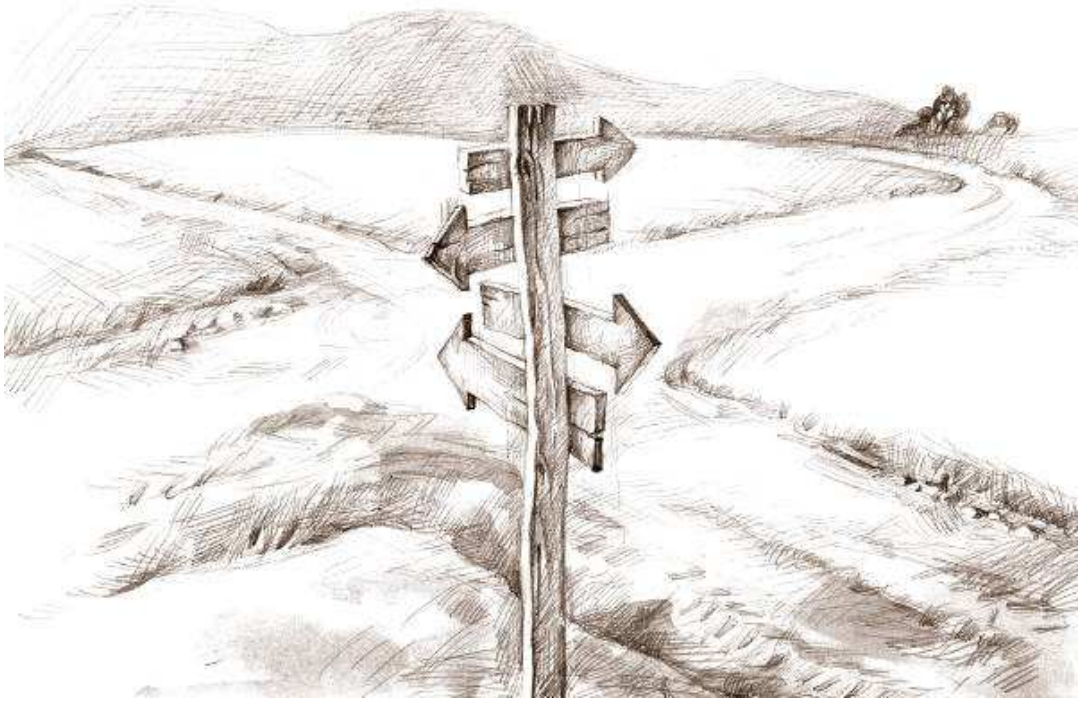


Parcours de Santé ?
Quels parcours de Santé ?

ACTES DE LA 14ème UNIVERSITE de l'INSTITUT RENAUDOT

Aubervilliers, le 15 octobre 2011

Nous remercions l’ARS Ile de France et la ville d’Aubervilliers pour nous avoir soutenus dans la mise en place de cette nouvelle édition de l’Université d’été de l’Institut Renaudot.

Nous remercions également l’ensemble des co-organisateurs qui se sont associés à nous pour réussir ce projet partagé.

Pour finir, nous remercions les participants qui, grâce au partage de leurs expériences, de leurs connaissances, de leurs interrogations et propositions ont fait que cette journée soit riche en réflexions et en échanges.

SOMMAIRE

Avertissement au lecteur **p.3**

Affiche annonce **p. 4**

I. Table ronde **p. 8**

II. Les textes intégraux des différents ateliers **p.33**

III. La synthèse des ateliers **p.52**

IV. La liste des participants **p 56**

ANNEXES **p. 59**

Avertissement au lecteur

Pour sa 14ème édition, l'Université d'été de l'Institut Renaudot a réuni 53 participants, pendant une journée de discussion autour d'une table ronde et trois ateliers…

La richesse des questionnements, expériences, propositions ne saurait se résumer dans les prises de notes rassemblées dans ces Actes…

Le choix d'éviter d'attribuer à tel ou tel participant des propos approximatifs, voire inexacts, et d'en rester à l'essentiel des échanges, les noms des intervenants n'est pas mentionné.

Les trois ateliers sont présentés à travers des retranscriptions intégrales.

Une synthèse reprenant les principales idées et pouvant aider aux réflexions concernant le Parcours de santé.

L'envie a été exprimée par nombre de participants de prolonger l'Université 2011. Les co-organisateurs devront proposer un moyen de poursuivre les échanges et les missions de plaidoyer qu'ils portent.

L'équipe de l'Institut

Parcours de Santé ?
Quels parcours de Santé ?

Samedi 15 octobre 2011 de 9h à 17h

124 rue Henri Barbusse 93300 – Aubervilliers (*)

Objectif général :

Le parcours de santé est d'actualité ; il occupe même une place privilégiée dans les plans stratégiques proposés par les Agences Régionales de Santé. Il fait l'objet de réflexions et de travaux les plus divers, aussi divers que les avis ou attente(s) que peuvent en avoir les acteurs concernés (institutions, professionnels, élus, usagers).

L'Université 2011 préparée et organisée collectivement vise à mieux connaître et comprendre les contenus et enjeux du « Parcours de Santé », échanger des réflexions et aboutir à quelques propositions et suggestions partagées sur les Parcours de Santé souhaités.

L'Université 2011 vous propose de réfléchir et d'échanger sur de nombreux questionnements et notamment :

- parcours de soins et/ou parcours de santé ?
- quelle place pour la démarche communautaire dans le parcours de santé ?
- plans personnalisés de santé ? Comment y concilier les objectifs des professionnels et ceux des patients ?
- faut-il « modéliser » quelques parcours de santé emblématiques autour de l'accès aux soins, la qualité et le décloisonnement des financements ?
- place de la prévention primaire et de la promotion de la santé dans le parcours ?
- réduire (ou éviter d'aggraver) les inégalités de prise en charge ?
- liberté de choix des usagers, démocratie sanitaire, sanctions de non respect du parcours... ?
- articulation du parcours de santé avec l'organisation locale de la santé (Contrat local de santé, Atelier Santé ville, pôles...) ?
- quelle place pour la démarche communautaire dans le parcours de santé ?

Public :

professionnels de santé, institutionnels, élus, associations, habitants, usagers, citoyens.

La XIII Université de l'Institut Renaudot a été co-construite avec :

- Association Elus, Santé Publique et Territoires
- Fédération Nationale des Centres de Santé
- Fédération des Maisons de Santé d'Ile de France
- Générations13 (membre du CISS)
- Réseau des Actions Locales de Santé (REALS) du Nord pas de Calais
- SPASM (Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale)
- Union Nationale des réseaux de Santé (UNR. Santé)

Parcours de Santé ?
Quels parcours de Santé ?

Informations utiles

Programme :

08h30 – 09h00 : Accueil des participants
09h00 – 11h00 : Table ronde : « Parcours de santé, quels enjeux ? »
11h00 – 13h30 : Ateliers
13h30 – 14h30 : Repas
14h30 – 16h30 : Ateliers
16h30 – 17h30 : Plénière

Inscription :

Individuelle : 30 euros
Institutionnelle : 100 euros
Le nombre de places étant limité, nous vous invitons à vous inscrire dans les plus brefs délais.

Date et horaires : samedi 15 octobre 2011 de 9h00 à 17h00

Pour y aller :

124 rue Henri Barbusse 93300 – Aubervilliers (*) Ile de France
Métro : ligne 7, station : Aubervilliers/Pantin 4 chemins
Autobus : ligne 249, arrêt : les Roses – Possibilité de parking privé sur place

---

Renseignements :

Auprès de l'Institut Renaudot : 20 rue Gerbier 75011 PARIS – 01 48 06 67 32
www.institut-renaudot.fr
Ou auprès de la personne référente de votre institution.

Avec le soutien de la ville d'Aubervilliers et de l'ARS Île-de-France

La 14ème Université de l'Institut Renaudot est l'occasion pour nous tous de parler de l'OVNI (Objet Vivant Non Identifié !) du jour, qu'est le « Parcours de Santé ».

Cette Université a pu voir le jour grâce au concours et à la participation de :

- L'Union Nationale des réseaux de Santé (UNR.Santé)
- La Fédération des Maisons de Santé d'Ile de France
- Le Réseau des Actions Locales de Santé (REALS) du Nord- Pas de Calais
- Générations 13
- la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale (SPASM)
- la Fédération Nationale des Centres de Santé

Nous les en remercions.

C'est avec ces associations très diverses que nous avons construit cette journée, vaille que vaille, avec les contraintes de plus en plus lourdes que vivent les uns et les autres pour développer leurs activités associatives.

Nous remercions également la Municipalité d'Aubervilliers et Monsieur Jacques Salvator son Maire, qui ont créé les meilleures conditions (avec quelques degrés centigrades s'eut été un sans faute !) pour accueillir cette importante manifestation que nous tenons tous les deux ans depuis maintenant…

Pourquoi pour l'Institut Renaudot la 14ème Université sur le « Parcours de Santé » ?

L'Institut Renaudot est impliqué depuis ses origines, en santé et en démarches communautaires en santé. C'est un long travail que nous avons engagé depuis notre naissance en 1981, en passant par la co-construction avec nos amis belges et espagnols de l'Observatoire européen des pratiques communautaires en santé (Sepsac)[1], et la construction ensemble de repères (plutôt que définition de critères), des démarches communautaires.

➔ **Des repères spécifiques à la stratégie communautaire :**

1. Concerner une communauté
2. Favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction
3. Favoriser un contexte de partage de pouvoir et de savoir
4. Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

➔ **Des repères relatifs à une approche en promotion de la santé :**

5. Avoir une approche globale et positive de la santé
6. Agir sur les déterminants de la santé
7. Travailler en intersectorialité pour la promotion de la santé

➔ **Un repère méthodologique :**

8. Avoir une démarche de planification par une évaluation partagée, évolutive et permanente

L'Institut Renaudot, par ses origines, par leur place dans la Promotion de la santé, s'est fortement impliqué dans la réflexion et les interventions sur les Soins de Santé primaires.
Nous sommes aujourd'hui impliqués dans divers projets de Maisons de Santé de Proximité (Eure Madrie Seine, Pitres, Rugles, …).

C'est donc tout naturellement que l'Institut Renaudot est concerné, intéressé, attentif, mais aussi interrogatif, parfois perplexe sur la définition, le contenu, la faisabilité, la place accordée aux différents acteurs, et notamment aux « HUC[2] » dans le « Parcours de Santé » tel qu'il est présenté dans le Plan Stratégique Régional de Santé d'Ile de France.

[1] **Sepsac** : Secrétariat Européen des Pratiques de SAnté Communautaire
[2] **HUC** : Habitants-Usagers-Citoyens

Pourquoi la 14ème Université en partenariat avec 7 associations ?

L'actualité du sujet « Parcours de Santé », sa complexité, la diversité des acteurs qu'il nous paraît indispensable d'y impliquer nous ont amenés quasi obligatoirement à concevoir cette 14ème Université comme devant être construite à plusieurs.
D'où l'idée de partager nos intérêts, interrogations, réflexions à plusieurs…, nous écouter les uns les autres, partager nos connaissances, interrogations, voire propositions…
Avec cette journée, l'Institut Renaudot a souhaité faire mieux connaître les réalités, avancées, interrogations diverses autour des Parcours de Santé et faire émerger des questionnements, attentes, voire recommandations partagées sur Parcours de Santé via décideurs et acteurs divers…

Nous avons lu attentivement et apporté des propositions d'amendements au PSRS[3] qui ont été repris, y intégrant la démarche communautaire, et nous avons pour cette Université extrait le texte consacré au Parcours de Santé que nous avons même résumé pour en faciliter la lecture (Cf. Annexes).

Le Parcours de Santé (pour le PSRS) désigne, *« de façon plus globale (que le parcours de soins), le parcours de vie de la personne dans tous les aspects qui concernent sa santé : parcours qui conduit donc d'une vaccination à une information sur les comportements à risque, d'un dépistage à une prescription de contraception, d'une hospitalisation à un hébergement médico-social, etc ».*

Marc Schoene, Président de l'Institut Renaudot

[3] **PSRS** : Plan Stratégique Régional de Santé

I. La table ronde

C'est sur une table ronde qu'a démarré la 14ème Université d'été de l'Institut Renaudot. Cela a été l'occasion de croiser les points de vue quant au Parcours de santé des différents intervenants.

Les thèmes d'interventions qui vous sont proposés et qui ont été travaillés par les co-organisateurs sont les suivants :

- Dr M.Varroud-Vial (Union Nationale des Réseaux de Santé) : **« Plans Personnalisés de Santé ? Comment y concilier les objectifs des professionnels et ceux des patients? »**

- J. Sagot et L. Sendré (Réals[4]): **« Place du Parcours de santé dans le PSRS de l'ARS Nord - Pas-de-Calais »**

- P.Cacot (SPASM[5]) : **« Quelques enjeux conceptuels du Parcours de Santé. Quelques exemples concrets des liens entre santé et soin ».**

- Dr Ménard (FEMASIF[6]) : **« Le parcours de santé dans l'exercice collectif de la santé sur un territoire : une amélioration ou une normalisation ? »**

- Dr Lopez (Fédération Nationale des Centres de Santé): **« Articulation entre exercice coordonné d'équipes pluri disciplinaires et parcours de santé individuel et collectif sur la zone d'attraction du centre de santé : le Projet de Santé du centre »**

- F. Hamel et H. Pousset (Génération 13) : **« Le Parcours de santé par et pour les seniors »**

[4] **Réals :** Réseau des Actions Locales de Santé du Nord- Pas de Calais

[5] **SPASM** : Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale
[6] **FEMASIF** : Fédération des maisons de santé d'ile de France

Il s'agissait grâce aux présentations, de nourrir les réflexions qui auraient lieu par la suite lors des ateliers. Des **questionnements, ni exhaustifs, ni exclusifs mais nécessaires au égard de la problématique abordée :**

➔ **Parcours de Santé : qu'entend-on les uns et les autres par ce terme ?**

- d'abord une organisation entre professionnels et services de santé ?
- un « circuit fléché » des citoyens dans le système de santé ?

➔ **Quid du parcours en amont des soins (déterminants de santé) ? Quels défis, quelle organisation pour les professionnels du soin dans le parcours de Santé ?**

- « Plans Personnalisés de Santé » ? Comment y concilier les objectifs des professionnels et ceux des patients ?
- Articulation entre l'exercice coordonné d'équipes pluri disciplinaires et le parcours de santé individuel et collectif sur la zone d'attraction du centre de santé ou d'une Maison de Santé ou d'un Réseau de Santé ? Le parcours de santé dans l'exercice collectif de la santé sur un territoire : une amélioration ou une normalisation ? Le Parcours de Santé un enjeu corporatiste ?
- Quels liens entre santé et soin ?
- Un Parcours de Santé ou un parcours de l'organe malade ?

➔ **Quelle place, rôle, implication des HUC (habitants, usagers, citoyens) dans le parcours de Santé ?**

➔ **Quelle rôle des collectivités territoriales dans le Parcours de Santé ?**

➔ **Quels enjeux, rôles, « aptitudes », moyens des institutions de la protection maladie (CNAM[7], ARS, HAS[8]) dans le Parcours de Santé ? Quelles attentes des acteurs concernés ?**

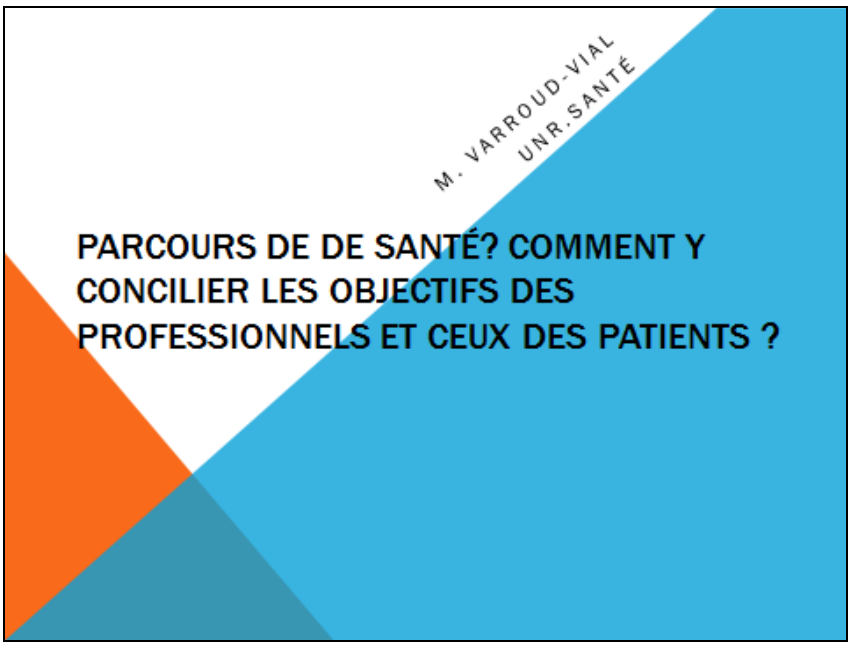
➔ **Quelle collaboration attendue avec les autres acteurs locaux (social, éducation urbanisme, transport …) professionnels et collectivités locales ?**

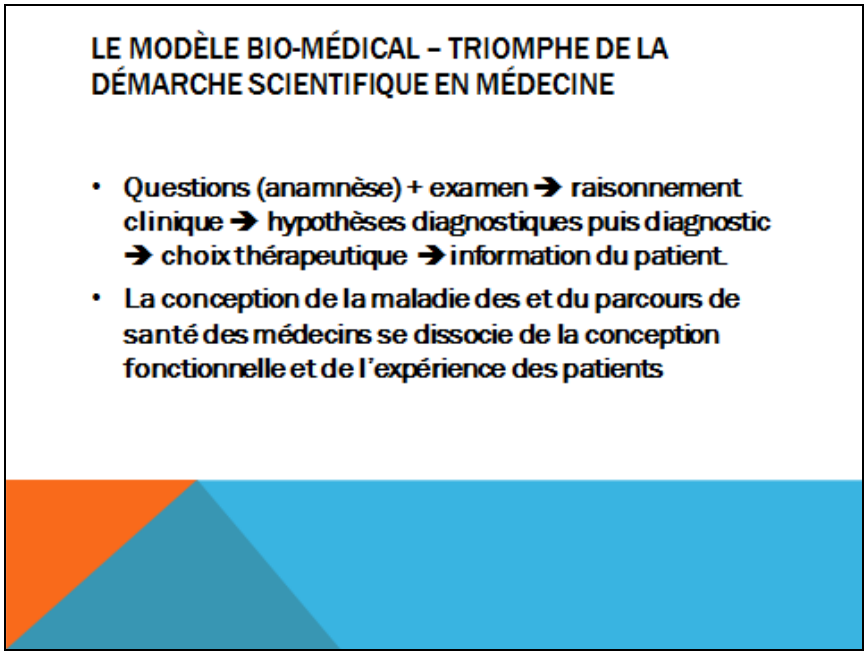
Nous vous présentons les exposés de chaque acteur intervenant.

[7] **CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
[8] **HAS** : Haute Autorité de Santé

Union Nationale des Réseaux De Santé, représentée par Mr Varroud-Vial

« PLANS PERSONNALISES DE SANTE[9] ? COMMENT Y CONCILIER LES OBJECTIFS DES PROFESSIONNELS ET CEUX DES PATIENTS? »





[9] **PPS** : Plan Personnalisé de Santé

LE MODÈLE BIO-MÉDICAL N'EXCLUT PAS L'EMPATHIE MAIS PRIVILEGIE L'EXPERTISE

PARCOURS DE SANTÉ ET MODÈLE BIO-MÉDICAL

Bienfaisance

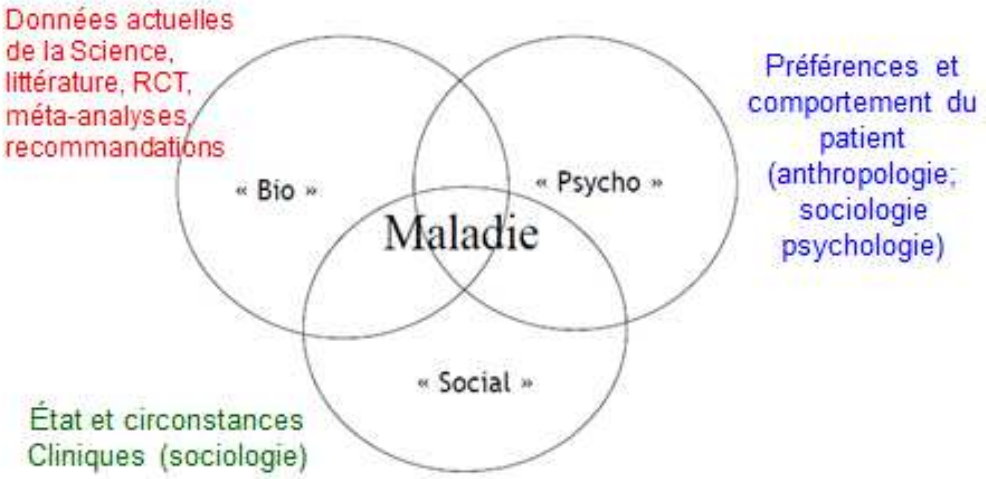
Inertie clinique

Résistance

Inobservance

Frustration

Modèle bio-psycho-social de Engel*



*Engel GL. *The biopsychosocial model and medical education*. N Engl J Med. 1982, 306 : 802-5

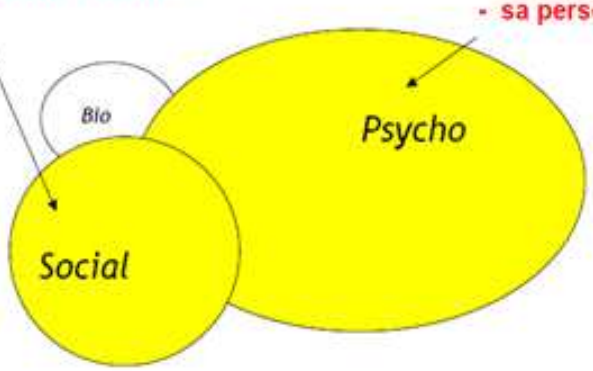
PARCOURS DE SANTE ET MODELE BIO-PSYCO SOCIAL

- Gestion de l'incertitude
- Prise en compte des préférences des patients: pensées, émotions, opinions.
- Double diagnostic : de la maladie et de la personne malade
- Modulation du parcours selon le contexte

Spécificités des soins primaires : le patient

La santé du patient est en interaction permanente avec :

- son environnement
- sa personnalité



=> Adopter une approche globale, centrée sur le patient

LE MODÈLE CENTRÉ SUR LE PATIENT (ROGERS 1957, MC WITHNNEY 1985)

- Explorer l'expérience de la maladie vécue de la maladie par le patient
- S'entendre avec lui sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé
- Etablir et maintenir la relation médecin patient
- Faire preuve de réalisme

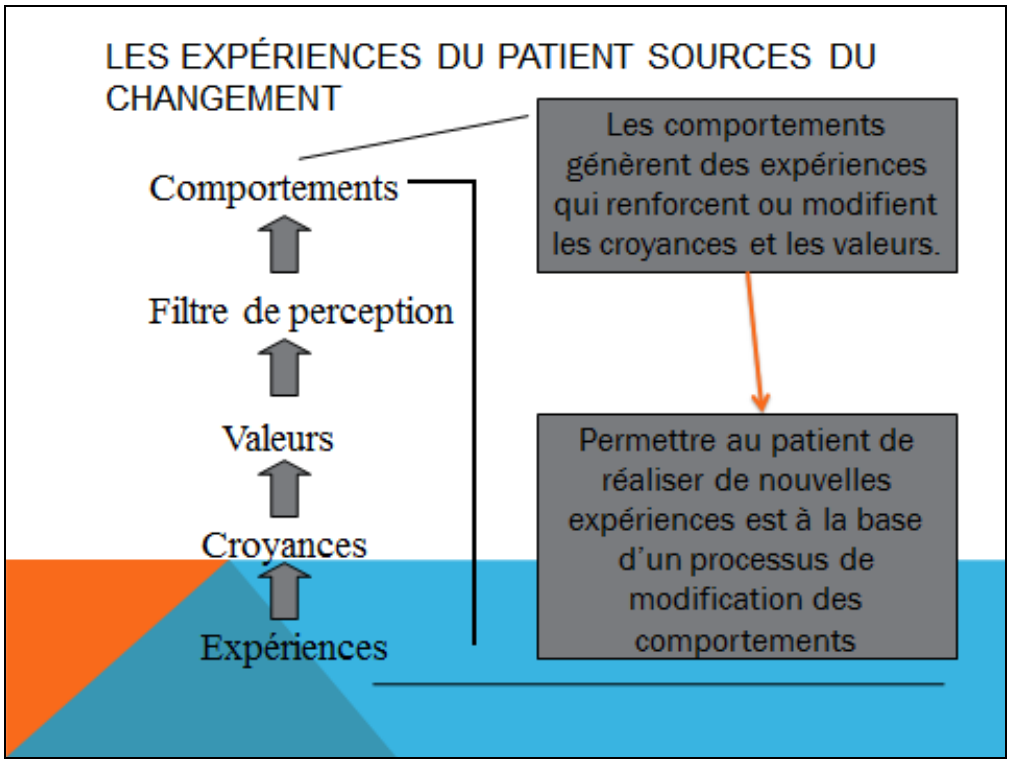
PARCOURS DE SANTE CENTRE SUR LE PATIENT

Passer du raisonnement déductif et de la démarche diagnostique

A la validation de l'expérience subjective du patient

En créant un espace de travail et d'expérience où le patient peut évoluer

LES EXPÉRIENCES DU PATIENT SOURCES DU CHANGEMENT



PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ

Document écrit, proposé au médecin, négocié avec le patient et révisé périodiquement.

Il traduit les besoins du patient et établit le programme des interventions des professionnels de santé et personnels médico-sociaux nécessaires.

Le PPS comprend

- le Plan de soins
- le Plan d'aide,
- et le cas échéant un plan d'éducation thérapeutique.

Priorisation des risques et date	Pathologie en cause	Problème identifié par le médecin	Préférences / besoins du patient et de son entourage	Objectifs communs : ce qu'on cherche à obtenir comme résultat	Actions planifiées	Professionnels et acteurs intervenant	Difficultés liées au contexte de soins	Intervention complémentaire / levier	Délai de réalisation / Date de réalisation
Situation n°8 01/06/09	Parkinson stade avancé	Retour à domicile d'une PcP de 72 ans après hospitalisation pour majoration des dyskinésies, douleurs, chutes et épuisement de l'aidant	Retourner à son domicile dans de meilleures conditions	Mettre en place les moyens médicaux et les prestations nécessaires	Rechercher l'appui d'un réseau de santé Plan de soin : adaptation du traitement avec le neurologue. Traiter la douleur. Prise en charge des troubles de l'équilibre Plan d'aide : lit médicalisé, intervention d'une aide-ménagère en liaison avec le CCAS, aménagement du domicile Plan d'éducation : organiser ses activités en fonction des phases on et off ; apprendre les aides à la marche (PcP et aidant) ; comprendre l'impact de l'environnement sur la locomotion.	Réseau de santé Neurologue Kiné Aide-Ménagère Ergothérapeute	Fatigue de l'entourage, moyens financiers limités	Anticiper une hospitalisation de répit	06/2009

Priorisation des risques et date	Pathologie en cause	Problème identifié par le médecin	Préférences / besoins du patient et de son entourage	Objectifs communs : ce qu'on cherche à obtenir comme résultat	Actions planifiées	Professionnels et acteurs intervenant	Difficultés liées au contexte de soins	Intervention complémentaire / levier	Délai de réalisation / Date de réalisation
Risque n°1 01/06/09	BPCO VEMS 70% Valeur prédite	Dyspnée d'effort stade 3 MRC	Améliorer sa qualité de vie quotidienne	Passer à un stade 2 ou 1 selon le MRC	Arrêt du tabac avec aide de substituts nicotiniques RR en centre spécialisé	MT Stage RR	Persistance tabagisme modéré (5cg/jour)	Evaluer régulièrement la dyspnée selon le MRC Kiné respiratoire si RR impossible	12/2009
Risque n°2 01/12/09	BPCO VEMS 40% Valeur prédite	Exacerbations fréquentes (1) Dyspnée stade 3 MRC	Souhaite éviter l'hospitalisation	Prévention des exacerbations (2)	Prescription de BDLA/corticoïdes inhalés ETP du patient et de l'entourage	MT Réseau de santé (3)	Technique d'utilisation des dispositifs de nébulisation S'assurer de l'aide de l'entourage	Revoir à chaque CS les difficultés à l'observance et à l'inhalation	06/2010
Risque n°3 01/02/10	BPCO Avec risque d'exacerbations nécessitant des corticoïdes	Diabète traité par comprimés (comorbidité)	Aucun	Eviter la décompensation du diabète quand corticothérapie VO	Prescription d'insuline NPH le matin si corticothérapie (4)	Infirmière à domicile	Entourage peu favorable	Recours au réseau de santé diabète pour ETP	07/2010

LE PPS PROJETTE VERS L'AVENIR

Anticiper, gérer de façon projective le parcours de santé

Sur la base d'un constat partagé

Suivre, évaluer et adapter dans la durée

Représenté par Josette Sagot et Lise Sendré

LE RESEAU DES ACTIONS LOCALES DE SANTE DU NORD- PAS DE CALAIS

"..Plus que l'accès aux soins: l'accessibilité à la santé dans un parcours abordable et praticable pour tous" … Quels leviers nécessaires ?

Les différents PSRS[10] proposent de lever quelques freins dans l'accessibilité des personnes à un parcours de santé « adapté ».

Plusieurs questions restent en suspens :

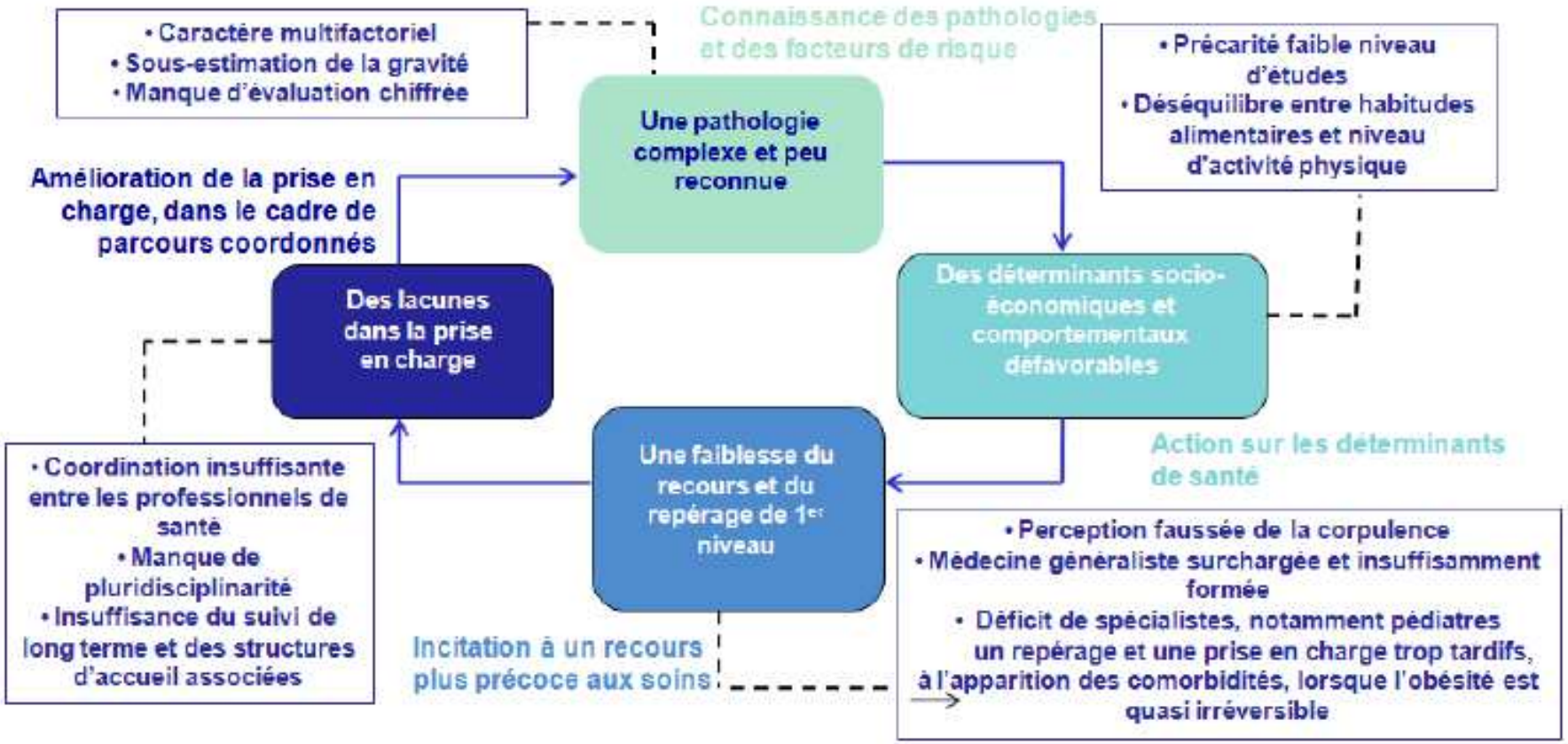
- qu'est-ce qu'un parcours santé « adapté »?
1. quels leviers d'action, supplémentaires et peu évoqués par les ARS, pourraient être mobilisés à travers les démarches communautaires en santé pour éviter une approche sélective organique (partant surtout des pathologies) ou sociale (isolement des populations défavorisées ou en difficulté) ?

Le REALS interroge le PSRS de l'ARS Nord - Pas-de-Calais

A la suite du double objectif pour l'action de « réduire l'écart des indicateurs de santé et maîtriser » et des trois domaines d'application prioritaire annoncés, l'ARS Nord- Pas-de-Calais nous propose de « penser en termes de leviers d'action pour permettre d'éviter l'approche par population ou par pathologie. » Après avoir identifié quatre facteurs principaux d'explication des mauvaises performances du système de santé, le schéma présenté dans le Plan Régional Stratégique nous donne à voir les leviers d'action correspondants.

[10] **PSRS** : Plan Stratégique Régional de Santé

Schéma 2


• Caractère multifactoriel
• Sous-estimation de la gravité
• Manque d'évaluation chiffrée
Connaissance des pathologies et des facteurs de risque
• Précarité faible niveau d'études
• Déséquilibre entre habitudes alimentaires et niveau d'activité physique
Une pathologie complexe et peu reconnue
Amélioration de la prise en charge, dans le cadre de parcours coordonnés
Des lacunes dans la prise en charge
Des déterminants socio-économiques et comportementaux défavorables
Action sur les déterminants de santé
• Coordination insuffisante entre les professionnels de santé
• Manque de pluridisciplinarité
• Insuffisance du suivi de long terme et des structures d'accueil associées
Une faiblesse du recours et du repérage de 1er niveau
Incitation à un recours plus précoce aux soins
• Perception faussée de la corpulence
• Médecine généraliste surchargée et insuffisamment formée
• Déficit de spécialistes, notamment pédiatres
un repérage et une prise en charge trop tardifs, à l'apparition des comorbidités, lorsque l'obésité est quasi irréversible

Levier... Connaissance des pathologies et des facteurs de risque :

Étude des processus sociologiques et culturels, approche prospective des démarches thérapeutiques, projet NEXIMED = médecine personnalisée (institut hospitalo-universitaire)

...d' action

- réalisation d'une cartographie régionale des risques priorisés *en mobilisant les expertises et les acteurs de la démocratie sanitaire*

- développement de l'Education à la santé...*« grammaire santé » - Charte d'OTTAWA - acteurs cités : les écoles, les associations notamment sportives et d'éducation populaire, les structures d'accueil adultes.*

Analyse faite par le REALS: S'il faut ici prendre en compte positivement le souci de gérer ce levier à partir d'une étude des cultures et paramètres sociaux différents (rural, urbain, bassin de vie industriel ou minier, agricole...), l'action à développer basée sur « les expertises et les acteurs de la démocratie sanitaire » ne situe pas précisément la personne, l'usager :

- *est-il considéré comme l'un des acteurs dont on reconnait et prend en compte le savoir et l'expertise profane.*
- *au-delà de l'Education Thérapeutique[11] du Patient, il est proposé ici une* ***éducation à la santé.*** *Mais le plus souvent à partir d'une démarche essentiellement formative, normative: est-elle suffisante pour une pleine implication de la personne, de l'usager?*

Nos expériences vécues dans les « actions locales de santé » amènent à penser et à proposer qu'au-delà de la compréhension et de l'expression de ce qui concerne la santé, sa santé, il importe que l'usager puisse s'exprimer avec « sa propre grammaire » celle de ses sensations, de son histoire et de la perception de son environnement.

Il est donc nécessaire bien sûr que cette éducation vise, non seulement à le mettre en capacité de s'exprimer sur sa santé mais aussi à ce qu'il puisse échanger sur ses ressentis, ses analyses, voire même ses propositions d'accompagnement du soin...

Au-delà du besoin évalué à partir de son expression, il apparaît indispensable de s'attacher à l'analyse de sa demande organique et humaine. Au-delà du diagnostic et du plan de soins aussi coordonné soit-il, il devient indispensable de prendre en compte l'environnement social et humain de la personne soignée et de rechercher les réponses complémentaires à la démarche de soin avant, pendant, après la maladie.

[11] **ETP** : Education Thérapeutique du Patient

L'action à partir de ce levier est donc remarquable si le HUC est considéré comme acteur parmi les « acteurs cités », dans une démarche ascendante et non plus seulement descendante.

Levier... : Agir de façon concertée sur les déterminants de santé

« La bonne santé est une ressource majeure pour le développement social, économique et individuel et une importante dimension de la qualité de la vie ».

Il faut informer et communiquer, accompagner et former…

... d'action

*- **intégrer l'approche globale de la santé** dans une gestion partenariale des politiques publiques, nationales et locales.*

-adapter les actions sur les déterminants de santé aux territoires et aux populations :

Des Projets Locaux de Prévention (PLP[12]) mais encadrés par des cahiers des charges de plus en plus précis (favoriser la professionnalisation des promoteurs de la prévention et leur efficience), prioriser l'action sur les comportements alimentaires et l'activité physique car les bonnes pratiques en matière d'alimentation et d'activité physique sont inférieures à la moyenne nationale...

Là encore, nous voyons apparaître les notions de mobilisation de nombreux acteurs, professionnels de santé, de premier recours, de l'Education Nationale, des municipalités, des associations...

Analyse faite par le REALS : Il faut noter dans le descriptif du levier énoncé, une habitude fâcheuse dans l'ordre d'énumération des résultats attendus d'une société « en bonne santé ».

Au cours des échanges, dans le cadre de nos actions locales de santé, il apparaît que les usagers (sauf en présence d'une pathologie grave) considèrent la santé le plus souvent d'abord comme une importante dimension de la qualité de vie permettant alors le développement social, voire économique... C'est avec surprise et consternation que des usagers ont appris au cours d'un colloque récent organisé par le CISS[13] sur « la qualité de vie des malades chroniques autonomes » qu'aucune étude statistique n'était réalisée, voire même envisagée, concernant la qualité de vie des personnes concernées et plus généralement dans les différentes études concernant la santé.

Par ailleurs, il devient évident, dans notre monde ultra médiatisé, d'insister et d'agir en fonction d'une évidence, notamment en matière de santé: « Informer n'est pas communiquer »... et la communication elle-même doit s'adapter aux différentes cultures, aux

[12] **PLP** : Projets Locaux de Prévention
[13] **CISS** : Comité Inter-associatif Sur la Santé

différentes conditions sociales. Certes, il existe une méthode impliquant l'empowerment de la personne mais elle ne peut négliger la part du savoir profane et l'échange sans contrainte entre les usagers.

Là encore « l'approche partenariale » et « la mobilisation de nombreux acteurs professionnels » semble ne pas prendre en considération la personne en quête de santé, de bien-être, de façon permanente plutôt qu'à la seule à l'occasion d'un « accroc de santé ».
Toute la dynamique proposée semble s'orienter comme si la personne était l'objet, plutôt que le sujet de son parcours santé, de son parcours de vie porté par un projet de vie. Objet de toute l'attention des acteurs de soins et santé mais le plus souvent dans la conception d'une réponse technique préventive ou curative. Cette attention se perçoit plus rarement à partir d'une réponse de « promotion de la santé » dont la « personne » serait le premier acteur, notamment à partir de sa propre connaissance de son capital santé inné ou acquis.

Levier... : Favoriser un recours plus précoce aux soins

Des campagnes de communication ciblées pour un recours plus précoce aux soins, des campagnes spécifiques vers les populations peu préoccupées par leur santé…qui pourront être déclinées dans une approche territoriale ou même infra-territoriale.

...d'action

- Associer davantage l'ensemble des réseaux de prévention (écoles, associations…) à la détection précoce des pathologies*. « Certains moments de vie spécifique à chaque cible offrent également des possibilités de contact médical ou social » (vaccinations, grossesse, médecine du travail…). Le PSRS donne pour objectif de renforcer la coordination et donc l'efficacité de l'ensemble de ces réseaux.*

- Développer en priorité les fonctions de prise en charge précoce des soins de premier recours*. Après le repérage, il faut un « taux d'entrée optimale dans un véritable parcours de soins orchestré, dans le cadre du premier recours, par le médecin généraliste. » Peut se faire aussi à partir des pharmaciens selon la Loi HPST[14] qui leur confie un rôle de contact privilégié éducatif et d'orientation. Prendre appui sur les pôles de santé, les maisons de santé et les centres de soins existants ».*

Analyse faite par le REALS: On ne peut que se réjouir de ces deux orientations d'action...encore faut-il que la culture des différents acteurs se modifie, notamment en fonction d'une conception de la prévention qui ne soit pas le plus souvent initiée à partir de la peur de la maladie.

[14] **Loi HPST** : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

Par ailleurs, comme évoqué ci-dessus, la prévention ne peut se satisfaire d'une simple communication/information sur les maladies et leur dépistage ! Cibler les personnes vulnérables ou peu préoccupées par leur santé peut exiger de prendre en compte la nécessité d'une expression en langue véhiculaire étrangère... = communication en langue arabe par exemple ? Les campagnes préventives nationales ou régionales ne peuvent se limiter à des recommandations et/ou des dispositifs aussi utiles soient-ils. Les usagers ont besoin d'un message clair, accessible et apaisant... (cf confusion et panique au moment de la grippe H1N1) qui soit développé à partir de leur expression propre.

Levier... Organiser mieux la prise en charge dans le cadre de parcours coordonnés

Mettre en place ou renforcer : la médecine de premier recours, le décloisonnement des activités de soins entre ambulatoire et hôpital, mise en place d'un dossier médical personnel, partagé entre les professionnels de santé…

...d'action

- Intégrer mieux les parcours de soins dans le cadre de l'application régionale des plans nationaux. *Les plans nationaux par pathologie intègrent déjà pour certains, la notion de coordination des soins. Mais en l'absence d'évolution structurelle du système de soin, l'approche par pathologie a ses limites et doit être complétée par une approche plus « populationnelle et pluri-pathologique ». Ces « pluri pathologies » doivent faire l'objet de mesures spécifiques dans le cadre d'actions plus globales.*

- Développer un système d'information de santé qui favorise la coordination des soins. *= « un système d'information performant et inter-opérable partagé entre les professionnels de santé » = la télémédecine (ex : TELURGE) et le dossier médical personnel.*

- Assurer un maillage territorial qui permet la gradation, l'efficacité et la qualité des soins. *= le SROS[15] et le SROMS[16]. Question de la démographie des professionnels de santé : outil intégrant les professionnels paramédicaux (travaux menés par le Comité Régional de l'Observation Nationale de la Démographie des Professionnels de Santé). L'amélioration de la qualité du système de soin : diffusion et application des recommandations de bonnes pratiques, révision des procédures, formation et coordination des acteurs des différents champs = création d'un Label AQE (Accès aux soins, Qualité des soins, Efficience des soins)*

- Améliorer l'organisation des parcours de soins au service des usagers. *Mieux organiser le système de santé pour un parcours de santé efficient et de qualité = <u>rôle des</u>*

[15] **SROS** : Schéma Régional de l'Organisation des Soins
[16] **SROMS** : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

soins de premier recours notamment face à une population vieillissante et en tenant compte de l'implication des aidants…

L'éducation thérapeutique du patient : élément clé du parcours de soins mais le plan appuie sur l'absence de mutualisation et d'évaluation des programmes conduisant à un dispositif hétérogène (professionnels, associations de patients, soins ambulatoires, soins hospitaliers, soins et médico-social…) et non efficient. L'ARS propose une organisation territoriale lisible et cohérente de l'offre en remettant l'usager au centre du dispositif de soins.

En matière de droit des usagers, la priorité sera donnée à : la bien-traitance dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, l'information des usagers sur la qualité des prises en charge notamment dans les établissements de santé.

Analyse faite par le REALS: On notera avec déception que ce « premier recours » se décline exclusivement sur l'aspect sanitaire, ce qui ruine un peu les espoirs soulevés par les leviers précédents …

Alors osons une proposition interrogative:

Le « premier recours » d'un parcours de vie en santé ne serait-il pas aussi / plutôt, l'échange en santé entre les habitants eux-mêmes : usagers, professionnels, élus dans une démarche communautaire en santé?

Démarche développée et soutenue par notre système de SANTE à travers cette planification régionale et territoriale qui nous est proposée comme spécifique à chaque lieu de vie, impliquant la participation de tous les acteurs de la santé et de la vie sociale, au-delà de l'indispensable distribution des soins.

Le REALS adopte et souhaite contribuer avec les HUC (habitants, usagers, citoyens) à cette lecture et ce développement du PSRS Nord Pas-de-Calais.

FEMASIF, représentée par Didier Ménard

LE PARCOURS DE SANTE DANS L'EXERCICE COLLECTIF DE LA SANTE SUR UN TERRITOIRE : UNE AMELIORATION OU UNE NORMALISATION ? OU LE PARCOURS DE SANTE SUPPORT DE LA DEMARCHE MEDICO-PSYCHO-SOCIALE

L'enjeu d'une définition du parcours et de la santé (valeurs communes). Pour définir la santé, il n'y a pas de problème ! Mais pour définir le parcours peut-être qu'il y aura des divergences.

L'expérience des réseaux nous donne une légitimité, le travail collectif est une valeur en soi et un savoir existant. Nous nous trouvons aujourd'hui dans une injonction institutionnelle qui découvre le parcours de santé dans la seule recherche d'une efficience économique.

L'objectif du parcours de santé est rendre l'itinéraire du patient le moins chaotique possible, entre ce qui relève de l'action possible du patient et ce qui relève de l'intervention des acteurs situés sur l'itinéraire de la personne malade.

Dans le parcours de santé, la question du territoire se pose puisque le mode d'organisation des acteurs est territoire dépendant. Par ailleurs, du point de vue sociologique, la catégorie-socio-professionnelle détermine les modalités d'intervention des acteurs. Plus la situation est complexe car le médical, le psychologique, le social sont imbriqués, plus la réponse est collective de par le nombre de paramètres à gérer en même temps et donc le nombre d'acteurs à réunir (par exemple une personne diabétique).

1ère question : le professionnel qui est-il ?

Tout acteur situé sur l'itinéraire potentiel du malade qui est sollicité soit par le malade soit par un autre acteur. Sans limite de la nature du professionnel dès lors que celui-ci intervient dans la problématique portée par le malade (exemple du réseau justice).

2ème question : qui déclenche l'action du professionnel situé sur l'itinéraire de la personne malade ?

Plusieurs possibilités apparaissent : le malade qui exprime une demande ou un besoin, le professionnel qui met en œuvre un projet thérapeutique, une institution qui incite ou impose une attitude, un passage obligé.

3ème question : celle de la normalisation, du parcours standardisé, contraint :

Comme par exemple le dépistage organisé, les examens contraints pour obtenir les certificats médicaux. L'intervention a alors pour finalité d'atteindre une norme définit comme indispensable. Prenons l'exemple de l'hémoglobine glycosylée (qui permet de surveiller le taux de glycémie sur les 3 derniers mois), l'objectif imposé permet alors le remboursement si le patient est passé par le passage obligé. Il s'agit ici d'une approche corporatiste dans laquelle la finalité n'est pas le malade mais un objet autre, ici une reconnaissance professionnelle. Car cela implique la rencontre des professionnels qui définissent un objectif commun, partagent des donnée concernant le patient,…

4ème question : comment améliorer ce parcours de santé ?

Par l'engagement des professionnels les plus compétents au meilleur moment, avec un objectif négociable et négocié en vue d'améliorer la réponse apportée à la demande. Par le partage, non pas des données concernant le patient mais des problématiques qui y sont liées.

5ème question : quel niveau d'organisation ? Le parcours sera imposé (HAD[17]) ou sur la base du volontariat ?

Soit le malade s'adapte à l'itinéraire imposé, soit c'est l'itinéraire qui s'adapte au patient. Donc, dans un cas c'est plus difficile pour le patient dans l'autre c'est plus difficile pour le professionnel, et ce d'autant plus que la situation est complexe donc collective.

6ème question : comment le parcours de santé peut-il être possible ?

Il peut être possible s'il est une boîte à outil, s'il permet la formation pluri-professionnelle, le partage de valeurs communes (celle du professionnel ou de l'institution pour laquelle il travaille), s'il est un outil communicant partagé, un lieu de confrontation, de médiation, s'il permet une coopération sans valeur hiérarchique, s'il est un travail professionnel rémunéré.

[17] **HAD** : Hospitalisation A Domicile

Fédération Nationale des Centres de Santé, représentée par Mr Lopez

ARTICULATION ENTRE EXERCICE COORDONNE D'EQUIPES PLURI DISCIPLINAIRES ET PARCOURS DE SANTE INDIVIDUEL ET COLLECTIF SUR LA ZONE D'ATTRACTION DU CENTRE DE SANTE : LE PROJET DE SANTE DU CENTRE

Les centres de santé sont régis par l'article L 6323-1 du Code de la santé publique.

UNE BASE REGLEMENTAIRE…

« Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité ***dispensant principalement des soins de premier recours. Ils assurent des activités de soins sans hébergement et*** *mènent des actions de santé publique ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'éducation thérapeutique des patients et des actions sociales et* ***pratiquent la délégation du paiement du tiers mentionné à l'article L. 322-1 du code de la sécurité sociale.***

Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code.

Ils constituent des lieux de stages pour la formation des différentes professions de santé.

Ils peuvent soumettre à l'agence régionale de santé et appliquer les protocoles définis à l'article L. 4011-2 dans les conditions prévues à l'article L. 4011-3.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, soit par des collectivités territoriales, soit par des établissements de santé.

Les centres de santé élaborent un ***projet de santé incluant des dispositions tendant à favoriser l'accessibilité sociale****,* ***la coordination des soins*** *et le développement d'actions de santé publique.*

Le projet médical du centre de santé géré par un établissement de santé est distinct du projet d'établissement.

Les médecins qui exercent en centre de santé sont salariés *… »*

POUR UNE PRATIQUE D'EQUIPE COORDONNEE…

Le législateur a donc bien considéré que les centres de santé ont une mission qui va bien au-delà du soin en y intégrant une dimension sociale et de santé publique avec des missions de dépistage, d'éducation pour la santé et d'éducation thérapeutique des patients.
Ils sont résolument inscrits dans le territoire d'intervention de leur gestionnaire et porteurs du projet de santé de celui-ci.
Ils développent dans un exercice pluri disciplinaire, voire pluri professionnel, associant dans une pratique d'équipe de premier recours, des médecins généralistes, des infirmières, de rééducateurs, s'appuyant parfois sur une équipe spécialisée pouvant intégrer des plateaux techniques.
Ce fonctionnement d'équipe n'a de sens que parce qu'elle permet une pratique coordonnée des interventions, des échanges contribuant à l'amélioration des pratiques individuelles, de l'équipe et de la structure. En l'absence de « concurrence » entre professionnels, cette organisation a contribué à promouvoir de nouvelles pratiques de la médecine, favorisant l'éducation thérapeutique des patients dans une prise en charge collective et à permettre les coopérations entre professionnels de santé, favorisant ainsi les partages et transferts de compétences.

S'APPUYANT SUR UN DOSSIER MEDICAL COMMUN PARTAGE…

Cette pratique d'équipe favorise la continuité de la prise en charge et de l'accompagnement tout au long de l'année, dans une permanence du suivi dans la structure, sur la base d'un **dossier médical commun partagé entre tous les membres de l'équipe**, qui inclut les actes de prévention (suivi des vaccinations), de dépistage (des principaux cancers comme le sein, colorectal, col de l'utérus, de la prostate), de soins et le suivi avec les établissements de santé nécessaire au suivi du patient, incluant souvent un dossier social permettant d'avoir un lien entre état de santé et situation socio-professionnelle.
Ce dossier médical commun assure au patient la globalité de sa prise en charge, il permet au médecin choisi comme référent par le patient, d'avoir une vision synthétique de l'ensemble de son suivi. La personne n'est pas morcelée en organes mais reste un être unique et lui permet d'avoir une trajectoire de santé et une programmation personnalisée de son accompagnement. Le plan personnalisé de santé promu par l'Union Nationale des Réseaux de santé.

DANS UNE PRATQIUE DE RESEAUX…

Cette organisation a permis une liaison avec les professionnels des champs sanitaire et médico-social ainsi que des travailleurs sociaux de proximité favorisant ainsi une articulation entre les équipes du centre de santé et les équipes hospitalières, des services sociaux départementaux et des services hospitaliers pour assurer une fluidité dans le parcours de santé du patient.

Elle a également permis le développement de pratiques en réseaux entre les équipes hospitalières, des centres de santé, des travailleurs sociaux de circonscriptions, des professionnels libéraux (généralistes, spécialistes, pharmaciens, dentistes, infirmières…), principalement pour le suivi des patients avec des pathologies chroniques. Elle a été la base de la prise en charge spécialisée des patients souffrant d'addictions et nécessitant un suivi médico-psycho-social. En raison de leurs pratiques et des valeurs qu'ils partagent, la plupart des centres de santé ont mis en place avec les réseaux de leurs territoires, des conventions de coopération, permettant, depuis leur création, une articulation entre les professionnels des centres et ces réseaux.

A L'ECHELLE D'UN TERRITOIRE…

L'étude EPIDAURE-CDS (sur la précarité des patients des centres de soins), menée par la FNCS et partenariat avec l'IRDES[18], a permis de mettre en évidence une activité de soins essentiellement locale pour les centres de santé, quelle que soit leurs formes. Ils représentent une offre de soins de proximité sur laquelle s'appuient les équipes de professionnels et les gestionnaires pour promouvoir et développer une action territoriale de santé.

Leur inscription dans le territoire d'implantation leur permet d'assurer un accompagnement global du patient en même temps qu'une proposition d'intervention en direction d'une population, en portant, selon la nature de leur gestionnaire et plus particulièrement lorsqu'ils sont municipaux, des missions de Promotion de la santé pour toutes les tranches de la population.

PORTEUSE D'UNE POLITIQUE LOCALE DE SANTE…

C'est ainsi qu'ils peuvent intervenir dans le cadre de la santé bucco-dentaire, dans les classes des écoles maternelles et primaires sur les actions de fluoration ou sur les actions de dépistages des atteintes carieuses ou de déformation de l'articulé dentaire. Ils interviennent aussi dans l'accompagnement des jeunes en difficultés scolaires dans le cadre des volets santé des Projets de Réussite Educative[19] ou des jeunes accueillis dans les

[18] **IRDES** : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé
[19] **PRE** : Projet de Réussite Educative

Missions locales pour l'emploi des jeunes ou des bilans pour les bénéficiaires du RSA[20] 'actions sur les facteurs de risques cardio-vasculaires, sur l'obésité avec une attention particulière en direction des enfants et des adolescents, sur la souffrance psychique en lien avec les équipes des CMP[21],…). Leur participation à la prévention et la prise en charge de problématiques en développement permet à ces personnes la réappropriation de leur santé contribuant ainsi à leur réhabilitation sociale.

Ces actions sont portées dans ou en dehors des murs des centres de santé, en partenariat avec les différents professionnels de l'Education Nationale, des hôpitaux publics, des services sociaux municipaux ou départementaux, des services de la Politique de la Ville dans le cadre des Contrats Urbains de Cohésion Sociale (ASV notamment), mais surtout avec la participation active de la population, dans les quartiers prioritaires, tant dans la co-construction des projets développés dans ces quartiers que dans leur mise en place.

RASSEMBLE DANS LE PROJET DE SANTE

C'est tout cet ensemble qui se trouve présenté dans le « Projet de Santé » qui fédère dans une même démarche les équipes des centres de santé, médicales, paramédicales, médico-techniques et administratives, porteuse des valeurs et pratiques modernes des centres de santé, permettant de mettre au centre de l'exercice professionnel, à la fois les individus et la population du territoire dans son ensemble.

[20] **RSA** : Revenu de Solidarité Active
[21] **CMP** : Centre Médico-Psychologique

Génération 13, représentée par Mme Hamel et Mr Pousset

GENERATION 13

Générations 13 SPASM

Parcours de santé pour et par les séniors ?

- un territoire : le 13ème arrondissement
- une histoire
- un lieu : le centre de prévention
- un partenariat G13 SPASM
- un réseau local

Quelles questions ? Quel avenir ?

15/06/2011 Université Renaudot F. HAMEL, H. POUSSET

Générations 13

SPASM

- L' Association de Gérontologie du XIII ème est fondée dans les années 60 par des psychiatres préoccupés par le vieillissement, prolongée dans les années 80 par un généraliste soucieux du décloisonnement social.
- 2006, reprise de l'activité médico sociale du Centre de Prévention par la SPASM et création de GENERATIONS13 et d'un partenariat entre les deux organisations,
- 2010, évolution du partenariat : Générations13 gère le lieu « centre de prévention », la SPASM y poursuit ses activités médico sociales.

15/06/2011 Université Renaudot F. HAMEL, H. POUSSET 2

« Bien vivre ensemble pour mieux vieillir »

- Une **permanence d'accueil** dans un lieu convivial Un partenaire, la SPASM, pour des prestations médico sociales
- 450 adhérents et 45 «ateliers» d'activités où se créent des liens sociaux
- des liens privilégiés locaux (Mairie (subventions), PPE13, ASM13, ou nationaux (CISS, Aînés ruraux...)
- des prestations intergénérationnelles (Soutien scolaire, SNC, écrivains publics...

http://www.generations13.org/

Groupe « santé social »

- Actions de **prévention** complémentaires de celles de la SPASM (ex : prévention des chutes par des kine retraités)
- Maintien du **lien social** en cas d'impossibilité de se déplacer,
- **Veille sur le système de santé** dont représentation des usagers en établissement de santé
- Mutualisation de ressources avec PPE13 (CLIC) , à construire

SPASM

la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale

- Depuis 1959, est une association loi 1901 investie dans le soin et l'insertion pour les personnes souffrant de troubles psychiques.
- Création d'unités spécifiques : maison de repos, Foyer Relais, hôpitaux de jour, ESAT, Psychothérapie familiale, Psychodrame, la Maison Hospitalière…
- Depuis 2006, succédant à l'Association de Gérontologie du 13e : un hôpital de jour géronto-psychiatrique et le Centre de Prévention Bobillot constituent son pôle gérontologique
- http://www.spasm.fr/

SPASM

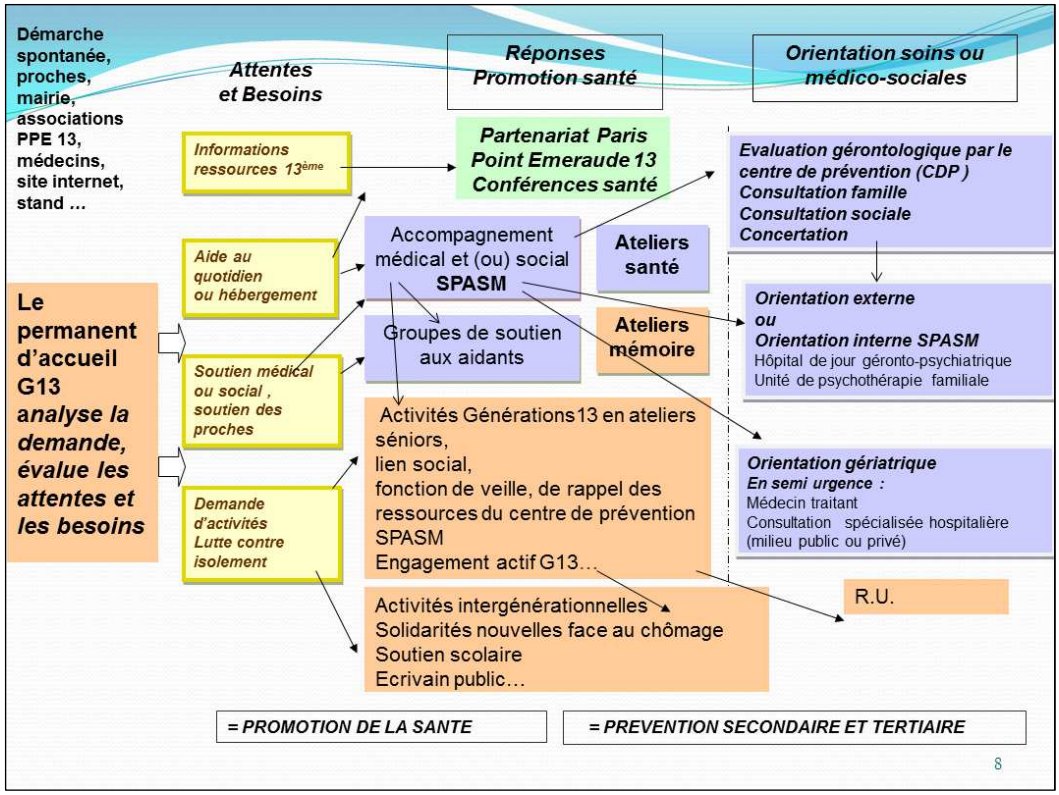
- Un médecin gériatre 3 jours par semaine
- Une assistante sociale spécialisée 2 jours par semaine
- Un petit temps de psychologue (groupe de parole mensuel)
- Présence et lien fort au réseau d'arrondissement (CLIC 13, Santé mentale 13e, SSIAD, services sociaux, associations d'aide à dom, services hospitaliers, médecins de ville…)

SPASM

Générations 13

EN PARTAGE….

- une représentation commune du vieillissement comme processus évolutif tout au long de la vie
- l'importance de rester acteur de sa vie et dans ses choix , dans la société
- le rôle fondamental du lien social
- l'adhésion au modèle PPS



Questions posées …

- Tous les adhérents ne sont pas porteurs de l'orientation
- Les adhérents G13 ne sont qu'une faible partie des séniors de l'arrondissement : faut-il démultiplier ce modèle ? Sur quels territoires ? avec quels moyens ? Pour quels parcours ?
- Si la santé mentale, la souffrance psychique peuvent bénéficier d'un parcours spécifiques, quid des autres déficience ?
- Comment augmenter la synergie entre l'ensemble des partenaires afin d'être plus efficace : fonction de veille sur les parcours offerts ? Adaptation aux séniors sans ségrégation ?
- La perspective d'un nouvel espace pour les hôpitaux de jour de la SPASM, quelles incidences ?

II. Les textes intégraux des différents ateliers

L'Université s'est poursuivie par 3 ateliers qui ont tous travaillé à partir des questions suivantes :

1. **Parcours de santé : qu'entend-on par ce terme ?**
2. **Comment articuler un exercice coordonné et le parcours de santé individuel d'une personne sur un territoire ?**
3. **L'attente des différents acteurs (HUC, professionnels et élus) quant à ce parcours**

La restitution du travail des ateliers s'est faite, en fin de journée, en plénière.

Atelier 1 : Animatrice : Françoise VALLOIS Rapporteur : Christiane LOUX

1. Parcours de santé : qu'entend-on par ce terme ?

Je suis frappé parce qu'on reçoit un carnet de santé à la naissance. On pourrait y dire plus sur les bonnes pratiques. Il faudrait que les enfants s'approprient les carnets de santé.

Quand on parle de parcours de santé, je ne suis jamais interrogée sur le carnet de santé. Chantal Bernard, maison des réseaux de santé Grenoble : on s'en sert seulement quand l'enfant est malade du carnet de santé.

Nous médecins, nous sommes tous informatisés et nous remplissons quand même le carnet de santé. A la différence du carnet de santé pour adultes qui n'est que pour les maladies, celui des enfants est déjà très axé sur les pratiques de prévention. Mais est-ce qu'il est utilisé par les parents. L'utilisation des carnets de santé pourrait être intéressante. Le problème c'est que chaque réseau a son outil à remplir.

C'est vrai que les carnets de santé des adultes étaient bien dans le suivi des maladies chroniques.

On voit qu'il est très difficile de faire le suivi car il y a une réticence des professionnels. Dans les EHPAD[22] il y a d'énormes difficultés même s'il y a un médecin référent et il est très difficile pour les familles de savoir ce qui a été diagnostic, ce qui a été fait… C'est peut-être très français mais comment se fait-il qu'il y ait tant de réticences à faire du suivi ?

Le parcours de santé n'est pas le seul problème concernant ce qui doit être au HUC : son histoire, qui y a accès…

Je trouve très inquiétant ce qui s'est dit. Nous sommes dans une société de fichage généralisé. On peut penser que c'est pour le plus grand bien, mais… On peut se demander qui aura accès à ces informations. Il faut être très, très, prudent. Ca veut dire que l'unique détenteur du carnet est celui à qui il appartient. S'il a à le montrer dans certaines circonstances, ça peut être dangereux. On a beaucoup parlé de parcours de soins ce matin et ça pose la question de la confidentialité. Mais on peut se demander où le parcours de

[22] **EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

santé commence, où il s'arrête, est-ce que ça va être un parcours obligatoire. Il faut être très attentif à ce qu'un tel parcours ne devienne pas un parcours obligatoire.

Pourquoi n'y aurait-il pas des devoirs de santé comme il y a des devoirs de classe ?

Il y a un débat sur comment faire pour que le parcours de santé ne soit pas seulement le parcours de soins et la 2ème question est que faisons-nous des données, devons-nous donner des données… Dans le centre de santé où je travaille, si la personne n'a pas sa carte vitale elle n'est pas soignée. Il est prévu que plus tard d'autres types d'informations soient sur cette carte. On va vers le fait de donner d'autres données à l'autre. Qui utilise nos données ?

Ce problème des contraintes techniques et des libertés. En utilisant le mot parcours on dit bien que c'est fléché, que c'est limité dans le choix. J'aimerai mieux parler de chemin de santé plutôt que de parcours.

Pour moi le parcours de santé, c'est le parcours de vie. En tant qu'élue j'aurais souhaité partager avec mes autres collègues la notion de santé au sens de l'OMS[23]. Cela voudrait dire que dans tous nos secteurs, l'impact sur la santé des personnes est pris en compte. J'aurais aimé faire partager cette notion de transversalité de la santé à mes collègues.

On vient de parler du circuit fléché des citoyens dans le système de santé et pour cela ça nécessite que le citoyen sache pousser la bonne porte quand il en a besoin. C'est un sacré travail de donner de l'information aux personnes pour qu'elle puisse faire ses bons choix.

Certains parcours vont être influencés par le travail que l'on va faire, mais aussi le suivi et un peu comme le carnet de révision automobile, il faudrait que le carnet de santé dise qu'à tel âge il faut faire le bilan.

Je suis infirmière de formation et suis formatrice. Ce qui me gène c'est que j'entends individualité dans les échanges qui viennent d'avoir lieu. On trace quelque chose pour quelqu'un on décide pour lui, il n'y a pas de réciprocité. Et puis, on ne parle pas du tout de collectif. Il y a des choses collectives qui existent déjà, des groupes de parole où on peut échanger sur la santé, sur ses besoins, sur les endroits où aller en discutant avec d'autres. Il faut d'abord mettre en commun nos savoirs et nos connaissances. Et puis l'idée qu'il y ait une route pour chacun ça ne me va pas.

[23] **OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

Je comprends la philosophie mais pour moi le parcours de santé c'est le discours privilégié entre le patient que je suis et le médecin traitant que je vois régulièrement. Je trouve que le problème le plus important c'est plus l'éducation à la santé que le parcours lui-même. Dans les établissements scolaires, le travail sur le tabac, la contraception… c'est aussi le parcours de santé. Il n'y a pas assez d'efforts de faits là-dessus.

On devrait effectivement parler du passage de l'individuel vers le collectif et notamment en fonction des territoires et des habitants. Par exemple, dans des territoires ruraux, où tout le monde se connaît, une femme a pu dire qu'elle était battue parce que nous avons mis en place des cellules d'écoute à domicile, notamment avec un psychologue chargé de travailler sur les maladies chroniques. On aurait pu penser que dans un territoire petit, la solidarité aurait permis à cette femme de parler plus facilement, or c'est le contraire qui s'est produit. Elle ne pouvait pas le dire au médecin, aux IDE[24] parce que ces derniers connaissaient son mari. Notre réseau a fait un gros travail pour déplacer la cellule d'écoute de la ville pour l'amener dans les maisons. Le parcours de santé ne peut pas être le même en secteur rural et en secteur urbain, en ville et en montagne… parce que les problématiques et les professionnels ne sont pas les mêmes, les organisations sont différentes …

On sait bien que les filles ne vont pas dans les centres de planifications de leurs communes. Elles vont dans celui de la ville d'à côté. Il y a le même type de problèmes. C'est celui de la confidentialité

Entre l'individuel et le collectif, je pense que la médecine va être de plus en plus prédictive, il va y avoir de plus en plus de prévention grâce à ça et donc un chemin de santé qui sera de plus en plus individualisé. Il faut qu'il soit plus individuel que normatif. Passer à quelque chose d'individualisé me paraît être un progrès.
Mais il est important qu'à un moment la santé relève aussi du niveau collectif. Je trouve que l'efficacité des groupes de parole est plus supérieure que les thérapies individuelles à certains moments. La solution va surement être de plus en plus individualisée en injectant de plus en plus de collectif. Les gens ont besoin de parler avec d'autres.

Ca ne veut pas dire que l'individuel va protéger du normatif.

L'ARS nous a donné une orientation en Rhône-Alpes. Nous avons dans la région des réseaux monothématiques, mais cette année l'ARS demande à ce que les réseaux deviennent régionaux avec des territoires d'intervention et plus des thématiques. Il faudrait que tous les réseaux fonctionnent de la même manière. Nous leur avons demandé comment

[24] **IDE** : Infirmière Diplômée d'Etat

imaginer un plan personnalisé de soins quand on nous donne un cadre incontournable que nous ne pouvons plus adapter aux patients. Nous attendons toujours la réponse. Et en même temps nous devons décloisonner. On est en train de travailler avec les CCAS[25] permettre que quand il y a des situations difficiles, les professionnels puissent se rencontrer pour savoir où sont les compétences, sur quel bouton appuyer pour avoir l'aide dont on a besoin.
D'accord il y a des chemins, mais il faut que les bornes d'alerte soient sur tous les chemins. Pour moi le chemin de santé idéal ce serait ça.

Vous évoquiez la question de l'uniformisation des outils de travail. Est-ce que l'on ne peut pas voir ça sous forme d'échanges de pratiques, c'est la responsable qualité qui vous parle.

Il y a la question éthique et la question de l'organisation. Sur l'éthique, nous préférons les démarches horizontales plutôt que les dispositifs imposés d'en-haut. La santé suit ce qui s'est passé au niveau social, c'est-à-dire qu'aujourd'hui, les AS sont là pour faire entrer les personnes dans des dispositifs. Avec l'ARS, on est aussi sur des appels d'offres auxquels les opérateurs doivent répondre. C'est la même chose. On ne peut pas ignorer qu'il y a ces dispositifs.
Mais on a aussi envie de travailler autrement pour des démarches communautaires en santé. Alors, comment se mettre en rapport de force par rapport aux institutions pour que ces dernières intègrent nos façons de travailler et pas pour qu'elles nous obligent à rentrer dans leurs dispositifs. Il y a des marges de manœuvre et ces séminaires servent aussi à ça. Nous ne sommes pas que des pions.

Le parcours de santé du HUC, ça passe aussi par l'information sur ce qui existe et sur comment les choses fonctionnent aujourd'hui. Savoir où trouver les infos, au bon moment… c'est aussi une histoire de parcours.

Dans les MAIA[26], les nouveaux intervenants sont des gestionnaires de cas. On parle plus de dossiers que de personnes. Ce sont des administratifs, qui remplissent des dossiers.

Est-ce que l'on entre dans le parcours par une pathologie ?

C'est ça, et si on a 3 pathologies, on va être dans 3 réseaux et s'il n'y a pas de lien entre ces 3 réseaux, on aura 3 parcours.

[25] **CCAS** : Centre Communal d'Action Sociale
[26] **MAIA** : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

On n'est que dans le soin ici.

Je suis la future chargée de mission santé communautaire à l'ACSBE[27]. J'aimerais savoir, les réseaux de santé réunissent qui ?

Ca dépend du réseau, mais il y a des professionnels du soin (médicaux et para médicaux), des assistantes sociales…

On dit qu'il faut un médecin référent. Il faudrait un référent santé.

2. Comment articuler un exercice coordonné et le parcours de santé individuel d'une personne sur un territoire ?

Quand j'entends que les habitants sont au centre d'un dispositif, ça me fait toujours peur, ça veut dire que la personne est cernée. La personne n'est plus l'acteur, elle est la victime.
Autre chose, dans l'articulation entre les déterminants sociaux de la santé et les pratiques territoriales. Qu'est-ce qui est fait autour du logement, du transport, du chômage… C'est peut-être une des voies où un centre qui se dit centre de santé doit aborder ces aspects-là sinon c'est un centre de soin. Du coup, c'est comment passer de ces conditions qui sont souvent collectives à des parcours individuels de santé. Se centrer sur les parcours individuels, ça permet de ne pas parler des autres déterminants sociaux qui sont souvent difficiles à aborder.

C'est difficile de comprendre pourquoi c'est une maison de santé, un centre de santé, un centre de soins…

Ca va aller en se compliquant. Avant on avait un interlocuteur et c'était le médecin. Aujourd'hui, c'est fini parce que la médecine est de plus en plus technique, on n'a plus cet interlocuteur unique.
Le parcours de santé soit c'est le parcours de rien parce qu'on est en bonne santé soit c'est le parcours du combattant.

Est-ce qu'on demande au patient comment il se voit lui et comment il voit l'aide qu'il pourrait amener aux professionnels qui sont autour de lui ?

[27] **ACSBE** : Association Communautaire Soins-Santé-Bien-être

Dans les valeurs du réseau de santé, l'accompagnement se fait sur le binôme patient-médecin traitant. C'est surtout le patient qui est l'acteur. Il doit valider ce qui lui sera proposé.

Un centre de santé va s'ouvrir à Saint-Denis et des médiatrices santé vont travailler avec les médecins. Ils peuvent orienter les personnes les uns vers les autres. Il y a aussi des ateliers collectifs. L'usager a le choix dans ce que l'on peut lui proposer.

Ce que je trouve de nouveau, c'est que là on laisse de la place à une fonction de médiation et le soin n'est pas au centre des choses. Pour un certain nombre de personnes, la relation soignant-soigné est limitée parce qu'on ne parle pas le même langage. Je trouve que la médiation permet de jouer ce rôle de traducteur.

Quand j'étais à Orléans, notre Réseau d'Echanges Réciproques de Savoirs (RERS) était initiateur d'une maison de santé communautaire dans laquelle il y a des associations et des institutions. Il n'y a pas de soin, c'est un lieu où on peut venir se poser, parler, savoir ce qui existe… J'habitais dans un quartier populaire où il y avait 18 ethnies, c'était extrêmement riche. Dans le RERS, on avait repéré 4 femmes (qui à elles toutes parlaient 14 langues) qui avaient une prépondérance dans leurs ethnies et elles ont eu la possibilité d'avoir une formation sur la prévention Sida. On a accompagné les professionnels du Sida à former ces femmes et des personnes du réseau. Ces femmes sont aujourd'hui devenues professionnelles et font le lien entre les professionnels (hôpital, administration, …) et les habitants. Elles sont femmes relais. Il y a donc des choses qui existent et dont on pourrait s'inspirer.

3. L'attente des différents acteurs (HUC, professionnels et élus)

Les élus, nous sommes surtout à l'écoute des citoyens qui ne comprennent plus rien à l'organisation de la santé. La santé n'est pas une compétence obligatoire des communes, mais nous, les élus, nous sommes perdus et nous avons une responsabilité énorme. J'ai démarré le travail avec la directrice de l'action sociale. La loi sur le handicap a été l'occasion de créer un pôle santé-handicap. En passant à l'intercommunalité, la compétence est passée à l'intercommunalité et tout ce que nous devons réfléchir c'est ce projet global de

santé sur le territoire. C'est une tâche énorme dans un contexte mobile. On a des outils comme ESPT, mais…

Dans ma ville, d'ici quinze ans, nous allons doubler notre population sur ma commune. Du point de vue urbanisme, organisation, ça va devoir bouger.

Mais là on parle de santé physique. A la création du centre de santé dans lequel je travaille, l'élu m'a dit le centre sera implanté ici parce que c'est là qu'il y aura le plus de problèmes sociaux. Là pour le coup, le parcours était fléché. 5 ans plus tard, un club de prévention était là, on travaillait ensemble et on savait qu'il y avait besoin que le centre de santé soit là, c'était écrit. Mais la santé ce n'est pas que le brossage de dents, c'est aussi beaucoup de déterminants sociaux. En tant qu'élus, vous pouvez travailler l'impact santé. Le réseau des villes santé OMS a essayé de travailler là-dessus.

Mais le paradoxe c'est que l'on va à l'envers de ça. Les métiers sont de plus en plus spécialisés, les médecins ne vont plus à domicile… Pour répondre à cela, nous avons mis en place un réseau de soins infirmiers et aide. Ce réseau est né suite au constat de la DDASS[28] et du SSIAD[29] qu'il y avait de nombreuses ruptures de prise en charge pour des personnes très dépendantes. Ce réseau a pour vocation de travailler avec les infirmiers du secteur, de faire du lien entre cabinets infirmiers pour réduire le nombre de visites par jour pour rendre plus vivable la prise en charge. Puis, une mission de négociateur entre l'infirmier et le patient. Depuis la mise en place du réseau, la DDASS n'a pas eu de signalement sur la rupture des prises en charge. Cette mission de médiation et d'organisation des soins avec les médecins libéraux a été portée par le réseau.

On a mis en place un groupe d'analyse de pratiques pour les personnes en rupture de soins psychiatriques. On réunissait un médecin généraliste, le secteur psy, le centre de prévention du 13ème, le réseau d'évaluation gériatrique à domicile, un SSIAD et un accueil de jour. On travaillait sur une situation complexe qui concernait au moins 2 acteurs pour identifier où était le dysfonctionnement. On essayait d'identifier les bonnes pratiques pour les améliorer. Mais aujourd'hui on constate que l'on s'essouffle parce qu'on a du mal à mobiliser les généralistes et parce qu'il n'y a pas de structure porteuse pour mettre les gens en lien. Mais la structure porteuse n'est pas la réponse à tout, on se rend parfois compte que quand il y a structure porteuse ça peut cloisonner.

[28] **DDASS** : Direction Des Affaires Sanitaires Et Sociales
[29] **SSIAD** : Services de Soins Infirmiers A Domicile

La médiation peut intervenir dans l'accès aux soins, pour la continuité des soins (ce n'est pas le médecin qui peut faire ça), vis-à-vis de la prévention par exemple comme avec l'Ardepass[30]. La médiation peut agir à tous les niveaux du soin et de la santé.

Dans les maisons médicales belges, ce sont les accueillantes qui font la médiation.

La médiation doit aussi se faire entre les professionnels. Parce que par exemple, les médecins n'attendaient pas la même chose des temps d'échanges de pratiques.

Ce qui est intéressant dans l'exemple de l'Ardepass, c'est que des femmes sont devenues expertes en animation de quartier. Aujourd'hui elles vont plus loin parce qu'elles ont commencé à améliorer la participation au dépistage du cancer du sein et qu'aujourd'hui elles travaillent sur l'accompagnement des femmes dépistées. Elles ne sont pas dans la médiation mais véritablement dans l'accompagnement. Elles se sont professionnalisées et elles sont appelées par les services hospitaliers du département pour faire l'accompagnement. Elles ont fait évoluer les procédures des professionnels.

En ce moment il y a une expérimentation en psychiatrie pour faire intervenir des pairs pour faire de la médiation en santé, incluses dans les équipes soignantes.

Dans le réseau de santé mentale d'Evry, on a mis en place une formation croisée sur l'accueil, … 12 personnes : des habitants, des malades, des professionnels de la psychiatrie ont été formés ensemble. C'est déstabilisant mais l'idée est de montrer que les personnes malades ont des choses à apprendre aux soignants.

Moi je me rends compte que c'est très souvent que j'utilise mon expérience de patiente dans ma pratique de soignant. Quand un patient est invité dans une réunion où il n'y a que des professionnels, on ne sait pas trop comment on doit lui parler, on ne sait pas ce qu'il peut entendre…

Il faut changer le regard. Il y a encore du boulot.

Le malade est aussi une personne. Il faut passer au-dessus de ça.

Synthèse :

[30] **Ardepass** : Association de Recherche et de DEpistage des PAthologies du Sein en Seine-Saint-Denis

- Notion d’appropriation dès la naissance, être acteur de sa santé et de son chemin, de son itinéraire
- Un élément essentiel est le fait d’entretenir des liens
- Notion de mouvement, ça n’est pas statique, on peut utiliser un itinéraire bis
- Parcours de santé et de vie
- Aujourd’hui, les portes d’entrée dans le parcours sont liées à la maladie. A faire évoluer.
- De l’individuel au collectif : de la particularité à la normalisation
- Ethique de pensée d’un dispositif dans lequel il faut rentrer à des dispositifs qui seraient proposés par les professionnels. On peut adapter, créer des dispositifs, jouer avec…
- Moyens et outils de coordination : partage d’informations, respect de la confidentialité, qui est propriétaire de l’information, comment est-elle partagée, avec qui ?
- Rôle des élus locaux avec besoin d’un mappy
- Ce que ça provoque comme mutations dans les relations entre les professionnels eux-mêmes et entre les professionnels et la personne. Besoin de médiation non normative, d’accompagnement que pourrait jouer le HUC qui prendrait en compte la promotion de la santé et la prévention, les ruptures de soins...

ATELIER n°2 : Animateur : Marc Schoene, rapporteur : M. Varroud Vial

La notion de Promotion de la Santé remet la pression sur le médecin traitant et le responsabilise. Notion rationaliste et gestionnaire.
Echanger sur des problématiques et pas sur des données
Rôle du collectif.

Pour l'ARS, la notion de **production de santé** dans le cadre des parcours de santé : travail, habitat, associatif (élus), activité, alimentation, famille. Ce ne sont pas les professionnels du soin qui sont les mieux placés. Mais ils peuvent aussi surtout quand ils ne sont pas médecins (ex puéricultrice). Par exemple : l'entretien prénatal précoce (médecin traitant, sage-femme) qui permet de repartir de l'écoute pour construire une adaptation (25% des grossesses), chez des femmes qui ne sont pas malades. Education Thérapeutique du Patient en prévention. Cette notion s'applique aux ARS. Augmenter le capital santé.
Maladies chroniques et personnes âgées dépendantes sont un contexte majeur du parcours de santé. La survenue de la maladie chronique change l'itinéraire des personnes. Car cela pose la question de modifier leurs habitudes, en individuel ou en groupe. Avec une vision systémique faite de différentes couches. Coordination de tous les acteurs y compris la personne. **L'entrée dans le parcours n'est pas que la maladie. L'intérêt de la notion de parcours n'est pas l'entrée par la maladie mais la volonté d'éviter une prise en charge morcelée et qui s'intéresse plus à une démarche concertée qu'à une démarche à tiroirs**. Dans le cadre de l'entretien prénatal, il s'agit de prendre en compte la sécurité émotionnelle et non plus seulement physique. Divergence ou complément ? Aussi coordination et fil rouge sont nécessaires pour briser les murs entre les différents acteurs avec un parcours souple jusqu'à l'accompagnement post-naissance.

Les HUC n'aiment pas entendre les professionnels dire qu'ils suivent un parcours de A à H, alors que c'est un ensemble de déterminants dont le lieu de vie qui permettent d'augmenter ou de dégrader la santé. C'est finalement un cheminement plus qu'un parcours.
Idée de grammaire de santé pour parvenir à un langage commun. Problème d'ambiguïté sur le mot **parcours** qui est un mot valise qui doit être défini. Parcours de soins obligé avec des sanctions et des objectifs d'efficience (éviter le nomadisme) et nécessité de tenir compte des choix et des préférences? Parcours de santé = parcours de vie qui existe en amont, à côté et en aval de la maladie (PSRS). Itinéraire et cheminement, offre et choix. Attention notion intrusive et dictature possible de l'hygiénisme, du réglementaire et de l'économie même à ce stade (« kit du bien savoir vivre »). Mais la vie est modifiée par la maladie et c'est quand

même l'accroche. Donc dans les deux domaines il y a des impératifs éthiques pour tenir compte des préférences de la personne, de ses conceptions de la vie et de la mort et de sa parole (ambiguïtés à résoudre).

Contre le parcours

- Aspect potentiellement répressif du parcours de santé avec sanctions quand on en sort
- Instrumentalisation économiste

Pour le parcours de santé

- Responsabilise
- Oblige au dialogue soignant/soignés (dimension d'efficacité et d'éthique), opportunité pour réintroduire les préoccupations et la parole de la personne, d'explorer la demande et permet d'exprimer l'ambiguïté.
- Oblige à tenir compte du contexte de vie dont le social
- Pose la question de la coordination et du fil rouge
- Incite à une approche de partage, de collectif et de multi-disciplinarité, avec reconnaissance des différents acteurs y compris de l'expertise profane du HUC.

Qualité de vie des malades chroniques autonomes : la qualité de vie n'est pas mesurée. Peut-elle l'être ? Est-ce un objectif du parcours de santé ? N'est pas une opportunité pour réintroduire les préoccupations de la personne dans les soins ? Et une nouvelle approche de son travail ? Ce n'est pas fait actuellement mais c'est un axe d'action. Comment : lorsqu'un problème se pose, partager les décisions, les objectifs, les moyens de les atteindre sous forme d'un Parcours Personnalisé de Santé en bi-directionnel puis vers le collectif car il est intéressant de travailler ensemble (FI et FC).

Financement et incitations financières de ce collectif. Rémunération des professionnels et associations bénévoles engagées. **Le paiement au forfait et le financement associatif dédié permettent une approche différente du temps avec le patient.** Défendre les nouveaux modes de rémunération comme moyen de développer cette approche versus la rémunération à l'acte.

Les HUC peuvent-ils faire eux-mêmes des propositions et non pas seulement entrer dans une offre, ou refuser d'entrée dans une offre ? Autonomie. En fait le parcours de santé incite les professionnels à acquérir une culture de l'acceptation ou de l'exploration de

l’ambiguïté. Autre problème, quand la personne est en souffrance psychique ou qu’il s’agit d’un enfant, les gens n’ont pas les moyens de décider. Les professionnels doivent aussi prendre leurs responsabilités dans certaines occasions et proposer leur expertise.

Les professionnels de santé sont moins sensibilisés que les non professionnels qui traitent implicitement des problèmes de santé par leurs comportements, qui se heurtent aux problèmes d’accès aux soins, de transport, aux coûts... Mais avec une diversité des représentations. Acception différente des parcours de santé entre professionnels et non professionnels. Il faut reconnaître une différence entre ces représentations ? En fait elles se télescopent. Principe de plaisir, de tradition et d’économie, puis de contrainte et de frustration : adaptation.

Démarche parallèle du soignant qui doit accepter la parole et l’expression du HUC, et de l’usager qui force à cette reconnaissance de ce qu’il a à dire sur sa santé avec son vécu, ses émotions et ses projets.
Parcours de santé et territoire ? Calque sur l’usage ou découpage administratif. Organisation territorialisée de l’offre quand même. Question de la proximité. Attention ?

En résumé, le parcours de santé pose de multiples questions ! Eviter une consolidation législative abusive.

ATELIER n°3 : Animateur : Pascal CACOT, rapporteur : Gilberte BRION

Afin de lancer le débat et au vu des échanges qui ont eu lieu en comité plénier, il serait intéressant de s'interroger autour des questions suivantes : Qu'est-ce qu'un réseau de coordination ? Quelle différence entre parcours de santé et réseau ? Quelle serait la légitimité d'un réseau à coordonner le parcours ? Le réseau définirait le parcours ?

Un parcours de santé c'est le parcours de l'individu et comme il répond à ses besoins de santé.

Un réseau sont des liens entre professionnels, la mobilisation et la mise en synergie des ressources pour contribuer à donner une réponse à la personne. A Handident, on s'est mit autour d'une table et on a élaboré une charte, au regard de la personne et la problématique qui se posait à elle et à partir de ce que chaque acteur pouvait apporter. Cette charte scelle et rend vivante cette notion de réseau, après on s'est attribué des objectifs, on a essayé de les traduire en actions. Vous entrez au réseau de manière gratuite et volontaire, vous y rentrez aussi facilement que vous en sortez. Cette charte nomme des valeurs fondamentales, définit la santé, définit l'engagement de chaque groupe d'acteurs signataire.

L'essence même des réseaux c'est la coordination, pas le soin, ni la prise en charge, ni l'éducation. Chaque réseau va avoir un parcours santé patient différent par thématique.
Je fais écho à l'intervention de M. Ménard lors de la table ronde : nous avons besoin de nous connaître assez pour ne pas échanger sur des données mais sur les problématiques qui se posent au patient.

On ne peut pas coordonner sans savoir travailler ensemble, donc au préalable il faut une animation, un travail ensemble sur des règles communes, des manières de faire, des valeurs… Créer l'espace de rencontre entre professionnels on sait un peu faire, mais pour faire se rencontrer professionnels et HUC c'est très difficile. A Evry par exemple, on mène des formations croisées entre patients stabilisés, habitants et professionnels. Ça répond à la nécessité de non hiérarchie, de respect de chacun à sa place, dont on parlait ce matin. Les professionnels, freinent de 4 fers dès qu'on leur parle de formation croisée, ce n'est pas encore gagné.

Les réseaux ne se sont pas créés par injonction. Ils ont été créés là où le système de soin en place avait montré son inefficacité. Des professionnels qui se sont dits qu'ils étaient

incapables seuls de répondre aux problèmes, un besoin de mutualisation pour une réponse plus globale qui s'est fait ressentir…, ont donné naissance aux réseaux Ville-Hôpital.
On a montré que face à la complexité la réponse individuelle était vite limitée, qu'il fallait travailler ensemble pour rendre les parcours moins chaotiques et aussi moins coûteux.

Les réseaux introduisent aussi l'expertise du malade, même si…

Les problèmes des réseaux étaient que les médecins généralistes n'étaient pas dans le coup, donc maintenant les pôles de santé et Maisons de santé pluridisciplinaires réintroduisent les médecins dans la dynamique de réseau. Un réseau pour moi est un outil du professionnel pour le sortir de son isolement, l'assurer d'une prise en charge de qualité pour « son » malade. Pour moi, un parcours de santé réussi est celui où le patient adhère.

Pour obtenir cette adhésion, il faut prendre en compte les singularités de chaque patient. La difficulté de l'itinéraire du parcours est la complexité de la vie des gens. Pour tenir compte de cette complexité le travail en réseau est incontournable.

Il ne faut pas seulement les professionnels de santé dans un parcours de santé, mais des associations, des bénévoles, des patients pour prendre en compte l'aspect « humain » du patient au-delà de la maladie.

Il faut être capables d'entendre large autant pour les patients que pour les professionnels. Gagner du temps et de visibilité dans la prise en charge.

Pour qu'un médecin généraliste pense à laisser partir « son patient » vers le diététicien c'est quelque chose.

Nous étions dans une expertise, maintenant ils veulent qu'on soit multi-thématiques, sans notre expertise, comment va-t-on garder une lisibilité ?

Le parcours de santé n'est pas réservé qu'aux personnes malades, bien au contraire, il doit permettre aux personnes en bonne santé de préserver leur capital voire de l'accroître via : la prévention, l'accompagnement, la prise en charge globale, la coordination, l'accompagnement des aidants…c'est tout ça le parcours de santé.

Il y a des éléments communs quand une personne est confrontée à n'importe quel problème, mais dans les réponses à apporter il y a d'une part de la collaboration entre collègues sur du processus, d'autre part, une partie plus technique, plus spécifique comme par exemple la

psychiatrie sectorisée et on manque parfois de cette spécificité, car la psychiatrie ne sait pas jouer le jeu des réseaux. Le rôle du réseau est de faire le repérage pas seulement des ressources mais des déficits et parfois ce diagnostic n'est pas entendable.

Qu'est-ce qui me donne la légitimité pour coordonner ? La charte, est un des outils. Se mettre ensemble et se dire qu'on partage une éthique, une vision, des valeurs communes, dire ce que chacun apporte, … Créer les conditions du travail ensemble Qu'est ce qui fait qu'on se rencontre ? C'est ça qui donne la légitimité au réseau !! Au nom de quoi, travailler ensemble ? Voici quelques questions que je retiens.

Qu'est-ce que ça va me coûter si je n'arrive pas à trouver la réponse dans le parcours qu'on me propose ? Attention au facteur discriminant de ce parcours, on parle de liberté du patient et on veut « le faire rentrer » dans un parcours…

A Handident : partager un projet commun c'est ne pas évident. Mais ça vient, cela se construit tous les jours sur du concret.
« *Développer la prévention pour assainir le plus grand nombre de bouches* », cet objectif commun nous a permis de nous ouvrir à d'autres acteurs qui n'étaient pas signataires de la charte.
Les efforts qu'on fait aujourd'hui pour les handicapés vont avoir un impact sur la population générale. Par exemple, on a vu des familles entières prendre conscience de l'impact indirect du travail fait avec leurs enfants, familles, etc.

« S'occuper des dents de l'aidé pour s'occuper des dents de l'aidant »

Est-ce qu'un parcours de santé peut s'intéresser aux personnes non malades ? Moi je ne suis pas malade, je suis même en bonne santé, …

Justement, la notion de Parcours de santé accroche bien dans sa logique de continuité, de suivi, … C'est intéressant parce que les élus sont sensibles à ça, ça résonne avec cette idée que la ville est un espace producteur de santé. Ça vaut le coup de penser le parcours de santé dans les politiques urbaines, de développement, les points de contact, de divergences. Si la ville a bien compris qu'à chaque étape il faut qu'elle trace son parcours de santé dans son rôle de ville en tant que productrice de santé on aura tout gagné ! EX : agglo : axe : croisement des expertises, axe de gouvernance locale, …

Comment présenter ce que vous dites aux financeurs de projets, de projets locaux ? Comment justifier de « notre existence » s'il n'y a que des gens en bonne santé ? Il faut être

là aux moments des seuils de fragilisation de l'existence, les moments de transition sont des moments propices. Il faut prévenir, empêcher que ces moments de fragilisation arrivent ! Cela est encore moins intéressant pour les financeurs.

Le plus difficile n'est pas tellement de d'organiser le soin, mais la réponse globale.
C'est pour cela que je parle de révolution culturelle. La CNAM, organisme qui rembourse des prestations de soins, s'il faut changer le paradigme, demander à ces institutions de financer de l'information/prévention, du travail sur des fondamentaux, des valeurs de la création des solidarités. Que les cotisants dans les mutuelles soient aidés à rester en bonne santé, cela serait aussi une petite révolution culturelle. Les Nouveaux Modes de Rémunération[31] marquent une nouvelle tendance, pour que les médecins travaillent sur la Santé Publique, la prévention, l'éducation thérapeutique… Les résultats de cette expérimentation ont donné : un système de télémédecine coordonnée, des rencontres, de la coordination pour améliorer les pratiques professionnelles. Mais on ne sait pas si on va être entendu, si ces nouveaux modes passeront de la phase expérimentale à une pratique pérenne.

Préserver, accroître le capital santé tout au long de la vie, prévenir dès le plus jeune âge, est une préoccupation pour l'Agence Régionale de Santé et la direction de la santé publique notamment en ce qui concerne les personnes en situation de vulnérabilité.

Je reste avec ma question : comment s'organise un Parcours de santé ?

Des portes d'entrée il y en a autant que des personnes pouvant accueillir le patient.
Après, il s'agit de déplacements de dispositifs, de partenariats, de réseaux en fonction des problèmes posés par la personne.

Je préfère utiliser le terme démarche de parcours de santé plutôt que celui de parcours de santé. C'est plutôt pour moi une méthode qui permet de réfléchir et de travailler ensemble quel que soit l'échelon territorial considéré (quartiers, villes, département, région).

Tous les territoires ne se valent pas. Il faut une échelle territoriale qui soit différente selon la problématique qui la traverse.

Je voudrais appuyer avec force les propos du représentant du ReALS. Comment les villes peuvent être productrices de santé ? Comment dans les politiques urbaines, de développement, culturelles… on peut dessiner un parcours de santé ? Comment les professionnels, les réseaux, les habitants, tous les acteurs d'un quartier, d'un village, d'une

[31] **NMR** : Nouveaux Modes de Rémunération

ville peuvent produire, santé, tracer un parcours de santé ? Autant des questions que pose la notion de parcours de santé pose au-delà de celles déjà posées : porte d'entrée, coordination, celui qui rentre, qui sors, qui paie,… et où on se perd. Toutefois, comment sortir des contraintes institutionnelles qui malgré les « beaux » discours de santé globale et de nécessité d'un travail en réseau multisectoriel, nous remettent dans des représentations « *anciennes* » du parcours de soin coordonné à chaque fois que nous pensons ou parlons de parcours de santé ? A chaque fois que nous voulons imaginer un parcours de santé différent ? Le problème des subventions qui ne financent que la prise en charge de la maladie ou la prévention et non les actions de promotion de la santé dans le sens positif en est un exemple. De plus, de par notre champ d'intervention national, nous côtoyons plusieurs Agences Régionales de Santé en France et je peux vous confirmer que toutes les Agences ne pensent pas le parcours de santé de la même manière. Je suis une convaincue de l'impossibilité de répliquer des dispositifs mais, il faudrait au moins s'entendre sur des fondamentaux et accompagner les discours de moyens cohérents.

On parle alors d'une révolution pour les 10 prochaines années, vous imaginez les médecins faire que de la prévention et être payés que pour cela ?

Au centre communautaire de santé, nous avons fait des calculs pour savoir combien d'heures de soins et d'heures de travail de promotion et de prévention nous étaient nécessaires pour être en équilibre. Nous voulions faire de la qualité, ce qui prend aussi du temps. Economiquement, ce ratio ne tient pas la route. Pour que ça tienne, il faut faire plus d'actes et donc moins de prévention et moins de temps par patient donc moins de qualité !!
Le discours de l'approche globale est donc juste mais il faut le valoriser et le renforcer en le finançant ! Aussi, qu'est-ce que ça va me coûter si je n'arrive pas à trouver la réponse dans le parcours qu'on me propose ?

Depuis 25 ans je milite dans l'éducation populaire. Nous sommes obligés aujourd'hui de nos professionnaliser pour survivre ce qui nous faire perdre de notre qualité dans la profondeur du travail d'animation avec les gens. On se délite, … Actuellement, on passe plus de temps à faire des dossiers qu'à faire les actions. Les efforts de simplification complexifient les choses pour les gens, il faut être professionnel pour comprendre les demandes de subvention maintenant.

Comment faire pour intéresser une personne qui n'est pas malade et s'intéresser à son parcours de santé ? « *C'est une ennuyeuse maladie qu'une santé préservée par un trop grand régime* » Montesquieu

Je retiens 4 choses :

1- On sent que tout bouge et tout doit bouger. Comment savoir rester en mouvement, garder le mouvement, rester le plus fluide dans la recherche de solutions aux besoins ? On s'épuise, on ne peut pas être partout, mais concrètement il faut décider ensemble de ce que l'on fait. 'est stimulant de savoir qu'on apporte quelque chose. Valoriser notre travail c'est un métier aussi, mais sans le rigidifier, car on doit rester en mouvement !!

2- Un point d'achoppement est que la médecine n'a pas de théorie de la santé, elle est donc centrée sur la maladie, ce qui produit de la santé n'est pas enseigné dans cette profession.
Le médecin reste « *celui qui a le pouvoir* », on lui a donné le pouvoir de signifier quelque chose qui a des effets collatéraux insoupçonnables.

3- Il faut fluidifier les parcours : ce n'est plus supportable !!! On a laissé de côté la dame qui nous a raconté qu'elle avait trouvé la voisine morte pour témoigner de l'isolement des gens, on éloigne trop l'humain de nos si performants dispositifs. Ce n'est pas l'objectif qu'on atteint mais le chemin qu'on parcourt ensemble qui est important.

4- La question appartient à tous ceux qui produisent de la santé aussi, les différents systèmes qu'on crée font partie de la cité, si le politique, le citoyen ne s'en saisissent pas on ne réussira pas !

La question du décloisonnement me parle beaucoup car chacun est dans son petit pré carré
Cela me fait penser à ce que j'ai dis un jour à un partenaire : avant de faire tomber les cloisons, on commencera ensemble à faire des petits trous pour grignoter les cloisons. Ainsi on commencera à se regarder par ces petits trous…plus on se verra, plus on fera grandir les trous jusqu'à en faire un gruyère.

Je suis contente d'avoir entendu ces échanges, ça donne espoir, que des choses sont en route, ça fait plaisir. Trouver des solutions est aller vers l'autre. Je constate qu'il y a de la bonne volonté.

III. La synthèse des ateliers

GROUPE 1 :

Nous avons essayé de suivre la trame et laisser partir nos souhaits, nos colères, nos souhaits. Voici les éléments saillants de nos échanges :

1- Il a semblé important au groupe que l'appropriation du souci de santé puisse se faire dès la naissance. Exemple. Le Carnet de santé
2- La notion de « Parcours de santé » ne plaît pas forcement. Nous préférons parler de schéma, réseaux, liens, mouvement.
3- Dans la notion « Parcours de santé », la porte d'entrée reste très souvent la maladie.
4- Nous nous sommes posés des questions sur : le « Parcours de santé », est-ce individuel ou collectif ? Pour nous, c'est articulation entre l'individuel et le collectif. Est-ce normatif ou volontaire ? Pour nous, il ne peut être que volontaire tant pour l'usager que pour le professionnel.
5- Quelle éthique veut-on promouvoir par le « Parcours de santé » ? un dispositif type descendant ou un cheminement créé par les acteurs du territoire dont le malade ? Le deuxième cas évidement, car liberté de penser et d'agir pour chacun !
6- Rôle fondamental du politique et des politiques locales en terme de pensée et d'impact (commerce, environnement, etc). Dans notre groupe, il y avait 2 élus locaux. Chance pour notre groupe d'avoir des élus, ils nous semblent essentiels dans la discussion autour de la santé.
7- Nécessité de penser la complexité, besoin d'un mapping « vivant » pour s'y retrouver
8- Nécessité de mutation dans la relation entre la personne qui demande l'aide et les professionnels et dans la relation entre les professionnels.
9- Il faut tracer ce « Parcours de santé » en profitant des savoir-faire existants : les réseaux, les femmes relais, la médiation, l'accompagnement…
10- L'avenir c'est les HUC, nous le sommes tous, il faut utiliser notre expérience des HUC pour travailler.

GROUPE 2 :

Je suis désolée, je suis nerveuse, c'est la première fois que (en tant qu'habitante) je fais une restitution.

Ce que j'ai entendu était très intéressant. Il était question pour faire un « Parcours de santé », de faire un itinéraire de la personne, qu'il faut faire ensemble.

Cela a l'air de demander un changement dans la culture, dans la tête.

Besoin de formations, besoin d'un réseau de coordination, partir de la personne, pour la diriger vers des compétences, besoin d'une charte pour se donner les règles pour mieux travailler ensemble.

Des questions aussi ont été posées :

- Si je suis malade qui m'avertit de l'existence d'un réseau ? Si je suis en bonne santé et je n'ai pas besoin d'un réseau qui fait alors pour que je le reste ?
- Comment rompre le cloisonnement entre les médecins et les patients ?
- Comment faire équipe avec les élus et les autres professionnels ?

En tant qu'animateur je souhaite compléter ce que Gilberte a dit par une petite remarque et 4 images.

Les interventions de Gilberte, notre seule « HUC », habitante, usagère, citoyenne ont fait du bien à notre réflexion. Pour illustrer mes propos juste une anecdote : au tout début elle a commencé par nous dire : *« je suis en bonne santé, on lui a dit on t'accepte quand même » !*

Nos 4 images :

1- « *C'est une ennuyeuse maladie qu'une santé préservée par un trop grand régime* » Montesquieu

2- Le gruyère avec des trous dans les cloisons, car décloisonner fait peur, donc faisons des petits trous pour avoir de la lumière, se voir, grignoter les trous jusqu'à obtenir un beau gruyère !

3- *« S'occuper des dents de l'aidé pour s'occuper des dents de l'aidant »*

4- Tous ensemble oui, mais chacun à sa place et chacun sa place !

GROUPE 3

Première remarque, l'immense richesse des débats.

Nous aussi nous nous sommes posé la question de ce qui produit la santé.

Les producteurs de santé c'est le lieu de travail, l'habitat, la famille, surtout pas les professionnels de santé !

La notion de Parcours de santé a aussi été critiquée. Le groupe préfère : cheminement, itinéraire.

L'entrée dans le parcours n'est pas l'entrée dans la maladie ;

Notion de concertation afin d'éviter le morcellement.

Il faut bien définir la notion de Parcours de santé donc pour nous il s'agit d'un parcours de vie qui existe en aval de la maladie. Ce n'est surtout pas un parcours de soins obligé !

Il faudra faire attention à l'aspect répressif, à l'instrumentalisation économiste de la notion de parcours.

Les arguments en faveur du parcours de santé : notion qui responsabiliserait, obligerait au dialogue entre soignants et HUC, soignés, réintroduirait la parole de la personne dans le dialogue, obligerait à prendre en compte le contexte de vie.

Approche de partage, pratique collective et multidisciplinarité.

Prise en compte d'une expertise profane des usagers.

Variables potentielles à faire évoluer : du paiement à l'acte au paiement au forfait, les nouveaux modes de rémunération, les HUC peuvent faire eux-mêmes des propositions et pas avoir juste le choix d'entrer ou non dans ce fameux parcours.

Le territoire : danger de découper les régions en multiples territoires administratifs ou personne ne s'y retrouve. Il faut travailler sur des territoires consacrés par l'usage.

Nous partageons un gros intérêt pour la notion positive de « Parcours de santé » mais il faut laisser une certaine souplesse.

Le meilleur de l'éducation thérapeutique : « *Tenter de faire se rejoindre la maladie du médecin et la maladie du malade* »

L'approche moderne empêche cette rencontre car elle creuse le fossé : du côté du médecin.

IV. Conclusion

C’est la première fois que nous défrichons le « Parcours de santé ». C’était un défi et nous pouvons dire que le pari est réussi pour l’Institut Renaudot, au vu de la richesse des échanges et des rencontres entre des partenaires divers.

La question que nous vous posons est : est-ce que l’on ferme le débat ici ou est-ce que nous continuons ensemble ?

L’assemblée confirme qu’il faut surtout continuer ! Créer le dialogue, la confrontation d’idées, car il faut être proposant dans ce travail de réflexion autour de la notion de parcours de santé, si nous voulons vraiment des innovations dans ce domaine.

Le SPASM exprime son accord pour continuer mais en faisant en sorte que plus d’usagers et d’élus soient là !

Nous prenons donc rendez-vous pour une rencontre d’évaluation et de mise en perspectives de tous les co-organisateurs, puis rapidement nous proposerons une suite à l’assemblée présente.

V. La liste des participants

Nom	Prénom	Structure
ANTOINE	Martine	Maison de la prévention de Fontenay Sous Bois
BALLAS	Agnès	FORESCO
BARRETEAU	Andrée	Agence Régionale de Santé d'Ile de France
BERNARD	Chantal	Maison des Réseaux Sud Isère
BEYNEY	Inès	Réseau Voironnais Territorial
BISSON	Jean-Bernard	Maire de la Ville de Mareil Marly
BRION	Gilberte	Génération 13
BUISSON	Yves	Ville de Montreuil
CACOT	Pascal	Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale
CAILLET	Lucie	Réseau d'Actions Locales en Santé Nord Pas-de-Calais
CASSIN	Denise	Sida info service
CREGUT	Nathalie	CAP GEMINI
DEILHES	Sylvie	Réseau REVESDIAB
DOMENECH	Albert	AGECA
EMERAUD	Solène	Ville de Bobigny
EUSTACHE	Lionel	Réals Nord-Pas-de-Calais
FAIBIS	Isabelle	Agence Régionale de Santé d'Ile de France

GALLI	Mariela	Institut Renaudot
GARCIA	Françoise	Ville de Fontenay sous Bois
GOBLET LEGENDRE	Françoise	réseau de soins palliatifs PALLIAVIE
GUERROUMI	Hassina	ANDIDENT Nord-Pas-Calais
GUILBERTEAU	Anne	Fondation Croix Saint Simon
HAMEL	Françoise	Génération 13
KIAYA	Caroline	Maison de la Santé Saint Quentin en Yvelines
LE CHANU	Aurélie	Association Riam
LE CHANU	Aurélie	Association Riam
LEBOURDAIS	Perrine	Institut Renaudot
LEFEVRE	Philippe	Réseau santé mentale d'Evry
LHENRY	Florence	Réseau Constellation
LOPEZ	Richard	Fédération Nationale des Centres de Santé
MENAGER	Marie-Pierre	Agence Régionale de Santé
MENARD	Didier	Fédération des Maisons de Santé d’Ile de France
MULLER	David	Réseau santé mentale d'Evry
MUSSO	Stéphanie	ACSBE
PISSARRO	Bernard	Institut Renaudot
POUSSET	Henri	Génération 13

QUINIO	Christine	GCS Revesdiad Romdes
RICHARD	Patrice	ARS Aquitaine
ROZIER	Françoise	Réseau diabète SAVEDIAB
SAGOT	Josette	Reals Nord Pas-de-Calais
SAGOT	Jean-Claude	Reals Nord Pas-de-Calais
SALVATOR	Jacques	Maire de la Ville d'Aubervilliers
SCHAPMAN	Julie	Centre de Santé RC Vaillant Grande Synthe
SCHOENE	Marc	Institut Renaudot
SENDRE	Lise	Reals Nord Pas-de-Calais
VALOIS	Marie-Françoise	SPASM
VARROUD-VIAL	Michel	Union Nationale des réseaux de Santé
VICTOR	Nathalie	Conseil Général de Seine-Saint-Denis
VIET	Dominique	Communauté d'Agglomération la Brie Francilienne
VOIZARD	Pierre	Réseau REVESDIAB
ZEITOUN	Hélène	Association Communautaire Santé Bien-Etre
YAO BI DJE	Agefosyn	FASCOM-CI Côte d'Ivoire

Annexes

LE PLAN STRATÉGIQUE RÉGIONAL DE SANTÉ (PSRS)

(extraits « recomposés » – ITR)

Objectif : GARANTIR A CHAQUE FRANCILIEN UN *PARCOURS DE SANTE LISIBLE, ACCESSIBLE ET SECURISE*

Le parcours de santé désigne, *de façon plus globale (que le parcours de soins), le parcours de vie de la personne dans tous les aspects qui concernent sa santé : parcours qui conduit donc d'une vaccination à une information sur les comportements à risque, d'un dépistage à une prescription de contraception, d'une hospitalisation à un hébergement médico-social, etc.*

L'enjeu de l'**approche « par parcours »**, est de renforcer la coordination entre les différents acteurs impliqués auprès d'une personne, avant, après et bien sûr pendant la maladie. L'objectif est de permettre à la population un égal accès à la santé et pas seulement à la médecine.
La structuration du premier niveau de recours doit en effet favoriser l'accès aux soins, mais aussi à la prévention et, en lien avec les collectivités territoriales, aux services sociaux de proximité.

C'est donc un **parcours de santé** que nous devons organiser permettant une approche intégrée entre la prévention, le soin et la prise en charge médico-sociale. Cette démarche de qualité passe par un décloisonnement entre les différents professionnels et institutions. Nous devons notamment chercher à éviter les hospitalisations inutiles grâce à une prise en charge adaptée aux besoins de la personne.

1.1. Entrer au bon moment dans le parcours de santé

Entrer au bon moment, c'est avoir la garantie d'être pris en charge suffisamment tôt face à l'éventualité de la maladie. Pour cela nous voulons développer la vaccination (tuberculose, rougeole), améliorer le dépistage organisé du cancer du sein et du colon, ainsi que le dépistage du VIH. Dans le champ du handicap, le repérage des troubles dès la petite enfance permet des progrès plus importants. Entrer au bon moment dans le parcours de

santé, c'est aussi optimiser le suivi en routine pour anticiper et éviter les situations de crise, c'est réduire le nombre d'hospitalisations évitables (…)

1.2. Entrer au bon endroit dans le parcours de santé : structurer le premier niveau de recours aux soins préventifs et curatifs

Entrer au bon endroit, c'est pouvoir disposer d'un service de santé organisé de manière graduée et adaptée à ses besoins. La présence de médecins généralistes ainsi que d'autres professions paramédicales nécessaires doit pour cela être organisée sur l'ensemble de la région et accessible à un tarif opposable.

Les soins non programmés nécessitent que la permanence des soins aussi bien ambulatoires qu'au sein des établissements de santé soit organisée de manière cohérente afin d'éviter d'avoir recours inutilement aux urgences.

Les soins programmés dispensés ne nécessitent pas par contre cette proximité. Ils doivent être assurés dans un environnement de technicité permettant de disposer d'équipes ayant une taille critique et un volume d'activité qui garantisse la bonne utilisation d'équipements performants.

1.3. Bénéficier d'un parcours adapté à ses besoins.

1.3.1. Garantir l'accessibilité des parcours de santé...

1.3.1.1. Equilibrer la répartition géographique de l'offre de santé

1.3.1.2. Garantir l'équité financière

1.3.1.3. Assurer la disponibilité des soins pour les besoins non programmés

1.3.2. Prévenir les ruptures dans les parcours de santé, renforcer la cohérence et la gradation des prises en charge

1.3.2.1. Mieux coordonner chaque étape du parcours de soins

1.3.2.2. Concilier proximité et technicité

1.3.3. Garantir le respect de la personne, de son autonomie et de ses droits

1.3.3.1. Respecter le libre choix des personnes en faveur du maintien à domicile

1.3.3.2. Encourager les services d'appui à l'insertion des personnes handicapées

1.3.3.3. Mobiliser de nouveaux outils au service du respect des droits des usagers

1.4. Pathologies et populations : les parcours de santé prioritaires pour l'ARS

1.4.1. Pour les enfants et les jeunes, mettre l'accent sur la prévention

1.4.1.1. Lutter contre la mortalité infantile

1.4.1.2. Assurer l'équité dès le départ, en partenariat avec les acteurs de l'enfance

1.4.1.3. Promouvoir la santé des jeunes

1.4.2. Pour les pathologies chroniques et la santé mentale, promouvoir une approche globale de la
Personne
1.4.2.1. Face aux maladies chroniques, assurer une prise en charge transversale et coordonnée
1.4.2.2. Promouvoir une vision globale et adaptée de la santé mentale
1.4.3. Rapprocher les parcours de santé des besoins des populations spécifiques
1.4.3.2. Prendre en compte les besoins spécifiques engendrés par le vieillissement
1.4.3.3. Assurer une prise en charge globale des difficultés liées au handicap

Bénéficier d'un parcours de santé sécurisé, c'est être assuré que les différents moments et lieux de l'intervention sont bien en cohérence, que chaque étape du parcours de la personne soit bien articulée, de la prévention aux soins, de la ville à l'hôpital puis au service de soins de suite et de réadaptation, si nécessaire et jusqu'au retour à domicile. Le développement de filières et la mise en oeuvre de réseaux de soins répondent à cet objectif.
Des populations particulières doivent bénéficier en priorité d'un parcours de santé organisé, coordonné et adapté ; soit parce que l'action auprès d'elles est déterminante pour l'avenir (la petite enfance, les jeunes), soit que leur prise en charge s'inscrit souvent dans la durée (malades chroniques, personnes souffrant de troubles mentaux) ou parce qu'elles sont plus fragiles (populations en grande précarité, personnes âgées, personnes handicapées).

°°°

GLOSSAIRE DES SIGLES UTILISES

ACSBE : Association Communautaire Soins-Santé-Bien-être

Ardepass : Association de Recherche et de DEpistage des PAthologies du Sein en Seine-Saint-Denis

ARS : Agence Régionale de Santé

CCAS : Centre Communal d'Action Sociale

CISS : Comité Inter-associatif Sur la Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Des Affaires Sanitaires Et Sociales

EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESPT : Elus, Santé Publique et Territoires

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FEMASIF : Fédération des maisons de santé d'ile de France

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire

HUC : Habitants-Usagers-Citoyens

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

MAIA : Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer

NMR : Nouveaux Modes de Rémunération

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PLP : Projets Locaux de Prévention

PPS : Plan Personnalisé de Santé

PRE : Projet de Réussite Educative

PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé

Réals : Réseau des Actions Locales de Santé du Nord- Pas de Calais

RSA : Revenu de Solidarité Active

SPASM : Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale

SROS : Schéma Régional de l'Organisation des Soins

SROMS : Schéma Régional de l'Organisation Médico-Sociale

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile