pour faciliter le parcours de santé des personnes âgées.

MAIA

Auteurs: B. INFRAÏ (MAIA Centre Est Essonne), L. LORCET (MAIA Nord Isère), B. LORRAIN (MAIA région Mulhousienne), C. GAUTHIEZ (MAIA Lyon Sud)

Validation méthodologique de l'élaboration de scores composites de la performance hospitalière.

EHESP - ANAP

Auteurs: Benoît LALLOUÉ, Marie FERRUA, Alane CAMPOS, Marc LE VAILLANT, Philippe LOIRAT, Étienne MINVIELLE (MOS-EHESP, EA7348), Philippe GÉRARD-DEMATONS, Dominique LEPÈRE, Hélène LEHÉRICÉY (ANAP), Jean-Claude MOISDON (CSO-ANAP)

Retrouvez tous les posters sur www.performance-en-sante.fr rubrique Interventions/vidéos

INTERVENTIONS/VIDÉOS



La Maison des Femmes de l'hôpital de Saint-Denis. Un lieu d'accueil, d'information et d'orientation pour les femmes victimes de violences en situation de vulnérabilité



MATERNITÉ A. DU COUDRAY-HÔPITAL DE SAINT-DENIS

Auteurs: Ghada HATEM-GANTZER (gynécologue-obstétricien) et Mathilde DELESPINE (sage-femme coordinatrice)

Située dans un territoire où la précarité est largement supérieure à la moyenne nationale et œuvrant auprès d'une population en grande difficulté, la maternité de Saint-Denis s'investit en créant un lieu dédié pour organiser un parcours de soin coordonné destiné aux femmes vulnérables qu'elle reçoit régulièrement en consultation. Nos principaux objectifs sont l'amélioration du premier accueil et l'accompagnement des victimes. Nous assurons également des actions de prévention par la formation des professionnels du territoire.

PROJET MILITANT, D'ACTUALITÉ À DÉFENDRE DANS LE CONTEXTE ACTUEL.

Retrouvez le poster sur www.performance-en-sante.fr



POSTER GAGNANT

Promouvoir l'accès au dépistage organisé du cancer colorectal dans le département de la Creuse afin d'améliorer la prise en charge précoce des patients

Dépistage organisé du cancer colorectal en Creuse

3^e CANCER LE PLUS FRÉQUENT 2^e CANCER LE PLUS MEURTRIER AVEC PLUS DE 17 500 DÉCÈS PAR AN DÉTECTÉ TÔT IL SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10

Améliorer la participation des habitants de la Creuse

Remise commentée par le facteur du courrier de relance incitant à réaliser le dépistage

Une action innovante
dans le cadre de la campagne nationale des dépistages

Dans le cadre du 3^{ème} plan cancer 2014-2019, l'ARS Aquitaine Limousin Poitou-Charentes œuvre pour réduire les inégalités d'accès au dépistage organisé en développant des partenariats novateurs sur les territoires qui le nécessitent.

Un dispositif unique

Une action complémentaire pour répondre à une problématique de santé publique en Creuse. En effet, le **taux de dépistage du cancer colorectal en Creuse est inférieur au taux national** (chiffres 2013-2014) :

- taux national de dépistage 29,8 %
- taux de dépistage en Creuse 22,5 %

250 facteurs du département formés pour réaliser cette action. 50 000 à 60 000 habitants de la Creuse concernés sur 2 ans.

Une évaluation d'impact

Une action ciblée dans l'attente des premiers résultats d'évaluation qui permettront d'organiser son déploiement.

L'Observatoire régional de santé du Limousin (ORSL) est missionné par l'ARS pour **assurer l'évaluation de l'impact de ce dispositif dans le cadre de la campagne nationale de dépistage 2015-2017** :

- mesure comparative de l'évolution du taux de participation en Creuse,
- analyse de la perception par le public de la remise commentée du courrier.

L'ADOC 23 est chargée, depuis la mise en œuvre du projet, de **l'évaluation du processus et assure un suivi quantitatif et qualitatif.**

En quoi consiste la campagne nationale des dépistages organisée par l'Institut national du cancer (Inca) ?

- Introduction du nouveau test immunologique en 2015 : un test simple et rapide à réaliser chez soi,
- Toute personne, entre 50 et 74 ans ne présentant pas de risques particuliers, est invitée par courrier, tous les 2 ans à participer au dépistage du cancer colorectal,
- Retrait du test chez son médecin traitant lors d'une consultation,
- Réalisation d'un seul prélèvement de selles à domicile et envoi par enveloppe préaffranchie pour analyse,
- Les résultats sont adressés à l'expéditeur ainsi qu'au médecin traitant.

Un nouveau partenariat pour une action de prévention et promotion de la santé

Signature d'une convention de collaboration le 13 novembre 2015 entre l'Agence régionale de santé (ARS), l'Association de dépistage organisé de la Creuse (ADOC 23) et le Groupe La Poste.

ars LA POSTE INSTITUT NATIONAL DU CANCER

ARS AQUITAINE LIMOUSIN POITOU CHARENTES



La participation au dépistage organisé du cancer colorectal en Creuse est insuffisante et se dégrade. Face à ce constat l'ARS a ciblé ce territoire pour déployer une action pilote. En déclinaison du dispositif de l'INCa, cette action, en partenariat avec La Poste et l'ADOC 23 permet une remise personnalisée des courriers invitant les personnes éligibles à consulter leur médecin. Le facteur, relais de proximité en zone rural, est un facilitateur pour la déclinaison d'une action de santé publique. ◀



INITIATIVE TRÈS INNOVANTE, CAR LE FACTEUR EST UN VÉRITABLE LIEN SOCIAL DANS UNE ZONE RURALE. ◀

Retrouvez le poster sur www.performance-en-sante.fr



04



LES ATELIERS DE RETOURS D'EXPERIENCES

Les ateliers de retours d'expériences permettent aux professionnels de santé de partager les enseignements qu'ils tirent de leurs initiatives innovantes.



IMPLIQUER LES ACTEURS DU TERRITOIRE DE SANTÉ DANS UNE DÉMARCHE PARCOURS : L'EXPÉRIENCE DU GRAND BESANÇON POUR LES PERSONNES ÂGÉES EST-ELLE REPRODUCTIBLE, ET À QUELLES CONDITIONS ?



Pr Régis AUBRY, CHU de Besançon
Hélène DHUICQ, ARS Bourgogne-Franche-Comté

Les deux intervenants nous font part d'une expérience de terrain, menée par le biais d'une recherche-action autour d'une population de personnes âgées. Leur démarche fut initiée sur le constat de rupture de parcours et de la méconnaissance des acteurs entre eux.

Contrairement aux idées reçues, les passages aux urgences des personnes âgées de plus de 75 ans ne sont pas plus fréquents la nuit et les week-ends. Les bases régionales chaînées apportent des informations spatiales, temporelles et qualitatives sur les parcours de soins hospitaliers. Les facteurs prédictifs d'hospitalisation des personnes âgées en EHPAD ont été ciblés dans les bases AGGIR et PATHOS.

Par ailleurs, les auteurs ont réuni tous les acteurs concernés par cette population cible. Ces réunions ont permis de rapprocher les acteurs, et de tirer 4 constats : besoin de coordination, prévention des risques, nécessité d'outils pour faciliter le travail au long des parcours, difficultés administratives et sociales. Elles ont révélé le besoin de créer une plateforme de coordination et de développer la dimension d'« aller vers » de l'expertise en gérontologie.

MAINTIEN À DOMICILE IMPOSSIBLE

Une recherche qualitative – le projet PAGE – financé par l'ARS, analyse les parcours des personnes âgées hospitalisées de façon inadéquate et en mesure l'impact économique. Les interviews des patients (personnes ayant des troubles cognitifs légers), aidants, soignants extra et intra-hospitaliers, visent à comprendre ce qui fait que ces personnes arrivent aux urgences avec pour motif « maintien à domicile



impossible». Ils apportent un regard sur les représentations que les acteurs de santé peuvent avoir de la personne malade (parcours irrationnels qui peuvent paraître rationnels). Les résultats obtenus, en cours d'exploitation, feront l'objet d'une publication.

COMPRENDRE ET AGIR

Les intervenants de l'atelier voulaient partager l'intérêt d'un travail collaboratif pluridisciplinaire alliant l'interprétation des bases de données, une conduite de projet avec les professionnels de terrain et des travaux de recherche autour d'une pathologie traceuse pour comprendre et agir en parallèle.

Les discussions ont notamment porté sur la pluralité des groupes de travail, la difficulté à mobiliser les acteurs, la participation des usagers, l'intérêt de la démarche et sa « répliquabilité ».

PRÉSENTATION



David Gruson @GrusonDavid 3 septembre

Prévenir les re-hospitalisations de personnes âgées : projet innovant à Besançon avec le Pr Régis Aubry #univanap



PARI: UN DISPOSITIF PERSONNALISÉ DE REPÉRAGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS ÂGÉS LES PLUS FRAGILES



Patricia MOLL, Cheffe de projet, Direction de la Gestion des risques et de l'action sociale
Pascal PERROT, Directeur de la gestion des risques et de l'action sociale, Médecin conseil national

Le programme d'action pour une retraite indépendante (PARI), cible les retraités en matière de prévention (individu/entreprise) au travers d'actions personnalisées répondant à une logique de parcours au travers de la synergie entre différents partenaires. PARI vise à répondre à l'enjeu d'anticipation de la perte d'autonomie en détectant la fragilité des individus.

LA DÉMARCHE

PARI collecte l'information dans différentes bases de données, qui rassemblent des indicateurs primaires (dossier individuel ou administratif de la personne...) mais aussi des données médicales et sociales. Ces données brutes vont être transformées en données pertinentes par algorithme.

Un auto-questionnaire est ensuite adressé aux personnes cibles identifiées, et doit être retourné, complété et signé. Cette démarche permet d'enrichir les bases de données par des données complémentaires déclaratives. Après traitement des données, des parcours personnalisés sont proposés.

UNE LOGIQUE DE PARCOURS

Des parcours sont proposés selon 3 axes :

- 1-Le parcours personnalisé proposé par l'applicatif est un parcours-santé et un parcours-social. Il s'agit donc d'une offre plurielle.
- 2-L'information est donnée au médecin traitant.
- 3-Il existe une articulation avec les PAERPA des ARS avec signature de conventions en amont (prise en compte des autres besoins identifiés par l'ARS).

LE BILAN OPÉRATIONNEL

Dix caisses-pilotes expérimentent actuellement le dispositif outil, dans 10 régions. Les résultats seront connus en 2017.



Sur 1 an, il est constaté que les parcours les plus importants en nombre sont :

- Les bilans santé-retraite, faisant partie du volet médical de l'offre. La particularité des indépendants est d'avoir une consommation de soins moindre à celle des salariés. Il y a ainsi un rattrapage au moment de la cessation d'activité ;
- Les « restes à charges » restent importants dans le cadre de l'action sanitaire et sociale.

Actuellement la formation des agents et médecins conseils se poursuit pour la gestion de ces dossiers, à partir de ce concept nouveau. La généralisation du dispositif est prévue en 2017 : à mi-année l'ensemble des caisses gèreront ce dispositif.

L'évaluation médico-économique interviendra en 2017 à partir des indicateurs jugés les plus pertinents à retenir. Cette démarche très difficile en santé et médico-social sera conduite par l'IRDES.

L'AVENIR D'UN DISPOSITIF INNOVANT

À partir d'un outil robuste de gestion des risques, il s'agit d'ajuster le dispositif préventif de dépistage précoce des fragilités, dans un cadre d'enveloppe budgétaire contrainte, qui oblige à optimiser l'offre par un choix le plus ciblé possible des personnes bénéficiaires et par une réponse la plus adaptée au besoin.

PARI fait donc appel à un nouveau modèle de gestion publique : par l'utilisation des fonds pour la bonne personne, avec la bonne réponse, on gagne en efficience. ▀

ORGANISATIONS TERRITORIALES INNOVANTES POUR LES SOINS DENTAIRES DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP, TOUT ÂGE ET TOUTES DÉFICIENCES CONFONDUES



Dr Sylvie ALBECKER, Association des chirurgiens-dentistes du Réseau Handident Alsace
Éric MAGNIER, Association Handident Hauts de France, Association SOSS

Il existe de réelles difficultés d'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap, pouvant être liées à l'accessibilité physique ou à des troubles du comportement ou relationnels. Des chirurgiens-dentistes, des professionnels du médico-social et des personnes en situation de handicap se sont mobilisés au sein de leurs territoires pour construire des réponses adaptées aux besoins des personnes en situation de handicap.



NOUS TENONS À GARANTIR LA PARITÉ ENTRE LES SACHANTS ET LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS DANS TOUTES LES ÉTAPES QUI PERMETTENT LA CONSTRUCTION ET LA VIE DU RÉSEAU.

HANDIDENT HAUTS-DE-FRANCE : UN RÉSEAU PARITAIRE

Handident, réseau né en 2004, intervient auprès de publics atteints de toutes déficiences et de tout âge. Il réunit 139 chirurgiens-dentistes et 300 établissements et services médico-sociaux, signataires d'une charte, ainsi que des représentants d'usagers.

Ce réseau poursuit trois missions : faciliter l'accès aux soins en coordonnant les parcours de santé, développer la prévention et améliorer l'offre de soins. Il gère notamment quatre unités de santé orale et spécifique (USOS) et met à disposition un annuaire en ligne des dentistes accessibles.

Grâce à Handident, 20000 personnes ont été dépistées depuis 2005 et 1500 personnes ont été soignées en USOS depuis 2011. Trois offres de services sont proposées : action au cabinet libéral par des chirurgiens-dentistes formés, intervention en USOS avec un cabinet accessible avec des soins offerts et soins sous anesthésie générale pour des soins de situations plus complexes.

HANDIDENT ALSACE : UNE PRISE EN CHARGE INNOVANTE

Au sein du département du Bas-Rhin, le réseau Handident fédère 39 praticiens libéraux et salariés, 57 établissements et services

médico-sociaux et dispose d'un partenariat avec la faculté de chirurgie dentaire de Strasbourg.

Il agit selon quatre axes : un dépistage systématique au sein des ESMS signataires, la formation des personnels accompagnants, la formation des praticiens de ville à l'accueil des personnes en situation de handicap, la continuité totale des soins.

2500 personnes en situation de handicap participent au réseau et sont suivies régulièrement.

Lorsque l'examen d'un patient ou que les soins nécessaires sont impossibles à mettre en œuvre dans le cabinet d'un praticien libéral, ce dernier adresse son patient au centre Handident d'Haguenau. Ce centre, situé au cœur d'une clinique, propose des soins courts sous anesthésie générale sans intubation ainsi que des soins longs sous anesthésie générale. Ces techniques innovantes permettent de réaliser les soins nécessaires, dans une démarche personnalisée, et ce, grâce à un personnel particulièrement investi.

LA SANTÉ BUCCO-DENTAIRE DES PERSONNES HANDICAPÉES EN FRANCE : LES DÉFIS

Depuis dix ans, les démarches mises en œuvre localement portent leurs fruits et génèrent une spirale vertueuse grâce à l'amélioration générale du bien-être bucco-dentaire.

Toutefois, certains territoires sont encore peu couverts, même si des initiatives individuelles peuvent exister. SOSS (Santé orale et soins spécifiques) agit au niveau national pour fédérer les acteurs, valoriser les bonnes pratiques et accompagner à la mise en place de réseaux en région. ◀

POUR EN SAVOIR PLUS

- Association SOSS : <http://soss.fr/>
- Association Handident Haut-de-France : <http://www.handident.com/accueil.html>
- Association Handident Alsace : <http://www.fondation-saint-francois.com/handident/Accueil/tabid/143/language/fr-FR/Default.aspx>

LA CITÉ DE L'AUTONOMIE ET DE L'INSERTION: QUAND LE PARCOURS TRANSCENDE LES ÉTABLISSEMENTS



Marie-Cécile DAUGER, Centre Pierre Froment – ASEI
Philippe JOURDY, Directeur Général de l'ASEI

Quatre établissements et services d'enseignement, de formation, d'insertion professionnelle et rééducative mettent en commun sur un même site les compétences et les expertises des professionnels pour repenser l'approche « parcours » afin de mieux répondre aux besoins des enfants, des adolescents, et des jeunes adultes ainsi que de leur famille et des professionnels. C'est ainsi qu'a été pensée, par l'ASEI (Agir, soigner, éduquer, insérer), la Cité de l'autonomie et de l'insertion (CAI).

L'ASEI, UNE ASSOCIATION CENTRÉE SUR LE PARCOURS DE LA PERSONNE

L'association ASEI s'est dotée d'un projet associatif qui valorise la place de chacun, en réunissant, sur un site unique « la Cité de l'autonomie et de l'insertion », à Ramonville-Sainte-Agne (31), les compétences et les expertises des professionnels de 4 établissements et services pour aller vers la création d'un dispositif innovant qui valorise la dimension du parcours. Leurs spécificités et leurs savoir-faire sont renforcés autour d'une approche « parcours » plus cohérente et plus lisible pour les enfants et adolescents, pour leur famille et pour les partenaires.

LA MISE EN COMMUN DES EXPERTISES AU SERVICE DE LA PERSONNE

L'approche « parcours » au sein de la CAI est née de la nécessité d'améliorer l'accompagnement des enfants et adolescents accueillis en étant au plus proche de leurs besoins. « La question du parcours nous interroge dans ce sens, elle nous demande si notre offre est en capacité de répondre à cette nécessité de souplesse, de fluidité, d'accompagnement et de singularité », a expliqué Marie-Cécile Dauger: « Ce questionnement est venu très directement interroger notre offre, la question étant simple: est-ce qu'aujourd'hui notre offre et notre organisation sont en capacité de servir cette fluidité dans le parcours, sachant que les besoins du public évoluent ? ».

La mise en œuvre de cette démarche « parcours » a comporté trois temps. La première étape a été la création des groupes de travail afin de rapprocher les équipes de 4 établissements, de « casser les cloisons » et passer à une logique d'ouverture. Les groupes de travail ont été ensuite en charge de la définition du « parcours »: l'identification de la population, de la nature de la prestation, des partenaires, des enjeux et des perspectives d'évolution. In fine, un plan d'action a été élaboré qui correspond à une approche de logique « Qu'est-ce qu'on



propose ? » plutôt que « Qui le propose ? ». Ces groupes de travail ont contribué à la valorisation des savoir-faire, la mutualisation des compétences, l'harmonisation des pratiques et au renforcement des partenariats.

LE PROJET INDIVIDUALISÉ: SOCLE DU PARCOURS DE VIE

Les groupes de travail ont décidé de recomposer cette offre au travers de la définition de 6 parcours (voir détail dans la présentation en ligne). Le socle du parcours est évidemment le projet personnalisé, qui détermine les objectifs et qui garantit la singularité de la réponse apportée à chacun. La coordination du projet est confiée à un coordinateur de projet, qui est nommé en fonction de ses missions.

LES CLÉS DE RÉUSSITE: MAINTENIR UNE DYNAMIQUE ET CRÉER DE NOUVELLES PERSPECTIVES

Les intervenants ont mis l'accent sur 5 points de vigilance dans la réussite de cette démarche: lever les freins administratifs (facturation, accueil, contrats de séjour...), renforcer la formation, améliorer la coordination du parcours, favoriser l'ouverture et la connaissance des équipes et accompagner les changements de pratiques par beaucoup de participation et de communication.

Ce projet a par ailleurs été formalisé dans le cadre du CPOM signé par l'association avec l'ARS, ce qui permet de le valoriser auprès des autorités de tarification et de contrôle, et de stabiliser son déploiement dans les 5 prochaines années du contrat. ◀



davidcausse @davidcausse 2 septembre

Philippe Jourdy, DG ASEI Toulouse, beaucoup d'obstacles à lever pour parcours des personnes handicapées #univanap



PRÉSENTATION

ODYSSÉE :

AMÉLIORER ENSEMBLE LA SANTÉ DE NOS CONCITOYENS SUR NOS TERRITOIRES



Philippe BOISNAULT, Association Odysée
Valérie CHÉREAU-CORNU, Association Odysée

Le projet a débuté en 2006 par une initiative des professionnels libéraux. Le réseau était à l'origine orienté vers les soins palliatifs, la cancérologie. Il est désormais polyvalent. Odysée est à l'origine un réseau de professionnels constitués entre « pairs » avec un fort ancrage territorial.

Le réseau Odysée intervient auprès de communes très différentes, entre zone périurbaine et zone rurale. Le territoire dessert une population de 250 000 habitants sur deux départements, le Nord des Yvelines autour de Mantes-la-Jolie, les Mureaux... et une petite partie limitrophe du Val d'Oise. La gouvernance du réseau est pluripartite avec la présence « décisionnaire » des représentants des familles, dès l'origine, ce qui à l'époque était très novateur.

TRAVAILLER ENSEMBLE AVANT DE FIXER LES RÈGLES DU JEU COLLECTIVES

Tous les acteurs du territoire sont impliqués, y compris le centre hospitalier de proximité. Odysée repose sur 5,6 ETP de professionnels dont les médecins, une petite équipe qui s'appuie sur les expertises des autres acteurs. Son rôle est surtout d'évaluer les besoins, d'instruire les dossiers et d'accompagner et mettre en relation le patient avec les organismes compétents pour gérer sa situation. Odysée n'intervient qu'avec l'accord du patient et du médecin traitant. Le partipris est celui d'une prise en charge polyvalente des personnes en situation complexe (multiples pathologies ; problèmes sociaux...) mais également de leur entourage. Depuis 2016, Odysée est reconnu comme plateforme territoriale d'appui avec des financements à la clé de la part de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France. Il constitue un des 5 modèles préfigureurs retenus par la DGOS pour les plateformes territoriales d'appui.

OFFRIR UN LIEN D'ÉCHANGES ET DE RESSOURCES

L'objectif est d'aider les patients, l'entourage, le médecin traitant et les professionnels face à la multiplicité des situations des patients et des familles pris en charge.

C'est pour le généraliste la possibilité d'identifier un lieu d'« aiguillage » et d'aide, et le réseau apporte une instruction très personnalisée de ces situations très complexes.

Cette instruction est très concrète puisqu'elle repose majoritairement sur des visites à domicile et une astreinte téléphonique 24h sur 24.

De façon très pragmatique, Odysée offre un lieu d'échange et de ressources. Les médecins sont souvent en situation d'isolement. Cela leur permet d'échanger, de travailler à plusieurs, de faire des visites à plusieurs. Odysée permet également d'apporter des conseils aux médecins (sans pour autant qu'il y ait systématiquement prise en charge du patient).



L'OBJECTIF N'EST PAS DE SE DÉVELOPPER, QUITTE À PERDRE NOS FONDAMENTAUX COLLECTIFS. L'OBJECTIF EST DE MAINTENIR LE CAP, MÊME SI ON CROULE SOUS LES DEMANDES !

Valérie CHÉREAU-CORNU

LES RÉSULTATS : UNE RÉUSSITE FONDÉE SUR LA LÉGITIMITÉ

Ne pas chercher à « normer »... Il faut en effet partir de l'existant pour innover à chaque situation. Il est ainsi nécessaire de choisir des territoires pertinents : se calquer sur le territoire des professionnels, celui de leur carnet d'adresse. La synergie humaine caractérise le territoire.

Pour réussir il faut également mettre en place des logiques collaboratives : le « donnant-donnant » : coopérer pour que l'autre coopère. En France, il existe de très nombreux dispositifs et de nouveaux modèles sont continuellement inventés. Ces modèles seront toujours aussi inefficaces que les précédents si l'impasse est faite sur la clé du succès : s'interroger sur le service rendu à la population et comment les acteurs se mobilisent pour y répondre ensemble, chacun dans son rôle et sa compétence. ◀

PRÉSENTATION



UNE COOPÉRATION PUBLIC PRIVÉ MUTUALITÉ RÉUSSIE ET PÉRENNE: LE GCS TERRITORIAL ARDENNE-NORD



David CAZZITTI, Directeur général GCS Territorial Ardenne Nord
Emmanuel MASSON, Directeur général Groupe Clinéa

Comment trois opérateurs que tout opposait sur un territoire sinistré ont pu, sous le pilotage serré mais réaliste de l'ARS, restructurer profondément l'offre MCO, SSR, EHPAD et HAD sans casse sociale et au bénéfice des patients et des usagers.



ON A EU LA FOLIE DE SE FAIRE
CONFIANCE RÉCIPROQUEMENT.

La loi de santé a organisé depuis le 1^{er} juillet 2016 la création des GHT qui vont structurer la coopération entre les établissements publics d'un territoire autour d'un projet médical partagé. Certains territoires se sont organisés précocement, en dépassant les clivages public/privé, comme c'est le cas du GCS Territorial Ardenne-Nord. En 2010, la Générale de Santé a souhaité fermer la Polyclinique de Charleville-Mézières. Le territoire comptait 2 centres hospitaliers (Charleville-Mézières et Sedan), 3 hôpitaux locaux et 3 cliniques, dont 2 structures obsolètes, avec une forte concurrence et une très forte désertion des professionnels médicaux. L'ARS, craignant de voir les ophtalmologistes quitter définitivement le territoire, a souhaité trouver une solution pour maintenir l'activité MCO et l'emploi des 200 salariés tout en restructurant durablement le territoire.

LA TOTALITÉ DES EMPLOIS PRÉSERVÉE

L'ARS a organisé un tour de table avec tous les acteurs dans le but de maintenir la chirurgie sur le territoire, renforcer l'offre de SSR, renforcer l'offre en EHPAD, mutualiser l'offre d'HAD et maintenir les emplois.

L'ARS a proposé de créer un GCS établissement de droit privé (le premier en France) pour y regrouper les autorisations et faciliter leurs transferts entre partenaires. Le groupe Clinéa a racheté les murs de la Polyclinique. Le GCS a repris les autorisations de chirurgie pour préserver les emplois et garder les contrats des médecins.

L'activité de chirurgie a été regroupée sur le CH de Charleville. La Mutualité Française se charge de la gestion de l'HAD. Le CH de Charleville a transféré des lits de SSR et d'EHPAD au groupe Clinéa,



DANS LA PRESSE...

APM, le mardi 6 septembre 2016 :

LA DISPARITION D'UNE TELLE OFFRE DE SOINS RISQUAIT D'AFFAIBLIR ENCORE LE TERRITOIRE ARDENNE-NORD (228 000 HABITANTS), DÉJÀ SINISTRÉ PAR LA DÉSINDUSTRIALISATION ET SOUFFRANT DE L'ATTRACTIVITÉ DES TERRITOIRES ENVIRONNANTS. (David CAZZITTI)

qui s'est engagé à rénover les locaux de l'ancienne Polyclinique pour y accueillir les 110 lits de SSR, permettant de fermer les locaux de l'hôpital où ils étaient installés dans des conditions précaires, et avec un avis de non-conformité de la commission de sécurité. L'opération a pris trois ans.

La totalité des emplois a été préservée, l'activité chirurgicale a été maintenue voire augmentée, notamment en ambulatoire, l'offre de SSR est en cohérence avec les attentes des patients et dans des locaux aux normes.

L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE MAINTENUE

Les fondements du GCS sont toujours en place : les médecins du SSR privé sont des PH mis à disposition par le CH, la PUI est commune aux 3 structures, une unité de chimiothérapie et le centre de radiothérapie de l'hôpital sont toujours au sein de la Polyclinique, le GCS a repris l'activité des 2 cliniques restant sur le territoire dans le même objectif et avec les mêmes partenaires. Pour les professionnels tant médicaux que non médicaux, l'emploi a été préservé sur le territoire, ce qui a été l'un des éléments majeurs de l'opération, le territoire étant fortement sinistré économiquement.

Pour les patients, l'accessibilité géographique a été maintenue, voire renforcée puisque les taux de fuite sont plus faibles maintenant qu'avant le lancement de l'opération. Un travail de communication a été réalisé auprès de l'ensemble des acteurs de santé et plus particulièrement auprès des médecins généralistes. De même, l'accessibilité financière pour les patients a été également garantie puisque, en termes d'affichage pour les patients, les tarifs relèvent du secteur 1.



ANAP @anap_sante - 2 septembre

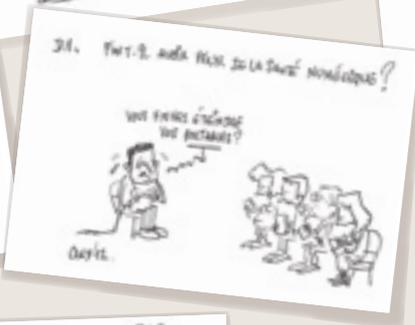
Atelier de retour d'exp. sur une collaboration réussie entre public / privé / mutualité : GCS Ardenne-Nord #univanap



PRÉSENTATION

L'ÉDITION 2016 VUE PAR LE DESSINATEUR CLED'12

Avec plus de 100 dessins réalisés en direct tout au long de la manifestation, CLED'12 apporte un autre regard sur l'Université d'été de la performance en santé.



Retrouvez d'autres dessins de CLED'12 sur www.performance-en-sante.fr/retour en images

CLED'12.



05

|

LES ATELIERS DÉBATS

Les ateliers débats permettent aux participants d'échanger sur des thématiques d'intérêt commun afin de trouver des solutions pertinentes pour l'amélioration de la performance de notre système de santé.

|



FAUT-IL AVOIR PEUR DE LA SANTÉ NUMÉRIQUE ?



Adrien DELORME, Responsable Pôle Parcours et accompagnement des usagers, Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Auvergne-Rhône-Alpes

Créé en 2001, le CISS Auvergne-Rhône-Alpes regroupe 150 associations d'usagers de santé qui s'unissent pour être porte-parole des besoins et des attentes de tous. Sur toute la région, plus de 800 bénévoles œuvrent au quotidien pour un système de santé de qualité, solidaire, accessible à tous et qui reconnaît l'utilisateur comme un acteur à part entière de sa santé. Adrien Delorme propose aux participants de l'atelier débat une libre parole sur les opportunités et les risques du numérique en santé, en s'appuyant sur leur expérience en tant que citoyens, usagers et professionnels de santé.

LE NUMÉRIQUE EN SANTÉ : UN CONCEPT MOUVANT

Les usagers sont de plus en plus confrontés au numérique qui leur permet d'avoir une meilleure connaissance de la santé et de leur santé pour en devenir acteur. Pour autant, chaque semaine, de nouveaux outils et applications, des organisations numériques voient le jour. Le concept reste donc assez mouvant et difficile à définir. Pour l'OMS, la santé numérique, ou la e-santé, se définit comme « les services du numérique au service du bien-être de la personne ». Elle se définit également comme « l'utilisation des outils de production, de transmission, de gestion et de partage d'informations numérisées au bénéfice des pratiques tant médicales que médico-sociales ». Elle ne se résume pas à la télémédecine et ne doit pas être assimilée au vaste ensemble des « TIC santé ».



DOIT-ON PARLER DE SANTÉ NUMÉRIQUE OU DU NUMÉRIQUE COMME VECTEUR EN SANTÉ ?

LE NUMÉRIQUE OÙ ÇA ?

Des systèmes d'information aux objets connectés en passant par la télémédecine, l'usage du numérique en santé est une évolution qu'il est difficile d'ignorer. Les maladies chroniques sont en augmentation, le maintien de la vie à domicile est une forte demande, le dossier patient est une priorité. Autant de grands enjeux pour le numérique en santé pour répondre à cette modification des usages.



LE NUMÉRIQUE EST UN OUTIL INDISPENSABLE POUR RENDRE L'USAGER ACTEUR DE SA SANTÉ.

LES OPPORTUNITÉS

Les participants à l'atelier débat s'accordent à dire que le numérique permet de fluidifier le parcours du patient. En effet, l'accès aux données permet au patient d'être au cœur de sa santé et de faire de meilleurs choix et aux professionnels de mieux échanger entre eux en cassant la barrière « ville-hôpital ». Le numérique est également un outil qui « rétrécit les distances » notamment avec la télémédecine en permettant le retour au domicile.

LES RISQUES

Le risque majeur identifié par les participants est la fracture numérique. Le numérique engendre de nouveaux métiers, de nouvelles méthodes qui supposent une phase d'appropriation. L'accompagnement au changement, la formation de tous sont primordiaux pour permettre aux professionnels de santé comme aux citoyens d'avoir un usage adapté et sécurisé des outils numériques en santé. Ils soulignent également le risque de la dépendance à ces nouvelles technologies qui peut amener à une déshumanisation.

La sécurité des données est-elle fiable ? Enfin, le numérique en santé combien ça coûte ? Les innovations de demain pourront-elles être supportées par la situation économique d'aujourd'hui ?

À l'issue du débat, l'animateur demande qui, parmi les personnes présentes, a peur du numérique. 6 d'entre elles se manifestent. L'une justifie son inquiétude par le risque de perte de l'approche humaine dans la relation de santé. Une autre pointe le risque de marchandisation et d'exploitation des données par les GAFAs (Google, Apple, Facebook et Amazon).



i-Care Cluster @i_carecluster 2 septembre

Faut-il avoir peur de la santé numérique ?
Débat #univanap #ciss @Cissra



LE TERRITOIRE : NOUVEL ÉCHELON DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ ?



Didier ALAIN, Manager à l'ANAP

Qu'est-ce que le territoire ? Est-ce là où vont les gens pour se faire soigner ? Est-ce que l'on parle de soin ou de santé ? Faut-il mettre en question la définition du territoire ? Faut-il considérer que les GHT constituent des territoires ? Les nombreuses questions et échanges « animés » lors de cet atelier débat ont confirmé qu'il existe de nombreux types de territoires mais aussi de patients, et que la question de la proximité est centrale.

D.L. UN NOUVEL ÉCHELON DE LA POLITIQUE DE SANTÉ...



LA SANTÉ SUR UN TERRITOIRE OU DES TERRITOIRES POUR LA SANTÉ ?

Le territoire pourrait être une base pour agir sur la santé des patients. Le CISSRA précise qu'il a travaillé sur la question du « territoire » avec les usagers, mais aussi sur la notion de démocratie en santé. Il est en effet important de parler de démocratie en santé alors que les professionnels de santé parlent le plus souvent de parcours de soins. Les participants de l'atelier débat s'accordent à dire qu'une démocratie participative en santé est essentielle et bénéfique à l'aménagement du territoire et qu'elle constitue une technique de culture autour d'un projet.

Un professionnel de santé cite un exemple : en Angleterre près de Manchester (dans une région sinistrée), il y avait une décision difficile à prendre. Ils ont organisé avec les citoyens des réunions à l'aide de données. Les citoyens ont été amenés à s'engager et à participer à la décision de fermer un ou plusieurs établissements. Comment choisir, quel décision ? La contribution des citoyens d'une ville sur une décision difficile a été souhaitée et mise en place et la décision a donc été bien acceptée.



POUR LANCER UNE DYNAMIQUE COLLECTIVE, IL FAUT DES SUJETS FÉDÉRATEURS. AU NOM DE L'INTÉRÊT DE TOUS, IL FAUT DÉVELOPPER LES ÉCHANGES.



LE SUJET DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ MÉRITE UNE UNIVERSITÉ D'ÉTÉ À LUI TOUT SEUL !

Pour qu'une démocratie participative soit efficace il faut des données. Ce qui fait la particularité de la santé, c'est qu'il y a beaucoup d'acteurs, privés, publics, professionnels de santé privés publics, élus, politiques... La qualité du travail préparatoire à cette démocratie de santé n'est pas évidente.

S'appuyer sur des diagnostics et des données est important pour mettre en place une démocratie participative : c'est ce qu'indique un participant en citant une étude financée par l'ARS Rhône-Alpes et réalisée par une association de handicapés. Cette étude visait à identifier quels étaient les besoins et les problèmes rencontrés par les handicapés dans la région. Des groupes de paroles ont ensuite été mis en place et un rapport a ensuite été publié. ◀



PROFESSIONNELS DE SANTÉ : QUELLE DÉMOGRAPHIE POUR QUELS MÉTIERS ?



Chantal de SINGLY, Présidente du conseil d'administration de l'ANAP

Les débats ne peuvent se limiter à déplorer le nombre insuffisant de professionnels, médicaux et paramédicaux, au bon endroit et quand nous avons besoin d'eux. Les attentes des usagers ont également changé, les aspirations des professionnels évoluent, et les conditions de recours des uns aux autres sont en passe de se transformer profondément. Quelles lames de fond sont à l'œuvre ? Quelles solutions sont envisageables ? À qui échoit la décision selon les sujets évoqués ? C'est à ces questions qu'ont répondu les médecins, paramédicaux, cadres, dirigeants, usagers du champ sanitaire et médico-social au cours d'un débat animé, à partir de leurs expériences, diverses, leurs témoignages concrets et des parcours professionnels variés.



Quels points saillants ressortent des échanges de cet atelier. Du point de vue de l'usager la réponse, pas forcément médicale, à l'urgence ressentie reste une attente forte. De même, le besoin de coordination est crucial dans les parcours de prise en charge, nécessitant information, accessibilité, pertinence et efficacité des solutions proposées. Mieux s'y retrouver grâce à ces efforts de coordination est un gage de personnalisation de la prise en charge.

Les territoires isolés, outre le risque qu'ils font peser sur la sécurité des soins en l'absence de relais médicaux et paramédicaux, ne répondent pas aux critères de choix d'installation des professionnels de santé, qui intègrent les besoins de leurs conjoints et enfants.

Dans ce contexte, l'exercice collectif et pluri-professionnel, au sein par exemple de maison de santé, permet de mieux répondre aux



LA COOPÉRATION EST UN MOYEN
D'ORGANISER ET DE
PROTOCOLISER UN PARTAGE
DIFFÉRENT DES TÂCHES ENTRE
PROFESSIONNELS DE SANTÉ.

attentes et aux besoins nouveaux des patients tout en offrant des conditions de travail propices à une meilleure collaboration entre professions différentes. De façon générale, les fonctions de coordination restent à reconnaître et à mieux financer, en soutenant les initiatives de coopération et les nouveaux métiers qui organisent et facilitent la coopération entre professionnels de santé.

Les compétences nouvelles des paramédicaux, reconnues par des évolutions statutaires, sanctionnées par des formations qualifiantes ou valorisées dans des protocoles spécifiques, attestent de la capacité des professionnels à faire plus de choses qu'auparavant, avec mais aussi sous la responsabilité des médecins. Cet appui limite le recours à la compétence spécialisée au strict nécessaire, autorisant l'intervention d'autres ressources pour soigner ou accompagner les usagers. Ces logiques de coopérations entre professionnels pourront/devront se traduire par des nouveaux métiers, connus et reconnus, fondement d'une confiance renouvelée des usagers comme des autres professionnels de santé.

Ces changements en cours impliquent un renouvellement et une stabilité des modes de financement en faveur d'une reconnaissance des fonctions et métiers nouveaux, des modes d'exercice partagé et collaboratif et de la prise en compte des parcours de santé des usagers. La diffusion des outils et techniques de la santé numérique facilitent et accélèrent également ces transformations. Enfin, la prise en compte de ces évolutions dans les différents régimes de responsabilités légales est aussi un facteur important de sécurisation des coopérations aux yeux des professionnels de santé. ■



COMMENT METTRE EN PLACE DES
COORDINATIONS EFFICACES,
COHÉRENTES, CONNUES ET
VISIBLES PAR LES USAGERS.

FAUT-IL LIMITER LE RECOURS AUX URGENCES ?



Christian ESPAGNO, Directeur associé de l'ANAP

Chaque année, 11 millions de personnes ont recours aux urgences, soit 1 Français sur 6. Cela génère 18 millions de passages aux urgences et un budget de 3 milliards d'euros pour l'Assurance maladie, soit 160 € en moyenne par patient. La consultation du médecin généraliste sera prochainement à 25 €. Le sujet est aussi une question politique. En 2012, François Hollande a indiqué que chacun devait accéder à un service d'urgence en 30 minutes.

Les urgences sont particulièrement exposés, sous tension. Ils génèrent le plus de problèmes médico-légaux et de procès à l'hôpital. On constate des burn-out chez le personnel soignant.

Les urgences ont fait l'objet de nombreux rapports depuis 25 ans. Le rapport princeps du Pr Steg de 1993, qui a permis le développement du métier d'urgentiste, préconisait une organisation territoriale graduée des services d'urgence.

Pour autant, il existe des paradoxes.

Alors que ce sujet fait régulièrement débat, peu de données sont disponibles ; le recueil obligatoire date de juillet 2014.

On a tendance à penser que le délai d'attente est lié au nombre de patients. En fait, c'est l'organisation interne des établissements qui génère les problèmes d'encombrement. Tout comme l'impact de l'absence de permanence des soins en ville est discutable. Les maisons de garde à proximité des hôpitaux n'ont pas toujours réduit le nombre de passages aux urgences.

Étant un mode de recrutement des patients, les établissements publics ne sont pas toujours favorables aux autorisations de service d'urgence dans le secteur privé.

Le rapport du Pr Carli de 2013 précise que les pics d'activité sont prévisibles de manière fiable.

DES SOLUTIONS POUR FLUIDIFIER LES PASSAGES AUX URGENCES

Le fond du débat est l'organisation des urgences d'ici 10 ans. Faut-il prendre des mesures coercitives vis-à-vis de la médecine de ville ? Faut-il mettre en place une gradation des services d'urgence avec des missions différentes dans les territoires ?

Les participants à l'atelier s'accordent sur le fait que des actions coercitives ne sont pas les bonnes solutions car les causes sont multifactorielles. L'organisation territoriale doit s'envisager avec tous les acteurs. La mise en place des GHT devrait améliorer l'organisation avec une gradation de la prise en charge. L'organisation interne des établissements est également à optimiser.



60 % DES VENUES AUX URGENCES SE FONT SANS APPEL AU CENTRE 15. LA SUISSE FAIT OBLIGATION DE CONTACTER UNE PLATEFORME D'ORIENTATION.



LA PERSONNE À L'ACCUEIL EST CONTINUUELLEMENT INTERROMPUE. 46 % DES ERREURS MÉDICALES SONT LIÉES AUX INTERRUPTIONS DE TÂCHES.

LES SOLUTIONS ÉVOQUÉES

En amont:

- Détecter les situations à risque par des personnes de proximité et l'usage d'objets connectés ;
- Filtrer le recours aux urgences *via* des plateformes d'orientation, du téléconseil ;
- Organiser des filières ;
- Graduer la prise en charge et anticiper les services à mobiliser ;
- Développer la télésurveillance.

Dans les services d'urgence:

- Définir des stratégies et des circuits dédiés ;
- Distinguer les personnes fragiles des autres ;
- S'appuyer sur les connaissances individuelles pour l'évaluation de la situation et l'application des critères d'admission ;
- Sécuriser la prise en charge à l'accueil et éviter les interruptions de tâches ;
- Développer la télé-expertise.

Dans les services de soins:

- Organiser la gestion des lits, s'appuyer sur un bed-manager ;
- Mutualiser.

En aval:

- Fluidifier l'accès aux structures d'aval ;
- Anticiper la sortie du patient ;
- Développer la coordination entre acteurs.

Les sujets de système d'information, de formation, de montée en compétences, de sensibilisation des différents acteurs est aussi nécessaire. ◀

« C'ÉTAIT UNE FORMIDABLE ÉDITION! »



Chantal de SINGLY, Présidente du conseil d'administration de l'ANAP

Chantal de Singly remercie tous les participants : citoyens, usagers, professionnels de santé, encadrants, dirigeants, journalistes, experts, consultants, chercheurs, universitaires... et particulièrement les intervenants. Elle remercie également Thierry Guerrier qui animait sa 3^e édition et qui a permis aux participants d'avoir des échanges de grandes qualités, simples et fluides.

Chantal de Singly salue également les partenaires de l'événement, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, le CISS Auvergne-Rhône-Alpes, l'ATIH, les équipes techniques, l'équipe organisatrice de l'ANAP et la Directrice générale, tous ont permis le bon déroulement de cette 6^e Université d'été. C'était une formidable édition!

Rendez-vous est pris dès aujourd'hui pour la prochaine édition, qui aura lieu le 8 et 9 septembre 2017 à Rennes. Le fil conducteur des débats portera sur les innovations organisationnelles. ▶

VIDÉO



ANAP @anap_sante 3 septembre

« RDV à tous les 8 et 9 septembre 2017 à Rennes pour l'Université de la performance en santé 2017! » conclut Chantal de Singly





HOMMAGE À UN MILITANT ASSOCIATIF

Daniel Carré, secrétaire général du CISS, est décédé quelques jours après les Universités d'été. Il avait prévu d'y participer et était particulièrement mobilisé par le dispositif des contributions citoyennes, tant le débat d'idées et les échanges lui tenaient à cœur pour faire avancer les choses, notamment pour une meilleure prise en considération des besoins des personnes malades. Particulièrement pugnace et pédagogue, son engagement associatif portait sur la fin de vie. Il avait participé aux Universités d'été 2015 à Tours. Daniel Carré savait écrire pour relayer ses idées dans des tribunes. La dernière qu'il a publiée sur le nouvelobs.com est un magnifique témoignage sur sa propre fin de vie que nous vous recommandons de lire.

 LIRE LA TRIBUNE

REMERCIEMENTS

Monique ABAD, Didier ALAIN, Sylvie ALBECKER, Karine ALOUIS, Alain ARNAUD, Régis AUBRY, Alexandre BARNA, Anne BATAILLARD, Céline BAUD, David-Romain BERTHOLON, Fabien BIDOT, Anabelle BILLY, François BLANCHARDON, Jean-Yves BLAY, Benjamin BODIN, Philippe BOISNAULT, Gilles BONTEMPS, Fabienne BOUSREZ, François BRAUN, Ricardo CABRERA-BAZAN, Jean-François CAPEILLE, Julien CARRETIER, David CAZZITTI, Delphine CHASTAN-GUIGOU, Jeanine CHAMBAT, Valérie CHÉREAU-CORNU, José CORDERO, Marie Agnès COUTY, Philippe CREPIN, Marie-Cécile DAUGER, Pierre-Henri DAURE, Gilles de LACAUSSE, Chantal de SINGLY, Adrien DELORME, Philippe DENORMANDIE, Marie-Sophie DESAULLE, Hélène DHUICQ, Marie DOMINIQUE, Jean-Loup DUROUSSET, Doris ECHARD, Christian ESPAGNO, Hélène EYCHENIE, Véronique FAUJOUR, Nora FERDJAOUI-MOUMJID, Gérard FRANÇON, Emmanuelle GAUDEMER, Julie GIRAUD, Sylvie GRASTILLEUR, David GRUSON, Thierry GUERRIER, Gaël GUILLOUX, Sandrine HAAS, Martine HAMELIN, Pierre HEUDEL, Housseyni HOLLA, Jacqueline HUBERT, Éva ISSENJOU, Gilbert JACQUIER, Philippe JOURDY, Christine KIENER, Marie-Christine KONÉ, Amah KOUÉVI, Mona KRICHEN, Guy LEGAL, Hélène LEHERICEY, Benjamin LEMOINE, Bénédicte LEMOUEL, Dominique LEPÈRE, Anne LEROUX, Jean-Marc MACE, Éric MAGNIER, Philippe MANET, Laurent MANSION, Julien MARCELLE, Pascale MARTIN, Caroline MARTINAUD, Evelyn MARION, Corinne MARTINEZ, Emmanuel MASSON, Lamia MEHIRA, Gwendoline MIGUEL, Patricia MOLL, Alina MORGOCI, Thierry MUSLANT, Laurence NICAISE, Lionel PERRIER, Pascal PERROT, Pauline PICHÉREAU, Virginie PICHOT-DELAHAYE, Noémie PIERRON, Fabrice PILORGE, Claire PRÉVOTEAU, Élise PROULT, Axelle PRUVOT, Éric RENARD, Véronique SAUVADET, Aude SCHINDLER, Aymeric SCHMITT, Benoît SERVANT, Pierre SIMON, Pascal TERRASSE, Véronique TRILLET-LENOIR, Guy VALLANCIEN, Michel VERET, Emmanuel VIGNERON, André VINCENT, Corinne VONS, Thierry ZOUMARA.

L'ANAP souhaite saluer chaleureusement ses partenaires :

- > L'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes représentée par Gilles de LACAUSSE ;
 - > Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) Auvergne-Rhône-Alpes représenté par François BLANCHARDON ;
 - > L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) représentée par Housseyni HOLLA.
- En partenariat avec APM, Hospimédia et Techniques Hospitalières



Conception et réalisation : Efil - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet sur du papier PEFC

Ce document est imprimé sur un papier 100% PEFC blanchi sans chlore et issu de forêts gérées durablement.

Septembre 2016.

**Rendez-vous à
Rennes, les 8 et
9 septembre 2017
pour la prochaine
Université d'été!**



Retrouvez sur le site de l'Université d'été toutes les présentations
des intervenants, les posters, les photos, les vidéos...

www.performance-en-sante.fr

