Bourgogne
Conseil économique et social

SAISINE DE L'EXECUTIF

« Le rôle de la Région en matière de santé »

AVIS

présenté par

Jean-Louis BILLET et Michel MARTIN

Membres de la Commission n° 4

« Relations européennes et internationales, Habitat, Culture, Sports et loisirs, Santé et politiques sociales »

Chargée d'études
Magali LENOIR

SEANCE PLENIERE DU 26 OCTOBRE 2005

Conseil économique et social de Bourgogne
17, boulevard de la Trémouille - B. P. 1602 - 21035 Dijon cedex - Tél : 03 80 44 34 32 - Fax : 03 80 44 33 09
e-mail : cesr@cr-bourgogne.fr **www.cr-bourgogne.fr**

REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AUDITIONNEES

Guy BARADEL, vice-président du RESIC Vingeanne à Fontaine-Française

Jean-Pierre BOUHELIER, représentant de la CFDT Santé

Isabelle BURON, psychologue - Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

Jacqueline BOUSQUET, médecin anesthésiste-réanimateur, vice-président de la Commission médicale d'établissement du Réseau de Santé du Haut Nivernais à Clamecy

Stéphane CASSET, médecin coordonnateur du Réseau de Santé du Haut-Nivernais à Clamecy

Dominique CHAPUIS, médecin généraliste à Montchanin, secrétaire de l'UPMLB et secrétaire général de l'URMLB

Cyril CHAUX, animateur au Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

Sylvaine CLAVEL, médecin au réseau de prévention du diabète de Hôpital du Creusot

Carole COLIN, directrice de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne

Joëlle DAMBRIN, assistante sociale au Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

Christiane DAZY, infirmier(e) coordinatrice au réseau de gérontologie du Charolais

Fabrice DEFFUNT, directeur des soins infirmiers au Réseau de Santé du Haut-Nivernais à Clamecy

Jean-François DODET, médecin-inspecteur régional de la DRASS de Bourgogne

Pascal DURAND, responsable santé publique à l'URCAM

Marie FAUTRIER, assistante de direction au RSHN à Clamecy

Michel FILIDORI, président du Réseau de santé du Haut-Nivernais à Clamecy

Fabienne FREDERIC, coordinatrice gérontologie au RSHN à Clamecy

Martine FREMY, coordonnatrice - réseau de santé Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

Pierre GRAS, neurologue au CHU de Dijon et à la Clinique de Talant

Jacques GUILLEMAIN, maire de Moulins-Engilbert

Béatrice GOUYON, responsable de la cellule d'évaluation du réseau périnatalité au C.H.U. de Dijon

Frédéric JACQUETIN, médecin généraliste remplaçant au Réseau de Santé du Haut-Nivernais à Clamecy

Gérard JANIN, médecin, président du Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

Victor LARGER, médecin généraliste et promoteur du réseau LISA (LIen, Soin, Accompagnement)

Jean-Paul LAMBOURG, médecin et président de l'association de santé de Moulins-Engilbert

Pierre MAGNIER, représentant FO

Jacques MARCHET, gynécologue à la Clinique Sainte-Marthe et président de la section spécialiste de l'UPMLB

Daniel MARIE, directeur général du C.H.U. de Dijon

Nadine MIELCAREK, secrétaire du RESIC Vingeanne

Robert MORY, président de l'Association des usagers du Réseau de Santé du Haut-Nivernais

Frédérique MUGNIER, cadre infirmier(e), représentante CGT

Yves NAIZOT, directeur général de l'action sociale – mairie de Chenôve

Marie PICARD, représentante du projet « petit à petit » sur l'accompagnement à la naissance

Claude PLASSARD, médecin et président du réseau gérontologique/CLIC de Haute Côte-d'Or

Chantal PLEUVERAUX, sage-femme réseau/PMI au Réseau de Santé du Haut-Nivernais à Clamecy

Sophie POMMIER, pharmacienne à Moulins-Engilbert et présidente du Réseau de Santé du Pays Nivernais-Morvan

Jean-Pierre RIFLER, médecin urgentiste en zone rurale (Montbard et Châtillon)

Marie-Françoise ROBERT, responsable de l'Antenne d'accueil médical de la SDAT

Pierre ROUTHIER, directeur de l'URCAM

Isabelle SCHOUTITH, psychologue clinicienne au RSHN à Clamecy

Françoise TENENBAUM, conseiller régional, vice-présidente déléguée à la santé publique et aux établissements de soins de Bourgogne

Docteur Monique TITTON, médecin coordonnateur du réseau régional de cancérologie

Sophie VALDENAIRE-RATTO, responsable du service aménagement du territoire au Conseil régional

COMMISSION N° 4

« Relations européennes et internationales, habitat, culture, sports et loisirs, santé et politiques sociales »

Président

Kheira BOUZIANE représentant les associations de logement, famille, cadre de vie.

Vice-présidents

Jacques LOURY représentant la CGT.
Guy TOURDIAS représentant les organisations syndicales d'artisans.

Secrétaire

Nelly HOLLINGER représentant les associations caritatives.

Membres

Charles BARRIERE représentant les professions libérales de santé.
Jean-Louis BILLET représentant FO.
Pierre BODINEAU représentant le CREAI Bourgogne.
Alain DUROUX représentant la CFDT.
Armand GONNEAUD représentant les organisations syndicales d'artisans.
Vincent GUICHARD représentant les organismes culturels patrimoine.
Maddy GUY représentant l'Union sociale pour l'habitat en Bourgogne.
Claude KAROUBI représentant les organismes culturels culture vivante.
Michel MARTIN représentant la coopération et la mutualité.
Marie de MONJOUR représentant l'URIOPSS.
Michel MORINEAU représentant les associations de jeunesse et d'éducation populaire.
Jean-Pierre PAPET représentant le Comité régional olympique et sportif.

Sommaire

REMERCIEMENTS AUX PERSONNES AUDITIONNEES 2

COMMISSION N° 4 3

INTRODUCTION 6

CHAPITRE UN :
ELEMENTS DE CADRAGE DE LA DIMENSION REGIONALE DE LA POLITIQUE DE SANTE 7

1.1. L'Observatoire régional de la santé : un état des lieux de la santé en Région 8
1.2. Le Programme régional de santé : une démarche participative 8
1.3. Les Unions professionnelles des médecins libéraux de Bourgogne 9
1.4. L'Agence régionale d'hospitalisation : une instance de régulation de l'offre 9
1.4.1. Le Schéma régional d'organisation sanitaire : un outil de planification 10
1.4.2. Les axes du plan « Hôpital 2007 » 11
1.5. L'Union régionale des caisses d'assurance maladie : un pilotage de la médecine de ville 11
1.6. La Mission régionale de santé : un programme de travail à l'échelle régionale 12
1.7. Le projet d'Agence régionale de santé : un pilotage unifié du secteur hospitalier et ambulatoire, et une meilleure cohérence des soins 12

CHAPITRE DEUX :
DIAGNOSTIC DE SANTE EN BOURGOGNE : DES BESOINS CROISSANTS, UNE OFFRE INEGALEMENT REPARTIE SUR LE TERRITOIRE : UNE ATTENTE FORTE DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS 13

2.1. Une demande de santé de plus en plus forte en Bourgogne 13
2.1.1. Une population vieillissante, proportionnellement plus nombreuse en zone rurale 13
2.1.2. Une proportion forte de comportements à risques avec des décès prématurés 13
2.1.3. Les principales causes de décès en Bourgogne 13
2.1.4. La prévention et l'éducation à la santé : un enjeu pour lutter contre la surmortalité 14
2.2. Une offre de soins en baisse et mal répartie sur le territoire 14
2.2.1. Des professionnels peu nombreux et inégalement répartis sur la Région 14
2.2.2. Des perspectives démographiques inquiétantes : des départs en retraite massifs et des jeunes peu attirés par ces métiers 15
2.2.3. Un maillage géographiquement inégal entre les établissements hospitaliers et l'organisation des urgences 16

CHAPITRE TROIS :
DE NOUVEAUX TERRITOIRES DE SANTE A LA MISE EN PLACE DE RESEAUX : POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE 19

3.1. La réorganisation des soins et l'identification de territoires de santé mieux adaptés aux besoins des usagers 19
3.1.1. Encourager le regroupement des professionnels : l'exemple d'une maison médicale pluridisciplinaire dans le pays nivernais 19
3.1.2. Répondre aux besoins sanitaires et sociaux des patients par une organisation des soins en réseau 21
3.1.3. L'identification des territoires de vie organisés autour d'un hôpital local et d'établissements de santé publics et privés 28
3.1.4. Développer la télémédecine : un outil technologique de « proximité virtuelle » 30
3.2. Sensibilisation, responsabilisation et éducation : les Bourguignons acteurs de leur santé 31
3.2.1. Les trois grands axes de la politique de prévention 31
3.2.2. Le dépistage, la prévention et la prise en charge du diabète de type 2 32

CHAPITRE QUATRE :
UNE EVOLUTION DU ROLE DU PATIENT, DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'APPARITION DE NOUVEAUX BESOINS DE FORMATION 33

4.1. Le patient au cœur du dispositif de santé 33
4.1.1. La loi du 4 mars 2002 : une volonté du législateur de donner au patient un accès à l'information médicale 33
4.1.2. La charte de l'engagement : une implication des patients dans les réseaux de santé 34
4.1.3. L'identification des besoins médicaux et sociaux du patient : une écoute active des professionnels de santé 34
4.1.4. Vers une prise en charge globale du patient : le dossier médical partagé 35
4.1.5. La mise en place d'un suivi individualisé du patient 35
4.1.6. La base de « données sociales » 36

4.2. Une collaboration entre professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux inscrite dans le cadre d'un projet de santé sur le territoire 36
4.2.1. L'élaboration d'un projet de santé : une approche collective des professionnels de santé afin d'apporter une réponse globale sur un territoire 36
4.2.2. Un nouveau mode d'organisation et de coordination fondé sur une logique de complémentarité des pratiques professionnelles au service du patient 37
4.2.3. L'élaboration de référentiels communs : une volonté de partager les informations relatives aux patients 38
4.2.4. L'aspect formation, la diffusion de savoirs scientifiques : une recherche continue d'amélioration de la qualité des soins dispensés 38
4.2.5. La mise en place de procédures d'évaluation des actions de santé 38

4.3. Identification de nouveaux métiers liés à la gestion des réseaux de santé et des maisons médicales 39
4.3.1. Les profils de poste : l'animateur réseau et l'infirmier(e) coordonnatrice 39
4.3.2. La proposition d'une nouvelle formation adaptée : le mastère « management des réseaux de santé » 41

CONCLUSION 42

PROPOSITIONS 43

LISTE DES ACRONYMES 52

BIBLIOGRAPHIE 54

INTRODUCTION

Le système de santé français a été considéré par l'OMS comme l'un des plus performants au monde. Toutefois, ce système repose sur un paradoxe : il est confronté à la difficulté de concilier la liberté d'installation et de choix de son lieu d'exercice par les professionnels de santé et la volonté d'offrir le même accès aux soins à tous les Français. Cette contradiction a entraîné de nombreuses disparités entre les territoires selon leur attractivité. Ce déséquilibre, accru par les inégalités sociales de santé, est encore plus marqué dans les territoires ruraux.

Ce phénomène soulève bien des interrogations, en particulier celle du respect d'un principe fondamental : l'égalité à l'accès aux soins.

Les réformes du système de santé s'inscrivant dans le cadre de l'acte 2 de la décentralisation introduisent un certain nombre d'évolutions dont il convient désormais de mesurer l'impact. Les enjeux propres à chaque région sont autant de facteurs qui militent pour une territorialité dans l'élaboration des politiques de santé.

Le Président du Conseil régional a souhaité recueillir l'avis du CESR sur ce que pourrait être le rôle de l'Institution régionale dans la définition et la mise en œuvre d'une véritable politique de santé en Bourgogne. Ce sujet se situe depuis fort longtemps au cœur des préoccupations du CESR qui, dès 1992, au travers d'avis successifs (« la pauvreté précarité en Bourgogne »[1] ; « les emplois de proximité »[2] ; « l'illettrisme en Bourgogne »[3] « le vieillissement de la population bourguignonne et la prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formations »[4] ; « les exclus en Bourgogne »[5] ; et plus récemment encore « la santé en Bourgogne au vu des réformes en cours »[6]) a formulé un grand nombre de propositions susceptibles de préfigurer un programme d'actions.

L'heure n'est plus simplement au constat, le vieillissement de la population est un fait avéré qui engendre une augmentation des besoins de santé et des attentes de plus en plus fortes des Bourguignons vis-à-vis du système de santé. Le nouveau défi pour la Bourgogne consiste par conséquent à proposer une offre capable de satisfaire les nouveaux besoins identifiés tant sur le plan médical que social.

Pour répondre à la demande qui lui a été formulée, le CESR a examiné dans un premier temps le système de soins traditionnel en son état actuel sur le territoire. Il a pu ainsi mettre en évidence les limites mais aussi les actions innovantes qui permettraient d'envisager une meilleure prise en charge du patient, une réorganisation du système de santé voire une recomposition du paysage sanitaire (chapitres un, deux et trois). Le CESR s'est ensuite interrogé sur la pertinence de ces modes d'organisation et leur capacité à structurer l'offre de soins de proximité sur un espace géographique donné. Il s'est attaché à déterminer la place occupée par le patient au sein du processus et à observer les méthodes de coordination et de travail mises en place par les professionnels pour leur permettre de passer d'un exercice individuel de leur métier à une approche plus collective (chapitre quatre).

Les changements émergents observés dans les pratiques professionnelles, tant en termes de tâches que de compétences, donnent matière à préconisations. Il s'agit véritablement pour le CESR de contribuer à instaurer une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.

---

[1] Avis du CESR du 16 février 1992 6 Rapporteur : Nelly HOLLINGER
[2] Avis du CESR du 16 février 2001 - Rapporteur : Robert FORCE
[3] Avis du CESR du 16 avril 2002 - Rapporteur : Nelly HOLLINGER
[4] Avis du CESR du 26 septembre 2002 - Rapporteur : Charles BARRIERE
[5] Avis du CESR du 23 juin 2003 - Rapporteur : Bernard QUARETTA
[6] Communication du CESR du 16 juin 2004 - Rapporteur : Michel MARTIN

CHAPITRE UN :
ELEMENTS DE CADRAGE DE LA DIMENSION REGIONALE DE LA POLITIQUE DE SANTE

Initiée au début des années quatre-vingts, la politique de santé au niveau régional a visé à observer et identifier les besoins en matière de santé des populations (observatoires régionaux de santé) puis plus particulièrement les spécificités propres à chaque territoire dans le cadre d'une démarche participative (Programme Régional de Santé (PRS)) avec la mise en place d'un outil de planification de l'offre de soins hospitalière (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)).

Enfin, les ordonnances dites « Juppé »[7] de 1996 marquent un tournant dans ce processus et conduisent à intégrer la **dimension territoriale** dans les **politiques de santé publique**. Elles institutionnalisent la politique régionale de santé en créant **deux instances de pilotage** : l'**Agence Régionale d'Hospitalisation** (ARH) et l'**Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie** (URCAM). L'**ARH** organise l'offre de soins dans le secteur hospitalier et dispose d'un instrument de planification, le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (**SROS**). L**'URCAM** se concentre sur la prise en charge de la médecine de ville, coordonne l'action des caisses d'assurance maladie et développe une politique de gestion du risque dans le cadre du Programme Régional d'Assurance Maladie (**PRAM**).

Ceci vise à **structurer** les **actions de santé** publique et à mettre en place une articulation entre la Région et l'Etat. L'implication de tous les acteurs -représentants de l'Etat, de l'Assurance Maladie, des professionnels de santé, des usagers professionnels et des citoyens- dans une telle démarche a permis de mieux identifier également les besoins des populations, d'apporter une **réponse adaptée** aux **spécificités régionales** mais aussi de **construire** une **« culture de la santé »** sur le territoire régional.

Cependant, le cloisonnement entre le secteur hospitalier et la médecine de ville reste important. Aussi, dans un souci d'une **meilleure cohérence des soins de santé**, le législateur prévoit d'instaurer un **pilotage unifié en région** (hôpital et médecine de ville) et de créer une **Agence Régionale de Santé** (ARS) chargée de définir et mettre en place une véritable politique de santé en région.

[7] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

1.1. L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE : UNE VOLONTE D'OBSERVER L'ETAT DE SANTE DES POPULATIONS DANS LA REGION

Les rapports PISSARRO et GREMY[8] puis GIRAUD[9] proposent de mieux identifier les besoins sanitaires et sociaux des populations au niveau régional. Les pouvoirs publics créent des Observatoires Régionaux de Santé (ORS)[10] chargés d'identifier des priorités de santé au niveau régional et de proposer une réponse adaptée aux besoins d'une population sur un territoire donné.

Encadré n° 1 : L'Observatoire Régional de la Santé

Les missions de l'Observatoire Régional de la Santé[11] en Bourgogne :

- ◊ collecter des données de santé,
- ◊ valoriser et diffuser des informations de santé,
- ◊ améliorer la connaissance dans les secteurs mal explorés spécifiques,
- ◊ apporter un appui aux acteurs.

Les outils proposés par l'ORS aujourd'hui :

- ◊ la base de données SCORE santé,
- ◊ l'état de santé en Bourgogne : la « santé observée »,
- ◊ les fiches thématiques (diabète, cancer, addictions, santé mentale),
- ◊ le bulletin « Santé en Bourgogne ».

1.2 LE PROGRAMME REGIONAL DE SANTE : UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE

Suite aux propositions du rapport HENRARD[12] un **transfert** d'une partie de la **politique de santé est fait vers les régions.** Les Programmes Régionaux de Santé (PRS) sont créés comme « *outils privilégiés de la mise en œuvre des priorités régionales de santé* »[13]. Ils concernent aussi bien les champs de la prévention, de l'éducation pour la santé que ceux du soin et de l'insertion.

Les priorités régionales sont identifiées dans le cadre d'une **démarche participative**. Tous les acteurs concernés par la santé, décideurs (Etat, assurance maladie et collectivités locales), institutions, professionnels et associations de citoyens et d'usagers, sont associés au processus d'élaboration de la politique régionale de santé. Centrés **sur les besoins des populations** et reposant sur des **approches plus globales**, transversales et partenariales, ces programmes visent à favoriser l'émergence de **nouvelles pratiques des professionnels** et des institutions. De plus, des territoires prioritaires au regard d'indicateurs de santé particulièrement défavorables peuvent être identifiés et contribuer ainsi à la réduction des inégalités infrarégionales.

[8] ***« Propositions pour une politique de prévention*** », Rapport du Haut Comité de la Santé Publique du ministère de la Santé, PISSARRO et GREMY Paris, La documentation française, Paris, 1982
[9] ***« La santé choisie »*** Commissariat général au Plan, Rapport GIRAUD, La documentation française, 1983
[10] Circulaire n° 245 du 28 juin 1985
[11] http://www.ors-bourgogne.org
[12] ***« Stratégie pour une politique de santé »***, Rapport coordonné par Jean-Claude HENRARD du Haut Comité de la Santé Publique, décembre 1992
[13] Circulaire n° 97-731 du 20 novembre 1997 de la Direction Générale de la Santé

Encadré n° 2 : Les objectifs du Plan régional de santé publique 2004-2008

- ◊ lutter contre les déterminants sociaux et comportementaux défavorables à la santé
- ◊ améliorer les facteurs de l'environnement, le dépistage et le suivi des pathologies chroniques ou causes de handicap et d'incapacité (asthme, diabète, cancers…),
- ◊ améliorer la prévention et la prise en charge de la souffrance psychique,
- ◊ construire un outil de la connaissance permettant d'inscrire la politique de santé dans la durée,
- ◊ construire un service régional d'éducation pour la santé,
- ◊ alerter et gérer des situations d'urgences sanitaires.

1.3. LES UNIONS PROFESSIONNELLES DES MEDECINS LIBERAUX DE BOURGOGNE

Les Unions Professionnelles des Médecins Libéraux sont des organismes de droit privé régis par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 dite loi Teulade. Cet organisme est le seul parmi les professions de santé à représenter l'ensemble des personnes issues d'un même corps médical. En 1993, les professionnels de la médecine de ville s'organisent et créent les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML) [14] qui dotent la médecine de ville d'une représentation autour de la promotion de la qualité des soins de santé.

Encadré n° 3 : L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne

Ses actions ont pour objectif :

- la valorisation de la médecine libérale à travers l'engagement dans des débats sanitaires régionaux,
- la réalisation d'enquêtes et d'analyses,
- le développement de rencontres et d'échanges.

Les implications de l'UPMLB :

- la revue mensuelle « Ressource » base de données SCORE santé,
- l'enquête « de l'étudiant au médecin entre désir et réalité » (octobre 2002),
- l'enquête sur « l'avenir de la démographie médicale » (juin 2004).

1.4 L'AGENCE REGIONALE D'HOSPITALISATION : UNE INSTANCE DE REGULATION DE L'OFFRE

Les ordonnances du 24 avril 1996 ont créé l'Agence Régionale d'Hospitalisation[15] (ARH). Elle a vocation à gérer le dispositif de **régulation de l'offre des soins hospitaliers et la planification hospitalière**.

Elle est chargée de « *définir et de mettre en œuvre la politique régionale de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources* » (art L 6115-1 du Code de santé publique). Elle permet une **meilleure coordination des actions de santé**.

[14] www.upmlbourgogne.org
[15] www.arh-bourgogne.f

1.4.1. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire : un outil de planification

Le législateur propose de donner un contenu plus qualitatif à la planification sanitaire en instaurant un nouvel outil de pilotage des politiques de santé en région : les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires[16] (SROS). Elaborés par la DRASS, ils deviennent des outils de planification pour l'ARH à partir de 1996. Ils tracent les **grandes orientations** à cinq ans de la politique hospitalière.

Une distinction peut être faite entre trois SROS :

- ◊ SROS de « **première génération** » qui propose une **photographie de l'offre hospitalière** sur la région et une étude quantitative avec des données à caractère épidémiologique.
- ◊ SROS dit de **« deuxième génération »** qui développe un **instrument** de **planification des soins** (étude qualitative) avec une recherche de **complémentarité** entre l'**hôpital et l'ambulatoire**. Ceci conduit à l'identification de contrats d'objectifs et de moyens se concrétisant par la signature d'un projet d'établissement.
- ◊ SROS **« de troisième génération »** qui propose une approche **globale de la santé** autour de la prise en charge du patient sous trois aspects : **les soins préventifs, curatifs et palliatifs** avec l'appui des secteurs sanitaires et médico-sociaux.

Encadré n° 4 : Le SROS en Bourgogne

Elaboration du SROS I :

- ◊ mettre en œuvre une politique de concertation entre les membres,
- ◊ définir les principes du réseau de soins de santé hospitalier.

Elaboration du SROS II :

- ◊ élargir les travaux du SROS (SROS Général, SROS Urgences, SROS Soins de santé de proximité, SROS Cancérologie et SROS psychiatrie),
- ◊ structurer les réseaux de soins de santé hospitaliers autour de thématiques transversales,
- ◊ proposer des pistes de travail autour de quelques thématiques transversales : la prise en charge des pathologies coûteuses, la réponse aux besoins de proximité, la réduction des dysfonctionnements et une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

Les objectifs à moyen terme (2005-2010) (SROS III) :

- ◊ améliorer l'offre de soins en la structurant autour de territoires de "proximité" (*secteurs psychiatriques, gériatriques...),*
- ◊ définir des plateaux techniques (*chirurgie, urgences, réanimation*).

Le **SROS détermine le découpage territorial**, évalue et analyse les besoins de chaque territoire sanitaire et de coopération, puis propose une organisation de l'offre hospitalière publique et privée qui réponde aux besoins de manière optimale selon une **organisation graduée en trois niveaux.**

Si l'ARH permet une meilleure coordination entre établissements de santé, elle se concentre sur le domaine hospitalier et sur la restructuration de l'offre hospitalière. Ceci entraîne donc un cloisonnement entre secteur hospitalier et médecine de ville.

[16] Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991

1.4.2. Les axes du plan « Hôpital 2007 »

Les hôpitaux locaux en Bourgogne sont nombreux (25) et constituent le premier niveau de proximité de recours aux soins. Dès lors, il apparaît nécessaire de redéfinir leurs missions d'hôpital en parfaite articulation avec les personnes dont ils ont la charge.

Encadré n° 5 : Le Plan « Hôpital 2007 »

- ◊ harmoniser les modes de financement des établissements de santé,
- ◊ simplifier l'organisation et le fonctionnement du système de santé,
- ◊ moderniser la gouvernance hospitalière,
- ◊ relancer l'investissement hospitalier.

1.5. L'UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE : UN PILOTAGE DE LA MEDECINE DE VILLE

L'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) est une **structure inter régimes** responsable de la **coordination de l'action des caisses et du développement d'une politique de gestion du risque.** Elle se concentre sur la gestion des organismes de la médecine de ville afin d'offrir des soins ambulatoires tout en **maîtrisant les dépenses de santé.** Suite à l'adoption en août 2004 de la loi de santé publique, elle contribue à la politique régionale de santé conduite par l'Etat et dans ce cadre elle priorise les actions de prévention dont le financement est assuré par l'assurance maladie. (cf. encadré n°6).

Depuis novembre 2003, un **Comité Régional des Réseaux (CRR)** rassemble les représentants des services de l'Etat, des organismes d'assurance maladie, des collectivités territoriales, des professionnels de santé et médico-sociaux, des usagers et des personnes qualifiées. Il émet un avis consultatif sur les orientations régionales pour le financement des réseaux. **La Cellule d'Appui aux Réseaux** (CAR) fonctionne depuis janvier 2001. Elle examine les projets de réseaux de santé en Bourgogne et instruit les dossiers. Un secrétariat[17] coordonne les actions (instruction des projets, animation de CAR et CAP, préparation des décisions).

Une analyse de la couverture géographique des dossiers financés par le FAQVS entre 2000 et 2004 réalisée par l'URCAM révèle que les principaux bénéficiaires sont les départements de la Côte-d'Or (38 % en 2004) et de la Saône-et-Loire (31 % en 2004). Un certain nombre de projets régionaux sont également financés au niveau régional, 17 % en 2004 (source URCAM).

Encadré n°6 : Missions de l'URCAM

En région Bourgogne, les missions de l'URCAM :

- ◊ coordonne la politique de maîtrise médicalisée et l'évolution des dépenses de santé des organismes d'assurance maladie afin de fournir la meilleure qualité des soins au meilleur prix,
- ◊ entretient un partenariat avec les professionnels de santé (Commissions paritaires régionales et Union professionnelle des médecins libéraux).

[17] Il est composé d'un représentant de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et de l'URCAM.

Les actions en Bourgogne :

- ◊ soutient et finance les réseaux de soins avec la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR), en coordination avec l'ARH,
- ◊ finance des actions pour améliorer la qualité et coordonner les soins de ville – par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville[18] (FAQSV),
- ◊ crée des outils pour les promoteurs de réseaux (guide) et diffuse des communications (« lettre des réseaux » : sclérose en plaques, obésité),
- ◊ réalise des auditions et des évaluations de réseaux.

1.6. LA MISSION REGIONALE DE SANTE : UN PROGRAMME DE TRAVAIL A L'ECHELLE REGIONALE

Afin d'appréhender de manière globale la **trajectoire de soins des patients** en intégrant les **dimensions préventives et palliatives** et plus seulement curatives, une **Mission Régionale de la Santé** (MRS) a été créée en Bourgogne.

Constituées entre les Agences Régionales de l'Hospitalisation et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie, les Missions Régionales de Santé ont été instaurées par la **loi du 13 août 2004.** Elles s'inscrivent dans le cadre de la réforme de l'Assurance Maladie (*J.O. du 17 août 2004)*. Elles sont chargées **«** *de préparer* ***la coopération et le rapprochement*** *de ces deux instances, ainsi que* ***d'exercer les compétences conjointes à chacune*** **».**

1.7. LE PROJET D'AGENCE REGIONALE DE SANTE : UN PILOTAGE UNIFIE DU SECTEUR HOSPITALIER ET AMBULATOIRE ET UNE COHERENCE DES SOINS

Cette Agence Régionale de Santé pourrait regrouper l'Agence Régionale d'Hospitalisation et l'URCAM et conduirait à une **coordination entre les secteurs hospitaliers et la médecine de ville.** Cette autorité serait la **représentation unique du ministère de la Santé et de l'Assurance maladie** et l'interlocuteur unique des professionnels de santé.

Elle devrait permettre de rapprocher l'offre de soins et la santé publique et d'impliquer davantage les professionnels de la santé, hospitaliers et libéraux, dans des **actions de prévention et d'éducation pour la santé.**

[18] Créé le 23 décembre 1998 par la loi 98-1194 de financement de la sécurité sociale, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville vise à financer des actions concourant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville, à améliorer les pratiques professionnelles et leur évaluation et aussi à mettre en place et à développer des formes coordonnées de prise en charge en particulier des réseaux de soins liant des professionnels de santé de ville à des établissements.

CHAPITRE DEUX :
DIAGNOSTIC DE SANTE EN BOURGOGNE : DES BESOINS CROISSANTS, UNE OFFRE INEGALEMENT REPARTIE SUR LE TERRITOIRE ET DES ATTENTES FORTES DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS

2.1. UNE DEMANDE DE SANTE DE PLUS EN PLUS FORTE EN BOURGOGNE

2.1.1. Une population vieillissante, plus nombreuse en zone rurale

En 2000, l'espérance de vie est de 82.7 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes. 25 % des Bourguignons ont plus de 60 ans contre 20 % en moyenne au niveau national. La part des plus de 75 ans a progressé de 7 % entre 1990-1999 et celle des plus de 85 ans de 31 %. Enfin, 33 % de la population vit dans des communes rurales[19] (18 % au niveau national).

Cette tendance est liée à deux phénomènes : une meilleure prise en charge des besoins de cette population (CLIC, hospitalisation de jour, réseaux de soins, réseaux gérontologiques)[20] et un solde migratoire négatif. En effet, de nombreux jeunes adultes quittent la région et des retraités viennent s'installer en Bourgogne. Si ces tendances démographiques se poursuivent, la population devrait progresser légèrement jusqu'en 2010 puis diminuer. La population âgée en zone rurale passerait à 53 % d'ici les trente prochaines années.

2.1.2. Une proportion forte de comportements à risques entraînant des décès prématurés

Le nombre de **décès, qualifiés de « prématurés »**, avant l'âge de 65 ans reste **élevé** (18 % de l'ensemble des décès). Il est plus élevé que la moyenne nationale : de 25 % pour les hommes et de 11 % pour les femmes. Des écarts apparaissent en fonction de la localisation géographique des individus (Nièvre : 27 % et l'Yonne : 20 % au dessus de la moyenne régionale).

2.1.3. Les principales causes de décès en Bourgogne

L'ORS identifie les principales causes de **morts prématurées** : les cancers (39 %) dont les cardiopathies ischémiques[21], les traumatismes et empoisonnements (20 %), les maladies cardiovasculaires (15 %) ainsi que les pathologies associées à la consommation d'alcool (cirrhose du foie et psychose alcoolique...). Depuis le début des années 1990, la **surmortalité par cancer** touche surtout les hommes.

Les **pathologies cardiovasculaires** restent la première cause de décès. En Bourgogne, la mortalité liée aux cardiopathies ischémiques est supérieure à la moyenne nationale (+ 4 % en 1998-2000) et ce surtout dans la Nièvre (+ 23 %) et dans l'Yonne (+ 8 %). Une meilleure prise

[19] INSEE Bourgogne « ***Portrait statistique de la Bourgogne*** », février 2005, hors série.

[20] « ***Vieillissement de la population bourguignonne et prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formation*** » avis présenté par Charles BARRIERE le 26 septembre 2002. Sur l'ensemble du territoire, une réflexion a été menée afin de proposer aux patients atteints d'affections lourdes de bénéficier de nouvelles formes d'hospitalisation (hospitalisation à domicile ou de jour, réseaux de santé) mieux adaptées à leurs besoins et à leur volonté de rester dans leur environnement.

[21] Qui sont provoquées par une anémie locale, un arrêt ou une insuffisance de la circulation du sang dans un tissu ou un organe.

en charge des infarctus du myocarde « dans leur phase aigue » permettrait d'éviter un certain nombre de décès et un contrôle accru des facteurs de risque diminuerait les récidives.

Globalement, **les morts violentes** représentent 8 % des décès et sont en progression (+ 4 % entre 1998-2000) avec une part importante d'accidents de la route. La mortalité liée **au suicide** est supérieure à la moyenne nationale (24 % pour les hommes et 9 % pour les femmes). Elle est de près de 20 % pour les classes d'âges des 15 -34 ans.

Une étude de l'OMS (2001) sur données françaises révèle que la probabilité de décès en 1998 augmente lorsque la densité médicale de la région d'habitation diminue et que le lien est plus distendu avec les personnes les plus pauvres (revenu inférieur au revenu médian).

2.1.4. La prévention et l'éducation à la santé : un enjeu pour lutter contre la surmortalité

Une sensibilisation de la population à l'hygiène alimentaire et à une **pratique sportive plus régulière** pourrait réduire les risques d'apparition de maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète, obésité…). La faible consommation de fruits et légumes, le surpoids et l'obésité, le manque d'activité et la consommation d'alcool augmentent ces risques. En Bourgogne, 35 % des cancers dépistés pourraient être liés à une mauvaise hygiène alimentaire. 68 % des habitants ne consomment pas suffisamment de fruits et légumes, même si les femmes en consomment davantage. Un tiers des hommes et la moitié des femmes ne pratiquent pas 30 minutes de marche quotidienne et une heure d'activité physique par semaine.

.2. UNE OFFRE DE SOINS EN BAISSE ET MAL REPARTIE SUR LE TERRITOIRE

2.2.1. Des professionnels peu nombreux et inégalement répartis sur la Région

Une comparaison de la densité médicale pour trois professions -médecins généralistes, infirmiers diplômés d'Etat et masseurs-kinésithérapeutes-, présentée dans le tableau n°1 révèle la **position défavorable pour la Bourgogne** par rapport à la France métropolitaine mais aussi les inégalités entre départements.

Ainsi, la Côte-d'Or dispose de la plus forte densité pour les médecins généralistes. Ce résultat est lié en partie à la densité du département mais aussi à l'attractivité de la capitale régionale Dijon et à la proximité du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU). A l'inverse, la Nièvre dispose de peu d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes eu égard à la forte proportion de personnes âgées dans sa population.

Encadré n° 7: La densité en professionnels de santé libéraux en 2003

	France métropolitaine	Bourgogne	Côte-d'Or	Nièvre	Saône-et-Loire	Yonne
Médecins généralistes	114*	104	119	97	97	97
Infirmiers diplômés d'Etat	100	84	82	60	94	88
Masseurs-kinésithérapeutes	75	59	71	51	55	53

** densité pour 100 000 habitants*
Source : DRASS de Bourgogne –service régional de la statistique et des études–STATISS/ADELL (1er janvier 2003)

La Bourgogne compte 2 080 spécialistes libéraux ou salariés, soit 129 spécialistes pour 100 000 habitants (165 au niveau de la métropole). L'ampleur des besoins de spécialistes varie selon les départements. La Nièvre et l'Yonne sont les départements les moins bien lotis. Cependant, depuis 10 ans, la densité en spécialistes est passée de 106 praticiens en 1997 à 129 en 2003.

Elle a une densité de sages-femmes inférieure à la moyenne nationale et compte 24.5 professionnels pour 100 000 habitants contre 26.2 au niveau national. La Nièvre et la Côte-d'Or ont des densités plus élevées. 55 % des sages-femmes sont salariées.

D'après ce premier constat, la démographie médicale est inquiétante et ce d'autant plus que d'ici 2008, la Bourgogne fera partie des quatre régions françaises ayant les plus faibles densités de médecins généralistes. La situation est d'ailleurs déjà critique dans certains cantons ruraux. Aucun professionnel de santé n'exerce sur le canton de Brinon-sur-Beuvron. A Villapourçon, aucun médecin ne souhaite assurer la relève du généraliste.

2.2.2. Des perspectives démographiques inquiétantes : des départs en retraites massifs et une faible attractivité des jeunes vers ces métiers

La population de professionnels sanitaires vieillit et leur nombre devrait commencer à décroître en raison des **départs en retraite** de nombreux praticiens non compensés par **l'entrée dans la vie active de nouveaux professionnels**. Toutes les professions médicales et paramédicales seront touchées à l'horizon 2020[22]. Au niveau national, le nombre de médecins prévus en 2020 sera égal à celui de 1982[23]. Une étude, réalisée au premier janvier 2003 en région Bourgogne, précise que les départs à la retraite risquent d'être massifs dans les vingt prochaines années. En effet, 70 % des médecins généralistes ont entre 40 et 54 ans en Bourgogne (68.5 % au niveau national) et la proportion d'entre eux qui partiront en retraite d'ici dix ans s'élèvera à 13 %. 57 % des infirmier(e)s ont entre 40 et 54 ans et 10.5 % plus de 55 ans (9.8 % au niveau national).

D'autre part, **les jeunes semblent peu attirés par les métiers sanitaires et sociaux** et l'image de ces métiers s'est dévalorisée au fil du temps. Certains estiment que les **conditions d'exercice** sont **contraignantes** (lourdeur de la charge de travail, des gardes) et ont une incidence sur le temps consacré aux loisirs ou à la vie familiale.

D'autres citent la **dévalorisation de l'image du médecin** ou de l'infirmier(e) dans la société, perçus comme des professionnels « accumulant » les actes pour des raisons financières et de moins en moins attachés à leurs patients.

Au cours des auditions réalisées, plusieurs raisons susceptibles d'expliquer la faible attractivité de la profession d'infirmier(e) libéral(e) et la dévalorisation de cette profession ont pu être identifiées.

[22] « ***Démographie des professions de santé*** », Yvon BERLAND, Rapport au ministre chargé de la Santé (2003).
[23] « ***Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire*** », Rapport Charles DESCOURS, ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

Encadré n° 8 : Les freins à l'exercice du métier d'infirmier(e) libéral(e)

Cinq raisons évoquées lors des auditions pourraient expliquer la faible attractivité du métier :

- ◊ la **faible rémunération à l'acte** et des frais de déplacement peu revalorisés, entraînant une multiplication des actes et une pénibilité du métier,
- ◊ l'**évolution de la pratique professionnelle** vers des soins de plus en plus techniques, des **soins de nursing nombreux** entraînant un allongement de la journée de travail avec une coupure en début d'après-midi,
- ◊ une **concurrence accrue avec le secteur public hospitalier** qui propose un emploi salarié et des conditions d'exercice plus agréables (35 heures),
- ◊ une **faible incitation à aller exercer dans le secteur libéral** après avoir réalisé une expérience professionnelle de trois ans dans le secteur hospitalier,
- ◊ l'importance de **prise en compte des aménités** (services publics, culturels, sociaux, sportifs…) dans les **choix de localisation des infirmier(e)s**.

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne lors d'une enquête sur les déterminants à l'installation des étudiants[24] révèle que plusieurs facteurs sont susceptibles d'influencer les **choix d'installation** des futurs médecins parmi lesquels principalement :

- ◊ les **facteurs extra-professionnels** : les possibilités d'emplois pour le conjoint, les conditions de scolarisation des enfants ou l'environnement culturel et social,
- ◊ la possibilité d'exercer une activité professionnelle à **proximité des services techniques** (CHU) et d'être associé à une équipe de travail,
- ◊ **l'attachement à leur région** d'origine et la volonté d'y demeurer.

Les étudiants ont confirmé leur **volonté de faire partie d'un**e **organisation structurée ou en réseaux ou de se regrouper au sein d'un cabinet** de groupe afin d'une part, de réduire leurs charges et, d'autre part, de faciliter les échanges entre professionnels et de pouvoir être intégrés dans un groupement de professionnels de santé.

2.2.3. Un maillage inégal entre établissements hospitaliers et organisation des urgences

La Région Bourgogne compte 116 établissements de santé répartis sur le territoire régional : 1 CHU, 27 centres hospitaliers, 25 hôpitaux locaux, 6 autres établissements publics, 12 établissements privés sous dotation globale, 38 établissements privés avec objectif quantifié national, 9 autres établissements privés.

L'organisation des urgences sur le plan national repose simultanément sur le secteur public et le secteur libéral privé. Les services du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence), du SMUR (Service Mobile d'Urgence) et des pompiers assurent l'essentiel de la prise en charge « mobile » des urgences. Les hôpitaux et les cliniques privées disposant d'un service spécifique complètent le dispositif. Les SAMU font l'objet d'un numéro unique d'appel par le centre « 15 ». Le transport est assuré par les SMUR, les pompiers et les ambulanciers.

[24] Enquête UPMLB « ***De l'étudiant au médecin : entre désir et réalité*** » octobre 2002

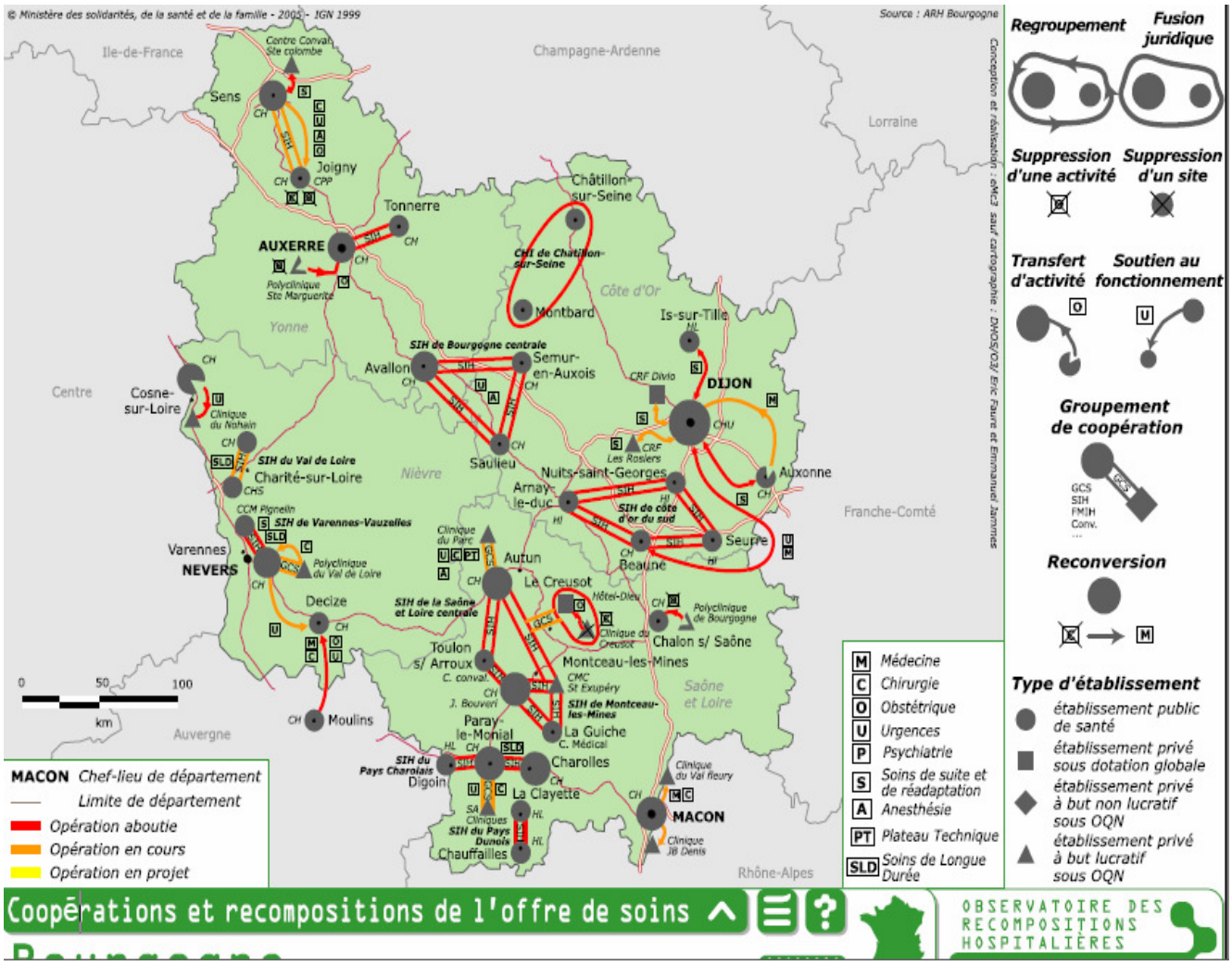
La prise en charge des urgences sur le territoire bourguignon s'effectue à plusieurs niveaux :

- ◊ le Service Régional d'Accueil et de traitement des Urgences (SRAU) situé à Dijon,
- ◊ les Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU) installés dans les centres hospitaliers de Sens, Auxerre, Nevers, Semur-en-Auxois, Chalon-sur-Saône, Mâcon et Paray-le-Monial,
- ◊ les Unités de Proximité pour l'Accueil, le Traitement et l'Orientation des Urgences (UPATOU) répartis sur les quatre départements.

Toutefois, depuis quelques années, on constate un **engorgement des urgences**. Trop souvent, **les usagers viennent de leur propre chef aux urgences**. Les visites sont motivées par la notion de sécurité hospitalière, d'accessibilité géographique ou de plage horaire.

Cette première partie révèle les limites et les difficultés d'adaptation du système de soins face à une demande plus importante. Elle met en exergue les difficultés pour fournir des soins de qualité à l'ensemble des citoyens quelle que soit leur localisation géographique.

Carte n°1 : Coopération et recomposition de l'offre hospitalière en Bourgogne



CHAPITRE TROIS :
DE L'EMERGENCE DE NOUVEAUX TERRITOIRES DE SANTE A LA MISE EN PLACE DE RESEAUX : POUR UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTE

3.1. LA REORGANISATION DES SOINS ET L'IDENTIFICATION DE TERRITOIRES DE SANTE MIEUX ADAPTES AUX BESOINS DES USAGERS

3.1.1. Encourager le regroupement des professionnels : l'exemple d'une maison médicale pluridisciplinaire dans le pays nivernais

Depuis plusieurs années, des professionnels de santé se sont rassemblés au sein de cabinets de groupe. Ils proposent aux usagers un panel de soins (soins médicaux, gynécologiques, dentaires, ophtalmiques…) dans un lieu unique.

Dans la lignée de ces structures, depuis 2000, des **maisons médicales** apparaissent sur le territoire bourguignon. Elles permettent une nouvelle organisation des soins et proposent une meilleure répartition des professionnels sanitaires et sociaux sur le territoire. Ce sont des lieux de consultation dédiés à **la permanence des soins**[25].

3.1.1.1. Les maisons médicales de garde ou de permanence des soins : une réponse adaptée aux problèmes de l'engorgement des urgences

Les maisons médicales de garde ont été créées afin de permettre un désengorgement du service des urgences. En effet, leur objectif principal est d'assurer la permanence des soins (décret du 15 septembre 2003) et d'apporter pour les généralistes une **réorganisation des gardes** par **une régulation des appels**.

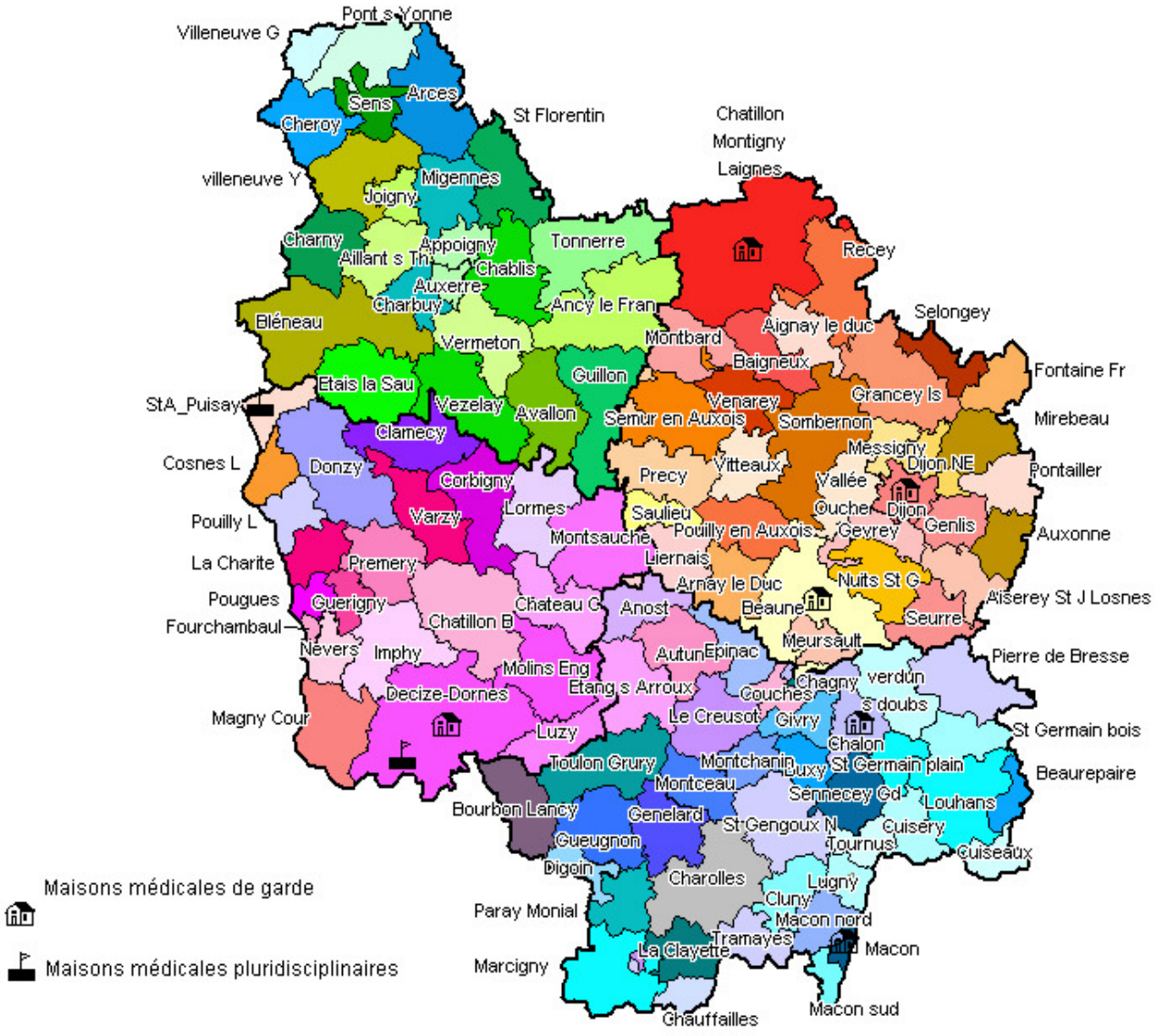
Par exemple, à Lyon, quatre maisons médicales de garde fonctionnent et un **système de centralisation des appels** ou de régulation des appels[26] a été mis en place. Les patients composent un numéro de téléphone et sont mis en contact avec un médecin qui les réoriente vers des maisons médicales de garde ou vers le service des urgences le cas échéant. Les médecins doivent parallèlement mener un travail pédagogique auprès de leurs patients pour l'acquisition de nouveaux réflexes.

3.1.1.2. Les maisons médicales pluridisciplinaires : une réponse adaptée aux besoins des populations en zone rurale

Pour sauvegarder un tissu d'offre sanitaire de proximité en zone fragilisée, les communes peuvent participer à des projets de création de maison médicale afin de favoriser le maintien des professionnels de santé sur un territoire et d'apporter une aide aux soins des populations isolées.

[25] La permanence des soins est une activité de soins produite en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. La loi lui reconnaît une « mission d'intérêt général ». L'article I 6325-1 du code de la santé publique reconnaît la participation des médecins conventionnés à la permanence des soins dans un but d'intérêt général.
[26] Décret 03 880 du 15 septembre 2003

Carte n° 2 : Secteurs de garde et implantation des maisons médicales en Bourgogne



Source : URCAM - Mai 2005

Ainsi, une expérience de création de maison médicale a lieu à Moulins-Engilbert (cf. encadré n° 9). D'autres projets sont également en cours d'élaboration en Bourgogne (cf. carte n° 2).

Encadré n° 9 : La maison médicale pluridisciplinaire de Moulins-Engilbert

Une initiative portée par 5 professionnels de santé.

En 2002, sur le canton de Moulins-Engilbert (département de la Nièvre), cinq professionnels médicaux et paramédicaux (deux infirmier(e)s, un dentiste et deux médecins) ont décidé de se regrouper au sein d'une maison médicale.

Le montage juridique et financier.

Les professionnels de santé ont bénéficié du soutien financier de la commune qui prend en charge les investissements immobiliers et mobiliers. Cette dernière sera donc propriétaire de la maison médicale et louera une partie du local à chaque professionnel. Le montant de la location pourra baisser suite à l'arrivée de nouveaux professionnels de santé.

3.1.2. Répondre aux besoins sanitaires et sociaux des patients par une organisation en réseaux

3.1.2.1. Les réseaux de santé : une approche axée sur la prise en charge globale du patient

Les réseaux de soins correspondent à un regroupement volontaire des professionnels du domaine sanitaire et social. Ils participent à une **logique de coopération transversale** entre les différents acteurs de la chaîne de santé **autour du patient**. Ils peuvent être organisés autour d'une pathologie, d'une population ou d'une aire géographique.

Des réseaux de soins informels, **reposant sur des initiatives locales** et sur **le bénévolat de quelques professionnels,** se sont créés depuis les années 70, pour faire face à un problème sanitaire, **en dehors de toute réglementation**. Puis, avec l'apparition du SIDA, le mouvement s'est accéléré dans les années 1980 autour de praticiens militants souhaitant promouvoir une **forme de médecine sociale**. Au début des années 1990, sous la pression d'une association des malades du SIDA (AIDES), la circulaire du 4 juin 1991[27] définit le réseau : « *la notion de réseau traduit le fonctionnement d'une organisation collective entre plusieurs partenaires, professionnels ou volontaires juridiquement indépendants et aptes à apporter* ***sur les plans préventifs, médicaux, sociaux et psychologiques, les ressources complémentaires requises pour un patient*** ». La loi du 31 juillet 1991 incite les établissements de santé à participer à l'organisation de **soins coordonnés au domicile du malade.** L'officialisation des structures « réseaux de soins » a lieu avec deux ordonnances dites « JUPPE » **du 24 avril 1996**. La première crée les **réseaux Soubie**, la seconde institue des **réseaux ville-hôpital**. La circulaire du 25 novembre 1999 reconnaît la pertinence des réseaux. Une Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) destinée à les financer est créée.

[27] Circulaire DH/DGS n°612 du 4 juin 1991

La loi du 4 mars 2002 supprime les réseaux de soins et leur substitue des **réseaux de santé :**

> *« Les réseaux de santé ont pour objet de **favoriser l'accès aux soins**, la **coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires**, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une **prise en charge adaptée aux besoins de la personne** tant sur le plan de **l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins*** (article L 6321-1 du Code de la Santé publique).

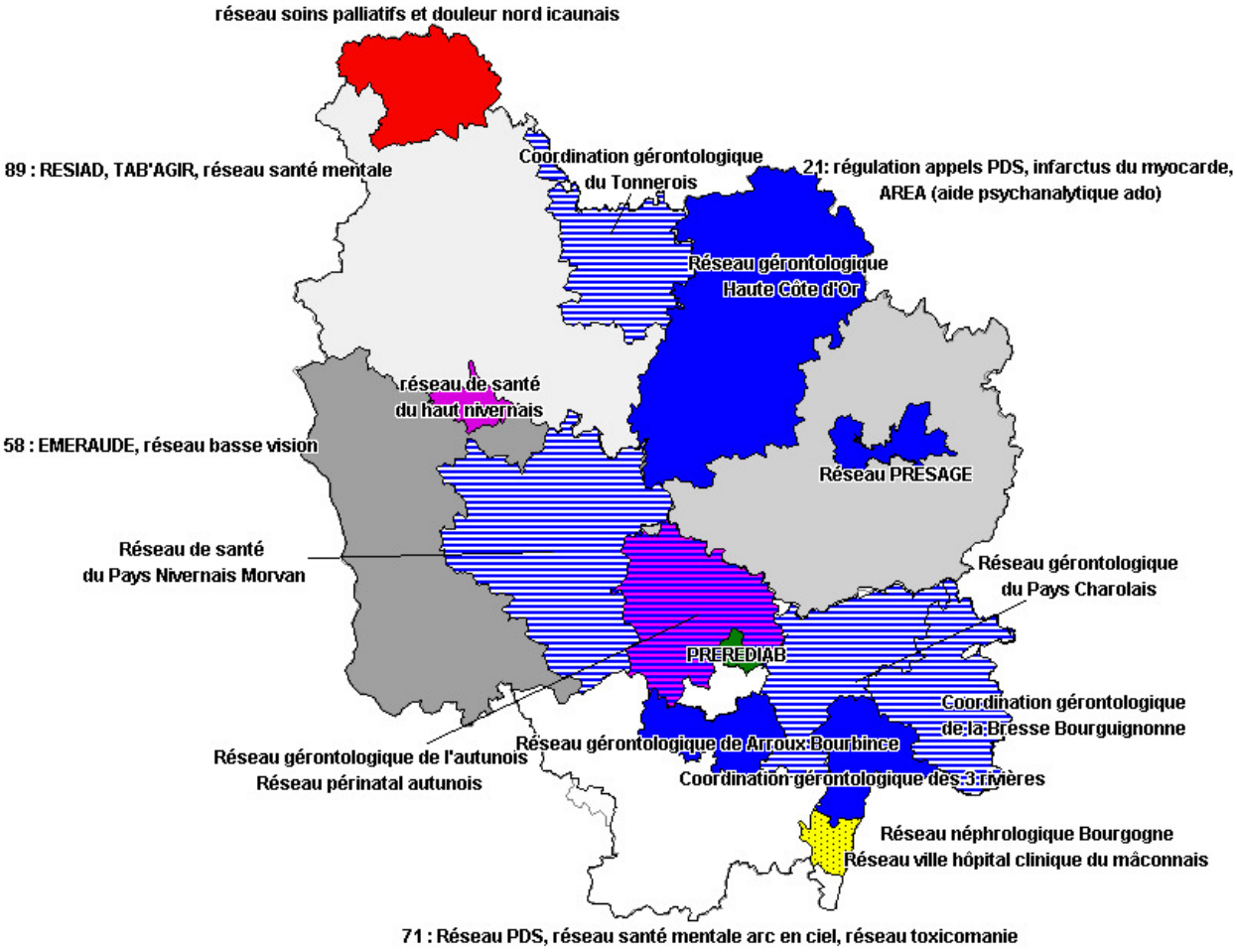
Concrètement, le réseau est une structure de petite taille visant à faciliter la **proximité et à rapprocher les acteurs du système de santé.** Les réseaux ont donné une dimension importante au champ social. Ils interviennent dans trois directions principales :

- ◊ la prise en charge globale de la maladie,
- ◊ la circulation de l'information,
- ◊ la formation des médecins aux spécificités de nouvelles pathologies.

Une distinction peut être faite entre deux types de réseaux :

- ◊ les réseaux de **prise en charge de pathologies lourdes** liés à des protocoles de soins,
- ◊ les **réseaux de coordination** visant à répondre à des **questions de nature organisationnelles.** Ainsi, les réseaux ville-hôpital visent à développer des **partenariats** entre la ville et le secteur hospitalier.

Carte n° 3 : Localisation des réseaux financés par la Dotation Régionale de Développement des Réseaux



Source : URCAM - Mai 2005

3.1.2.2. Coordonner les actions de retour à domicile après une hospitalisation : l'exemple du Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais (RVHCM)

Le réseau Ville-Hôpital est créé en septembre 1997. L'objectif est de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation et d'offrir des soins à domicile dans les conditions équivalentes à ceux réalisés dans le cadre de l'hôpital. En 1999, le réseau prend une nouvelle appellation : **Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais** (RVHCM).

La coordination entre les professionnels et les institutions issus des secteurs marchand, associatif, public et privé est organisée par quatre **infirmiers(es) coordonnateurs(trices)** avec l'appui d'une assistante coordonnatrice. Il s'agit de proposer à la personne un suivi individualisé afin de **faciliter sa réadaptation dans son environnement**. (cf. encadré n° 10).

Le réseau s'est fixé **trois grands objectifs** :

- ◊ faciliter la **coordination entre les professionnels de santé** dans la zone de rayonnement de l'hôpital de Mâcon (Ain, Rhône et Saône-et-Loire) afin de prendre en charge les patients à domicile,
- ◊ améliorer la qualité et la continuité des soins,
- ◊ **décloisonner le système de santé** et privilégier une **approche globale** de la santé.

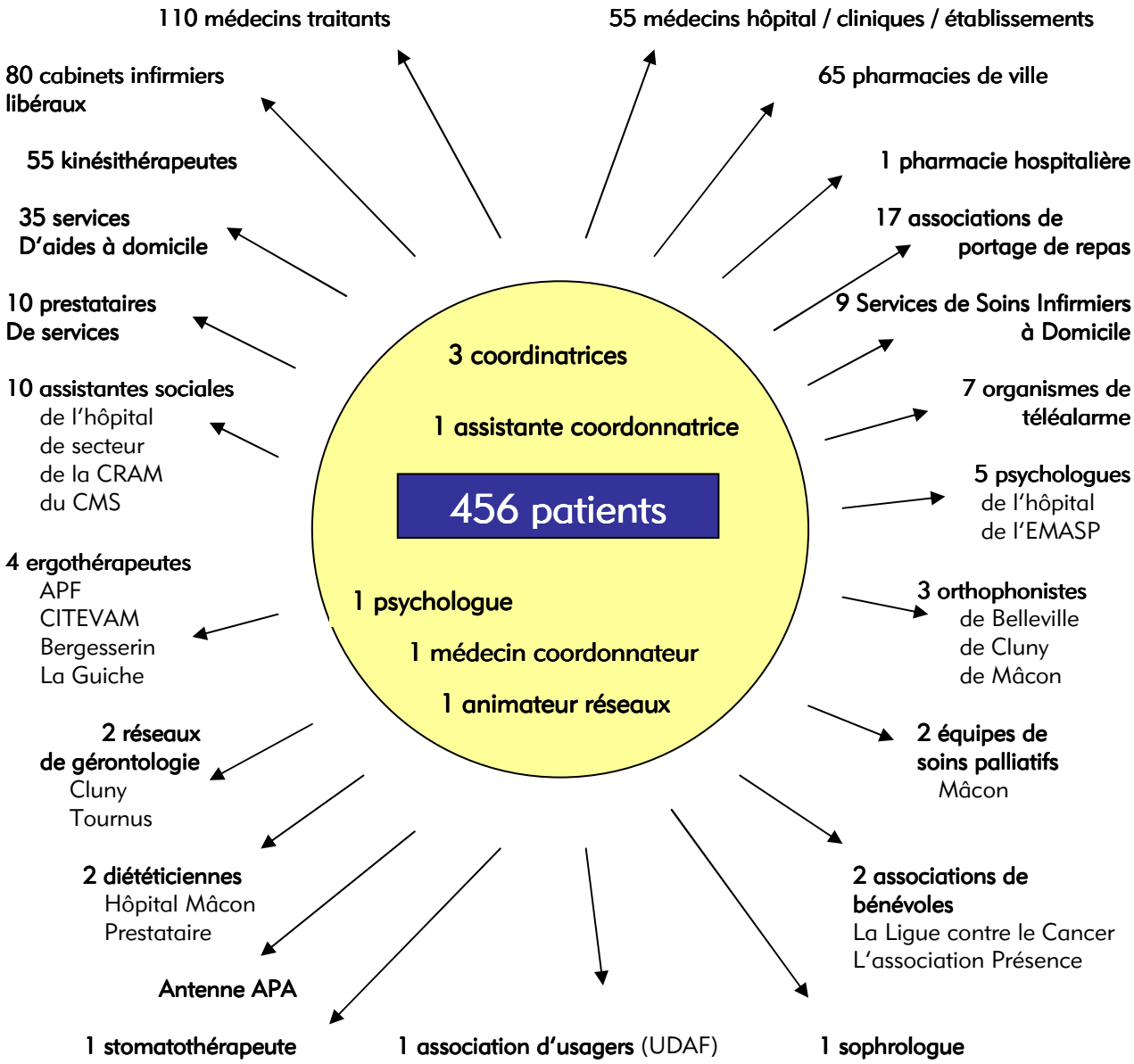
Toutefois, chaque retour correspond à une **situation particulière**. Les problèmes à traiter sont médicaux mais aussi sociaux, il s'agit d'accompagner la famille. Quelquefois le retour à domicile nécessite l'intervention d'un ergothérapeute afin d'adapter le logement (WC, salle de bains et cabine de douche, largeur des portes pour faire passer un fauteuil roulant…).

Il faut également tenir compte du **contexte local**. Par exemple, face à la **pénurie d'infirmier(e)s** libérales sur un bassin de santé, la coordonnatrice peut proposer une situation de repli en ayant recours provisoirement à des auxiliaires de vie pour réaliser des soins de nursing. La qualité des soins proposés repose sur la capacité de **l'infirmier(e) coordonnateur(trice)** à articuler les interventions des différents professionnels au domicile du patient.

A titre d'exemple, au sein du réseau, la psychologue intervient à deux niveaux :

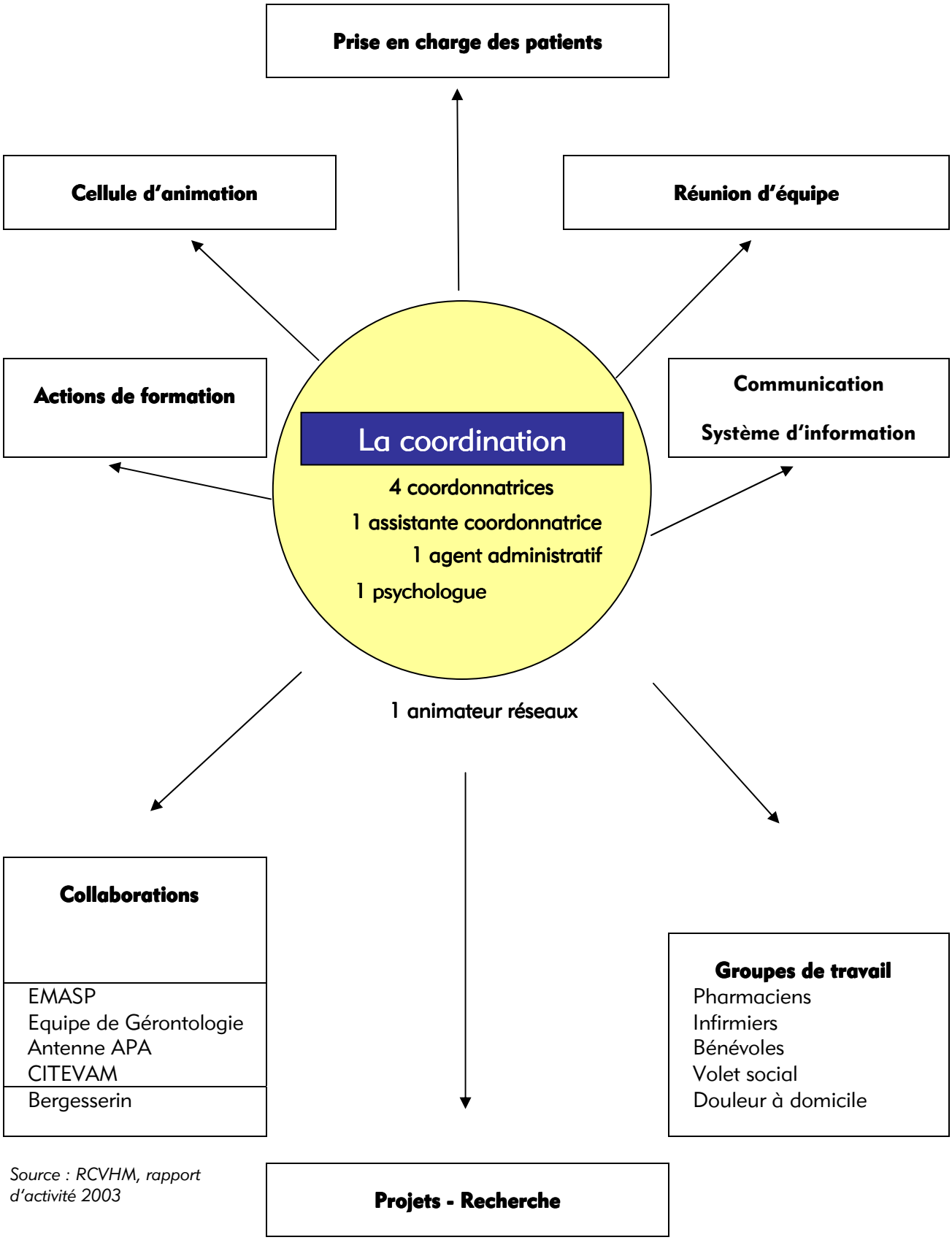
- ◊ auprès d'un patient et de sa famille : elle accompagne le patient afin de lui permettre d'accepter son nouvel état ainsi que sa nouvelle image de soi,
- ◊ auprès des membres de l'équipe de professionnels afin de les aider à gérer des situations difficiles.

Encadré n° 10 : L'organisation du réseau Clinique Ville Hôpital du Mâconnais : une équipe de professionnels et des collaborations avec les services médico-sociaux



Source RCVH, rapport d'activité 2003

Encadré n° 11 : La coordination du réseau Clinique Ville Hopital du Mâconnais



Source : RCVHM, rapport d'activité 2003

Encadré n° 12 : Le déroulement de la prise en charge des patients à la sortie d'une hospitalisation par le RVHCM

L'adhésion du patient au réseau : une démarche en trois temps

1) démarche du service hospitalier ou de la clinique, approuvée par le patient ;
2) constitution d'un **dossier RVHCM** (information sur le patient) ;
3) distribution d'une **plaquette d'information** (composition et fonctionnement du réseau).

La réalisation d'un diagnostic de santé global

4) réalisation d'un entretien avec le patient et son entourage pour faire un bilan de ces besoins (besoins médicaux, paramédicaux, sociaux, psychologiques et environnementaux, proximité et disponibilité des membres de sa famille).

L'organisation du retour à domicile et la coordination des professionnels

5) **recherche d'intervenants à domicile** et prise de rendez-vous ;
6) établissement d'un **dossier de liaison** contenant les informations du patient (soins dispensés, ordonnances, feuilles de transmissions) afin de prendre connaissance du traitement thérapeutique et de la « **trajectoire du patient** » et remis au patient ;
7) création d'un **dossier partagé,** un outil de travail commun pour les professionnels intervenant au domicile du patient (médecin, infirmier, kinésithérapeute…).

Aujourd'hui, le RVHCM souhaite participer à la fédération des réseaux et travaille en étroite collaboration avec trois autres réseaux -Tournus, Les Trois Rivières et Charolles-. Ces quatre réseaux communiquent entre eux afin d'élaborer des outils communs et ainsi construire une superstructure. Ils ont ciblé quatre thèmes de travail en commun : la volonté de connaître les patients, de communiquer sur des dossiers communs, de mettre en place des fichiers d'évaluation et de créer des outils communs (cf. chapitre 4 : base de données sociales).

3.1.2.3. L'exemple du réseau PREvention, REseau DIABète

De nombreux réseaux interviennent sur des pathologies lourdes telles que le SIDA, la toxicomanie, le diabète, les cancers, les affections chroniques ou encore l'hépatite C. Il s'agit **d'impliquer le patient dans la démarche,** mais aussi de coordonner la multitude d'intervenants nécessaires à la prise en charge d'une pathologie chronique. Les praticiens conseils en milieu hospitalier peuvent tenir un rôle de formateur à l'éducation à la santé de leurs collègues libéraux.

Encadré n° 13 : Exemple du réseau PREREDIAB (PREvention, REseau DIABète)

Le réseau PREREDIAB intervient autour du CHU du Creusot afin d'assurer **une prise en charge globale du patient.** Une démarche **d'éducation, de prévention et d'apprentissage** auprès du patient a été entamée. L'objectif est d'apprendre au malade à faire ses piqûres, à identifier les périodes dans lesquelles il est en hypoglycémie et à lui inculquer un certain nombre de réflexes (prise de sucre rapide) **afin d'éviter des complications lourdes** (amputation du membre, problèmes ophtalmiques, hypoglycémie forte).

3.1.3. L'identification de territoires de vie autour d'un hôpital local et d'établissements de santé publics et privés

L'appellation de « bassins de santé » a été consacrée par l'article 44 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle. Cela renvoie à une zone d'attraction hospitalière dessinée par les flux domicile-hôpital. Une unité géographique (canton, commune) est rattachée à un bassin dès lors que sa population s'oriente préférentiellement vers le ou les établissements hospitaliers de ce bassin. L'objectif est de proposer un **découpage adapté aux problèmes sanitaires**. L'ARH a découpé la région en **six « Territoires sanitaires et de coopération »**[28] (cf. carte n° 4). Cette orientation est conforme à l'article 5 de l'ordonnance du 4 septembre 2003[29].

Chaque territoire doit présenter les **trois premiers niveaux de soins suivants :**

- ◊ **Premier niveau.** (**hôpitaux locaux et maisons médicales**) qui prodiguent des soins primaires en médecine, offrent des consultations de spécialités médicale, chirurgicale et obstétricienne, et jouent un rôle de prévention et de formation des professionnels.
- ◊ **Niveau 2.** (**centres hospitaliers disposant d'un plateau technique minimum** en chirurgie et obstétrique) afin d'offrir au patient une continuité dans la prise en charge sur un plan sanitaire, médico-social et social.
- ◊ **Niveau 3.** (**site pivot : centre hospitalier ou/et une ou des cliniques privées)** qui garantit une prise en charge des urgences 24h/24h. Il dispose d'un plateau technique performant et adéquat en médecine, chirurgie, obstétrique et réanimation où s'effectuent des soins spécialisés.

De plus, une démarche a été menée afin de proposer au Préfet de Région une liste de **17 zones éligibles à l'aide à l'installation des médecins**[30]**.** Le calcul des zones s'est effectué en fonction d'une analyse multicritères de densité médicale (faible), d'activités des médecins (forte), d'âge des médecins (probabilité de départ à court terme) et de population (âgée). Des critères secondaires ont également été pris en compte tels que l'organisation des gardes, l'existence de projets de regroupement de professionnels (maisons médicales), l'articulation avec l'offre en zone limitrophe. Le zonage de départ s'appuie sur des actions.

[28] Ces territoires ont été arrêtés par la COMmission EXécutive (COMEX) dans sa séance du 10 juillet 2003.
[29] Le schéma détermine le découpage territorial, évalue et analyse les besoins dans chaque territoire sanitaire et de coopération, puis propose une organisation de l'offre hospitalière publique et privée qui réponde à ces besoins de manière optimale, selon l'organisation graduée en trois niveaux décrite précédemment.
[30] Circulaire n° 2004-153 du 26 mars 2004 relative aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution des aides à l'installation des médecins généralistes.

Carte n°4 : les six territoires sanitaires et de coopération

Source : Agence régionale d'hospitalisation, Bourgogne

3.1.4. Développer la télémédecine : un outil technologique de « proximité virtuelle »

3.1.4.1. La télémédecine et ses applications

Le ministère de la Santé a défini la télémédecine comme *« une nouvelle forme de pratique médicale et coopérative en temps réel ou différé entre professionnels de santé, à distance »*, grâce à l'utilisation des technologies modernes de télécommunication et de traitement d'informations numériques. La transmission d'images numériques, de scanners ou d'images d'IRM instaure un dialogue entre urgentistes, neurologues et neurochirurgiens.

Encadré n° 14 : Les applications possibles en terme de télémédecine

- *La **téléconsultation ou le télédiagnostic*** pour procéder à une consultation à distance à travers un partage d'informations et un échange d'avis entre praticiens de la même discipline ou de spécialités différentes.
- La **visioconférence** pour transmettre des données vocales, informatiques et pour organiser des réunions à distance.
- *La **téléassistance*** pour proposer des conseils diagnostics ou thérapeutiques à un patient localement démuni.
- La **télésurveillance** pour établir un système de surveillance à distance d'un ou plusieurs patients par un ou plusieurs professionnels de santé. Elle repose sur la modernisation du monitoring (analyse en continu des paramètres médicaux du patient) en recourant à une technologie de télécommunication et permet de suivre à distance un patient en ambulatoire lors d'une hospitalisation à domicile.
- La **téléchirurgie** pour retransmettre des interventions/opérations chirurgicales assistées par un automate.
- **La téléformation** pour une formation médicale continue des professionnels (FOAP).

L'essor des technologies de l'information et de la communication (TIC) et du multimédia est un enjeu important dans le domaine médical. En effet, l'application de la compression numérique des informations à la pratique médicale constitue **un nouvel outil au service des professionnels de santé**. Elle peut contribuer également à la **rationalisation des soins** en permettant notamment aux praticiens **d'établir des diagnostics ou faire des choix thérapeutiques partagés**. Elle favorise la mise en complémentarité des comportements médicaux, la concertation pluridisciplinaire et le transfert de savoir-faire entre professionnels.

3.1.4.2. La télémédecine : un moyen de garantir aux patients un accès à des soins de qualité

La télémédecine fait intervenir **des tiers médecins** qui ne sont pas forcément en contact direct avec le patient, mais qui participent à la décision concernant la prise en charge du patient en proposant un diagnostic thérapeutique. Ceci bouleverse les fondements de l'acte médical.

Ce nouveau mode d'exercice de la médecine peut être qualifié de « proximité virtuelle » et peut donc être un moyen pour **accéder aux soins spécialisés en zone rurale ou dans une zone fragile** qui serait peu dotée en spécialistes.

3.1.4.3. La télémédecine : un outil pour le décloisonnement du système de soins et pour la diffusion d'une médecine de pointe répartie sur tout le territoire

La télémédecine offre la possibilité d'un **décloisonnement du système de santé**. Cet outil pourrait avoir un **impact sur l'aménagement du territoire**, en facilitant l'accès aux soins de proximité mais aussi aux soins plus spécialisés. Elle pourrait permettre d'attirer et de conserver des équipes soignantes au niveau local sur un territoire.

3.1.4.4. Un exemple en Bourgogne : le réseau régional urgence neurologie

Face à l'absence de spécialistes en neurologie sur certains territoires de santé comme celui d'Auxerre, le réseau « Urgence Neurologie » s'est mis en place autour de trois disciplines : la neurologie, la neurochirurgie et la neuroradiologie. En effet, en Bourgogne, seules Mâcon, Nevers, Chalon-sur-Saône et Sens disposent d'un spécialiste en neurologie pour le traitement des urgences. Un travail est donc mené au niveau régional afin de pouvoir effectuer un diagnostic à distance et permettre au patient de bénéficier d'un haut niveau de traitement neurologique quelle que soit sa localisation géographique. L'équipe du CHU de Dijon propose un diagnostic et un traitement à effectuer. Les images haute définition réalisées permettent un examen à distance de très haut niveau. Le déploiement du projet va s'effectuer sur 11 sites concernés.

3.1.4.5. Une passerelle d'écoute au sein du Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais : Convivialité, Lien, Ecoute, Accompagnement et Service (CLEAS)

Le Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais a mis en place une sorte de **« passerelle pour l'écoute ».** Un ordinateur a été installé au domicile du patient ; ce dernier communique par Internet et grâce à une « caméra vidéo » avec un centre des professionnels de l'écoute qui répondent à ses attentes ou transmettent des informations au RVHCM qui prend le relais. Ce système a été mis en place à titre expérimental depuis le mois d'octobre 2004 auprès de trois patients. Un patient l'utilise régulièrement. Cependant, plusieurs freins ont été identifiés pour généraliser ce dispositif : l'accès à l'ADSL et la maîtrise des outils informatiques.

3.2. SENSIBILISATION ET RESPONSABILISATION : LES BOURGUIGNONS ACTEURS DE LEUR SANTE

3.2.1. Les trois grands axes de la politique de prévention

La prévention peut se classer selon trois grands axes :

- ◊ la **prévention primaire**. Son objectif est de réduire l'apparition de certaines maladies ou d'accidents en intervenant en amont afin de modifier les comportements des individus et d'améliorer leur bien-être en leur proposant une éducation à la santé,
- ◊ la **prévention secondaire** se décline sous forme de dépistage permettant une **intervention plus rapide sur certaines pathologies et donc de meilleurs soins curatifs,**
- ◊ **la prévention tertiaire** intervient à posteriori pour limiter le développement de séquelles ou de rechutes.

La **prévention primaire** peut être de nature **collective ou individuelle**. Dans le premier cas, il s'agit d'organiser des campagnes nationales, des manifestations régionales ou locales. Dans le

second cas, elle se base sur un dialogue individuel. Dans ce cadre, les collectivités territoriales peuvent participer à la mise en place **d'une politique coordonnée** avec les différents acteurs.

La **politique de prévention secondaire** s'organise autour de différents déterminants de santé : l'alcool et le tabac, les accidents et la violence (dont la violence routière), l'environnement et le travail….

Plusieurs plans nationaux de lutte contre les pathologies à forte mortalité ont été mis en place parmi lesquels le plan de lutte contre le cancer (2003), le plan de santé environnementale (2004) ou encore le plan visant à réduire les risques liés à des conduites addictives.

Différents facteurs environnementaux influencent la transmission et la diffusion de maladies microbiennes, virales ou parasitaires (équilibre des écosystèmes, alimentation, urbanisation, climat…). De même, les pathologies respiratoires, neurologiques, cardiovasculaires, allergiques, cancéreuses, rénales sont liées à des facteurs de risque environnementaux potentiels (tabac passif, expositions professionnelles, pollution atmosphérique, pesticide…) ou physiques (rayonnements ionisants et non ionisants), qui contaminent les milieux entrant en contact avec l'homme (air, eau, sols, aliments…). Les conditions de vie et de travail, les types d'urbanisation et d'habitat, la pauvreté, le degré d'hygiène, les possibilités d'accès aux soins et services, l'éducation et l'information, toutes les formes de modification de l'environnement contribuent à des niveaux divers à la santé des individus.

A titre d'exemple, le diabète augmente la probabilité de contracter une maladie coronarienne. Ce risque est globalement multiplié par trois chez la femme et par deux chez l'homme. La surcharge pondérale et bien sûr l'obésité sont associées à un risque coronarien nettement accru. Ainsi, plus de 75 % des hypertensions sont en partie dues à la surcharge pondérale ; de même la surcharge pondérale favorise l'émergence du diabète.

3.2.2 Le dépistage et la prise en charge du diabète de type 2 en Bourgogne

Aujourd'hui, le diabète non insulinodépendant, appelé diabète de type 2, touche environ 1.6 millions de personnes en France soit 2 à 3 % de la population totale. Il représente environ 90 % des cas de diabète. Il est responsable de complications qui pourraient être retardées voire évitées dans 50 % des cas.[31] L'URCAM propose de développer l'éducation thérapeutique intégrée aux soins.

Encadré n° 15 : Les actions de prévention de COREDIAB

COREDIAB : Comité de Réflexion Stratégique sur le Diabète en Bourgogne

- ◊ Analyser les difficultés rencontrées par les professionnels de santé dans la prise en charge des patients diabétiques ou susceptibles de le devenir,
- ◊ Utiliser des informations relatives à ce qui se fait en Bourgogne et ailleurs,
- ◊ Constituer des groupes de travail thématiques au sein de COREDIAB (dépistage, éducation et attentes des patients).

[31] « ***Gestion du risque et communication*** » (2003), rapport URCAM, note et document n° spécial juillet 2004

CHAPITRE QUATRE

UNE EVOLUTION DU ROLE DU PATIENT ET DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET L'APPARITION DE NOUVEAUX BESOINS DE FORMATION

4.1. LE PATIENT AU COEUR DU DISPOSITIF DE SANTE

Aujourd'hui, les Français sont de plus en plus **préoccupés par leur état de santé**[32], les dépenses de santé par habitant ne cessent d'augmenter. Les Français deviennent des « consommateurs de santé ». Dans de nombreux cas, ils s'adressent à une **multitude d'interlocuteurs**, des généralistes et des spécialistes, qui collaborent entre eux afin d'élaborer un diagnostic ou de programmer une intervention chirurgicale. Le « parcours du patient » est long et complexe. Jusqu'en mars 2002, le patient recevait un flux d'informations spécialisées sans toutefois participer à la prise de décision finale le concernant. Les usagers, par la voie de leurs associations, ont souhaité être impliqués dans la démarche médicale les concernant.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne une nouvelle **place au patient dans le système de soins** et modifie en profondeur le rapport entre les professionnels de santé. Le patient peut accéder à son dossier médical et suivre son « parcours de santé ». Il est impliqué dans le processus de soins. En conclusion, il s'agit bien de rendre le **patient acteur de sa santé.**

Afin de pouvoir répondre au mieux aux attentes de ces « patients actifs », les professionnels se sont organisés. Cette évolution des pratiques s'inscrit également dans la logique visant à offrir aux malades des prestations de meilleure qualité ainsi qu'une continuité des soins.

4.1.1. La loi du 4 mars 2002 : une volonté du législateur de donner au patient un accès à des informations médicales

Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 n° 2002 303, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé font apparaître deux séries de dispositions :

- ◊ un droit général du patient à être informé sur son état de santé (article L 1111-7[33]),
- ◊ les conditions d'accès à l'information médicale, par le biais du dossier médical.

Le partage des informations médicales entre le médecin et son patient crée un nouvel équilibre entre les deux parties au profit du patient. Ce dernier n'est plus soumis aux seules décisions médicales. Il participe au processus de soins et devient un véritable **acteur de sa santé**.

Cette redéfinition des rôles de chacun a un impact sur les **conditions d'exercice des professionnels** de santé. Les professionnels se sont organisés entre eux afin de mettre en place de nouvelles méthodes de travail, de nouveaux outils ou de nouveaux référentiels.

---

[32] « ***Comparaisons internationale des dépenses de santé*** *: une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970* » C. BAC et G. CORNILLEAU, études et résultats n° 175, juin 2002.

[33] L'article L 1111-7 de la loi du 4 mars 2002 précise que « *toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et des établissements de santé, elle peut accéder à des informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication* ».

Le CESR a souhaité présenter un certain nombre de ces outils permettant :

- ◊ d'impliquer le patient dans un processus de soins (plaquette de présentation du réseau et charte d'engagement du patient),
- ◊ d'accompagner le patient dans ses démarches et de le sensibiliser aux facteurs de risques (éducation à la santé),
- ◊ de l'impliquer dans les soins grâce au « dossier médical partagé » (papier et/ou informatisé) et le dossier de liaison,
- ◊ de l'informer sur les professionnels présents sur son territoire (bases de données sociales).

4.1.2. La charte d'engagement : une implication des patients dans les réseaux de santé

Les réseaux de santé ont développé une **démarche de sensibilisation** du public ainsi qu'une **politique de communication ciblée**. En effet, les malades, mais aussi leurs médecins traitants, ne sont pas toujours informés de la présence de telles structures sur leur territoire. Cette charte d'engagement encore appelée **« charte du patient »** précise les **objectifs fondamentaux du réseau**, ses missions et ses modalités d'intervention, les **outils mis en place** pour faciliter la communication entre les membres, les **droits du patient** et ses devoirs en tant qu'acteur de sa santé.

Ce document d'information sur le réseau peut prendre la forme d'une plaquette de communication[34], destinée à faire connaître le réseau. Dans certains cas, une **charte d'engagement intègre le patient** dans le dispositif et précise ses **droits et ses devoirs** vis-à-vis du réseau.

4.1.3. L'identification des besoins médicaux et sociaux du patient

Lors d'un premier entretien, les besoins -médicaux et sociaux- du patient sont identifiés :

- ◊ des aspects **d'ordre médical stricto sensu**,
- ◊ des aspects liés **au contexte économique et social :** état des lieux de ses ressources (financières, équipement et matériel, prestations de services) et de son environnement social (famille, logement, travail).

Pour compléter ce diagnostic, un entretien est réalisé auprès de sa famille. Une telle démarche permet **d'aborder toutes les facettes** qui interfèrent avec **la santé** afin d'éviter un « morcellement de la prise en charge ». Cette pratique médicale représente un véritable enjeu afin de **mieux connaître le patient** en vue **d'améliorer son bien-être.**

Au cours de cet entretien, les professionnels peuvent repérer les patients présentant parfois des éléments de risque ou de vulnérabilité. Ainsi, le **travail de prévention** apparaît comme un élément important de l'exercice médical.

[34] Le document précise plusieurs éléments : le fonctionnement du réseau, les prestations proposées, les moyens prévus pour assurer l'information de l'usager à chaque étape de sa prise en charge, les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité ainsi que les règles de la prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'usager et par les professionnels.

Par exemple, au sein du réseau gérontologique de Haute Côte-d'Or, un bilan gériatrique est effectué lors de l'entrée du patient dans le réseau (Cf. encadré n° 16) par un médecin gériatre et un(e) infirmier(e). Au cours de ce bilan, il est possible d'identifier si la personne est éligible au dispositif d'aide Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) et de lui proposer un soutien administratif pour déposer un dossier auprès du Conseil général, si elle ne l'a pas déjà fait.

Encadré n° 16 :
Le « bilan gériatrique » du réseau gérontologique de Haute Côte-d'Or

Le « bilan gériatrique initial » est réalisé avec deux volets :

◊ **le bilan médical et fonctionnel**
identifier les risques de chute, d'escarre ou d'incontinence pour un « sujet fragile » ou les éléments de vulnérabilité et de lui proposer des solutions adaptées et faire de la **prévention ciblée**.

◊ **le bilan social**
prendre en compte les **éléments sociaux** participant à la santé du patient (emploi, logement, famille, handicap, prise en charge sociale, ressources).

4.1.4. Vers une prise en charge globale du patient : le dossier médical partagé

Les réseaux de santé ont mis en place un « dossier partagé » qui vise à développer **l'autonomie du malade.** Il offre la possibilité à chaque intervenant du réseau de santé de disposer d'une **information exhaustive partagée sur le patient** afin de pouvoir prendre une décision adaptée à la situation. Il permet une **prise en charge coordonnée** des malades et l'établissement d'un **diagnostic communautaire**.

La mise en place d'un dossier patient informatisé aurait de nombreux **avantages pour le praticien** parmi lesquels une transmission directe des examens biologiques et une information en temps réel de l'hospitalisation d'un patient. Toutefois, cette pratique se heurte à différentes contraintes liées à la confidentialité des données médicales[35] et à la sécurité du système d'information dans le cadre du respect du secret professionnel.

Une **dérogation au secret médical** est apparue progressivement avec **l'évolution des pratiques** professionnelles, il s'agit du ***« secret partagé »***, un partage d'informations autorisées entre professionnels intervenant auprès d'un même malade. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin, est venue légaliser cette notion de **« secret partagé**[36] **»** « *pour la continuité des soins et pour une meilleure prise en charge possible* ».

4.1.5. La mise en place d'un suivi individualisé du patient

L'infirmier(e) coordonnateur(trice) établit un dossier de liaison qui contient l'ensemble des informations relatives au patient. Un suivi téléphonique est mis en place (cf. encadré n°17) par le coordonnateur(trice) afin d'identifier les problèmes que rencontre le patient et de lui proposer des solutions.

[35] Loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés de 1978 qui précise les droits de la personne et les devoirs pour ceux qui collectent ou stockent une information nominative destinée à être informatisée.
[36] Ainsi, elle introduit de nouvelles dérogations au secret professionnel vis-à-vis de la famille (qui peut être tenue informée d'un pronostic grave ne pouvant être révélé au patient), de la personne de confiance qui peut recevoir des informations médicales concernant le patient et vis-à-vis des ayants droits (après le décès du patient en vue de recevoir des informations le concernant).

Encadré n° 17 : Le suivi des patients à la sortie d'une hospitalisation par le RVHCM

Suivi et évaluation du retour à domicile avec trois étapes :

- ◊ le lendemain afin de faire les réajustements nécessaires,
- ◊ au bout du 8ème jour afin d'avoir un premier recul face à la vie à la maison,
- ◊ le trentième, le soixantième, le quatre-vingt-dixième, le cent vingtième jour afin d'évaluer l'état de santé du patient.

4.1.6. La base de « données sociales »

Certains réseaux sont en train de mettre en place une base de **« données sociales »** qui contient différents éléments utiles aux patients et aux professionnels de santé (coordonnées, localisation géographique…). L'objectif est de fournir aux membres et aux adhérents du réseau des informations sur la **répartition géographique des professionnels** sur le territoire**.**

Au sein du Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais, la base de données sociales est en cours d'élaboration depuis deux ans en collaboration avec trois CLIC (Mâcon, Charolles et Cluny), deux autres réseaux de santé (Trois rivières et Tournus), le médecin de l'antenne APA et des assistantes sociales. Elle s'inscrit dans une volonté de **regrouper toutes les données disponibles sur le territoire relatives au réseau.** (cf. encadré n° 18).

Encadré n°18 : Un outil de gestion indispensable : la base de données sociales

***Un outil décomposé en trois parties* :**

- ◊ une « carte interactive » de la zone d'influence du réseau. Un clic sur un point de la carte permet d'obtenir la liste des professionnels
- ◊ les coordonnées des différents professionnels,
- ◊ les définitions des termes techniques.

Une base de données mise en ligne et réactualisée tous les six mois.

4.2. UNE COLLABORATION ENTRE PROFESSIONNELS DES SECTEURS SANITAIRES, SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX INSCRITE DANS LE CADRE D'UN PROJET DE SANTE SUR UN TERRITOIRE

Au cours des vingt dernières années, le modèle d'exercice individuel de la médecine a cédé la place à une **pratique plus collective** en équipes ou en réseaux structurés. Le regroupement en réseau offre la possibilité aux professionnels du secteur médical de travailler selon un **mode plus concerté** associant des professionnels issus du secteur sanitaire et social ou encore du secteur paramédical. Ceci s'inscrit dans une **dimension de projet centré sur les besoins des patients**.

4.2.1. L'élaboration d'un projet de santé : une approche collective de professionnels de santé

Les professionnels de santé élaborent un **projet médical** (protocole de soins et objectifs à atteindre) afin d'apporter une réponse globale à un besoin de santé concret sur un territoire. Ils

mettent en place une méthode de travail souvent déclinée dans le cadre d'une **charte d'adhésion[37] des professionnels au réseau.**

A titre d'exemple, le docteur LARGER et quelques-uns de ses confrères libéraux installés dans un rayon de 30 kilomètres autour de Dijon, sont en train de créer un réseau visant à accompagner les patients en fin de vie (cf. Encadré n° 19).

Encadré n° 19 : Le réseau LISA (LIen, Soin, Accompagnement)

Face au constat du **manque de collaboration** entre médecins généralistes et structures hospitalières lors de l'hospitalisation des patients en fin de vie, le réseau LISA (LIen, Soin, Accompagnement) permet d'établir un **lien entre la médecine de ville et l'hôpital.**
Il s'inscrit dans une démarche plus globale visant à entériner une **position médicale de soins palliatifs** et propose un soutien à l'accompagnement des personnes (formation et aides décisionnelles, soutien logistique, soutien psychologique en direction du patient, de la famille et des soignants de proximité ou encore soutien éthique). Les soignants de proximité conservent leur rôle naturel de tout premier plan et bénéficient d'un soutien.

4.2.2. Une logique de complémentarité des pratiques professionnelles au service du patient

Le réseau est fondé sur un mode d'organisation flexible avec la possibilité de rentrer ou de sortir de cette structure. Le degré d'appartenance à la structure peut varier et évoluer dans le temps. La décision d'adhérer à un projet de santé et à une charte est une décision individuelle et personnelle. Contrairement à l'hôpital ou à la clinique, il n'existe **pas de pouvoir hiérarchique** entre les membres ni de supériorité liée à l'appartenance à un corps de métiers spécifique.

Ce mode d'organisation participe au décloisonnement du système de soins et s'inscrit dans une volonté de développer des partenariats sur un territoire entre des membres issus de divers horizons :

- ◊ libéral (médecin, infirmier(e) ou kinésithérapeute),
- ◊ structures hospitalières ou de cliniques privées (spécialistes, équipes de soins mobiles),
- ◊ monde associatif (association de bénévoles, de portage de repas à domicile),
- ◊ travailleurs sociaux et organismes privés (CRAM, entreprises…).

Le réseau peut ainsi apparaître comme une nouvelle organisation des activités du système de santé mieux adaptée à la demande des malades, fondée sur une volonté de travailler ensemble afin de répondre aux attentes et aux besoins des patients.

[37] (Art. D. 766-1-4 du Code de la santé publique). Elle contient également des informations relatives aux actions de formation destinées aux intervenants, aux modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et aux règles déontologiques propres à chacun des acteurs. Elle rappelle les grands principes éthiques du réseau, les modalités d'engagement des personnes, le rôle respectif de chaque intervenant, ainsi que les modalités de coordination et de pilotage. Elle apporte également des informations sur les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge. Elle précise les référentiels utilisés ainsi que les protocoles de prise en charge. Les signataires s'engagent à participer à des actions de formation, de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social et à mettre en place une démarche d'évaluation.

4.2.3. Les référentiels communs : un partage des informations relatives aux patients

Le travail en réseaux nécessite l'élaboration de référentiels et d'outils de travail communs (dossier médical partagé, dossier de liaison, carnet de grossesse) qui définissent la manière dont les patients pourront être soignés. Les professionnels mettent en place un **système d'information commun** et échangent des données (informatisées ou papier) sur leurs patients. La production de l'information et son partage sont des éléments fondamentaux dans le fonctionnement du réseau.

Ainsi, a été créé le GLEAP (Groupe Local d'Echange et d'Amélioration des Pratiques professionnelles). Il s'agit d'un outil de communication du réseau lancé à titre expérimental qui favorise les rencontres interprofessionnelles sur des thèmes liés au territoire et à la santé afin d'attirer des professionnels libéraux.

Encadré n° 20 : GLEAP : un Groupe Local d'Echange et d'Amélioration des Pratiques

- ◊ définition d'un thème en comité de pilotage et travail en amont (thèmes abordés : obésité, diabète, conduites addictives, personnes âgées),
- ◊ examen du thème en séance plénière et réflexion sur le thème,
- ◊ identification des problèmes rencontrés et recherche de solutions.

4.2.4. L'aspect formation, la diffusion de savoirs scientifiques

La formation, mais surtout la diffusion des savoirs auprès des professionnels et des adhérents, est fondamentale. Ceci permet de fédérer le réseau, de **réunir des professionnels issus de différentes cultures** (hospitalières, ambulatoire, public/privé) ou de **différents secteurs** (médical/social) afin de leur permettre de s'approprier un ensemble de compétences **communes, d'échanger sur leurs pratiques** et sur les problèmes qu'ils rencontrent, de **construire des outils communs** et de développer une homogénéisation des pratiques en terme de dépistage, de diagnostic ou de prise en charge.

L'enseignement peut couvrir **des aspects médicaux**, cliniques, psychologiques et sociaux (soins palliatifs, chimiothérapie anticancéreuse à domicile, pansements dermatologiques, diabète ou soins d'urgence à domicile) ou contribuer à **améliorer la capacité du groupe à utiliser et manipuler des outils informatiques** ou les TIC (formation au logiciel PowerPoint ou au langage HTML), ou encore intervenir en public et animer des réunions ou transférer un savoir-faire.

4.2.5. La mise en place de procédures d'évaluation des actions de santé

L'évaluation au sein des réseaux est obligatoire et prévue par le législateur[38]. Elle porte sur les résultats mais aussi sur le processus mis en place. Elle comporte deux dimensions :

- ◊ **l'évaluation externe**, des financeurs, des usagers et des autorités de tutelle,
- ◊ **l'évaluation interne**, afin de vérifier si le réseau a atteint ses objectifs.

[38] Ainsi la circulaire du CNAMTS du 15 octobre 1998 précise que le « *dossier présenté à l'agrément doit faire apparaître les modalités d'évaluation et l'évaluation doit démarrer simultanément avec la mise en œuvre de l'expérimentation* ». Le décret du 12 novembre 1999 relatif au FAQSV énonce dans son article premier que « *l'attribution de l'aide est subordonnée au respect des engagements du ou des professionnels signataires de la convention, et qu'il doit être réalisé une évaluation de l'action financée. Cette évaluation est transmise à un comité de gestion compétent un an après la date d'attribution de ' aide. Elle est renouvelée chaque année si l'aide porte sur une période supérieure à un an* ». Quant aux réseaux de santé institués par la loi du 4 mars 2002, ils pourront bénéficier de subventions de l'Etat si « *ils satisfont à des critères de qualité, d'organisation, de fonctionnements d'évaluation fixés par décret* ».

L'évaluation du réseau doit être menée à deux niveaux :

- ◊ une **évaluation médicale** qui repose sur l'étude des résultats et d'indicateurs médicaux. Des indicateurs[39] ont été définis lors de la conception du réseau ;
- ◊ une **évaluation économique** dans une optique coût-efficacité. Pour une pathologie chronique donnée, en distinguant les coûts de prise en charge hors et dans le réseau.

Des **enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées en interne ou en externe**. Les financeurs et l'assurance maladie sont intéressés par la satisfaction des patients pris en charge. Il n'existe pas de méthode standardisée d'étude de la satisfaction concernant la prise en charge et les soins : ils doivent être pensés et conçus selon la spécificité de chaque réseau, sa population et son organisation.

Les réseaux de soins peuvent déposer un dossier afin d'obtenir un financement auprès de l'URCAM (FAQVS et Dotation Régionale de Développement des Réseaux). Les différents intervenants auditionnés ont insisté sur la complexité de la procédure pour déposer un projet de financement auprès de l'URCAM. Pour autant, ils soulignent également le manque de fongibilité des fonds, les délais de réactivité et la discontinuité dans les financements qui peuvent être des freins au développement de réseaux de soins.

4.3. IDENTIFICATION DE NOUVEAUX METIERS DANS LES RESEAUX DE SANTE

4.3.1. Les profils de poste : l'animateur de réseau et l'infirmier(e) coordonnateur (trice)

Aujourd'hui, de nombreux réseaux de santé existent en Bourgogne. Au sein de ces structures, tous les praticiens de la santé sont amenés à effectuer de **nouvelles tâches** et constatent une évolution de leur activité professionnelle**.** Toutefois, les praticiens souhaitent au sein du réseau pouvoir exercer leur profession et déléguer à un « coordonnateur de réseau » ou un « animateur de réseau » les tâches liées à la mise en œuvre et au suivi du réseau.

Ainsi, certaines fonctions ont pu être identifiées :

- ◊ **management, animation et négociation** de groupe,
- ◊ **recueil d'informations** sur un bassin de vie (informations épidémiologiques, bases de données sociales…) et traitement de ces informations au niveau d'un Portail,
- ◊ **veille juridique** et connaissance du paysage institutionnel et des logiques des secteurs publics, privés, libéraux et associatifs,
- ◊ fonctions **administratives et financières** liées au montage de projets techniques et à l'élaboration de dossiers de demande de financements,
- ◊ organisation et **animation de la formation continue** des membres du réseau et relations avec les autres réseaux de santé,
- ◊ évaluation du réseau.

[39] Indicateurs **d'accessibilité des soins** : délais de recours aux médecins spécialistes, facilité d'obtenir des conseils par téléphone (ou par e-mail, si le système d'information du réseau le permet) ; Indicateurs **de qualité des procédures** : taux de patients ayant bénéficié des soins définis dans les procédures recommandées, en terme de prévention (vaccins, frottis), de procédure curative (corticoïdes au long court chez les asthmatiques), de surveillance clinique (fond d'œil chez les diabétiques), d'éducation (auto surveillance de la glycémie chez les diabétiques) ; Indicateurs **de qualité de résultats des soins** : mortalité, intensité des symptômes, évolution des paramètres cliniques ou biologiques (poids, pression artérielle, glycémie…).

Ainsi, au cours des auditions réalisées, de nouveaux métiers ont pu être identifiés tels que : l' « animateur de réseau » ou le « coordonnateur de réseau ». Le Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais (RVHCM), présidé par le docteur JANIN, a créé **deux nouveaux postes** (cf. encadré n° 21 et 22). Toutefois, on peut regretter qu'il n'y ait pas une reconnaissance du statut de l'infirmier(e) coordonnateur(trice), de son statut et de sa rémunération par ses pairs.

Encadré n° 21 : Profil de poste de l'infirmier(e) coordonnatrice exemple au sein du réseau de Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

DESCRIPTION DES ACTIVITES

Organiser des retours à domicile
- réaliser un bilan des besoins (équipe soignante, patient et entourage)
- coordonner les soins et les prises en charge avec les professionnels
- préparer les ordonnances de sortie (validées par le médecin prescripteur)
- constituer un dossier Patient (Réseau) et un dossier de Liaison (domicile)
- installer et réaliser le suivi à domicile
- gérer la permanence à la clinique

*Accueil/conseil/enseignement (*patients/entourage, hospitaliers/libéraux)

Développer des projets du Réseau
- présenter le Réseau (réunions/plaquette/lettres d'information)
- participer aux réunions d'équipe et animer des groupes de travail (douleur à domicile,)
- organiser des sessions de formation pour les personnels libéraux
- développer des projets de recherche

Evaluation
- réaliser des enquêtes de satisfaction et élaborer un bilan d'activité annuel

COMPETENCES/APTITUDES
- capacité d'écoute et de discernement et disponibilité
- rigueur, sens de l'organisation et hiérarchisation des priorités
- capacité relationnelle et sens de l'accueil et compétence pédagogique

Le poste d' **« animateur réseau »** a évolué depuis sa création en 2001. Ce poste est une interface entre les informaticiens, les usagers du portail et les professionnels du réseau de santé. Il s'agit de comprendre les besoins des uns, de mettre en forme les informations, de solliciter des experts pour résoudre des problèmes techniques et traduire des besoins.

Encadré n° 22 : Profil de poste de l'animateur réseaux exemple au sein du Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais

DESCRIPTION DES ACTIVITES

Activités générales
- organiser et mettre en place un dispositif de gestion du Portail
- élaborer et diffuser des documents d'aide à l'utilisation du Portail
- organiser un dispositif d'intégration de l'information dans le Portail

Activités spécifiques dans le cadre du RVHCM
- organiser et conduire des réunions "méthodes"
- élaborer des documents de "références"
- concevoir des rapports d'évaluation
- participer à la définition de plans de communication et de formation

COMPETENCES APTITUDES
- capacités d'application de la méthode de conduite d'un projet
- analyse et traduction des besoins des différents acteurs impliqués dans le projet
- capacité à communiquer et à informer de l'évolution du projet, transparence
- capacités à recueillir des informations
- écoute, diplomatie et compréhension des enjeux contextuels
- rigueur et organisation méthodologique
- sens de l'autonomie, de l'initiative et des responsabilités

4.3.2. Une proposition de formation : le mastère « management des réseaux de santé »

La loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales est entrée en vigueur depuis le 1er janvier dernier. Cette loi prévoit d'importants changements en matière de santé. Les Régions, responsables de la formation des travailleurs sociaux et de professionnels de santé, pourront investir dans des équipements sanitaires. La loi prévoit **le transfert aux Régions des formations des professions de santé**[40].

***Une proposition de formation : le Mastère* « Management des réseaux sanitaires et sociaux »**

Depuis la rentrée scolaire 2005-2006, deux universités proposent **un MASTERE 2** destiné aux professionnels de santé (formation continue) ou aux étudiants souhaitant exercer leurs professions au sein d'un réseau ou approfondir leurs connaissances sur les réseaux de santé. Cette formation de **« Management des réseaux sanitaires et sociaux »**[41] est organisée autour de cinq modules (cf. Encadré n° 23). Les candidats doivent être titulaires d'un bac +4 ou MASTERE 1 ou disposer d'une expérience professionnelle reconnue par la commission de Validation des Acquis par l'Expérience (VAE). Elle peut conduire à plusieurs débouchés professionnels pour les étudiants ou les professionnels titulaires d'un mastère deuxième année parmi lesquels **concepteurs, animateurs, organisateurs ou logisticiens de réseaux de santé.**

Encadré n° 23 : Proposition de modules de formation

Dispositif juridique du système sanitaire et social
- . Législation et règlementation des secteurs de la santé et du social
- . Ethique et déontologie dans les secteurs de la santé et du social

Economie de la santé et politiques publiques
- . Economie de la santé
- . Concepts et outils de santé publique
- . Politique de santé publique, santé publique et politique de la ville

Rôle et place des réseaux dans le système sanitaire et social
- . Organisation du système sanitaire et social
- . Fonctionnement du dispositif et thématiques du réseau

Modalités de fonctionnement et gestion du réseau
- . Gestion de l'environnement institutionnel et professionnel
- . Gestion interne du réseau : management, gestion comptable et financière

Démarche qualité et projet de réseau : principes, méthodologie et outils
- . Méthodologie de projet
- . Outils de la démarche qualité et accréditation et référencement ANAES
- . Projet d'informatisation au sein du réseau

Face à l'importance que prennent les réseaux de santé sur le territoire et leur place en terme de structuration de l'offre de soins de proximité, **une formation de ce type pourrait être mise en place en Bourgogne.**

[40] A savoir : sages-femmes, « auxiliaires médicaux » -infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie, audioprothésistes, opticiens, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et techniciens de laboratoires d'analyses médicales.

[41] Académie de Paris, Créteil, Versailles, Marne- la Vallée (Seine et Marne, faculté de droit et d'économie) « Ingénierie de l'organisation de la protection sociale, de la santé et de l'action sociale, option management des services de santé » (www.univ-mlv.fr) et Académie d'Aix-Marseille, Université Paul Cézanne, d'Aix-Marseille III, Institut universitaire de management public et gouvernance territoriale (Bouches-du-Rhône) « Management des réseaux sanitaires et sociaux » (www.fcuniv.u-3mrs.fr).

CONCLUSION

La Bourgogne, terre traditionnelle du « bien vivre » doit relever plusieurs défis. Si la compétence en matière de santé ressort, de par la loi, du rôle de l'Etat, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales élargit les compétences de la Région en matière de santé et cette dernière pourra contribuer à garantir à tous et en tous points du territoire, un accès à des soins de qualité dans le cadre de sa responsabilité en matière d'aménagement du territoire.

Notre région rencontre actuellement de nombreux problèmes liés, d'une part, à sa géographie -territoire très étendu et larges zones rurales-, d'autre part, à sa démographie vieillissante. Des déséquilibres persistent entre départements mais aussi entre zones urbaines et rurales. Force est de constater que l'organisation des soins n'est pas toujours en mesure de répondre à l'évolution actuelle des besoins et des attentes de la population.

Aujourd'hui, des professionnels de divers horizons, ville ou hôpital, secteur médical, paramédical ou social ont mis en commun leurs réflexions et proposent des solutions novatrices. Certains d'entre eux se sont regroupés autour d'un projet médical commun (réseaux de santé) ou dans un lieu unique sur une zone fragilisée (maisons médicales) et proposent des réponses plus globales aux attentes des malades. Leur stratégie consiste d'abord à davantage coordonner la prise en charge du patient à partir des ressources disponibles dans son bassin de vie. Ils proposent, par exemple, à chaque patient un diagnostic médical, économique et social complet afin d'identifier ses besoins médicaux mais aussi de mieux connaître son environnement économique et social qui participe à sa bonne santé et au maintien de cet état.

Pour le CESR, l'égalité d'accès aux soins et à la santé implique de construire un meilleur maillage du territoire permettant une adéquation entre l'offre et les besoins et attentes des patients. Cela suppose une réorganisation du système de santé au niveau des territoires. Des professionnels de santé sont déjà engagés dans une telle démarche.

La Région Bourgogne pourrait soutenir les actions de ces professionnels et participer à la mise en place d'une nouvelle configuration du paysage sanitaire et social autour de bassins de vie ou de bassins de santé.

Le CESR propose que la collectivité régionale prenne l'initiative -et renforce- un certain nombre d'actions en lien avec les compétences qu'elle exerce déjà telles que l'aménagement du territoire, le soutien aux projets liés aux TIC, au regroupement de professionnels de soins, la prise en charge d'une partie des équipements et du transport, ou encore l'appui à la formation professionnelle.

PROPOSITIONS

« Le rôle de la Région en matière de santé »

Afin de répondre à la saisine du Conseil régional mais également dans une volonté plus large de **prendre en considération les besoins et les attentes des citoyens bourguignons**, le CESR a souhaité s'intéresser plus particulièrement à la **réorganisation du système de soins au niveau des bassins de vie** initiée par des professionnels afin de répondre aux besoins sanitaires et sociaux des patients.

Le CESR insiste d'ailleurs tout au long du rapport sur la nécessité **d'adopter une approche globale de la santé centrée sur les besoins de la population** et permettant une implication du patient dans le processus de soins.

Toutefois, le CESR a choisi de **mettre l'accent sur les « actions innovatrices » qui émergent** sur le territoire : le regroupement de professionnels au sein de structures particulières -les réseaux de santé et les maisons médicales-.

Il s'agit de faire **le lien entre santé et aménagement du territoire** afin de permettre à la Région de **se positionner sur des sujets essentiels qui concernent l'ensemble des citoyens**.

L'objectif est d'entamer une réflexion et de proposer un certain nombre d'actions ciblées afin d'apporter une réponse globale de santé aux Bourguignons en prenant en considération **toutes les dimensions de la santé, tant médicales ou sociales que psychologiques.**

Bien que la santé demeure une compétence de l'Etat, le CESR émet des propositions afin que la collectivité régionale puisse y contribuer en initiant un certain nombre d'actions en lien avec les compétences qu'elle exerce dans le cadre du développement économique et de l'aménagement du territoire, de la formation…

PROPOSITION N° 1 :

Contribuer à la mise en place d'une « plate-forme » régionale d'échanges sur la santé pour présenter aux usagers les réseaux de santé, échanger et diffuser des bonnes pratiques

Accessible sur Internet aux professionnels de santé, aux acteurs du secteur social et aux usagers de la région, elle faciliterait la **mise en relation des acteurs** et permettrait de répondre aux attentes fortes de chacun.

Initiée par la Région, cette plate-forme pourrait contenir un ensemble **d'informations à partager** :

1) des éléments relatifs au **mode de fonctionnement en réseau (réseaux de santé et maisons médicales)** et à ses **implications** tant pour les **praticiens** *(pratiques collectives, compétences et formations)* que pour **les adhérents** *(implication du patient dans le processus de soins, droits et devoirs du patient) ;*

2) une **carte interactive de la région Bourgogne** afin de localiser **les différentes expériences de regroupements de professionnels sur le territoire** (réseaux de santé par pathologies, réseaux de coordination ville-hôpital, maisons médicales), de proposer aux professionnels et aux usagers un accès à des informations précises sur chaque réseau (coordonnées, contacts, site web, personnes ressources, aire d'influence du réseau) et de permettre de faire un lien avec leur site internet.

3) **un forum d'échanges** pour **diffuser, transférer des connaissances et des compétences, et partager des référentiels ou harmoniser des référentiels** entre professionnels.

Accessible dans le cadre d'un **portail de santé régional**, cette plate-forme pourrait être animée par la Région en concertation avec plusieurs acteurs parmi lesquels l'URCAM et l'Agence Régionale d'Hospitalisation mais aussi la Mission Régionale de Santé.

L**a Région** participerait ainsi directement à la **recomposition du paysage sanitaire et social** régional mais aussi à la reconnaissance d'une **approche globale et transversale de la santé** tant dans sa dimension médicale que sociale.

Cette plate-forme régionale d'échanges sur la santé contribuerait donc à créer un meilleur maillage territorial en Bourgogne et s'inscrirait dans le cadre d'une démarche plus globale d'une **politique d'aménagement sanitaire et sociale du territoire.**

Le CESR attire l'attention du Conseil régional sur la **nécessité d'actualiser une telle base de données** compte tenu des départs massifs en retraite des professionnels au cours des prochaines années et de l'évolution de l'offre de soins au niveau des bassins d'emploi liée à la mobilité de certaines professions (kinésithérapeute, infirmier(e)).

PROPOSITION N° 2 :

Renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé et les intégrer dans le parcours de santé

Le CESR a constaté que l'éducation et la prévention restent un maillon faible du système de soins. Il souhaite que les dimensions préventives soient **intégrées dans le parcours de soins** afin de **réduire les risques immédiats** et **prévenir les risques plus lointains**.

Le CESR insiste sur le fait que ces objectifs pourraient être atteints dans le cadre d'une prise en charge globale de la santé sous **tous ses aspects : la santé physique, mentale et sociale.**

L'objectif est **d'impliquer l'ensemble des acteurs** dans le processus de prévention afin qu'ils deviennent **responsables et acteurs de leur santé**. Ce processus d'éducation à la santé pourrait débuter dès le plus jeune âge et devrait **se poursuivre tout au long de la vie.**

Le CESR propose à la Région de mettre en place deux types d'actions :

- ◊ la **sensibilisation, l'éducation et la responsabilisation** de chaque Bourguignon à la santé. Ceci pourrait faire l'objet d'**un guide « éducation à la santé »** en concertation avec les acteurs du domaine sanitaire et social et de l'éducation (lycéens et apprentis) suivi de manifestations sur le territoire,
- ◊ la mise en œuvre **d'actions de formation** aux **gestes de premier secours** et aux **gestes qui sauvent** (prise en charge précoce des accidents cardiovasculaires),
- ◊ **favoriser le mieux disant sanitaire, social et environnemental dans toutes les actions menées et financées par la Région.**

Le Conseil régional pourrait dresser une **liste des différents thèmes** susceptibles de faire l'objet d'une prévention particulière, étant données les caractéristiques sanitaires et sociales de la Bourgogne, en concertation avec les instances en charge de ce dossier dans la Région.

PROPOSITION N° 3 :

Proposer des actions de formation mieux adaptées à l'évolution des pratiques professionnelles et à la transversalité des métiers

Le CESR a constaté lors des auditions une évolution dans les pratiques des professionnels :

- ◊ avec des méthodes de travail plus participatives et coopératives,
- ◊ l'apparition d'activités nouvelles qui modifient le contour des métiers,
- ◊ l'émergence de nouveaux métiers plus transversaux et liés aussi bien au champ du social, du médical qu'à l'ingénierie de projet.

Le CESR propose donc au Conseil régional que soit entamée une **réflexion globale sur les métiers de la santé,** afin d'analyser leurs contenus pour ensuite proposer des formations adaptées aux besoins exprimés par les professionnels sur le terrain. Une identification des nouveaux métiers sera établie.

Cette **réflexion pourrait être menée par le Conseil régional en deux temps :**

- ◊ **réalisation d'une enquête** en vue d'identifier les contenus des métiers, de construire des profils de poste et de préciser les compétences associées à l'exercice de ces métiers mais aussi liées à l'apparition de nouveaux métiers,
- ◊ **construction de programmes de formations -initiale et continue-** en concertation avec les professionnels sur le terrain afin de proposer l'offre de formation la mieux adaptée aux besoins exprimés sur les territoires.

Il est essentiel de **partir des besoins des professionnels de terrain** afin d'adapter la formation.

DE NOUVEAUX BESOINS DE FORMATION CONTINUE

Lors des auditions, le CESR a constaté une évolution des tâches des professionnels liés à leur mode de fonctionnement en réseau. De nouvelles compétences ont pu être identifiées telles que le management, l'animation des groupes, l'exercice d'une veille juridique ou réglementaire ou encore des fonctions administratives et financières liées au fonctionnement en « mode projet ». Les réseaux de santé ont mis en place des formations continues portant sur plusieurs domaines (médical, social, comportemental ou gestion des outils informatiques et des TIC).

Ces formations visent à améliorer les connaissances et les compétences de leurs membres sur des sujets spécifiques dans le souci d'apporter des soins de meilleure qualité aux patients, mais aussi de permettre aux **différents membres d'un même réseau de se rencontrer et d'échanger** sur leurs pratiques.

Les besoins de formations des professionnels de santé pourraient être définis au niveau de la région et des départements dans le cadre d'une action concertée entre les différents partenaires DDASS, DRASS, ARH, URML, URCAM, et élus. Il s'agit de mettre en place **un outil de prospective pour les professionnels.**

Tout au long des auditions, le CESR a pu constater que les mêmes thèmes étaient abordés lors des formations en 2003, 2004 et début 2005 par plusieurs réseaux de santé, que ce soient des réseaux de santé par pathologie ou des réseaux de coordination ville hôpital. Elles ont surtout porté sur les thèmes suivants : diabète, dialyse, pansements dermatologiques, nutrition, soins palliatifs, douleur.

De ce fait, le CESR propose un partage d'expériences et des formations au niveau d'un bassin de vie ou au niveau d'un département. Cette démarche permettrait ainsi de proposer **un panel de formations plus diversifiées.** De plus, cela permettrait à des membres issus de réseaux de santé différents de se rencontrer, de pouvoir **échanger sur leurs pratiques professionnelles**, leurs méthodes de travail ou encore la gestion quotidienne de leurs métiers.

De nombreux professionnels ont dû s'adapter et ont acquis « sur le tas » un certain nombre de compétences. Cependant, la plupart d'entre eux, quelle que soit leur profession, sont demandeurs de formation continue, de professionnalisation et de certification afin qu'il y ait une reconnaissance de nouvelles pratiques, de l'évolution de leur profession mais aussi des évolutions de leurs compétences.

La Région pourrait jouer à ce niveau un rôle important et proposer sur le **portail régional de santé ou la plate-forme des échanges sur la santé** un **catalogue en ligne des formations continues** mises en place dans les réseaux de soins par **thèmes abordés** (médicaux, sociaux, informatique, management ou aide au montage de projet) avec un calendrier de formations ainsi que les procédures à suivre pour s'y inscrire.

DE NOUVEAUX BESOINS DE FORMATION INITIALE MIEUX ADAPTES A L'EXERCICE DE NOUVEAUX METIERS AU SEIN DES RESEAUX

Le CESR a identifié par exemple deux nouveaux métiers :

- ◊ animateur de réseau,
- ◊ coordonnateur de réseau.

Ces deux professions sont au cœur des nouvelles pratiques professionnelles en réseau. Ainsi, l'infirmier(e) coordonnateur (trice) met en place le dispositif et coordonne les actions entre les acteurs qui vont intervenir auprès du patient. Il est à l'interface entre les professionnels de santé, les professionnels issus du secteur social et le patient. L'animateur réseau développe le réseau et met en place une politique de communication ainsi que des outils de communication afin que les membres des réseaux puissent échanger entre eux.

Le CESR estime que ces nouveaux métiers ne vont pas cesser de croître au cours des prochaines années, car ils font appel à des connaissances et des compétences plus transversales, médicales mais aussi sociales, qui auront tendance à prendre de l'importance.

La question du contenu de ces formations et de leur adaptation à l'évolution des pratiques médicales a été posée. Ainsi, beaucoup de praticiens soulignent l'insuffisance de formation des jeunes aux outils informatiques et notamment aux logiciels de santé. D'autres précisent que les formations ne sont pas assez transversales et qu'il serait souhaitable et urgent de mettre en place des modules communs ou tronc commun face à l'évolution des métiers et à la transversalité des tâches.

Dans ce cadre, le CESR souhaiterait que la Région Bourgogne se positionne vis-à-vis de ces nouveaux métiers afin de proposer à l'Université la création d'un **mastère « management des réseaux sanitaires et sociaux » en partenariat avec les réseaux : l'URCAM et l'Agence Régionale d'Hospitalisation**. Ce mastère pourrait être validé soit dans le cadre d'une formation initiale soit dans le cadre d'une formation continue.

Le contenu de cette formation pourrait viser à :

- ◊ mieux connaître les dispositifs environnementaux, sociaux et juridiques en lien avec le secteur sanitaire et social,
- ◊ acquérir une expertise méthodologique (apprendre à instruire des dossiers de subvention, se familiariser avec la logistique),
- ◊ apprendre à construire des outils partagés (dossier patient, dossier de liaison, dossier médical…),
- ◊ se familiariser avec les acteurs des collectivités locales et les modes de financement possibles au sein du système de santé (FASVQ, DRDR…),
- ◊ être capable de mener des politiques d'évaluation (réalisations d'enquêtes de satisfaction, conduite d'entretiens d'experts…),
- ◊ acquérir des compétences managériales et de gestion des ressources humaines.

Cette formation pourrait conduire à plusieurs débouchés professionnels pour les étudiants ou les professionnels titulaires d'un mastère deuxième année, parmi lesquels : **concepteurs, animateurs, organisateurs ou logisticiens de réseaux de santé**.

De plus, étant donnés l'éloignement de certains professionnels de santé et leurs besoins en formation, le CESR souhaiterait que le Conseil régional développe des formations à distance (FOAD) afin de permettre à des professionnels de santé (à savoir : sages-femmes, « auxiliaires médicaux » -infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie, audio-prothésistes, opticiens, diététiciens-, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et techniciens de laboratoires d'analyses médicales) de pouvoir se former à leur rythme. Une accréditation, valable quatre ans, est donnée par la Haute Autorité de Santé aux personnels ayant suivi des formations aux équipes médicales et une certification pour les établissements de santé.

Enfin, le CESR a constaté que la force des réseaux de santé provient de l'implication de l'ensemble des acteurs autour d'une cause commune et d'une volonté d'être au service du patient. Etant donnés les effectifs dans ces réseaux, il semble difficile pour certains d'entre eux de réaliser des formations en présentiel car cela risquerait de rompre la chaîne des soins. Des formations de type FOAD pourraient donc être envisagées.

Il s'agit de faire un lien entre le champ social et sanitaire dans le cadre de formations initiales, sanitaires et sociales, disponibles sur le territoire bourguignon et précisant les différentes possibilités de formations (initiale, VAE, cours du soir, avec seulement certains modules).

Cette démarche pourrait s'inscrire dans un véritable programme régional de développement des formations sanitaires et sociales et s'intégrer dans le projet de création d'un « pôle régional de formations sanitaires et sociales ». Ce pôle pourrait regrouper le CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence) et un IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) dans lequel sont dispensées des formations d'aides-soignants, de sages-femmes, de cadres infirmiers, de cadres sages-femmes, d'infirmier(es) de blocs opératoires, d'aides anesthésistes, de kinésithérapeutes et de puéricultrices.

PROPOSITION N° 4 :

Généraliser l'accès aux TIC sur l'ensemble du territoire :
développer la télémédecine afin de proposer aux Bourguignons des diagnostics partagés, des soins spécialisés et des interventions chirurgicales à distance

Les nouvelles technologies élargissent le champ de l'exercice de la médecine pour la consultation à distance, la coordination des soins ou l'échange de données médicales numérisées entre centres de soins, hôpitaux et médecins. Elles peuvent favoriser le développement de la recherche médicale et des opérations chirurgicales à distance.

La télémédecine peut participer à la **rationalisation et la régulation de l'offre de soins sur un territoire donné**, la **concertation pluridisciplinaire** et le **transfert de savoir-faire**, l'attractivité des équipes soignantes au niveau local sur un territoire tout en restant en relation avec des équipes spécialisées situées dans des centres urbains et au **décloisonnement du système de santé**. Cet outil contribue à la **recomposition et à la reconfiguration du paysage sanitaire et social**.

1) La télémédecine : une solution pour une meilleure desserte des soins spécialisés

La télémédecine peut être un atout important étant données la démographie médicale et les difficultés d'accès à certaines zones géographiques. Elle contribue à une égalité d'accès aux soins pour tous les Bourguignons en offrant, aux personnes éloignées des centres de santé, l'accès à des soins spécialisés et en évitant les déplacements inutiles de patients trop fragiles.

2) La télémédecine : un impact sur l'organisation des soins et l'aménagement du territoire

Elle peut avoir un impact sur l'aménagement du territoire en conduisant à un accès plus équitable aux soins et en permettant le maintien de l'activité au niveau local.

3) La télémédecine : une possibilité pour réduire les coûts financiers

Sur le plan économique, la téléimagerie permet de réduire les coûts de transferts des patients ou des praticiens et évite une redondance des examens.

Le CESR a souhaité attirer l'attention du Conseil régional sur les **conditions de réussite pour l'adoption de dispositifs de télémédecine en Bourgogne :**

- ◊ disposer de moyens humains et d'une organisation structurée,
- ◊ généraliser l'accès à Internet à haut débit sur tout le territoire,
- ◊ financer des équipements informatiques dans les structures périphériques,
- ◊ former les médecins à l'utilisation des TIC et aux applications de la télémédecine,
- ◊ développer des outils de sécurisation et de protection des données transmises.

Une attention particulière doit être portée **aux aspects humains et organisationnels**. La qualité des relations humaines entre les acteurs, la collaboration entre les praticiens, leurs disponibilités auront un impact important sur la mise en œuvre et la réussite d'une telle démarche.

PROPOSITION N° 5 :

Revaloriser les métiers du secteur sanitaire et social

Lors des auditions, le CESR a pu constater les difficultés des professionnels :

- ◊ à **recruter sur certains métiers** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes ou médecins sur certaines spécialités-, aides-soignants qualifiés),
- ◊ à **attirer des professionnels sur certains départements** ou dans des zones rurales ou éloignées des grandes villes bourguignonnes.

Le CESR propose plusieurs mesures visant à aller à l'encontre de ce phénomène :

- ◊ proposer à l'Etat une répartition fondée sur une élaboration régionale du numerus clausus afin de favoriser les régions avec des densités médicales inférieures à la moyenne nationale,
- ◊ privilégier le regroupement et la mutualisation des moyens et des équipes au sein de pôles d'excellence ou de référence,
- ◊ transférer ou déléguer une partie des tâches médicales au personnel paramédical en leur proposant auparavant une formation adaptée.

Des actions peuvent être menées **en amont et ciblées sur les jeunes** afin de revaloriser les métiers dans ce secteur :

- ◊ élargir les dispositifs « Réciprosanté » à d'autres professions afin d'attirer des jeunes sur le territoire et les inciter à rester en Bourgogne, notamment en prenant en compte les frais d'inscription aux concours,
- ◊ organiser des journées d'échanges entre professionnels de santé et lycéens (tables rondes à thèmes…),
- ◊ proposer aux jeunes des « journées découvertes » au sein des réseaux. Les jeunes pourraient ainsi découvrir les nouvelles pratiques professionnelles et se rendre compte de l'intérêt des métiers et de la diversité des tâches effectuées.

PROPOSITION N° 6 :

Participer à l'équipement des maisons médicales et des réseaux de santé

La Région pourrait participer au financement des équipements au sein des structures qui fonctionnent en réseau.

Ainsi, elle pourrait participer au financement :

- ◊ de **nouvelles maisons médicales de garde ou pluridisciplinaires**. Aujourd'hui, la région a déjà participé au financement de deux maisons médicales de garde et de trois maisons médicales pluridisciplinaires. Elle pourrait poursuivre cette démarche sur l'ensemble du territoire.
- ◊ des **équipements informatiques** (ordinateurs, accès à Internet) afin d'assurer la communication entre les systèmes de coordination et les échanges entre acteurs d'un même réseau ou de réseaux différents mais présents sur le territoire bourguignon,
- ◊ de certains **équipements médicaux** (fauteuils de dentistes, appareils ophtalmologiques…) au sein des maisons médicales afin de permettre à des spécialistes d'exercer en zones éloignées et sous un mode pluridisciplinaire,
- ◊ des **modes de transports** pour faciliter le déplacement des personnes âgées, handicapées, à mobilité réduite ou à ressources limitées et permettre celui des patients de nuit vers des centres hospitaliers, ce qui impliquerait d'équiper les transports héliportés.

Avis adopté par 60 voix pour et 4 abstentions

EXPLICATIONS DE VOTE

Intervention de Charles BARRIERE au titre des professions libérales de santé

Excellent travail. La commission a acquis une **véritable expertise** notamment par ses études sur le terrain.

L'installation des services de santé : une vraie problématique dont le point central est **l'attractivité des territoires**. On ne peut pas imaginer favoriser l'installation des services de santé dans des lieux dont le développement économique est absent. Toute mesure autoritaire aurait l'effet inverse du but recherché. C'est par la concertation avec tous que l'on pourra avancer sur ce dossier, d'autant que la charge de travail de l'ensemble des professionnels est particulièrement lourde.

Une remarque :
Les compétences en matière de santé sont très largement du ressort de l'Etat. Les interventions des autres collectivités ou structures ne peuvent intervenir qu'à la marge. Une organisation davantage concertée entre tous les intervenants est à mon sens une ardente obligation. C'est pourquoi la prochaine Conférence régionale de santé devrait pouvoir se saisir de ce point. En effet, l'organisation globale est perfectible, souvent très difficilement perçue par les Bourguignons.

Concernant les réseaux, nous sommes encore dans une phase d'expérimentation et il est temps de faire une évaluation afin d'organiser une réponse coordonnée. Il appartient donc à l'Etat de favoriser une organisation à la fois plus cohérente et plus efficace pour les Bourguignons.

Remarque : dans l'avis on n'a pas cité le RESIC et c'est dommage de ne pas l'avoir intégrer.

Un regret :
Il reste à déterminer si l'intervention régionale est toujours pertinente, c'est-à-dire si l'investissement de la Région est déterminant pour les différents projets soutenus.

Sauf à imaginer un investissement financier illimité de la Région, il reste à préciser les choix prioritaires de la Région. La coopération Etat-Région ne rend pas forcément très optimiste !

Intervention de Jacques LOURY au titre de la CGT

Le projet d'avis qui nous est enfin soumis a pour objet d'essayer de dire quel pourrait être le rôle de la région dans la définition et la mise en œuvre d'une véritable politique de santé en Bourgogne.

Je dis enfin, oui, pour deux raisons, la première est que cette présentation tardive s'impute sur des formalités administratives, dirons-nous et la deuxième c'est que le PRSP (Plan Régional de Santé Publique) vient d'être publié, il nous semble que de toute façon nous ne sommes pas à l'heure dans la remise de notre copie.

Une véritable politique de santé disons nous dans notre introduction. Mais comment évoquer ce que pourrait être la contribution de la région sans regarder qui décide réellement de ce qui lui incombe ou va lui incomber et tenter d'en apprécier les conséquences.

L'Etat vient de publier le sens et la nature des actions qu'il entend conduire en Bourgogne au travers du Plan Régionale de Santé Publique. Ce plan, y est-il indiqué, est conçu comme le socle commun qui permettra, en autre, aux collectivités territoriales de participer plus étroitement aux politiques nationales de santé.

Là est posée une question importante à laquelle l'avis ne peut répondre : comment et avec quels moyens financiers la région Bourgogne pourra-t-elle joué ce rôle qui lui est imposé ?

C'est bien là que « le mal est » ! Des compétences imposées sans de réels moyens d'y faire face à court et à long terme.

La gestion comptable des dépenses de santé qu'imposerait la survie de notre régime de solidarité déjà mis à mal face aux défis de la compétitivité de nos entreprises opposée à la montée des besoins face aux défis technologiques, aux progrès des sciences qui permettent de vivre de mieux en mieux et plus longtemps.

Ce qui a été possible après quatre années de destruction massive du pays ne le serait plus aujourd'hui alors que la richesse s'étale honteusement, que c'est encore et toujours aux plus nantis que vont les cadeaux.

Cette gestion comptable qui ampute les budgets, rationalise les effectifs, est source d'inégalité d'accès aux soins et l'étude qui a conduit le CESR a formulé les propositions contenues dans le projet d'avis en témoigne.

Et même si elles ambitionnent d'en réduire quelqu'une, c'est à une véritable politique de santé basée sur un financement plus conséquent prélevé sur toutes les richesses créées dans ce pays qu'il est urgent de réfléchir.

Sans doute que mes propos apparaîtront décalés, hors sujet, excessifs, nous considérons à la CGT que d'autres choix sont aujourd'hui possibles et il nous semble bien que ne soyons pas les seuls à avoir cette conviction-là.

Avec les limites ainsi posées, nous considérons à la CGT que le projet d'avis qui nous est soumis, à partir d'une étude du terrain très poussée, trace des pistes sur lesquelles la région pourrait s'engager, les propositions formulées, je l'ai dit, sont de nature à permettre une amélioration des problèmes auxquels sont confrontés les Bourguignons dans le domaine de la santé.

Toutefois nous aurions souhaité que les actions de prévention en matière d'accidents du travail et de maladie professionnelle soient clairement citées dans le cadre des propositions n°2 qui visent à renforcer les actions de prévention et d'éducation à la santé et les intégrer dans le parcours de santé.

Le cas du cancer de l'amiante qui fait des ravages en Saône et Loire et va continuer d'en faire pendant encore quelques décennies, doit attirer notre attention sur la manière dont est traité cette question, aujourd'hui, des maladies professionnelles et des risques psychosociologiques.

Le groupe CGT votera le projet d'avis.

Intervention de Jean-François MICHON au titre de la CGC

Monsieur le Président, il s'agit d'une abstention.

Au nom de la CFE-CGC, dans le cadre de la proposition de renforcement des actions de prévention, nous sommes surpris de noter l'absence totale d'évocation de la mission des médecins du travail.

Cet oubli nous paraît d'autant plus dommageable que leur mission sur le plan de la prévention est réduite par les nouveaux textes et projets gouvernementaux.

Intervention de Thierry GROSJEAN au titre des associations de l'environnement

Je souscris à l'approche de la saisine consistant à prendre en considération les besoins et les attentes réelles des citoyens bourguignons, également celle d'une approche à la fois globale et transversale de la santé, laquelle ne consiste pas -selon la définition de l'OMS- en une absence de maladie ou d'infirmité. Je partage le constat d'une carence en matière de prévention et d'éducation, insistant, comme cela a été évoqué lors d'autres saisines, sur l'importance de la proximité et de l'accessibilité de l'offre de soins dans l'aménagement du territoire.

Dans *« les sujets essentiels qui concernent les citoyens »*, j'insisterai plus particulièrement sur les liens entre environnement et santé et d'un certain nombre « *d'informations à partager* ». Dans les objectifs du Plan régional de santé publique figure notamment celui *« d'améliorer les facteurs de l'environnement, causes de dégradation de la santé des populations : habitat, pollutions, qualité de l'eau, bruit… »*. Je rappelle que l'OREB a fourni un rapport technique sur le sujet en 2001.

Le droit à la santé s'est mué au cours du temps en un droit aux soins, voire à des soins techniques. C'est visiblement le parti pris par cet avis, très technique. Le schéma de service collectif sanitaire français de 2002, qui accorde un espace restreint à la prévention, ne présente pas de dimension environnementale. Il est également révélateur de voir les maigres effectifs du secteur SANTE ENVIRONNEMENT dans les DRASS.

C'est avec un retard conséquent que la France s'est dotée de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (opérationnelle en 2003) puis d'un Plan national Santé Environnement, reconnu par la loi (9 août 2004), et a inclu dans la CHARTE DE L'ENVIRONNEMENT et la loi relative à la politique de santé publique une démarche volontaire de **prévention et de précaution, prenant en compte les déterminants environnementaux de notre santé.** La loi constitutionnelle relative à la CHARTE précise dans son article 1ER que **« Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ».**

« UNE OFFRE CAPABLE DE SATISFAIRE LES NOUVEAUX BESOINS IDENTIFIES »

(introduction du projet d'avis)

La France et la Bourgogne ont une carence en équipes de toxicologues et d'épidémiologistes qui obère toute capacité d'expertise. Ce qui n'empêche pas de diaboliser les rares experts indépendants des grands groupes industriels, accusés de menacer l'économie et l'emploi. Nous payons collectivement très cher de telles carences, l'absence de certitude scientifique issue de **l'absence de recherche servant de prétexte pour ne rien faire.** PESTICIDES, AMIANTE, DIOXINE, BENZENE, IMPACT DE LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE…Tous ces polluants, pour ne citer qu'eux, sont actuellement massivement dans notre environnement quotidien et leurs effets néfastes sur la santé sont connus. Sans même parler de la sécurité alimentaire, des OGM, de la pandémie d'obésité et de risques cardiovasculaires liés aux déséquilibres alimentaires (sel et sucre). L'IFEN relate dans un ouvrage récent que certains de ces polluants sont identifiés depuis plus de cent ans, comme les composés organochlorés chez les travailleurs de l'industrie, la directive européenne de 1996 se proposant de les éliminer d'ici 2010. Pour l'amiante le scandale est énorme, révélateur des pressions « pour ne rien savoir et ne rien faire » quand on touche des intérêts puissants, drame ayant provoqué des milliers de morts et qui sera responsable de plusieurs milliers de morts par an pendant des dizaines d'années, entraînant des coûts exorbitants pour la sécurité sociale ! Selon une étude sur les effets de REACH **(1)**, le coût

du règlement à 2,3 milliards d'euros sur 11 ans, soit 0,05 du chiffre d'affaires annuel des producteurs, les effets positifs sur la santé seraient estimés, eux, à 50 milliards. Ca serait de l'investissement rentable, non ?

« Les facteurs environnementaux ou associés aux comportements humains représentent entre les 2/3 et les 4/5 de l'étiologie des pathologies cancéreuses », Commission d'orientation pour le plan cancer – 16 janvier 2003.
Le Plan National Santé Environnement alerte sur l'insuffisance de l'évaluation des substances chimiques sur la santé : 100.000 sont officiellement répertoriées, mais 30.000 sont mises sur le marché dans des quantités supérieures à une tonne chaque année, dont seulement quelques centaines sont sommairement évalués pour leurs risques !

Toutes les technologies nouvelles nécessiteraient d'être évaluées quant à leurs effets sur la santé (portables, ordinateurs…) parce les liens entre exposition et risque sanitaire ne sont observables que de nombreuses années après. Longtemps d'une confiance aveugle dans des experts officiels dépendant des pollueurs, les citoyens et les consommateurs exigent maintenant davantage d'information transparente et fiable sur les risques qu'on leur fait courir. Or l'information du grand public sur les risques sanitaires liés à l'environnement est occultée, malgré les « unes » des médias sur les graves crises sanitaires (vache folle, sang contaminé, amiante…, grippe aviaire…), et la **Convention d'ARHUS** (1998 – mise en application en France le 6 octobre 2002) qui est censée garantir le droit à l'information et à la participation du public aux décisions.

En finir avec la confiance aveugle envers de prétendus experts autoproclamés et augmenter les moyens de la médecine du travail

Des collectifs de médecins du travail** (2), **ayant en moyenne plus d'une vingtaine d'année d'écoute clinique des salariés, ont constaté une dégradation constante des constats portant sur la santé au travail en France depuis 1990. Leurs observations recoupent la situation décrite ci-dessus :

- la logique gestionnaire du « tout économique » conduit à passer sous silence les constats des praticiens,
- il y a une tradition bien française qui refuse de faire le lien entre santé et travail (syndrome de METALEUROP),
- il y a une institution médecine du travail détournée de son objectif de prévention, alors que le manque de médecins est organisé depuis 15 ans,
- il y a une insécurité sociale collective, une précarisation des salariés qui fait taire la souffrance et la maladie au travail et culpabilise les malades, avec un coût économique et social faramineux,
- il y a une déferlante d'indices d'atteintes graves à la santé (physique et psychique) alors que l'obsession porte actuellement sur un allégement du code du travail. (ex : 7000 morts/an pour les seuls cancers professionnels, suicides au travail, air contaminé.

L'absence de demande publique ou sociale n'est pas le reflet d'une absence d'attente des salariés quant à leurs conditions de travail : ils sont dans l'attente d'une offre politique. Il est urgent de remettre au cœur des politiques publiques la santé au travail et la prévention comme maillons essentiels de la santé publique et d'évaluer leur impact sur le déficit chronique de la sécurité sociale. Est-il besoin de démontrer que ceux-là mêmes qui génèrent les risques ne doivent pas avoir la main sur les services de prévention ?

REGION : PROPOSITIONS POUR LA PREVENTION EN MATIERE DE SANTE ENVIRONNEMENTALE

Au travers des compétences limitées de la Région, il y a cependant des leviers pour agir de manière innovante si l'on veut, comme le suggère la proposition n°2, « *favoriser le mieux disant sanitaire, social, environnemental dans toutes les actions menées et financées par la Région* » dans une démarche participative respectant les obligations européennes.

- Obtenir des données objectives de l'ORS sur la santé au travail,
- les constructions HQE (les polluants dans l'habitat),
- le traitement des sites industriels dits orphelins (des évaluations détaillées des risques sont maintenant indispensables pour recycler les sites industriels – ex : BITULAC à EPINAC (71),
- la déclinaison régionale du PNSE et l'information du public sur les enjeux environnementaux,
- le soutien à un pôle de recherche en toxicologie et épidémiologie,
- la préservation de la biodiversité : soutenir le Parc du Morvan sur sa recherche concernant plantes médicinales ; le conservatoire des sites dans sa protection de la biodiversité ; Natura 2000…
- saisir l'AFSSE sur les sujets méritant des recherches et l'aide à la décision
- gestion des déchets des HOPITAUX : formation d'éco-infirmiers chargé de leur gestion.

Les crises sanitaires liées à la dégradation de l'environnement seront de plus en plus nombreuses et de plus en plus graves, corollaires au réchauffement climatique, à la mondialisation, aux phénomènes de concentration. Il serait temps que les décideurs en prennent la mesure, car si aujourd'hui ils sont seulement responsables, ils risquent demain d'être coupables, et jugés par leurs enfants.

Albert JACQUARD : « Les problèmes posés sont si nouveaux et d'une telle ampleur qu'ils ne pourront être résolus sans effort d'imagination collectif et un effort plus grand encore dans la remise en cause de comportements les plus profondément ancrés »

(1) REACH : « Enregistrement, évaluation et autorisation des substances chimiques » - projet de réglementation européenne concernant les substances chimiques et leurs effets sur l'environnement et la santé, qui doit être discuté et adopté avant la fin de cette année.
(2) Collectif de BOURG EN BRESSE / 41 BD VOLTAIRE 01000 BOURG EN BRESSE

Documentation :
AFSSE : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale - www.afsse.fr
IFEN : « Institut Français de l'Environnement » - « Signaux précoces et mesures tardives : le principe de précaution 1896/2000 » - www.ifen.fr
Rapport de l'ONU : « Millenium Ecosystem Assesment - www.milleniumassesment.org
APPEL DE PARIS : www.appeldeparis.com
Livres : André ASCHIERI : « La France toxique – santé et environnement : les risques cachés » - 1999 - André CICOLELLA « ALERTE SANTE » - FAYARD -
DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

Intervention de Marie de MONJOUR au titre des œuvres privées sanitaires et sociales

Je rappelle l'existence de l'avis sur « Les conditions de travail liées à l'environnement » - Rapporteur : André FOURCADE. Session du 26 septembre 2001.

Intervention de Joseph BATTAULT au nom du groupe CFDT

Le groupe CFDT félicite les rapporteurs pour la qualité du travail rendu dans cet avis. Parmi les nombreux rapports qui existent, l'originalité de ce travail réside dans la mise en valeur de la notion de réseaux de soins et de santé.

Si nous approuvons ce travail réalisé par la commission, nous tenons à apporter quelques éléments au débat qu'il sera nécessaire d'approfondir lors de travaux ultérieurs du CESR.

Sur les inégalités d'accès aux soins

Le rapport fait place principalement aux inégalités liées à l'étendue des territoires et aux distances. Mais les frontières ne sont pas que géographiques. D'autres existent, elles sont tout aussi redoutables quand elles sont sociales. Elles existent en milieu rural et dans les zones urbaines. Elles sont parfois masquées par les moyennes des champs mesurés. Ainsi la ville comme champs de mesure statistique masque les inégalités entre les quartiers périphériques et le centre ville. Et les inégalités d'accès aux soins sont très marquées : absence d'implantation de médecins généralistes et spécialistes, de pharmacies, mais aussi de déplacements vers le centre ville pour accéder à ces médecins.

Cette approche territoriale de l'aménagement du territoire est donc à prendre en compte dans les travaux du CESR qu'il s'agisse de la santé ou d'autres thèmes.

La faible attractivité des métiers liés à la santé…

Cette affirmation reste à confirmer. Au-delà des emplois liés aux soins de personnes qui sont peu attractifs. Pour ceux-ci la CFDT a déjà attiré l'attention de notre assemblée, en particulier lors du vote de l'avis sur le SRDE en demandant que les aides au secteur de l'économie sociale et solidaires soient liées à des améliorations du statut du personnel.

De nombreux métiers du secteur sanitaire et social se sont développés. Ainsi de 1994 à 2002, on note une progression en Bourgogne variant de 21 % à 54 % suivant les métiers.

Plus que des problèmes d'attractivité, c'est plutôt d'un problème d'anticipation non assumée qu'il faudrait parler et les pouvoirs publics portent une lourde responsabilité dans ce domaine.

Dans ce domaine, la CFDT affirme que l'incitation à l'implantation des médecins, en particuliers libéraux, dans des secteurs difficiles doit être réfléchie. Cette incitation peut prendre la forme d'un renforcement des aides financières, mais aussi des formes plus contraignantes. Même sur un fonctionnement libéral, il s'agit d'un service public assuré par un financement social.

Nous soulignons qu'une formation très proche de la demande d'un master de management des réseaux de santé existe déjà à l'université de Dijon. Il conviendrait certainement de l'adapter et de la renforcer.

Place et rôle de l'Etat

L'Etat est et doit rester l'organisateur de la santé en France. Il est le garant de la solidarité nationale.

Nous devons veiller à ce que nos propositions de prise en charge par la Région d'actions de santé ne se substituent pas au rôle de l'Etat.

Si l'Etat conduit la politique de santé, il doit en assurer le financement.

Ceci étant dit la Région a une place importante et peut être impliquée dans un certain nombre d'actions en particulier de prévention ou d'aménagement du territoire en ce qui concerne l'organisation de la santé.

Le groupe CFDT votera l'avis.

LISTE DES ACRONYMES

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APA	Allocation Personnalisée d'Autonomie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAR	Cellule d'Appui aux Réseaux
CESU	Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CITEVAM	Centre d'Interventions Techniques pour la Vie Autonome Mutualiste
CLEAS	Convivialité, Lien, Ecoute, Accompagnement et Service
CLIC	Comité Local d'Information et de Coordination gérontologique
CNS	Conférence Nationale de Santé
COFRES	Conseil d'Orientation des Filières et des REseaux de Soins
COMEX	Commission Exécutive
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CREDES	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
CRPS	Conseil Régional des Politiques Sanitaires
CRR	Comité Régional des Réseaux
CRS	Conférence Régionale de Santé
DATAR	Délégation à l'Aménagement du Territoire et à l'Action Régionale
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la Recherche, de l'Evaluation et des Statistiques
DRDR	Dotation Régionale de Développement des Réseaux
EEG	Electro EncéphaloGraphie
EMASP	Equipe Mobile d'Accompagnement et de Soins Palliatifs
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FNPEIS	Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaires
HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
IFSI	Institut de Formation des Soins Infirmiers
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
LISA	LIen, Soin, Accompagnement
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PRAM	Programme Régional d'Assurance Maladie
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PREREDIAB	PREvention, REseau DIABète
PRS	Programme Régional de Santé publique
RSHN	Réseau de Santé du Haut-Nivernais
RVHCM	Réseau Ville Hôpital Clinique du Mâconnais
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SDAT	Société Dijonnaise d'Assistance par le Travail
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR	Service Mobile d'Urgences et de Réanimation
SRAU	Service Régional d'Accueil et de traitement des Urgences
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UPATOU	Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
UPMLB	Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Bourgogne
URMLB	Union Régionale des Médecins Libéraux de Bourgogne

BIBLIOGRAPHIE

AVIS du CESR et RAPPORTS

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE BOURGOGNE (2004) « La santé en Bourgogne au vu des réformes en cours » Communication du 16 juin 2004 par Michel MARTIN

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE BOURGOGNE(2003) « Les exclus en Bourgogne « avis adopté en séance plénière du 23 juin 2003 par Bernard QUARETTA

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE BOURGOGNE(2002) « L'illettrisme en Bourgogne » avis adopté en séance plénière du 16 avril 2002 par Nelly HOLLINGER

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE BOURGOGNE(2002) « Le vieillissement de la population bourguignonne et la prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formations » avis adopté en séance plénière du 26 septembre 2002 par Charles BARRIERE

BARRIERE C. (2002) *« Vieillissement de la population bourguignonne et prise en charge de la dépendance : évolution des besoins de santé et de formation »*, CESR, séance plénière du 26 septembre

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE BOURGOGNE (2001) « Les emplois de proximité » avis adopté en séance plénière du 16 février 2001 par Robert FORCE

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE BOURGOGNE (1992) « La pauvreté précarité en Bourgogne » avis adopté en séance plénière du 16 février 1992 par Nathalie CHALUMEAU

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL DE LORRAINE (2004) *« Santé, soins et territoires : quel avenir pour la Lorraine ?* » avis présenté en séance plénière du 16 novembre 2004

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL « *Aménagement du territoire et établissement de soins* » avis adopté en séance plénière du 25 et 26 mai 2004

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL « *Le recrutement, la formation et la professionnalisation des salariés du secteur sanitaire et social* » avis adopté en séance plénière du 25 et 26 mai 2004

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL REGIONAL DE LANGUEDOC-ROUSSILLON (2004) *« L'égalité des accès aux soins en région Provence-Alpes-Côte d'Azur* » avis adopté en séance plénière du 20 septembre 2004

CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL REGIONAL DE MIDI-PYRENEES (2004) *« L'offre de soins en Midi-Pyrénées »* avis adopté en séance plénière du 17 mai 2004

ANAES (2004) *« Accès aux informations concernant la santé d'une personne. Modalités pratiques et accompagnement recommandations pour la pratique clinique »*

BERLAND Y. (2002) *« Démographie des professionnels de santé, de la famille et des personnes handicapées »* Ministère de la Santé, décembre

BOURGUEIL Y., BREMOND M., DEVELAY A. ET ALI (2001), *« L'évaluation des réseaux de soins. Enjeux et recommandations »*. Paris, Credes, biblio n° 1343, Rennes, Image,

COORDINATION NATIONALE DES RESEAUX (2002), Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (Credes), Groupe Image de l'École nationale de santé publique (ENSP). *« L'évaluation des réseaux de soins et de santé »*. Actes du séminaire des 7 et 8 juin 2002. Paris, Credes, biblio n° 1501, Rennes : Image, novembre 2003 : 177 p

DESCOURS C. (2003) *« Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire »* RAPPORT Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale (M.S.S.P.S.). Paris. FRA.2003 Paris : MSSPS 40 p

DOMIN J. P. (2003) *« Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté » document de travail*

DOMIN C. (2004), « *Les réseaux de santé : une nouvelle approche de la médecine entre proximité et communauté* », Actes du colloque de la quatrième Journée de la Proximité, Marseille

FIESCHI M (2003) *« Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins »* Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

GIRAUD (1983) « *La santé choisie* » Commissariat Général du Plan, Rapport du groupe de régulation de l'activité et des dépenses de santé, La Documentation française, Paris

GREMY et PISSARRO (1982) « *Propositions pour une politique de prévention* »,Rapport du Haut Comité de la Santé Publique du ministère de la Santé, et Paris, La documentation française, Paris

HAZEBROUCQ V. (2003) « *Rapport sur l'état des lieux, en 2003, de la télémédecine française France* ». Ministère délégué à la Recherche et aux Nouvelles Technologies

HENRARD J-C. (1992) « *Stratégie pour une politique de santé* » Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, décembre

POLTON D. (2000) « *Quel système de santé à l'horizon 2020 ? Rapport préparatoire au schéma de services collectifs sanitaires* », Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques - La Documentation française

VIGNERON E., PERICARD B., DUMONT G., LUCAS-GABRIELLI V., TONNELLIER F., MIZRAHI A.., DURIEZ M., LEQUET-SLAMA D. « *Pour une approche territoriale de la santé* ». (2003) La Tour d'Aigues : Editions de l'Aube, Paris Datar 286 p., tabl., ann.

VIGNERON E., BENSADON A.C., NICOLAS G., BUDET J.M., DEVICTOR B., SAMBUC R. et al (2003). « *Santé et territoires, une nouvelle donne* » La Tour d'Aigue: Editions de l'Aube, Paris : Datar 239 p.,

REVUES

CASTRA M., CRESSON G. et FERRAND A. (2005). «*Des groupes informels à la constitution de réseaux de soin : diversité des régulations et circulation des infirmations* » La lettre d'informations de la MIRE numéro 4, janvier 2005

INSEE « *Portrait statistique de la Bourgogne* », Bourgogne dimensions, INSEE-Bourgogne, hors série, février 2005.

INSEE « *Projection tendancielle de la population bourguignonne pour 2030* », Bourgogne dimensions, INSEE-Bourgogne n°90, février 2002.

Observatoire national de la Démographie des professionnels de santé (ONDPS), Rapport de la Bourgogne (2004) « *Démographie des professionnels de santé : analyse de la situation régionale à partir d'une méthodologie nationale commune* » David BRION, B LEMERY –document présenté et validé lors de la réunion du comité bourguignon du 26 mai 2004

PELISSIER Fanny (2003) « *Le réseau de santé et l'assurance maladie* » notes et documents n°28 URCAM, novembre 2003

URCAM Bourgogne. *Guide pratique du promoteur : les réseaux de santé de Bourgogne*. Dijon : novembre 2001 :

VANDOORNE C. et ABSIL G. (2005) « *Evaluation de la dynamique des réseaux : quelques pistes* » Communication à la Journée d'Etude Régionale « Les Réseaux de Santé Objectifs, fonctionnement, évaluation et expériences », Pont-à-Mousson , 24 mars 2005

PRINCIPAUX SITES INTERNET CONSULTES

Agence régionale de l'hospitalisation	www.arh-bourgogne.fr
Coordination Nationale des Réseaux	www.cnr.asso.fr
DREES	www.sante.gouv.fr/drees/drees.htm
Haute autorité de santé	www.anaes.fr/HAS/has.nsf
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé	www.credes.fr
Observatoire national des réseaux	www.onrs.net
Observatoire de recomposition hospitalière	www.recomposition-hospitaliere.sante.gouv.fr
Observatoire des réseaux de télésanté	www.observatoire-telesante.sante.gouv.fr
Observatoire régional de la santé	www.ors-bourgogne.org