



Synthèse de l'atelier n°6

Dynamiques des politiques territoriales de santé

> Rôle et place de chacun

14 et 15 octobre 2008

Nancy

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

• • www.lorraine.cnfpt.fr

cnfpt

centre national de la fonction publique territoriale

Sommaire

Atelier 6 / Articulation des dispositifs et territoires	3
La prise en charge de la mère détenue avec son bébé à la nursery de la maison d'arrêt de Fleury	
Mérogis	3
❖ <i>Présentation de l'unité mobile mère-enfant</i>	3
❖ <i>Echanges avec la salle</i>	3
CLIC / réseau gérontologique : une articulation judicieuse	4
❖ <i>La complémentarité CLIC / réseau gérontologique</i>	4
❖ <i>Echanges avec la salle</i>	4
Implication d'une grande ville dans le champ de la santé : l'exemple de Marseille	5
Mise en œuvre de l'articulation entre les acteurs du soin et les acteurs intervenant à domicile	6
Echanges avec la salle	7
❖ <i>Les conditions de réussite</i>	7
❖ <i>Les obstacles à la mise en œuvre des dynamiques</i>	7
❖ <i>Les pistes de réflexion et de perspectives</i>	8
SIGLES	10

Intervenants

<i>Angela PINTO DA ROCHA</i>	3
<i>Michèle STRYJSKI</i>	4
<i>Didier FEBVREL</i>	5
<i>Pascale COLOM</i>	6
<i>Lucette BARTHELEMY</i>	7
<i>Laurence FOND HARMANT</i>	7

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

Atelier 6 / Articulation des dispositifs et territoires

Animé par Lucette BARTHELEMY, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, INPES et Laurence FOND HARMANT, Développement de la recherche en promotion de la santé – Centre de recherche public de la santé

La prise en charge de la mère détenue avec son bébé à la nursery de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis

❖ *Présentation de l'unité mobile mère-enfant*

ANGELA PINTO DA ROCHA

Psychologue coordinatrice de l'unité mobile mère enfant, Centre hospitalier sud francilien, Evry

L'unité mobile mère-enfant du centre hospitalier sud francilien est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui intervient au sein de la maison d'arrêt de Fleury Mérogis. Fruit d'une convention tripartite entre le conseil général, l'hôpital et l'administration pénitentiaire, elle a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la dyade mère-enfant. **Si une mère détenue peut garder son enfant auprès d'elle jusqu'à 18 mois, l'enfant lui, n'est pas détenu** ; c'est pourquoi le conseil général finance une action préventive dispensée par une puéricultrice et une éducatrice de jeunes enfants.

Aujourd'hui, cette unité mobile comptabilise des résultats positifs : amélioration de la prise en charge de la dyade mère-enfant, validation par le comité de pilotage de tous les projets proposés par l'unité mobile, et satisfaction des trois institutions.

❖ *Echanges avec la salle*

De la salle

Quelles difficultés rencontrez-vous particulièrement ?

Angela PINTO DA ROCHA

La principale difficulté est le suivi des mères et de leur enfant à la sortie de prison ainsi que leur réinsertion.

CLIC / réseau gérontologique : une articulation judicieuse

❖ *La complémentarité CLIC / réseau gérontologique*

MICHELE STRYJSKI

*Géiatre, responsable adjoint Pôle personnes âgées – personnes handicapées,
conseil général Meurthe-et-Moselle*

Le Centre local d'information et de coordination (CLIC) et le réseau gérontologique ont un objectif commun : maintenir à domicile les personnes âgées le plus longtemps possible dans des conditions médicales et sociales optimales en mobilisant les acteurs locaux.

Cet objectif commun les incite à une articulation cohérente :

- Du schéma gérontologique dans lequel s'inscrit le CLIC et du Schéma régional d'organisation des soins (SROS III) dans lequel s'inscrit le réseau.
- Des missions de chacun :
 - o le CLIC s'adresse aux plus de 60 ans et remplit des missions d'information, d'orientation, mène des actions de prévention et de sensibilisation
 - o les réseaux gérontologiques s'adressent aux plus de 75 ans présentant des pathologies chroniques invalidantes, une rupture socio-sanitaire ou la maladie d'Alzheimer.
- De la mise en réseau des professionnels :
 - o les CLIC (dans le cadre du schéma gérontologique) sont chargés d'animer un réseau à triple vocation : décliner localement la politique gérontologique départementale, faire remonter les attentes et d'assurer une fonction d'observatoire
 - o les réseaux (dans le cadre du SROS III) sont chargés de la construction de filières gériatriques de proximité.

Le CLIC apporte au réseau un accès facilité au grand public, une mise en œuvre de l'accompagnement social et médicosocial concertée, la mise en place d'actions de prévention et d'éducation à la santé et une contribution au projet de réseau gérontologique.

Quant au réseau, il apporte au CLIC une expertise médicale facilement mobilisable, une prise en charge globale et continue des personnes âgées atteintes de polypathologies, une reconnaissance par les professionnels de santé et une contribution au projet du CLIC.

Il reste maintenant à trouver une dénomination commune : la plateforme de coordination dans laquelle le CLIC aurait en charge la filière médico-sociale, et le réseau, la filière gériatrique.

La réponse viendra peut-être des Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) faisant actuellement l'objet d'un appel à projet et qui prévoient la mise en place de « gestionnaires de cas », référents uniques pour les personnes atteintes d'Alzheimer.

❖ *Echanges avec la salle*

De la salle

Quelle est la différence entre les gestionnaires de cas des MAIA et le coordinateur d'un réseau de santé gérontologique ?

Michèle STRYJSKI

Le gestionnaire de cas s'occupera d'un réseau de 30 personnes (ratio largement inférieur à certains réseaux gérontologiques) et sera la personne référente servant de passerelle entre les différents domaines (médicosocial et sanitaire).

Implication d'une grande ville dans le champ de la santé : l'exemple de Marseille**Didier FEBVREL**

Médecin territorial chargé de projet, Direction de la santé publique, Ville de Marseille

Comment une grande ville comme Marseille s'investit-elle dans la santé avec les moyens qui lui sont attribués ?

La Ville cherche à mener une politique globale sur l'ensemble de son territoire autour des compétences obligatoires (services communaux d'hygiène et de santé) et de la volonté politique du conseil municipal. Pour cela, elle s'est dotée de la Direction de santé publique regroupant le Service communal d'hygiène et de santé (SCHS), le service de prévention et de promotion de la santé, et le centre de vaccination.

Le but est de produire du « vivre ensemble », c'est-à-dire d'établir un lien entre les domaines politique et technique : engagement de la commune sur le plan réglementaire, soutien des pouvoirs de police, rôle des élus (régulation, médiation, convocation...), proximité avec la population, connaissance du tissu social et des intervenants de terrain, engagement dans les politiques contractuelles.

Pour cela, la stratégie de la Ville repose entre autres sur l'objectivation des inégalités de santé, le développement d'offres de promotion de la santé et de mobilisation sociale, l'accès aux droits et aux soins des porteurs du VIH, la gestion des plaintes (insalubrité de l'habitat), la structuration du partenariat...

Cette stratégie a déjà montré des résultats : réduction de l'habitat indigne, participation de la Ville aux crises sanitaires, apparition de la santé comme thématique partagée au sein du Contrat urbain de cohésion sociale (CUCS), renforcement du potentiel social et de l'engagement à la santé, réduction des tensions sociales liées à la visibilité de la toxicomanie.

Marseille compte trois ASV, qui se présentent comme l'outil le plus pertinent de réduction des inégalités de santé. Lieux d'intégration, d'innovation et d'articulation entre les politiques, ils permettent de passer des problèmes de santé à la promotion de la santé.

Cependant, l'engagement de la Ville dans la santé est notamment freiné par :

- la prégnance des représentations biomédicales de la santé dans les politiques locales aux dépens de la promotion de la santé
- la lenteur de l'inter-sectorialité interne aux services de la Ville
- le poids du SCHS tirant la santé vers le pôle sécurité et salubrité publique, et pas vers le social
- l'obligation de composer avec les moyens disponibles
- ...

Quels arguments font de la commune un partenaire incontournable dans le champ de la santé ?
Comment inscrire la réduction des inégalités de santé dans une politique municipale globale ?

Mise en œuvre de l'articulation entre les acteurs du soin et les acteurs intervenant à domicile

PASCALE COLOM

Médecin territorial, coordinatrice des schémas départementaux, Département du Rhône

Au contexte sociodémographique du Rhône (vieillesse de la population, maladies chroniques, situations complexes), s'ajoute actuellement une évolution des systèmes d'organisation de la santé (législation en mutation : décentralisation de compétences¹, projet de loi santé patient et territoire). Ce contexte nécessite un rapprochement entre secteurs sanitaire et médico-social rendu possible grâce à deux dispositifs aux propositions similaires : le schéma gérontologique 2004-2008 et le SROS 3.

La mission du secteur sanitaire s'arrête à la sortie de l'hôpital, c'est ensuite le secteur médico-social qui prend en charge le retour à domicile. Toutefois, la sortie de l'hôpital et le retour à domicile ne s'articulent pas : l'objet du CLIC est de pallier à ce manque.

Pour cela, un groupe de travail conceptuel et un groupe opérationnel ont été mis en place. Le groupe opérationnel a analysé les points de blocage dans le parcours d'un individu depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à son retour à domicile, afin d'en identifier les leviers. A partir de cette analyse, des propositions ont été émises et validées sur d'autres cas concrets.

Cette mise en œuvre a permis de constater l'importance de la connaissance et de la reconnaissance des compétences respectives de chaque secteur. Par ailleurs, la création d'outils opérationnels communs a rapidement contribué au développement d'une culture commune. Après une première phase d'expérimentation, la méthode sera affinée puis généralisée à plusieurs territoires.

Cette démarche a permis de positionner le rôle du CLIC, de résoudre 3/4 des situations et de traiter plus en amont les situations complexes.

Cependant, des limites à son efficacité demeurent : le décalage de culture entre les deux secteurs, le retard du médicosocial dans l'informatisation, ou encore les missions paradoxales du médicosocial (accompagnement individuel et animation de réseau).

Comment développer cette animation de réseaux ? Le partage de l'information ne pourrait-il pas dépasser ces logiques de territoires ? Comment être perméable à d'autres systèmes en gardant une déontologie et une identité professionnelle ?

¹ Loi du 13 août 2004

Echanges avec la salle

❖ *Les conditions de réussite*

LUCETTE BARTHELEMY

Animatrice de l'atelier, Chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé, INPES

Les expériences exposées ont comme caractéristiques communes trois aspects qui concourent à leur réussite :

- la nécessité d'une prise en charge globale
- une envie professionnelle de trouver une solution à l'échelle du territoire (volonté de travailler ensemble)
- une légitimité posée par des outils.

De la salle

L'engagement politique est également une condition indispensable à la réussite.

De la salle

Nous devons travailler progressivement, par étapes. Il faut un temps de construction, de planification, etc.

LAURENCE FOND HARMANT

Animatrice de l'atelier, Développement de la recherche en promotion de la santé – Centre de recherche public de la santé

En effet, une période d'expérimentation est nécessaire, on ne réalise pas forcément un grand projet du premier coup. Par ailleurs, la réussite tient aussi à la coordination, au travail de liaison.

De la salle

Il s'agit d'un gros travail de synthèse des travaux et d'animation.

De la salle

La culture du service public plaçant la personne au centre du dispositif est un objectif commun qui peut faire abandonner les problèmes de conflits de territoires.

❖ *Les obstacles à la mise en œuvre des dynamiques*

Lucette BARTHELEMY

L'articulation entre les dispositifs et les territoires est confrontée à des difficultés :

- le manque de culture commune
- le manque d'intersectorialité à l'échelle des institutions
- l'existence d'interfaces vides : sans outils, sans coordination, où les informations ne sont pas partagées...
- les différences entre les pratiques professionnelles (selon les institutions et les formations)
- la non utilisation des outils créés pour articuler les politiques locales, régionales et nationales.

De la salle

Parler d'un problème de coordination est trop générique, le souci vient de la différence de cultures entre les secteurs : certaines sont descendantes et hiérarchiques tandis que d'autres suivent une logique transversale.

De la salle

Des nouvelles solutions, toujours meilleures que la nôtre sont sans cesse proposées et il faut alors tout recommencer : c'est un travail de longue haleine. Ce n'est jamais gagné, nous sommes constamment remis en cause et il suffit de pas grand-chose pour qu'un projet se décompose.

De la salle

Seule une partie de la population accède aux soins mais les personnes qui n'y ont pas accès ne sont pas prises en compte dans ces dispositifs.

De la salle

La culture du secteur sanitaire est tellement prégnante qu'il ne peut pas envisager le changement.

De la salle

Comment animer un réseau autour de plusieurs structures ? La collectivité doit gagner sa place, sa légitimité est à construire en permanence.

Laurence FOND HARMANT

Arrêtons avec les idées de pouvoir, d'organigramme, de hiérarchie...

De la salle

C'est pourtant une réalité, les collectivités territoriales et l'Etat ne partagent pas la même culture. Des plans nationaux peuvent tomber soudainement et nous devons alors utiliser l'argent rapidement faute de quoi il est perdu. Mais si nous n'en sommes qu'à la phase de réflexion, nous ne sommes pas prêts à appliquer notre projet.

De la salle

Le copilotage entre l'Etat et la Ville peut être très productif (dans les ASV par exemple) mais la répartition de l'argent est la limite : à partir de ce moment, nous n'arrivons plus à travailler ensemble.

De la salle

La contractualisation implique un engagement bénéfique : si le projet ne repose que sur une seule personne, il est trop fragile.

❖ Les pistes de réflexion et de perspectives**Lucette BARTHELEMY**

Nous pouvons réfléchir et travailler sur plusieurs perspectives :

- une culture commune basée sur des formations des professionnels et des décideurs
- l'intégration des dispositifs actuels dans d'autres dispositifs
- des outils communs pour articuler les dispositifs
- une nouvelle organisation du partage d'informations : contrats locaux de santé publique, nouveaux outils qui permettront de partager et de prioriser.

De la salle

Il faut ajouter à cela les outils de communication et la formalisation des pratiques qui permettent de pérenniser le système.

De la salle

Le projet de culture commune est confronté aux espaces politiques : les élus – qui ont aussi des choix politiques marqués – interviennent-ils dans ces espaces ?

Didier FEBVREL

Ils peuvent être politiquement un peu gênés parce que la santé transcende les clivages. Par ailleurs, plutôt que de parler de formation de décideurs, je parlerai d'abord de sensibilisation. Enfin, il faut éviter d'empiler les dispositifs.

SIGLES

CLIC : Centre local d'information et de coordination

CUCS : Contrat urbain de cohésion sociale

SCHS : Service communal d'hygiène et de santé

SROS : Schéma régional d'organisation des soins

MAIA : Maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

Réalisation de la synthèse :



CONSEIL RÉDACTION ÉDITION

www.averti.fr
Tél. :03 20 13 02 02