

ET SI ON REPENSAIT LE SYSTÈME ?

#1

RETOUR SUR LES RENCONTRES
DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ

ars
Agence Régionale de Santé
Pays de la Loire

P.10

QUALITÉ ET SÉCURITÉ,
QUAND L'USAGER
DEVIENT ACTEUR

P.18

ÉVOLUTIONS
TECHNOLOGIQUES
ET MÉDECINE :
QUELLES PERSPECTIVES
POUR DEMAIN ?

P.30

LA SANTÉ, UN ENJEU
POUR TOUTES
LES POLITIQUES

P.46

PARCOURS DE SANTÉ :
QUELLE ADAPTATION
DE NOS POLITIQUES
DE SANTÉ À LA RÉALITÉ
DES TERRITOIRES ?

*“20% de l'état
de santé de la
population dépendent
de notre système
de soins, les 80%
restants dépendent
des conditions de
vie, des déterminants
sociaux et
environnementaux.”*



CÉCILE COURRÈGES,

Directrice générale

DE L'ARS PAYS DE LA LOIRE

Pour la première fois, nous avons, en appui à l'élaboration du Projet régional de santé, organisé quatre rencontres ouvertes à tous nos partenaires, centrées sur des thèmes prospectifs pour l'avenir de notre système de santé.

Ces quatre rencontres du PRS sont nées de la volonté de **renouveler notre méthode d'élaboration de notre Projet régional de santé (PRS)**. Nous avons souhaité ouvrir des espaces moins formels de débats, beaucoup plus larges, plus grand public, sur des sujets à enjeux pour le système de santé.

Le PRS 2^e génération (PRS2) nous amène à nous projeter à 10 ans par la détermination d'orientations stratégiques dans une société qui connaît une accélération des innovations thérapeutiques et des innovations technologiques qui dépassent le champ de la santé. Comment connaître les impacts de ces innovations sur la santé ? Représentent-elles un réel bénéfice plus que des risques ? Sur ce sujet, il faut avouer que nous sommes encore dans le champ de l'interrogation, plus que de la réponse. Il était donc important d'ouvrir ce débat par ces journées pour que nous puissions partager nos différentes sensibilités sur ces enjeux et **créer un champ d'expression libre**. La santé reste un sujet complexe, même si elle intéresse tout le monde, elle reste assimilée trop souvent à un sujet d'experts. **Il était important pour nous d'avoir des intervenants et un cadre d'échanges suffisamment accessibles pour toutes les parties prenantes de la santé**, dont une grande partie ne sont pas des professionnels. Il fallait assurer la transversalité des réflexions et des visions pour que toutes soient nourissantes pour chacun. Ce fut un pari et les quatre journées, pensées comme un parcours logique, se sont finalement déroulées à guichet fermé. Ces rencontres

ont initié une innovation méthodologique puisque nous avons tous accepté d'aborder des sujets sur lesquels nous n'avions pas nécessairement de réponses. **Tous les débats ont été ouverts au questionnement, sans recherche de maîtrise de leurs aboutissants.**

Ces sujets vont encore durablement nous questionner et peut-être que nos réponses vont évoluer avec le temps. Il s'agit d'accepter collectivement cette part d'incertitude pour toujours **rester ancré au territoire et à nos réalités**. Au-delà de cette agilité, ces quatre rencontres ont été le socle de croisements, de décloisonnements des discussions. Une approche nécessaire pour engager non seulement les professionnels mais également les usagers qui sont placés au cœur de leur santé. **Agir sur le territoire et savoir prendre de la hauteur pour voir ce qui se fait ailleurs décrit bien la démarche de ces rencontres du PRS**. Il importe d'écouter et d'observer pour agir ensemble pour un système de santé toujours plus adapté aux usages et aux besoins réels. Pour ce faire, la santé dans toutes les politiques est un enjeu majeur du PRS2 puisque seulement 20 % de l'état de santé de la population dépendent de notre système de soins, les 80 % restants dépendent des conditions de vie, des déterminants sociaux et environnementaux. **Nous avons tous une responsabilité collective. C'est notre santé qui en dépend.**

NDRL : au moment de la publication de ce numéro, Cécile Courrèges a rejoint la Direction générale de l'offre de soins.

Sommaire



06

Présentation du PRS



10

Qualité et sécurité, quand l'utilisateur devient acteur



30

La santé, un enjeu pour toutes les politiques



18

Évolutions technologiques
et médecine : quelles
perspectives pour demain ?



46

Parcours de santé : quelle
adaptation de nos politiques de
santé à la réalité des territoires ?

Ce magazine est issu de 4 événements « Les rencontres du PRS », qui se sont déroulées entre décembre 2016 et mars 2017, sur 4 grandes thématiques différentes. Il est édité comme l'essence et le condensé des échanges riches de ces 4 journées rythmées par des conférences, ateliers et tables rondes.

UNE ÉDITION NUMÉRIQUE



En supplément du magazine papier, retrouvez sa version digitale exhaustive qui vous propose l'intégralité des contenus des 4 journées et des contenus vidéos.

Publication : Juin 2017

Directeur de la publication : Docteur Christophe Duvaux, Directeur général adjoint

Direction de projet et de la rédaction : Séverine Blanc, Responsable Communication

Crédits photos : Fotolia – ARS Pays de la Loire - Vincent Jacques

Illustrations : Jean Duverdier

Conception et création : agence Latitude www.agence-latitude.fr

Format numérique sur le site de l'ARS Pays de la Loire :

www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr

Impression : Val PG – www.val-pg.com –

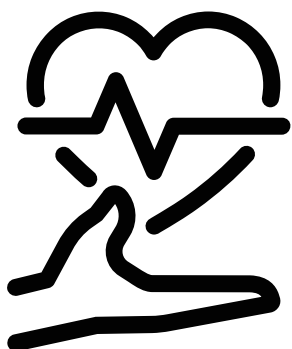
imprimé en 4650 exemplaires

Papier cyclus print

PRÉSENTATION *du* PRS

Le Projet Régional de Santé (PRS) constitue la feuille de route de la politique de santé en Pays de la Loire. Après un 1^{er} PRS 2012-2016 et la loi de modernisation de notre système de santé nous invitant à élaborer un nouveau projet, un 2^e PRS 2018-2022 s'élabore. Pour imaginer ensemble ses orientations il est nécessaire d'évaluer le 1^{er} PRS et de se concerter pour construire l'avenir de notre système de santé.

Le PRS 2018-2022 permettra une vision à 10 ans sur des orientations stratégiques et fixera des objectifs opérationnels sur 5 ans en prévention, soins et accompagnement médico-social.



LES 3 AMBITIONS DU PRS :

- 1** **Améliorer l'espérance de vie** sans incapacité et le taux de mortalité évitable avant 65 ans des Ligériens par une politique de promotion de la santé à destination de tous, tout en agissant en direction des populations les plus vulnérables, les plus isolées.
- 2** Faire progresser l'organisation du système de santé en s'appuyant sur des professionnels compétents et mobilisés, sur **des démarches innovantes et sur la mise en place de parcours de santé individualisés et coordonnés.**
- 3** **Faire face à l'augmentation de la population, du nombre de personnes vivant avec une maladie ou un handicap** en répondant à leur besoin d'accompagnement personnalisé.

En parallèle, le PRAPS (Programme régional d'accès à la prévention et aux soins) décline le PRS pour l'accès aux soins et à la prévention des plus vulnérables.

LES ENJEUX MAJEURS DU PRS 2018-2022 SERONT :

- La réduction des inégalités de santé.
- L'amélioration de l'expérience vécue des personnes dans leurs parcours de santé.

PRS 2^E GÉNÉRATION : *une méthode* **PARTICIPATIVE**

L'évaluation du PRS1 s'est déroulée tout au long de l'année 2016 en interne à l'Agence. Le projet a commencé par **l'élaboration d'un référentiel d'évaluation**. La démarche d'évaluation a consisté à croiser une pluralité de sources pour obtenir des analyses, études documentaires, entretiens individuels et collectifs, enquêtes auprès des acteurs, en interne et auprès des partenaires et acteurs de terrain. **Ces informations ont été rassemblées dans une synthèse servant de base à la formulation de recommandations, qui contribuent à la définition des objectifs de la deuxième génération du PRS.** Synthèse et recommandations sont rassemblées dans l'évaluation du PRS première génération, finalisée en décembre 2016.

Les partenaires du terrain ont été intégrés au projet et ont permis d'enrichir l'évaluation.

L'ARS a également fait appel à des prestataires pour réaliser une partie de ce travail d'ampleur, pour des raisons de distanciation notamment.

Tout au long de l'été, les Ligériens ont pu exprimer leur perception du système de santé en remplissant un questionnaire en ligne.

+ de 3 800

**PERSONNES ONT PARTICIPÉ
À CETTE ENQUÊTE.**



LA SANTÉ DES HABITANTS DES PAYS DE LA LOIRE, *situation actuelle et* ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

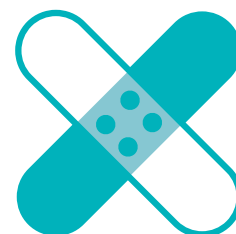
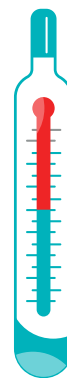
L'observation de l'état de santé et des caractéristiques populationnelles est une composante importante de la construction des orientations et des objectifs du PRS 2018-2022. Cette approche pluridimensionnelle est territorialisée et prend en compte les différentes catégories de la population pour **favoriser une approche ciblée sur les besoins spécifiques de la région**. L'ARS s'est appuyée pour cela sur ses partenaires et tout particulièrement l'Observatoire Régional de la Santé et la Direction Régionale de l'INSEE.

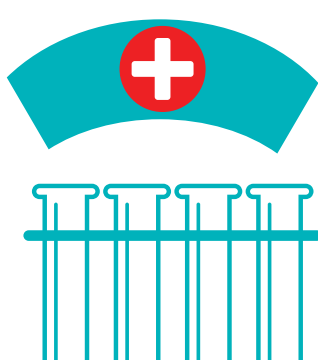
Ainsi la synthèse de quatre documents est **aujourd'hui mise à disposition de l'ensemble des acteurs impliqués dans le vaste chantier d'élaboration du Projet régional de santé**. Elle couvre les enjeux démographiques, l'environnement social, l'environnement physique, et les indicateurs de santé et comportements individuels.

Ces documents seront constitutifs du PRS qui sera arrêté début 2018, après consultation des instances de démocratie sanitaire, du représentant de l'État en région et des collectivités territoriales.



La synthèse de ces documents est déjà disponible en ligne dans la zone « documents à télécharger » :
<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/le-projet-regional-de-sante-2eme-generation-2018-2022>





Dans le cadre de l'analyse du PRS 1, plusieurs groupes de travail ont participé à la construction du PRS 2^e génération au sein de chantiers thématiques.

- ✓ Santé mentale.
- ✓ Soins palliatifs.
- ✓ Accès aux soins des personnes handicapées.
- ✓ Plan maladies neurodégénératives.
- ✓ Plan autisme.
- ✓ Plan régional santé environnement (PRSE3).
- ✓ Télémédecine.
- ✓ Compétences psychosociales.
- ✓ Réponse accompagnée pour tous.
- ✓ PDSA (permanence des soins).
- ✓ Schéma handicap rare.



Dans le cadre de la préparation du PRS 2^e génération, d'autres chantiers spécifiques ont été lancés :

- ✓ Zonages.
- ✓ Soins de suite et de réadaptation (SSR).
- ✓ Hôpitaux de proximité.
- ✓ Imagerie et radiologie interventionnelle.
- ✓ Soins critiques.
- ✓ Urgences et soins non programmés.



QUALITÉ ET SÉCURITÉ *quand l'utilisateur* **DEVIENT ACTEUR**

#PatientActeur #PatientRessource
#Expérience #PathologieChronique
#CoConstruction #Collaboratif #Qualité
#Sécurité

Édito

1^{ÈRE} RENCONTRE DU PRS
LE 9 DÉCEMBRE 2016
À NANTES



Face à de nombreux défis, largement partagés, la transformation de notre système de santé est nécessaire. L'ARS veille à ce que les évolutions qu'elle accompagne soient bien génératrices d'amélioration du niveau de qualité des soins et des accompagnements. Il est, pour nous, nécessaire de montrer que les exigences économiques, qui appellent à l'efficacité, et la qualité ne sont pas des termes opposés : un système de santé peut très bien améliorer son efficacité de fonctionnement tout en préservant, voire même en améliorant, son niveau de qualité.

Ainsi, le prochain Projet régional de santé s'engagera pour répondre à la double aspiration des usagers : **être mieux informés sur leur santé et participer davantage à leur prise en charge et aux décisions qui les concernent.** Nous vivons une transition épidémiologique avec le vieillissement de la population et la forte hausse des maladies chroniques. Cela augure des pathologies de longue durée, évolutives que nous n'allons pas forcément guérir mais pour lesquelles nous devons assurer une qualité de vie au patient concerné. Cela est déstabilisant pour notre système de santé qui était davantage prêt, jusque-là, à accompagner les épisodes aigus sur des temps courts.

Comment le système de santé parvient-il à assurer un suivi au long cours, une prise en charge globale pour les personnes souffrant de maladies chroniques ? Voilà la question. La coordination entre les acteurs, entre l'hôpital et la ville, le sanitaire et le médico-social doivent être revus et améliorés. Le sujet du droit à l'oubli doit également être intégré. Une personne atteinte d'une maladie chronique a le droit de vivre normalement et d'accéder aux mêmes aides et facilités que lui offre notre société sans être systématiquement étiquetée par sa pathologie. Pour cela, un changement du cadre de référence doit être prévu.

Dans ce tournant stratégique de notre système de santé, le patient a un rôle de plus en plus important quant à sa contribution à la prise en charge de sa santé. En quoi peut-il être un acteur de sa santé ?

Le patient collaborateur, expert de sa santé ? Que peut-on réellement attendre de lui, quelles sont les limites de ces compétences dans sa prise en charge ? On aboutit rapidement à une co-construction de la santé avec un patient acteur. Le système de santé doit entendre les attendus du patient qui souhaite reprendre une activité professionnelle et concilier soins et vie quotidienne. Nous devons nous adapter à la réalité du patient, être plus agile. L'objectif de notre système de santé et tous ses acteurs ne consiste pas uniquement à soigner mais à offrir un parcours de santé qui corresponde aux choix de la personne, car il y a autant de parcours qu'il y a d'usagers.



François Grimonprez,
Directeur de l'efficacité de l'offre
de l'ARS Pays de la Loire



LE SAVOIR EXPÉRIENTIEL DU PATIENT

une mine d'informations

MÉDICALES

Alors essentiellement construit autour du traitement de pathologies aiguës, notre système de santé est aujourd'hui confronté à la recrudescence de maladies chroniques.

Aujourd'hui, plus de 15 millions de Français sont atteints de pathologies chroniques.

Fort de ce constat, l'évolution et la meilleure adaptation des soins est un sujet central. Pour assurer l'agilité du secteur, l'écoute et l'échange sont les maîtres mots de cette transformation. Quand la santé se co-construit autour de l'expérience du patient.



15

**MILLIONS
DE FRANÇAIS
ATTEINTS DE
PATHOLOGIES
CHRONIQUES**

« Les patients sont encore trop souvent mal associés à leurs soins. » Gwenaël Rolland Jacob, Coordonnateur axe 1 du PNSP, Haute Autorité de Santé (HAS) pointe le cœur de la problématique. Défaut d'information, défaut de coproduction des soins ? Le savoir expérientiel du patient constituerait une véritable mine d'or pour la santé du pays. L'observance est mauvaise, seul un peu plus de 50 % des Français suivent bien leurs prescriptions. Et les personnes atteintes de maladies chroniques passent en moyenne cinq à dix heures avec leur soignant alors qu'elles passent entre 5 000 à 6 000 heures à se soigner seules ou avec l'aide de l'un de leurs proches.

Pourquoi le système de santé devrait-elle se priver de l'expérience de ses usagers, de ses patients ? C'est en réponse à ce questionnement que le PNSP (Programme National pour la Sécurité des Patients) a vu le jour en 2012. Ses objectifs ? Favoriser l'émergence et le développement d'une véritable culture de sécurité auprès des patients et des professionnels de santé pour réduire les événements indésirables évitables.

Il prévoit la réalisation de 90 actions, de 2013 à 2017, accompagnées d'outils aidants comme : « oser parler avec son médecin » ou encore « savoir reformuler pour s'assurer de la bonne compréhension du patient ». « Ces outils paraissent simples et évidents mais ils sont essentiels. Ils ont été encouragés par la diffusion de supports de communication comme des affiches et flyers ». appuie Gwenaël Rolland Jacob.

Concernant les représentants des usagers, un guide d'entretiens pour établir un dialogue avec les professionnels de santé et les représentants d'usagers dans le domaine de la gestion des risques a été élaboré.

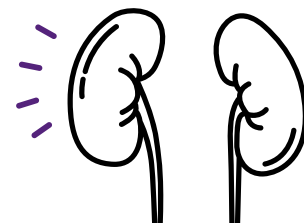
En dehors du PNSP, d'autres projets novateurs ont émergé en plaçant l'usager au cœur de leur mécanique. Certaines facultés de médecine ont, par exemple, profité du savoir expérientiel d'usagers en leur proposant de former des étudiants de médecine. L'expérimentation PACTE (Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe), testé dans un panel d'établissements, fait également partie des initiatives intéressantes dans l'amélioration du dialogue entre les personnels de santé. « Mais il y a un point sur lequel nous n'avons pas vraiment avancé : celui de l'implication du patient. Son écoute active, sa participation aux choix thérapeutiques ? Nous en sommes encore loin » confie Gwenaël Rolland Jacob.

Outre-Atlantique, à Montréal, une expérience qui consiste à introduire le patient dans l'équipe de soins a vu le jour sous l'impulsion de Luigi Glora, chercheur, docteur en sciences de l'éducation et malade chronique. Plusieurs profils de patients ont été mis en évidence comme « le patient ressource », un patient altruiste, à l'écoute et capable de transmettre à d'autres usagers ou à des étudiants ou encore « le patient coach » qui mobilise toutes ses compétences pour accompagner les autres, bâtir un réseau : « Cette expérience montréalaise offre des perspectives de bénévolat importantes, mais c'est avant tout une transformation de nos habitudes. »

Ce sont notamment ces travaux qui ont inspiré, au sein du PNSP, un séminaire de co-construction avec des usagers, des professionnels et des chercheurs nationaux : « Nous voulions élaborer une vision commune partagée des axes d'évolution du concept de patient co-acteur de sa sécurité. »

Faut-il un décret sur le savoir expérientiel en France ? Le PNSP ne l'exige pas et encourage l'usager à s'emparer du sujet.





YVANIE CAILLÉ

et l'association Renaloo, le pouvoir de L'EMPOWERMENT

Greffée d'un rein en 2002 et frustrée par le manque d'informations après son opération, Yvanie Caillé est devenue actrice de sa santé en créant la même année l'association Renaloo qui représente une source précieuse d'informations et des actions « pour améliorer la qualité des soins et la qualité de vie des personnes malades. »

Le maintien dans l'emploi, l'accès à l'emprunt bancaire, la dialyse autonome, la greffe plus tôt et par un ami ? C'est avec force et détermination et grâce à la concrétisation de nombreux projets que l'association Renaloo réunit une communauté fidèle et curieuse de s'informer autour du sujet du rein. Un site qui enregistre 1300 visiteurs uniques par jour, un forum chargé de discussions, des réseaux sociaux propices aux échanges instantanés, une chaîne YouTube diffusant des centaines de vidéos réalisées par et pour les patients, le projet « Moi Patient »... **Renaloo a créé un véritable canal d'échanges, de retours d'expériences de patients évoquant leurs traitements, leurs difficultés.** Une vraie source d'informations. Au-delà du digital, des brochures informatives circulent dans les salles d'attente et des rencontres physiques sont également organisées : les cafés Renaloo qui réunissent, chaque fois, une cinquantaine de patients et leurs proches.

“ Jusqu'en 2011, la France interdisait le don de rein à un ami. ”

Avec Renaloo, Yvanie Caillé a pu participer activement à la révision de la loi de bioéthique : « **Les greffes ne pouvaient se faire que dans un cadre familial** ». Pris dans ce combat, Renaloo a organisé deux colloques avec le Ministère des Affaires étrangères pour confronter les pratiques dans le monde et a mis en place une grande enquête auprès des parlementaires sur le don d'un rein de la part d'un ami. Au-delà de la greffe de donneurs vivants, toute une série de dispositifs d'amélioration de la législation ont été rédigés par l'association sous forme de manifeste. **Tous les amendements ont été adoptés.**

La loi bioéthique révisée, Renaloo s'est alors attelée à un autre chantier : le parcours des patients atteints de maladies rénales avec la **création des États Généraux du Rein**. Pendant 18 mois, une quarantaine de partenaires (des associations, des professionnels de santé, des sociétés savantes, des organisations médicales, des fédérations hospitalières, des institutions, la HAS, l'Assurance maladie...), à l'écoute des patients par le biais d'une enquête, ont travaillé ensemble pour présenter au Ministre de la Santé un rapport des constats partagés et une centaine d'améliorations à apporter. Dans les Pays de la Loire, une des régions où la greffe est la plus répandue, 9000 patients ont participé à la grande enquête. « **Entre autres constats, le rapport a montré la dureté des pathologies, la difficulté à vivre et les inégalités sociales entre les patients. En effet, les patients greffés sont sensiblement plus diplômés que les patients qui restent en dialyse** » explique Yvanie Caillé.

Le patient écouté et libéré, cela pourrait être la devise de Renaloo. L'autonomie et la dignité sont visées pour que, malgré des traitements parfois lourds et intrusifs, tous les patients puissent reprendre le contrôle de leur parcours de santé.



Yvanie Caillé, présidente de l'association Renaloo



9000

**PATIENTS ONT
PARTICIPÉ À LA
GRANDE ENQUÊTE EN
PAYS DE LA LOIRE**

Moi patient



DANS LE CADRE DE LA PREMIÈRE UNIVERSITÉ DES PERSONNES MALADES DU REIN (UPMR), QUI A LIEU DANS LA RÉGION DES PAYS DE LA LOIRE, « MOI PATIENT » EST UNE PLATEFORME DIGITALE PARTICIPATIVE QUI REPOSE D'UNE PART SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES, COMPÉTENCES ET EXPÉRIENCES ET D'AUTRE PART SUR LA PRODUCTION DE NOUVEAUX SAVOIRS ISSUS DES PATIENTS EUX-MÊMES.

« Moi Patient » s'appuie sur Care Advisor, dispositif d'orientation des patients dans le système de santé à partir des évaluations disponibles et des avis des patients eux-mêmes et sur mesdata.fr, plateforme de recherche participative et de production de connaissances « patient centrées ».

« Moi Patient » accompagne l'autonomie pour faire du patient un acteur de son parcours et un producteur de connaissances nouvelles. Le dispositif démarre sur la thématique de l'insuffisance rénale pour ensuite s'élargir sur d'autres pathologies.

COMMENT IMPLIQUER LE PATIENT ?



Il y a encore une dissymétrie dans les relations soignant-soigné. Le patient n'ose parfois pas suffisamment s'exprimer. Il ne se sent pas partenaire de ses soins ni légitime à donner à son avis. L'image du professionnel de santé qui a le monopole de la vérité est parfois encore trop ancrée. Alors que certains professionnels méconnaissent l'information due aux patients et de quelle façon elle doit lui être transmise.

Pour continuer d'amorcer le changement et faire évoluer la vision hors de l'éternelle dualité médecin/patient, **il faut une prise de conscience individuelle, accompagner et veiller à ce que l'information circule dans toutes les sphères.** Pour que la participation active des patients devienne une réalité, cette mission doit être abordée de manière systémique et doit créer un langage commun.

La formation initiale et continue des professionnels semble être un des points de départ pour donner un nouvel élan aux relations entre médecins et patients. Ce sont les compétences non techniques qui sont visées et que l'on souhaite faire assimiler. Mieux former et mieux informer, c'est aussi redonner de la visibilité et de la lisibilité au système de santé devenu trop complexe. Beaucoup de professionnels ne connaissent pas des pans entiers de la politique de santé et se perdent dans la multitude d'organismes et d'acronymes. **La simplification est attendue pour que chacun puisse s'approprier les outils et les droits.**

Encourager le patient à devenir acteur nourrit la démarche vers plus de qualité et plus de sécurité. Car l'objectif premier c'est l'amélioration de la qualité de vie des patients et celle des professionnels.

#1 QUALITÉ ET SÉCURITÉ, QUAND L'USAGER DEVIENT ACTEUR

Pour enrichir la réflexion des ateliers du Projet Régional de Santé, des micro-interviews d'usagers ont été réalisées par les structures d'appui de l'ARS et le CISS* des Pays de la Loire. Ces interviews se sont basées sur le ressenti et l'expérience des usagers, dans le secteur médico-social et en établissement de santé, en termes de sécurité des soins en ville, sur leur perception de la coordination et de la communication dans leur parcours de soins et leur PEC (Prise En Charge) thérapeutique ainsi que sur l'hygiène des mains. Retour sur les conclusions de ces ateliers.

ATELIER 1

L'IMPLICATION DE L'USAGER DANS LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS



LA PARTICIPATION ACTIVE DE PATIENTS EXPERTS DANS TOUTES LES FORMATIONS

L'implication du patient dans un parcours de soins qualitatif et sécurisé passerait d'abord par la révision des cursus de formations initiales et continues médicales et paramédicales avec l'intégration systématique d'intervenants patients. Des patients experts qui seraient à même de partager leurs expériences, de transmettre leur vécu et tout ce qu'ils ont ressenti. C'est de cette confrontation directe que naîtrait la conscience que le patient est un acteur crucial du système de santé. Il s'agit pour les professionnels de santé d'intégrer la dynamique et de laisser la place au patient pour encourager son implication, sa participation à la connaissance.

UNE INFORMATION FLUIDE, SIMPLE ET HOMOGENE

Les systèmes d'informations actuels semblent être mal appréhendés et dans certains cas trop nombreux et hétérogènes. La communication interne et inter-établissements ainsi que la communication vers les patients pâtissent de ce manque de fluidité. La simplification serait de rigueur en s'appuyant sur les moyens existants comme le Dossier de Liaison d'Urgence ou le Dossier Médical Partagé et en optimisant leur utilisation. Le médecin généraliste et les infirmières de parcours pourraient devenir les pivots de l'information délivrée au patient.

PRENDRE LE TEMPS DE L'ÉCOUTE ET D'UNE APPROCHE GLOBALE

Les prises en charge du patient sont parfois rapides et le turn-over du personnel de santé ne permet pas toujours une écoute optimale. Pourtant prendre le temps d'écouter, s'intéresser au mode de vie du patient, à son histoire permettent de mieux orienter le patient dans son parcours de soins et de capitaliser sur toute l'information qu'il transmet.

FAVORISER LA PARTICIPATION DES ACTEURS AUX TRAVAUX INNOVANTS EN LIEN AVEC LE TRAVAIL EN ÉQUIPE ET L'IMPLICATION DU PATIENT

Il s'agit de faire la promotion du recours aux SRAE et aux centres de simulation régionaux tout en valorisant la concertation pluridisciplinaire avec le patient et l'expérimentation des pratiques innovantes : PACTE, SAED, Osez dire, gestion des interruptions de tâches, etc.

« Je crois », « je pense », les usagers méconnaissent les informations partagées entre professionnels de santé chez qui ils observent une variabilité des pratiques avec des cultures d'unité. Quant aux informations qui leur sont délivrées, ils ne les trouvent pas toujours accessibles, se méfient de leur exhaustivité, n'osent pas solliciter plus de détails et souffrent parfois d'annonces trop brutales. Les usagers ont pourtant conscience qu'ils peuvent jouer un rôle dans leurs parcours et pour les autres patients.

L'IMPLICATION DES USAGERS DANS LES GOUVERNANCES

L'affichage régional est encouragé avec la création d'une page ressource, une porte d'entrée unique, commune à toutes les SRAE (Structure Régionale d'appui et d'expertise) sur l'implication des patients. Des usagers impliqués dans les gouvernances ARS, les structures d'appui et les établissements de santé et médico-sociaux.

* CISS : Collectif Interassociatif Sur la Santé

ATELIER 2

UNE PRISE EN CHARGE thérapeutique SPÉCIALISÉE

UNE INFORMATION FLUIDE, SIMPLE ET HOMOGENE

Au plus près du patient, le pharmacien pourrait être davantage impliqué dans la diffusion de l'information au patient et un réel acteur de l'observance.

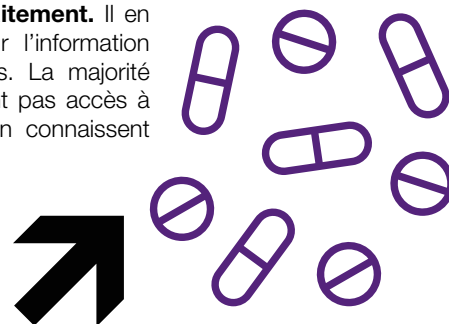
UNE APPROCHE SPECIFIQUE DANS LE SECTEUR MEDICO-SOCIAL

Le développement de l'éducation thérapeutique chez les patients devrait **être axé sur son autonomie** car les modèles sanitaires généraux ne peuvent pas être calqués dans ce secteur. L'accompagnement des aidants fait aussi partie des axes prioritaires d'amélioration.

Il y a bien une différence entre informer et consulter. Le patient devrait pouvoir être en position de se questionner sur l'information délivrée. La bonne compréhension est primordiale pour favoriser une prise en charge thérapeutique cohérente et adaptée. Le patient peut être un acteur de sa sécurité si on lui donne les clés de la connaissance.

LA PROPOSITION THERAPEUTIQUE AMELIOREE

Pour que le patient ait le choix, qu'il sente qu'on lui donne ce choix, il est essentiel d'améliorer la proposition d'alternatives thérapeutiques, **revoir comment on présente à l'usager l'accès à un traitement**. Il en va de même sur l'information des médicaments. La majorité des patients n'ont pas accès à cette liste et n'en connaissent pas l'existence.



ATELIER 3

L'HYGIENE DES MAINS

Le patient est-il capable de dire à un soignant s'il ne s'est pas lavé les mains ? Non. Il lui fait une confiance totale et estime que ce n'est pas sa formation. Tandis que les pratiques d'hygiène des mains entre établissements de santé et le secteur libéral diffèrent.

UNE SENSIBILISATION PRECOCE

L'hygiène des mains est un acte de soins fondamental qui devrait être inculqué dès le plus jeune âge. L'éducation en école maternelle pourrait être le moyen de transmettre l'information et d'optimiser la prise de conscience pour éviter les pics épidémiques.

POUVOIR S'EXPRIMER SUR L'HYGIENE DU PROFESSIONNEL DE SANTE

L'hygiène des mains n'est pas une donnée propre aux patients, elle concerne évidemment les professionnels de santé. Mais il n'est pas toujours évident pour le patient de reprendre son médecin et lui demander de se laver les mains. Il faudrait donc

davantage impliquer le patient dans l'amélioration de cette information et lui donner la légitimité d'exiger cette hygiène. Cahiers d'expression, boîtes à idées, tous les moyens sont bons pour faire passer le message.

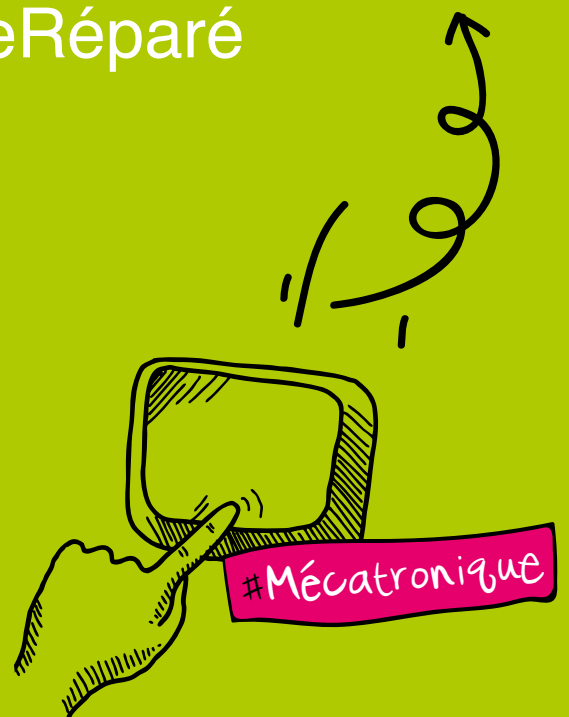
FAIRE LE LIEN ENTRE LES ACTIONS D'EDUCATION POUR LA SANTE ET LE PROJET REGIONAL DE SANTE POUR LA SECURITE DU PATIENT

La récurrence du message est de mise et ce dès le plus jeune âge. Il faut former et informer sur l'hygiène des mains de manière régulière car il n'est jamais inutile de rappeler son importance. Un effort de prévention serait donc à prévoir avec la recherche de délais efficaces et l'utilisation de supports de communication à forte diffusion.



ÉVOLUTIONS TECHNOLOGIQUES *et médecine :* QUELLES PERSPECTIVES POUR DEMAIN ?

#MédecinePrédictive #HommeAugmenté
#Transhumanisme #ObjetConnecté
#RobotCollaboratif #HommeRéparé
#BioInformatique #Éthique



Édito

2^E RENCONTRE DU PRS
LE 5 JANVIER 2017
À CARQUEFOU

Une infinité de thèmes auraient pu être traités pour parler des perspectives des évolutions technologiques en médecine. Nous avons fait le choix de traiter de sujets d'actualité comme le transhumanisme, l'homme augmenté ou encore le big data.

Il est complexe, dans le cadre du prochain PRS, d'avoir une vision à 5 et 10 ans dans le champ des technologies tant leur vitesse d'évolution est impressionnante. Tout ce que nous pouvons en dire, c'est que ces innovations sont passionnantes et qu'elles ont de grandes répercussions sur l'organisation des soins, sur les usagers et les métiers des professionnels de santé. Alors que nous étions très centrés sur la médecine en elle-même, on s'aperçoit que différents secteurs se marient et s'alimentent, comme la robotique et la biologie. Ces évolutions technologiques posent de nouvelles questions et font émerger de nouveaux modes de prévention et de prises en charge. La médecine prédictive en est un exemple concret.

La position des usagers dans le système de santé évolue, les demandes et les réactions ont changé et continuent de changer. Avant le patient obéissait à un prescripteur, aujourd'hui on l'encourage à s'impliquer progressivement dans son parcours de santé. Côté professionnels, les métiers, sans disparaître, sont amenés à évoluer. L'humain reste très présent face à une intelligence artificielle que l'on positionne comme un objet facilitateur, un véritable support. La complexité technique tend à simplifier la prise en charge d'un patient. C'est donc grâce à la confrontation des idées et des visions divergentes sur des sujets innovants et passionnants que nous pouvons réfléchir tous ensemble, sans qu'il n'y ait de réponses prédéfinies ou attendues, parfois juste par des interrogations, à l'ouverture des champs technologiques pour améliorer la santé de la population.

Chantal Boudet,
Responsable du département
Système d'information
de santé et télémédecine
de l'ARS Pays de la Loire



MÉDECINE PRÉDICTIVE PERSONNALISÉE :

savoir pour prévoir

Et si demain, dès la naissance, il était possible de connaître le futur médical de chacun, de prédire les prochaines maladies. Effrayant ? Antoine Magnan, professeur pneumologue, président de la commission médicale d'établissement du CHU Nantes, président du comité national de coordination de la recherche, nous éclaire sur la question.



4P

**PRÉDICTIVE
PERSONNALISÉE
PARTICIPATIVE
DE PRÉCISION**

Prévoir nos maladies n'est pas une éventualité, c'est déjà une réalité grâce au développement de la médecine que l'on appelle 4P : prédictive, personnalisée, participative et de précision. Face à l'augmentation de l'espérance de vie, donc des maladies chroniques et des dépenses en santé, la médecine prédictive personnalisée ouvre la voie à une nouvelle vision de la santé.

« **Les professionnels de santé doivent se préparer avec les citoyens au bien vieillir en se concentrant davantage sur le bien-être plus que sur la maladie** » appuie le professeur Antoine Magnan.

Aujourd'hui, dans le domaine de la génétique, le séquençage du génome entier est simple et réalisable pour un coût modique. L'ensemble des gènes exprimés, des ARN messager ou ARNm (acide ribonucléique message) peuvent être observés sur un petit morceau de tumeur. « **Le séquençage de l'ARN est quasiment passé dans les mœurs. Les IPS (Index de Pression Systolique), les cellules souches pluripotentes induites, sont des moyens d'étudier les organes sans les toucher.** »

À partir d'un échantillon sanguin, il serait donc possible de voir les signatures moléculaires sur plusieurs gènes mis en réseaux, prévoir l'évolution d'une maladie ou l'apparition d'une maladie chronique et prédire si le traitement à administrer sera efficace ou pas. **On ne se concentre pas sur un organe particulier mais on prend en compte l'ensemble des gènes exprimés pour une approche systémique.** Chimistes,

mathématiciens, ingénieurs, médecins, analystes, sociologues... La médecine 4P est multidisciplinaire pour aboutir à la modélisation de ce que vont devenir les personnes examinées. « **Plus que des patients, on s'intéresse d'abord aux personnes en bonne santé pour prédire !** » ajoute Antoine Magnan.

Au fil du temps, l'humain est soumis à la modification de ses organes et ses tissus. Ce remodelage est causé par des gènes et des facteurs modulateurs. Tous ces gènes sont des biomarqueurs, des éléments « prédicteurs » donc des cibles thérapeutiques. En effet, en les ciblant avec un traitement particulier, il serait possible d'éviter certaines maladies. « **Pouvoir prédire l'apparition de gènes avant des symptômes peut changer le cours d'une vie !** » Autres éléments pris en compte : l'environnement de vie de la personne, les facteurs extérieurs. Il est possible de connaître le degré de pollution atmosphérique du lieu d'habitation du patient, de savoir quelle est son exposition à des particules fines ou autres polluants... **Toutes ces informations sont croisées pour enrichir la prédiction.**

Prédire pourrait à terme représenter une source d'économies pour la médecine, de savoir ce qui va fonctionner ou pas en terme de thérapies ciblées, cette solution si coûteuse aujourd'hui. Prédire ferait également évoluer la prise en charge du patient.

“ **On peut, par exemple, prévoir de voir moins souvent un patient pour qui l'on a prédit que tout se passerait bien.** ”

Cette nouvelle vision de la santé induit également de nouvelles formations, de nouvelles trajectoires du patient et pose la question de son accessibilité. **Du couple soignant/soigné, émergerait un nouveau duo : celui du prévenant/prévenu.**



LA ROBOTIQUE COLLABORATIVE

une réponse aux enjeux

SOCIÉTAUX ?



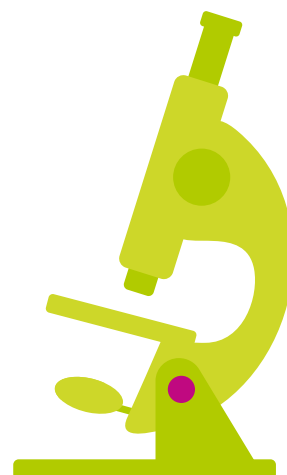
30 000 robots en France, 200 000 en Allemagne, 500 000 en Chine, notre pays rattrape peu à peu son retard sur la robotisation. Après la robotique industrielle et la robotique de service, place à la robotique collaborative où il n'est pas question de remplacer l'Homme mais de l'assister, améliorer son confort et sécuriser sa pratique. Alors que le robot évoluait seul, contraint à une tâche spécifique, la robotique collaborative invite à présent le robot dans le même espace de travail que l'humain. **Robot et humain combinent ainsi leurs atouts : la dextérité et la capacité à résoudre les problèmes de l'Homme s'allient à la précision et la force de la machine.**

Ouvriers, chirurgiens, mécaniciens... peu importe les métiers concernés et qui pourraient être impactés par la robotique collaborative. « **Aujourd'hui, nous sommes capables de capter un geste d'expert, et de le faire restituer par une machine** » précise Jean-Pierre Gazeau, ingénieur de recherche CNRS à l'institut Pprime, unité de recherche du CNRS et de l'université de Poitiers, responsable de RoBioSS, une équipe de recherche au service d'enjeux sociétaux et industriels.

Le graal du robot collaboratif ? Une main robotique semblable à celle humaine avec ses 16 articulations. La main représente le cœur des recherches pour des robots multitâches flexibles grâce à des préhenseurs développés. La manipulation doit être fluide et robuste avec la possibilité de manipuler à l'intérieur de la main. Et la santé dans tout cela ?

“ *Un robot qui sait scier, poncer, soulever de grosses charges, cela a un impact en santé sur les troubles musculo-squelettiques* ”

répond Jean-Pierre Gazeau. « **On pourrait pousser les vertus du robot collaboratif à la création de valeur ajoutée en favorisant la relocalisation de certaines industries. Mais avant cela, il faudrait accepter la machine comme alliée.** »



RETOUR D'EXPÉRIENCES

Objets connectés et personnes âgées

FONT-ILS BON MÉNAGE ?

Que penser de ces objets qui font partie de la silver technologie dans le maintien de personnes âgées à leur domicile ou dans le maintien de leur autonomie en EHPAD ou en centre hospitalier ? Alexandre Duclos, Docteur en socio-anthropologie et Docteur en philosophie, Chercheur associé au CETCOPRA et chef de projet au sein de l'association MADoPA, partage son retour d'expérience.

Il existe des technologies utiles, au point et à bas coût mais beaucoup d'objets et de robots qui ont été imaginés restent inefficaces en l'état. **« Je ne crois pas que cette robotique, celle qui n'est pas totalement adaptée à la vie des personnes, à leur contexte, soit une opportunité économique, sociale et clinique »** confie Alexandre Duclos. L'efficacité et les coûts sont en question. La technologie de pointe reste chère. Les futures personnes âgées risquent d'avoir moins de moyens financiers que celles actuelles. La silver technologie doit prendre en compte ces points pour devenir incontournable et servir ces objectifs : **« Il y a une espèce de mélange entre une approche hyper technologique, et une approche hyper médicale, qui donne des contenus déliants »** ajoute Alexandre Duclos qui pointe les écarts sur le terrain entre promesse et réalité.

Les motivations de la silver technologie et de la silver économie peuvent se montrer divergentes. On souhaite soigner mieux, prévenir les risques de ruptures de parcours de santé, aider les aidants, financer des recherches, trouver une demande pour une offre technologique et réduire les coûts de la prise en charge.

La santé connectée souffre également de modèles d'évaluation très différents comme des études cliniques, des certifications, des normes UE, des études ergo-psychologiques, d'usages, etc. Mais comment connaître la fiabilité en conditions réelles ? **Quels sont les enjeux symboliques et émotionnels derrière ces objets ?**

Des sociétés ferment parce que leur production n'est pas en accord avec la réalité du marché, c'est le cas de celle qui a produit le robot de télé-présence Girafe. Un robot qui ressemblait davantage à un jouet social plutôt qu'à une solution de maintien à domicile. Il y a des surprises d'usages comme le bracelet de géolocalisation qui permet de ramener la personne en cas de fugue et qui en fait provoque les fugues. Alexandre Duclos témoigne par un autre exemple : **« Je ne m'attendais pas à ce que le robot Paro serve à diminuer**

le stress, la douleur due au stress. Les personnes âgées sont réhabilitées lorsqu'elles prennent soin de ce petit animal. Elles en parlent comme d'un enfant ou d'un animal bien réel. Ce robot émotionnel semble agir de la même manière chez les aides-soignants. » Du côté des personnes âgées, l'objectif premier diffère du résultat réellement constaté. Certaines se demandent si Paro peut les guérir, les ramener chez elles. Paro leur fait vraiment du bien. Les usages diffèrent selon les EHPAD mais pour tous il subsiste un doute : est-ce que ces objets ont une utilité clinique ? Ou est-ce juste un objet émotionnel, relationnel ?

“ On est entre la thérapie émotionnelle et la recherche d'un bénéfice clinique. Deux notions inséparables qui font qu'on ne sait pas très bien de quel côté se positionner. ”

À côté de ces expériences, d'autres dispositifs fonctionnent comme la téléprésence via Skype ou encore le glucomètre qui permet de mesurer chez soi son taux de glucose. Mais derrière toutes ces technologies, aussi différentes soient-elles, il y a les mêmes enjeux éthiques comme le consentement, le respect de l'intimité et de l'intégrité du patient, la transparence, le service après-vente...

Alors quelles technologies du futur peut-on envisager ?
« Celles qui sont d'abord fiables, ensuite adaptables, personnalisables, plaisantes et co-construites avec les utilisateurs en environnement réel, à leur domicile. Le robot trouvera son utilité dans l'usage conjugué de l'aidant professionnel, de la personne soignée, de la famille... C'est cette somme d'usages qui crée l'utilité réelle de la machine. (...) On doit conserver l'intelligence humaine comme principe. »

ATELIER 1

CHIRURGIE ASSISTÉE, CHIRURGIEN DEMAIN *quelles promesses* POUR LE PATIENT ?

Où les yeux ne voient pas, où les mains n'ont pas accès, on opère maintenant avec une très grande précision, parfois même « sans ouvrir » grâce aux innovations numériques et robotiques. Mais la chirurgie assistée est-elle nécessaire pour toutes les opérations ? Elle est indispensable pour des opérations très délicates et précises, comme poser une vis à côté de la moelle épinière, elle peut aider à améliorer le positionnement d'une prothèse mais elle n'est pas nécessaire pour les opérations plus « courantes » que l'humain peut maîtriser seul. Le bénéfice patient à ce niveau est donc exceptionnel. Jusqu'où est-on prêt à investir dans des bénéfices qui ne sont pas forcément prouvés ? Doit-on également redéfinir la mission du chirurgien ? Car il semble persister une idée reçue : **un bon chirurgien est celui qui laisse la plus petite cicatrice. En vérité, un bon chirurgien est celui qui soulage durablement.**

En revanche, ces innovations servent véritablement la simulation en chirurgie. En parallèle de la simulation synthétique avec des mannequins et celle humaine et relationnelle avec des acteurs, la simulation numérique émerge avec la réalité augmentée et les serious games. La table d'anatomie virtuelle et le bistouri électronique remplacent le cadavre et les instruments traditionnels. Ces cas cliniques numériques permettent de corriger un certain nombre d'erreurs. Jamais la première fois sur le patient ! Le principe est clair. **« La simulation est indispensable pour se substituer au compagnonnage en chirurgie qui tend à diminuer. On apprend plus vite les gestes et ça donne envie d'apprendre. »** La simulation sert à développer une culture essentielle, celle de l'évaluation. Comment s'améliorer si on ne débriefe pas, si on n'apprend pas de ses erreurs ?

💡 *Cette méthodologie devrait s'appliquer chaque jour au bloc : prendre le temps de s'évaluer.* 💡

Les enjeux sécuritaires sont au cœur de la démarche.



ATELIER 2

BIG DATA :

quels usages et quelles conséquences
SUR LES PRISES EN CHARGE ?

Explosion de la disponibilité des données, augmentation des capacités d'analyse et de recherche au sein de ces données. Comment saisir de manière utile les opportunités que nous offre le Big Data ? D'abord se pose la question de la confidentialité de ces données et de leur accès, d'éventuels piratages. Il y a déjà le Dossier Médical Partagé (DMP) mais dont le déploiement n'est pas suffisant d'un point de vue culturel et sociologique. **Les données appartiennent aux patients et pas à ceux qui les utilisent, c'est donc aux patients de choisir l'utilisation de leurs données.**

Les données doivent être suffisamment protégées et servir à la fois à la santé de tous. On parle de « solidarité des données » : faire en sorte que les données de chacun servent à tous. Il s'agit d'appréhender les données comme une somme d'expériences accumulées qui permettent de créer des référentiels, des « échelles de normalité » tout en se basant sur des terminologies médicales universelles pour mieux les caractériser. Les données aident à faire le lien entre l'individu et la population, à mettre en évidence les corrélations. Il faut pouvoir capitaliser sur tout ce savoir collecté pour surveiller des états et adapter des thérapies. **Ces données offrent une vision globale du patient et permettent de ne plus s'appuyer uniquement sur la mémoire humaine.** Elles représentent un accès à une connaissance accélérée, augmentée. Pour bien les utiliser, il faut pouvoir les indexer pour les agréger et les croiser. Dans cette logique vertueuse une demande émane :

💡 *Comment faciliter la vie des chercheurs pour que la demande d'utilisation des données auprès de la CNIL soit standardisée ?* 💡



Ces données sont-elles synonymes d'une perte de l'expertise scientifique et de la pratique humaine de la science ? L'humain doit se positionner au cœur de la donnée, il est le seul capable d'interpréter et de repérer une erreur. Les médecins doivent toujours garder la main sur l'outil.

Et dans le champ de la médecine préventive, les informations issues du séquençage du génome sont-elles soumises au secret médical ? Qui peut accéder à ces données ? Mon assureur pour changer mon contrat ? L'informé consent-il à recevoir tout ou partie des informations, dans quels délais ? Une personne ne peut pas être réduite à son profil génétique.

Il ne s'agit pas de faire de ce Big Data une source d'inégalités sociales.

FAUT-IL OU NE FAUT-IL PAS ?



ATELIER 3

MAINTIEN À DOMICILE ET GÉRONTOLOGIE : *un parcours amélioré par la* GÉRONTECHNOLOGIE ?

Les nouvelles technologies au contact de personnes âgées et malades doivent s'adapter aux capacités réduites de ces patients et à l'hétérogénéité du vieillissement. Les appareils ne doivent pas demander d'apprentissage particulier et leur développement doit se faire en partenariat avec les organisations médico-sociales et sanitaires en imaginant tout le dispositif humain et organisationnel que cela demande pour éviter l'effet voulu inverse : une surconsommation des soins. Il faut pouvoir créer un maillage de contacts, savoir qui doit être prévenu, veiller à la transmission des données collectées.



Téléphones intelligents, postes de télémedecine, bracelets de téléalarme... La gérontechnologie a pour but premier de maintenir les personnes âgées à leur domicile sans rupture dans le parcours de soins en créant un maillage interprofessionnel autour d'elles. Les nouvelles technologies doivent améliorer le « **savoir travailler ensemble** » en dehors des établissements. Elles multiplient les possibilités d'interconnexions entre la ville et l'hôpital. Quand un dispositif technologique est rentable, il permet à un aide-soignant d'automatiser les routines et de passer un moment plus qualitatif avec la personne.

Ces nouvelles technologies induisent une installation spécifique à domicile. Les lieux de vie doivent être aménagés et pouvoir évoluer avec les incapacités. Les professionnels de santé et les technologies sont les premiers acteurs de l'optimisation des actes de la vie quotidienne pour favoriser le lien social. Ensuite viennent les professionnels de santé et les technologies pour optimiser les actes de la vie quotidienne et favoriser le lien social. Le rôle du médecin généraliste et du pharmacien est central dans la coordination des soins à domicile et le rôle de l'ergothérapeute est essentiel pour l'adéquation technologies/besoins.

Comment amener l'adhésion du patient aux nouvelles technologies ? Il faut sensibiliser plus tôt avant que la problématique ne survienne, faire un effort d'anticipation pour implanter cette culture technologique.

Vivre en bonne santé
heureux et en toute sécurité
plus longtemps là où on le
souhaite, en harmonie avec
notre environnement et nos
proches, voilà la mission
de la gérontechnologie.



ATELIER 4

LES NOUVELLES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

aident-elles l'utilisateur à devenir

ACTEUR DE SA SANTÉ ?

Le numérique représente une masse d'informations et de données. Les usagers sont informés mais incertains, car ils ne savent pas toujours traiter l'information et la corréler.

Très au fait, les usagers sont également plus critiques et méfiants, les politiques de prévention sont remises en question et les recommandations ne sont pas systématiquement suivies. Le numérique représente de nouveaux modèles économiques pour la santé et il faut maîtriser son accessibilité, donner les outils, les équipements mais accompagner leur utilisation. Le taux d'abandon des objets connectés est élevé lorsqu'ils paraissent finalement inutiles. La familiarisation avec ce genre d'objets passe d'abord par leur utilisation pour le bien-être. Ce sont des objets connectés plaisants qui nous font adopter ces nouvelles technologies qui aident à signaler, détecter une irrégularité, à établir un diagnostic. En revanche pour assurer leur bon fonctionnement, il faut mettre en place une procédure minimale qui précise la gestion de l'information, l'attitude à avoir. Si les technologies sont bien utilisées elles permettent d'éviter des consultations inutiles ou de recevoir des soins avant une potentielle aggravation.

Suggestion des participants :
la coordination pourrait se faire par le développement d'une plateforme régulatrice avec secrétaires et médecins pour estimer l'urgence, rediriger et mailler le territoire. Cela induit l'émergence de nouveaux métiers, une responsabilisation du citoyen qui reste à construire et de nouveaux modèles économiques à inventer face aux nouvelles pratiques.



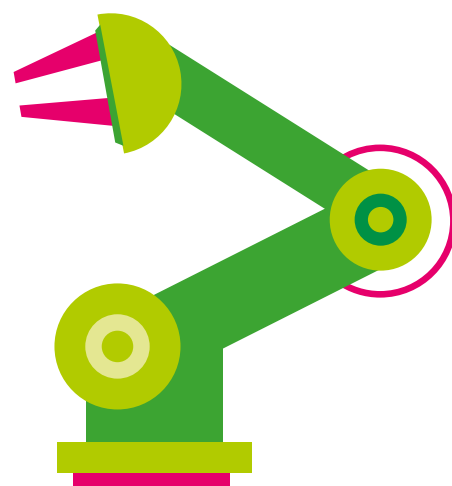
ATELIER 5

JEUX CONNECTÉS ET ROBOTS : *meilleurs amis* DE LA SANTÉ ?

Pour provoquer l'adhésion au robot, la demande doit émaner du terrain. L'introduction du robot Paro, un petit phoque émotionnel interactif, auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer est un projet d'établissement. C'est un investissement économique mais également humain. **Les aides-soignants et les patients doivent y être préparés pour s'assurer de bien l'utiliser et bien l'évaluer.** L'intégration du patient expert dans la recherche et l'innovation de nouveaux produits, est essentielle pour construire des objets réellement utiles et pas gadgets. L'évaluation de ces dispositifs doit se faire comme pour des dispositifs médicaux pour sensibiliser notamment les financeurs.

Les jeux sont eux aussi une mine d'or pour apprendre, réapprendre et se rééduquer pour les professionnels de santé et les patients. Les serious games, des jeux à scénario utilitaires, permettent par exemple à un chirurgien d'apprendre les bons gestes. Les exergames servent, quant à eux, à dispenser un entraînement physique ou cognitif. Et enfin le physiogame est un jeu thérapeutique qui dispense un entraînement spécifique dans le cadre d'un protocole de rééducation.

Tous ces outils connectés bien maîtrisés ouvrent de nouveaux champs d'exploration et de formations pour améliorer les conditions de travail de chacun. Des passerelles devront être faites entre les formations de médecins, ingénieurs, développeurs, physiciens, mathématiciens... **La transversalité dans les compétences est requise.**



DE L'HOMME RÉPARÉ À L'HOMME AUGMENTÉ

EXTRAIT D'ENTRETIEN AVEC LE PROFESSEUR GUY VALLANCIEN

Chirurgien, membre de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de chirurgie, Guy Vallancien partage avec nous sa réflexion éthique et philosophique sur les dérives des progrès médicaux issus des dernières technologies, en s'appuyant sur son dernier ouvrage : *Homo Artificialis*. Morceaux choisis.

En parcourant votre ouvrage on tombe sur la notion de « chirurgie Nintendo », de quoi s'agit-il ?

Guy Vallancien : Il y a 40 ans, on faisait des opérations immenses, je n'imaginais simplement pas que 20 ans plus tard je serai assis à une console en train de manipuler des joysticks avec le malade à quelques mètres. **Voilà pourquoi je parle de chirurgie Nintendo.** Les métiers de la médecine se transforment avec l'émergence des outils numériques. On passe de l'artisanat chirurgical à l'industrie du soin à une vitesse inimaginable. Ce qui peut faire peur, mais on sait, par expérience, que c'est par l'industrialisation que la qualité est augmentée.

Vous dites : « réparer l'homme oui, mais l'augmenter pour quoi faire ? »

GV : Tous les patrons de la Silicon Valley sont post-humanistes dans une vision totalement démiurgique. Après avoir tué Dieu, ils s'inventent des rêves d'immortalité et d'augmentation des capacités cognitives et physiques. Aujourd'hui le défi climatique, dont nous sommes en partie responsables, n'est rien, à côté de ces sujets transhumanistes. **D'après les astrophysiciens, d'ici 1 à 2 milliards d'années, les océans vont bouillir, la Terre va brûler.** Donc la vie est quelque chose de fragile et de temporel. Le risque d'une augmentation des capacités humaines pour toujours être le plus fort, aller plus vite, penser plus rapidement ne m'intéresse pas.



Quel est la place du robot dans notre société ? Quelles seraient ses vertus ?

GV : Les Japonais cherchent à faire du robot humanoïde. Je ne suis pas sûr que ce soit utile, on peut avoir plus d'empathie avec un robot qui ne ressemble pas à un humain. Nos yeux brillent alors que les yeux du robot japonais Sofia sont froids. On peut avoir une empathie fantastique avec le petit Paro, le robot phoque. Ce genre de robot marche très bien auprès des personnes âgées, il enlève une partie de leurs angoisses. **Il agit comme le doudou de notre enfance.** Ces objets sont à la fois nos complices, nos esclaves, témoins et partenaires. Quel marin n'a pas parlé à son bateau quand il avance bien ? Il lui parle, il le caresse. Et son bateau lui parle en retour, il grince.

Pour en revenir aux dérives autour de l'homme augmenté, vous parlez de digitocratie, d'enfer digital, d'ingénieurs drogués au « toujours plus ».

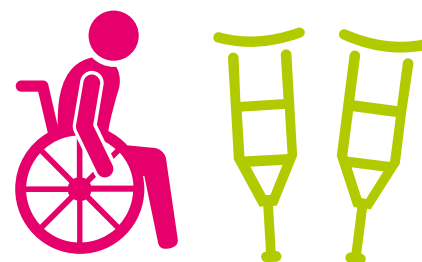
GV : On interdit aux sportifs de se droguer et on construit un système dix fois pire : on va nous mettre une caméra de recul, on va nous rajouter des bras bioniques, on est dans une espèce d'évolution inimaginable de ce que peut être l'Homme. **Que sommes-nous ici, pour quelle finalité ?** C'est cela qui est intéressant. J'aime beaucoup les ingénieurs, ceux que je ne supporte pas sont ceux qui pensent que comme un problème est posé il sera résolu. On ne peut pas réduire la nature humaine à une succession de systèmes algorithmiques, le neurone n'a rien à voir avec la puce de silicium. Concernant la digitocratie, les GAFA* dépassent la capacité des États, ils sont partout et nulle part. Google a dépassé cette année les mille milliards de dollars. Voilà la puissance de ces outils numériques. À la fois nous sommes très aidés, nous communiquons, nous nous transportons, nous avançons dans la science, nous décryptons le génome, nous arrivons à traiter des maladies qu'on ne connaissait pas avant, on fait de mieux en mieux et de plus en plus tôt. **Mais au prix de quoi ?** Au prix des clics que nous faisons tous les jours dans une pseudo gratuité mortifère où ces systèmes sont en train de nous espionner. Je veux le droit au mensonge et au secret, sinon il n'y aura plus d'humanité.

Quelles sont vos préconisations face à ces problématiques ?

GV : Ce débat n'est pas encore arrivé en France, il fait rage aux États-Unis. Ici, on est traumatisé par le climat, alors qu'on est dans un des pays qui a le climat le plus sain. Et on ne se préoccupe pas de ce qui est en train de se passer sur les sujets dont je vous parle. Il faut que la société française s'en empare de façon à ce que le politique se mette à son tour à s'intéresser à la chose. Aujourd'hui c'est hors du champ de n'importe quel candidat à la présidentielle. Or, c'est aujourd'hui, ce n'est pas demain qu'il faut y réfléchir. **Qu'allons-nous faire ? Ces services vont-ils aller au-delà de nos capacités ?**

Comment voyez-vous le champ de la santé, l'organisation du système de soins, des pratiques médicales ?

GV : Aujourd'hui, je manipule, demain je regarderai sûrement le robot faire. Le diagnostic sera de plus en plus fait par la machine, car elle peut chercher les diagnostics rares. Avec le séquençage, une tumeur de la vessie sera analysée. **Comment voulez-vous que mon cerveau puisse analyser 3 milliards de base ?** C'est la machine qui va donner le bon traitement. Et du point de vue thérapeutique c'est la même chose. Les décisions seront de plus en plus prises à partir de la machine. Donc ça remet en cause ce qui faisait les fondamentaux du médecin, le pouvoir médical. En revanche, ce qui va se passer c'est que jamais un malade ne croira la machine jusqu'au bout.



Donc la confiance revient toujours à l'humain face à la machine ?

GV : Oui et c'est tout l'intérêt de la consultation. Quand on discute avec des patients qui ont plusieurs options thérapeutiques, la consultation se termine toujours de la même façon : « **et si c'était vous docteur ?** » Le malade a tout entendu, mais il se retourne vers l'humain. Le vrai rôle qui est le mien, c'est bien de répondre à une personne unique, qui est en face de moi, qui est malade et qui ne rentre pas toujours dans le moule des normes et des guides de bonnes pratiques édictées depuis Bruxelles en passant par le ministère, les ARS, les sociétés savantes. Vous avez 10 à 15 % des malades qui ne rentrent pas dans ce moule pour des raisons personnelles, familiales, socio-professionnelles, culturelles ou religieuses. **Et c'est à moi dans ce cas de transgresser les règles. Le médecin a pour rôle de transgresser les règles.**

Donc qu'attend véritablement le patient ?

GV : Il attend cette prise en charge, cette responsabilité de s'adresser à lui et non pas à la société qui dit que. Ce qui veut dire que nous n'avons pas besoin d'être aussi nombreux. Si c'est pour répondre à 10 ou 15 % des patients, tout le reste du travail, interrogatoire, examen clinique, échographie, prise de sang, peut être fait par des intermédiaires niveau master qui le feront très bien. Cela nous oblige à revoir nos études médicales, car on n'apprend rien de la psychologie et de la communication. **Les gamins aujourd'hui sont en permanence devant des smartphones et des écrans.** Nous vivons dans un monde de plus en plus connecté mais où on converse de moins en moins. Et le médecin sera de plus en plus celui qu'on ira voir pour être en relation. C'est une vision qui est pour moi évidente et que n'intègre pas le politique. Et on ferait bien de s'en préoccuper maintenant, car les études de médecine c'est 10 ans.

Comment amèneriez-vous le grand public à cette prise de conscience ?

GV : Tant que vous n'aurez pas une prise de conscience des chaînes de télévision consistant à faire des prime time ludiques et explicatifs, ce sera compliqué. Car c'est passionnant la vie des savants. Tintin c'est nul à côté ! **Les savants sont des êtres d'exception, hors normes, qui ont les pires défauts, les pires intuitions.** C'est passionnant à suivre. C'est par cette éducation qu'on arrivera à faire prendre conscience à la population des enjeux cruciaux pour l'humanité, ceux qu'on évoque. Et tout le monde sera très intéressé. Ce qui permettra ensuite d'alerter le politique, qui lui ne s'alerte que quand la société bouge.

*L'acronyme GAFA désigne quatre des entreprises les plus puissantes du monde de l'internet à savoir : Google, Apple, Facebook et Amazon.

LA SANTÉ @ *un enjeu pour toutes* **LES POLITIQUES**

#SantéCommunautaire #Décloisonnement
#ConditionsDeVie #Qualité #Citoyen
#PlusDeSens



Édito

3^E RENCONTRE DU PRS
LE 2 FÉVRIER 2017
À NANTES

Agir dans l'ensemble des politiques, et surtout hors du champ du système de santé, voilà ce dont il est question. Les déterminants de santé se trouvent à 80 % hors du système de soin, que ce soit au travail, à l'école, à la maison. Depuis la création de l'ARS, nous travaillons **sur la santé dans toutes les politiques avec la mise en place d'actions avec des partenaires extérieurs au système de santé comme les collectivités territoriales, les conseils départementaux, les caisses d'assurance maladie ou encore l'Éducation nationale pour agir concrètement.** Sans oublier l'association et la participation des usagers, des professionnels et des représentants d'une politique publique dans une logique d'inclusion des personnes concernées. Les conditions de vie, l'habitat, l'environnement social, l'insertion professionnelle, l'accès aux structures sportives, le fait de pouvoir sortir de chez soi sont autant de déterminants à prendre en compte. Les partenariats initiés avec les acteurs de la petite enfance et de l'enseignement sont particulièrement importants, car ils sont les meilleurs relais de la promotion en santé et permettent une action de prévention efficace à une période sensible de la vie.

Force est de constater que les personnes en bonne santé sont des personnes bien insérées socialement. L'accessibilité est donc la notion phare. Lorsque l'on souhaite une politique favorable à la santé, on veille à l'accessibilité de tous aux différentes infrastructures de transport doux, aux équipements de loisirs et sportifs, à l'insertion professionnelle, à la continuité du lien social par le développement des communautés de vie locales, à l'accès aux services de santé, pour ne pas accroître les inégalités sociales de santé et la précarité. Parce qu'on sait qu'une personne désocialisée, au chômage et sans formation n'aura pas les mêmes chances qu'une personne avec des conditions de vie agréables et une situation professionnelle stable. **L'aménagement d'un quartier favorisant l'accès aux services de proximité, les actions des professionnels de PMI, ou des communautés éducatives en milieu scolaire, le développement des services d'animation de quartier, l'organisation adaptée du travail, par exemple, peuvent répondre à une partie de ces déterminants.** Et pour permettre de mettre au cœur des politiques publiques la santé avec un grand S il est nécessaire d'entretenir le dialogue, de s'intéresser à ces acteurs externes qui sont nos partenaires, de les rencontrer sur le terrain pour échanger, comprendre leurs enjeux, et construire ensemble des environnements favorables à la santé.

Docteur Christophe Duvaux,
Directeur de la prévention
et la protection de la santé
de l'ARS Pays de la Loire.

Daniel Rivière,
Responsable du département
Promotion de la santé et de la
prévention de l'ARS Pays de la Loire.

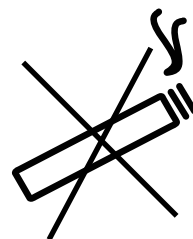


LA SANTÉ DANS TOUTES LES POLITIQUES

« Les soins en santé ne font pas la santé d'une population. » Et si la santé n'intéressait pas que le monde de la santé ? Éric Breton, Docteur en santé publique, titulaire de la Chaire INPES « Promotion de la santé » à l'École des Hautes études en santé publique, décrit les enjeux du développement de la santé dans toutes les politiques publiques.

L'environnement, les conditions de vie d'une population sont des déterminants qui ont un impact sur la santé. L'emploi, l'éducation, l'urbanisme, le tissu social ont un lien irréfutable avec la santé : « **Ne pas avoir son bac peut être considéré comme une condamnation à mort, car ces personnes font partie d'une population dont on remarque que les risques prématurés de mort sont accrus.** » Les approches traditionnelles centrées sur les facteurs de risque ont atteint leurs limites car il est en fait question d'inégalités. « **Réduire le tabagisme va avoir un impact sur l'espérance de vie mais ne va pas réduire les inégalités** » ajoute Éric Breton. Ce sont des conditions de vie que découlent les facteurs de risque. L'isolement social et la mortalité prématurée sont liés. Le psychique rejoint l'aspect physique.

« **Réduire le tabagisme va avoir un impact sur l'espérance de vie mais ne va pas réduire les inégalités.** »



Le système de santé doit s'intéresser aux conditions de vie pour mener à bien sa mission, il doit intégrer une perspective socio-écologique car « **notre santé est le produit de nos transactions avec nos environnements physiques, économiques et sociaux** ». Au-delà de l'individu, le champ de la santé allié à toutes les politiques locales doit amener à des transformations de normes sociales.

Pour amorcer ces transformations, **l'implication des populations et la mobilisation de leurs ressources sont primordiales**. Car, plus que de combler des carences, le système de santé doit encourager la mobilisation des ressources présentes, aussi modestes soient-elles.

Cette notion s'est retrouvée dans le projet participatif « Ensemble la santé pour tous » mené en Pays de Redon et en Bretagne Sud qui a amené la proposition de mesures universelles plutôt que de dispositifs. « **Nous sommes obnubilés par les dispositifs, dès qu'il y a un problème, on pense systématiquement à un dispositif et cela nous amène souvent à la stigmatisation de la population** » réagit Éric Breton, Docteur en santé publique, titulaire de la Chaire INPES « promotion de la santé » à l'EHESP. La réflexion a permis de détecter les déterminants de santé du territoire. L'analyse des conditions de vie et les aspirations de

la population ont permis de conclure que la solitude est l'affaire de tous. **Les personnes âgées ne sont pas les seules à en souffrir, les adolescents, les femmes au foyer avec leurs enfants sont aussi sujets à l'isolement, n'ayant pas de moyens de transport à disposition.** Éric Breton précise : « **Ce genre de constat représente un support à une décision publique qui ne peut pas se fonder uniquement sur des statistiques. Les chiffres statistiques sont importants mais ils ne nous disent pas quoi faire concrètement. Aussi, les milieux de vie, ville, entreprises, écoles, prisons... ne sont pas de simples réceptacles à personnes. Ils sont des lieux de promotion de la santé.** »

La santé est donc dans toutes les politiques et c'est cette gouvernance transversale qui va permettre à la France et à ses territoires d'améliorer le bien-être et les conditions de vie des populations. Pour cela il est important de prendre le temps de créer des liens, d'encourager des synergies entre les différents secteurs et acteurs et ce au plus proche de la population. Car c'est au contact des personnes affectées que des mesures concrètes peuvent émerger. La participation des citoyens est centrale là où l'État a un rôle de soutien et d'accompagnement.

À LA LOUPE

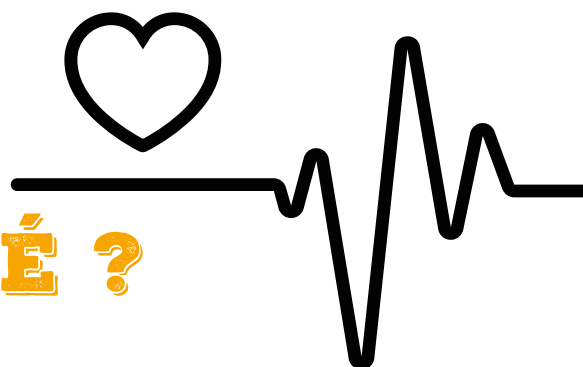


1 - L'INTÉGRATION DE LA SANTÉ *dans toutes les politiques publiques* PAR L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ (EIS)



Dès 2014, l'ARS a souhaité impulser des Évaluations d'Impact sur la Santé (EIS) de politiques publiques dans la région. Ces EIS représentent une aide à la décision en faveur de la santé sur le territoire. Plusieurs collectivités ont adopté la démarche. Trois EIS ont ainsi vu le jour en 2016.

L'ÉVALUATION D'IMPACT SUR LA SANTÉ ?



L'Évaluation d'Impact sur la Santé de politiques publiques (EIS) vise à estimer de façon prospective la probabilité de survenue et l'étendue des effets inattendus et non recherchés, favorables ou défavorables pour la santé physique comme pour le bien-être. L'EIS se préoccupe des conséquences des politiques, des programmes, projets et mesures des politiques publiques qui ne portent pas sur la santé mais qui l'influencent potentiellement, par leur impact sur les déterminants de la santé.

L'EIS observe alors la répartition de ces effets dans les divers groupes de population avec une attention particulière aux populations les plus vulnérables. En se positionnant avant la mise en œuvre d'un programme, d'une politique, l'EIS travaille en amont pour en faire des initiatives plus favorables à la santé avec des préconisations pour atténuer les conséquences négatives et renforcer les effets positifs.

Au-delà de l'évaluation, l'EIS est aussi une intervention qui renforce la capacité d'agir, l'empowerment local, elle participe à l'amélioration du contrôle de la population sur son environnement.

PRÉALABLE :

Le contexte français est favorable au déploiement de la démarche, une vingtaine d'EIS sont en cours sur le territoire national. Grâce au Grenelle de l'Environnement, la société prend conscience que **l'environnement et les conditions de vie ont un impact sur la santé**. Avant d'engager un EIS, il faut documenter, expliquer, savoir s'il est raisonnable d'engager la démarche tout en assurant des résultats exploitables et la participation effective des citoyens à toutes les étapes du projet.

LES GRANDS PRINCIPES DE L'EIS :

- ✓ Intégrer les citoyens dans la démarche.
- ✓ Prendre en considération toutes les sources d'informations dont le point de vue des citoyens.
- ✓ Se préoccuper des **questions d'inégalités sociales** et des iniquités (inégalités injustes et évitables).
- ✓ Avoir **une vision globale** des politiques et des projets, à court, moyen et long terme.

L'EIS N'EST PAS :

- ✓ Une évaluation des politiques de santé.
- ✓ Un diagnostic préalable à l'élaboration de projets et politiques.
- ✓ Un accompagnement de projets.
- ✓ Une **évaluation de risques sanitaires**.
- ✓ Une étude d'impact sanitaire réglementaire.

LES ENJEUX DE L'EIS :

- ✓ Renforcer **l'identification des personnes vulnérables**.
- ✓ Doit-on intégrer l'EIS dans des dispositifs qui existent déjà plutôt que de créer une nouvelle strate ?
- ✓ Se rapprocher de la décision publique pour une EIS influente, comprendre la prise de décision des acteurs.
- ✓ Bien déterminer la géographie de la démarche.
- ✓ Travailler sur l'identification des données probantes.
- ✓ Ne pas rechercher des avis mais **encourager l'expression** sans a priori.
- ✓ Sensibiliser les acteurs des autres politiques aux questions de santé.
- ✓ Modéliser des outils d'EIS plus réduits, plus accessibles pour des petites collectivités.
- ✓ **Encourager les transferts de connaissance** venus d'ailleurs sur le territoire investi par l'EIS.

EIS ANGERS

Le renouvellement urbain **DU QUARTIER MONPLAISIR**

LE CONTEXTE

Le projet de renouvellement urbain du quartier Monplaisir à Angers revêt des enjeux : l'arrivée du tramway prévue en 2022, un nouveau centre commercial, des logements neufs, des liaisons plus douces. Le quartier familial compte **11 000 habitants occupant des logements sociaux avec 34% des ménages en-dessous du seuil de pauvreté** et une majorité d'ouvriers, employés et un grand nombre de demandeurs d'emploi. Cette EIS a été inscrite au Contrat local de santé qui lie l'ARS et la ville d'Angers et a été soutenue financièrement par l'ARS.

LES OBJECTIFS

Faire du centre du quartier et des espaces verts, **des lieux de vie agréables, facteurs de cohésion sociale, des milieux de bien-être** en s'appuyant sur l'étude urbaine qui donne les grands axes du programme de rénovation.

LA DÉMARCHÉ :

- ✓ La mobilisation de plusieurs services techniques tout au long de l'EIS (aménagement d'Angers Loire Métropole, sport, enfance, cohésion sociale, voirie...).
- ✓ Des déterminants de la santé impactés par le projet : activité physique, cohésion sociale, environnements naturels, bruit, aménagements urbains, sécurité...
- ✓ Une démarche participative à travers une déambulation exploratoire avec les habitants et les acteurs du quartier sur le périmètre de l'EIS.
- ✓ Des ateliers pour cibler des axes de travail et constater les préoccupations fortes communes avec l'inclusion du conseil citoyen et du conseil de quartier ; une enquête sur le marché auprès des habitants.
- ✓ Des recommandations qui portent tant sur le développement des mobilités actives, des espaces favorisant le lien social et l'activité physique, l'accès aux équipements publics, la participation des habitants à la transformation du quartier.

11 000

**HABITANTS OCCUPENT
DES LOGEMENTS SOCIAUX**

EIS NANTES

L'intégration urbaine de la Maison de Santé **DANS LE GRAND BELLEVUE**

LE CONTEXTE

Le développement de la santé et du bien-être des habitants constitue une des ambitions majeures du Projet Grand Bellevue. Il se concrétise dans le projet de création d'une « maison de santé pluriprofessionnelle » au cœur du quartier, à l'horizon 2020. Pour élaborer et préparer l'arrivée de ce nouvel équipement sur le Grand Bellevue, plusieurs démarches de concertations **associent des habitants et des associations**.

Cette EIS a été soutenue financièrement par l'ARS, dans le cadre du Contrat local de santé de Nantes.

LES OBJECTIFS

Observer l'intégration urbaine de la maison de santé dans le quartier, toute la dynamique de réseaux autour de cette maison, les autres équipements. **Détecter les opportunités urbaines qu'apporte le projet Grand Bellevue** dans le prolongement des actions de prévention développées par la maison de santé.

LA DÉMARCHÉ :

- ✓ L'intégration de l'EIS dans les ateliers permanents du grand projet avec **des habitants qui participent à des temps de concertation avec les élus**.
- ✓ Mise en place d'un « atelier partenariat » pluridisciplinaire avec les habitants, professionnels de santé, associations de quartier, urbanistes, les mairies des deux communes...
- ✓ Une démarche de médiation par deux consultants pour associer à la démarche les habitants qui ne participent pas normalement aux concertations, dont un groupe d'adolescents.
- ✓ **Exploration des données probantes** de la littérature scientifique pour appuyer et compléter les pistes de réflexion identifiées.
- ✓ Des recommandations qui portent sur **l'attractivité, l'accessibilité et la valorisation de la maison de santé**, la lutte contre le contrôle social, la mixité sociale des usagers, la dynamique partenariale de territoire, l'implication et la participation des habitants dans le projet de maison de santé.

EIS NOIRMOUTIER

Le Programme d'actions de prévention DES INONDATIONS DE L'ÎLE (PAPI)

LE CONTEXTE

Le PAPI est un **plan d'actions de prévention, d'information et d'alerte face au risque d'inondation** et un plan de travaux pour sécuriser l'ensemble des ouvrages de l'île de Noirmoutier sur 6 ans. Les habitants de l'île suivent deux typologies : les résidents permanents et les résidents saisonniers. Cette EIS est conduite dans le cadre d'un appel à projets lancé par Santé Publique France, et est également soutenue par l'ARS, la Région et la Dreal.

LES OBJECTIFS

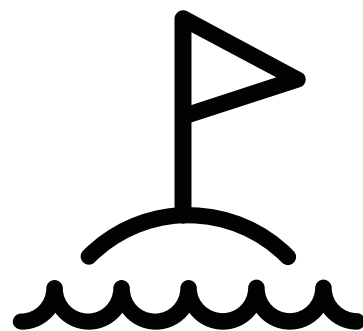
Sonder l'adaptation de la population, de l'évolution de son sentiment de vulnérabilité avec le déploiement du PAPI. Observer en quoi ces effets peuvent avoir **un impact sur les conditions de vie, le climat social et donc la santé.**

LA DÉMARCHÉ :

- ✓ Une revue de littérature : lien submersion marine ou inondation, perception du risque, réchauffement climatique, résilience territoriale communautaire...
- ✓ Un profil de territoire et de l'état de santé de la population.
- ✓ Des entretiens semi directifs ou collectifs d'habitants, acteurs économiques... / un questionnaire auprès des élèves des 2 collèges de l'île.
- ✓ Réalisation d'**une matrice pour renseigner des liens de causalité entre la prévention des inondations et la santé de la population** : sentiment de contrôle, climat social, ressources économiques, cadre de vie.
- ✓ Des recommandations pour renforcer la culture du risque, la prise en compte des publics fragiles, la participation des habitants, la communication, la prise en compte des inégalités de revenus...

LE CONSTAT

Un sentiment de contrôle faible face à l'aléa mais un sentiment de confiance très fort dans les pouvoirs publics.



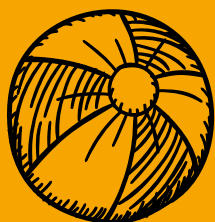
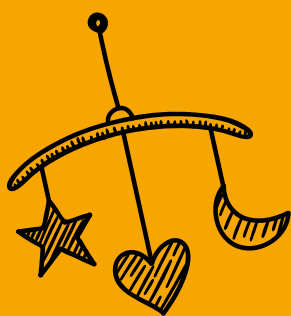


À LA LOUPE

2 - LES ACTEURS DE LA PETITE ENFANCE

et de l'enseignement scolaire

**POUR LA PRÉVENTION
EN SANTÉ**



PANJO

PROMOUVOIR L'ATTACHEMENT

Depuis 2014, l'unité PMI de Châteaubriant s'est engagée dans le dispositif PANJO, expérimentation de Santé Publique France, pour la promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents.

Pourquoi avoir d'abord expérimenté PANJO à Châteaubriant ? « **Les quartiers d'une grande ville, comme Nantes, bénéficient d'études variées. Nous souhaitons aller plus loin des métropoles, sur des**

territoires parfois oubliés où les notions d'isolement et de précarité sont fortes et où le chômage est élevé » répond Fabienne Padovani, Vice-présidente Familles et protection de l'enfance au Conseil département de Loire-Atlantique. PANJO, co-porté par l'ARS Pays de la Loire et le Conseil départemental de Loire-Atlantique, propose **un travail autour de la parentalité par la promotion de relations mère-enfant de qualité.** PANJO vise également la promotion de comportements de santé et le repérage précoce des situations à risques. La démarche expérimentale s'appuie sur le renforcement du rôle des visites à domicile et sur **la montée en compétence des puéricultrices par la mise en place d'une formation, d'un guide et d'une supervision en lien avec les services de pédopsychiatrie.** PANJO participe à l'amélioration de l'accueil des familles par le renforcement de l'écoute et une orientation précoce adaptée à qui l'on donne la bonne orientation. Fabienne Padovani ajoute :

“ **Le sens des services départementaux et des territoires, c'est d'être là pour les habitants.** ”

22 familles et 6 professionnels se sont engagés dans PANJO. Le dispositif s'est focalisé sur le suivi des mères primipares monoparentales pour soutenir le lien d'attachement entre parents et enfants. Pour la mise en place de PANJO, les puéricultrices, sages-femmes et médecins de PMI ont été **formés sur la théorie de l'attachement et sur les outils PANJO** qui comprennent un classeur avec des fiches thématiques et une série de cartes imagées que le parent choisit pour parler de la thématique voulue, pour ainsi partir des besoins réels exprimés. Le suivi du parent et de l'enfant a été ponctué de visites programmées avant et après la naissance jusqu'à ce que l'enfant ait un an, voire au-delà selon les attentes de chacun. Les professionnels de l'expérimentation ont été supervisés par une psychologue rattachée au service de pédopsychiatrie du territoire.



22

FAMILLES ET

6

**PROFESSIONNELS
SE SONT ENGAGÉS
DANS PANJO**

Le travail à domicile de la puéricultrice s'appuie sur **la bienveillance et l'écoute des besoins des parents avec comme notion centrale** celle d'un suivi dans une relation de confiance qui se construit sur la durée. Les pratiques des professionnels centrées sur la promotion de relations parents-enfants de qualité, s'appuient sur la valorisation de l'efficacité parentale. PANJO vise **la diminution des comportements de négligence voire de maltraitance infantile** grâce à l'instauration d'un lien sécurisé et épanouissant entre la mère et son bébé. « **PANJO permet également de promouvoir le bon usage des services médico-sociaux par les parents, la bonne utilisation de leur réseau social et l'encouragement des comportements protecteurs de santé** » ajoute Christelle Fribourg, puéricultrice, cadre de l'unité PMI de Châteaubriant.

Cette démarche permet d'**identifier très précocement les comportements à risques afin de procéder rapidement aux orientations nécessaires** lorsque les réponses à apporter sortent du champ de compétences des puéricultrices.



“*Panjo permet également de promouvoir le bon usage des services médico-sociaux par les parents, la bonne utilisation de leur réseau social et l'encouragement des comportements protecteurs de santé.*”



Celles-ci sont amenées à produire un écrit après chaque intervention pour capitaliser sur chaque expérience. « **Nous avons remarqué que l'attachement à l'enfant passait d'abord par l'attachement au professionnel, à la puéricultrice. L'expérimentation PANJO est assez contenant et enveloppante pour permettre aux parents de contenir leur enfant. Avec un attachement "secure" tout le monde est prêt à se séparer, le parent de la puéricultrice puis de son enfant** » précise Christelle Fribourg. PANJO a suscité des initiatives naturelles de la part des puéricultrices en lien avec les assistantes sociales et les techniciennes d'intervention sociale et familiale comme **le développement d'ateliers collectifs autour de l'allaitement et de la motricité.**

Résultat ? En septembre 2016, 19 familles n'ont pas eu besoin d'une prise en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance tandis qu'une famille a fait l'objet d'une information préoccupante. Six d'entre elles sont toujours suivies par les puéricultrices, deux ont déménagé et les autres n'ont plus besoin d'accompagnement mais peuvent appeler les puéricultrices jusqu'à 6 ans de l'enfant.

En 2016, les 4 autres départements de la région (et 11 au total sur le territoire national) se sont engagés dans le dispositif PANJO. **Une étude d'efficacité est en cours** sous l'égide de l'Agence des Nouvelles Interventions Sociales et de Santé (l'ANISS) et Thomas Saïas, Professeur au Département de Psychologie - Université du Québec à Montréal.

EN SANTÉ À L'ÉCOLE

Le programme expérimental « En Santé à l'école » prévoit le renforcement des compétences psychosociales chez les élèves de CM1-CM2 en partenariat avec l'ARS Pays de la Loire et l'Éducation nationale.

« La promotion de la santé des élèves fait partie des missions de l'Éducation nationale »

rappelle Jean-Yves Robichon, doyen des inspecteurs de l'Éducation nationale du 1^{er} degré au Rectorat de Nantes. Il s'agit d'**améliorer le climat scolaire pour une école sereine et citoyenne** en prévenant le plus précocement possible les conduites à risque. « En Santé à l'école » s'inscrit dans la mise en place du parcours éducatif de santé dont les leviers sont **le bien-être et la réduction des inégalités** en intervenant au bon moment. C'est à dire ce moment où se développent les connaissances et compétences des élèves.

« L'acteur c'est l'élève ! Il faut lui faire acquérir des connaissances, des compétences et une culture pour qu'il soit en capacité de prendre en charge sa santé » ajoute Magali Segretain, directrice du programme « En Santé à l'école », à l'IREPS Pays de la Loire. Chaque école participante au programme met alors en œuvre des séquences basées sur **l'acquisition des compétences psychosociales définies par l'OMS** pour créer des attitudes favorables à la santé, améliorer le climat scolaire et contribuer à la réussite des élèves.

« En Santé à l'école » représente un double enjeu. D'abord celui qui consiste à **mieux comprendre les émotions pour mieux communiquer, mieux interagir et dont l'effet immédiat est l'apaisement du climat**. Ensuite, à plus long terme, le second enjeu réside dans ce que l'enfant va devenir lorsqu'il sera adolescent et adulte et en cela « En Santé à l'école » a pour objectif de **prévenir les comportements à risque comme les conduites addictives**.



Comment faire pour que ces actions isolées donnent lieu à une politique qui touche un nombre plus important d'élèves ? Comment passer d'une logique expérimentale à une logique de formation et de diffusion ?

Il faut **penser l'école comme une entité qui n'est pas isolée mais qui existe au sein d'une communauté éducative**, bien ancrée sur son territoire et en capacité de travailler avec les familles. Ce travail avec les familles est primordial. Il faut voir avec les instituteurs ce qui, dans les pratiques éducatives, permet ou ne permet pas ce genre d'approche, créer des espaces de coopération, de concertation à tous les niveaux. Et il faut pouvoir encourager, **faire émerger la demande des établissements** qui ne sont pas conscients de ce besoin. Pour arriver à essaimer ce parcours vertueux, il est important de favoriser les outils de diffusion de l'information, de s'enrichir de l'expérience, d'encourager les mutualisations, d'analyser ce qui se passe dans les classes sur les territoires et prendre le temps de comprendre. **« Cela peut paraître logique, mais il faut intégrer la réflexion sur le renforcement des compétences psychosociales dans la formation initiale et continue des enseignants »** ajoute Jean-Yves Robichon.

Accompagner le pouvoir d'agir, voilà la grande mission de la démarche « En Santé à l'école ».

“ **La promotion de la santé des élèves fait partie des missions de l'Éducation nationale.** ”



À LA LOUPE

3 - L'ORGANISATION DU TRAVAIL : *son impact* SUR LA SANTÉ



LE TRAVAIL, *un atout pour* **LA SANTÉ**

Le saviez-vous ?

Les salariés sont en général en meilleure santé que les chômeurs. Mais encore faut-il que leurs conditions de travail soient favorables à une bonne santé. **« La politique de l'entreprise peut avoir un impact sur la santé. Et ce quelle que soit l'intention du chef d'entreprise »** introduit le Docteur Véronique Tassy, médecin inspecteur régional du travail à la DIRECCTE. Hors du harcèlement, ce sont le plus souvent des organisations du travail et des outils de management mis en place, **avec l'intention de remplir leurs objectifs professionnels, qui nuisent à la bonne santé. « La santé c'est un état complet de bien-être physique, mental et social, pas seulement une absence de maladie. On peut être en mauvaise santé sans tomber malade »** précise Gwenaél Lair, psychologue du travail, service prévention de la CARSAT Pays de la Loire. Aussi, l'état de santé n'est pas figé, c'est une dynamique à mettre en œuvre par l'entreprise. Il apparaît que l'on est en bonne santé quand on est acteur, quand on a du sens.



LES NOUVELLES TECHNOLOGIES *de l'information et de la* *Communication au travail,* **UN PIÈGE POUR** **LA SANTÉ ?**

Les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication, NTIC, prennent une place importante dans le travail et elles tendent à créer des addictions. **« Donner un ordinateur peut inciter un salarié à travailler le soir et le week-end »** précise le Docteur Véronique Tassy. D'après des témoignages, certains salariés se réveillent la nuit pour envoyer un mail ou souffrent du système bluetooth qui les rend joignables et mobilisables partout où ils vont. Cette technologie intrusive provoque une perte de concentration, elle augmente la charge de travail, l'état agressif, et engendre la sensation de travail jamais fini, le « burn-out ».

La géolocalisation des livreurs s'avère être également un fléau. **« Tous les arrêts sont enregistrés, les pauses pipi sont traquées. Le contrôle est total »** ajoute le Docteur Véronique Tassy. Ces situations intrusives provoquent des comportements violents et les premiers à en pâtir sont les familles, les enfants, les conjoints et conjointes. Idem, pour les aides à domicile équipées de tablettes qui contrôlent le temps des consultations : **« Si la personne âgée reste un peu sur le pas de porte pour terminer sa discussion, le quart d'heure est facturé. Cela crée des tensions entre la famille, la personne âgée et les professionnels et oblige les aides à domicile à tricher. »**

LE LEAN MANAGEMENT :

l'optimisation au détriment **DE LA SANTÉ ?**

Venu du Japon, le lean management s'immisce surtout dans les activités de service. Il est mis en place pour réduire tout ce qui n'est pas nécessaire à la production, donc au travail. Il est censé **rendre l'entreprise plus agile, plus flexible pour sa recherche de performance et d'amélioration continue**. Le lean management s'appuie sur l'optimisation des coûts et des process. En réduisant les marges de manœuvre, **des tensions se réveillent avec l'apparition de troubles musculo-squelettiques**. En effet, les mouvements sont optimisés, la production augmente, mais les temps de récupération diminuent fortement. Sans pause, les relations sociales au travail s'amoindrissent, alors qu'elles sont importantes. Le lean management réduit donc les modalités de coopération entre professionnels et dégrade ainsi les conditions de travail.

Les organisations qui se structurent en mode projet développent l'autonomie des gens qui peuvent prendre des initiatives. Mais cette plus grande latitude de travail et de décisions offerte génère des soucis pour les professionnels avec une hyper sollicitation de la part du client et un amincissement de la frontière entre la vie personnelle et la vie professionnelle. On emporte son travail chez soi.

Pour éviter ces situations, **il est nécessaire de toujours évaluer ce qui est mis en place pour éviter les conflits organisationnels et les sentiments d'injustice**. Il faut adapter le travail à l'homme et non le contraire, c'est le sujet de l'article 41 L21-2 du code du travail.



GROUPE INOV-ON *à Saint-Herblain*

Après des moments douloureux de redressements et de licenciements, le Groupe Inov-on a adopté la démarche d'entreprise libérée. **Il s'agit du partage de l'engagement et des responsabilités en donnant le pouvoir aux salariés**. Une forme d'entreprise qui se base donc sur une nouvelle organisation où chacun devient intrapreneur. **Les salariés sont ainsi fidélisés dans un environnement propice au bien-être, à la santé**. « *La libération est un chemin, il n'y a pas d'arrivée, chacun fait ce chemin* », témoigne Martin Alline, responsable communication de l'Agence Fruizz du groupe Inov-On.

“ *La libération est un chemin, il n'y a pas d'arrivée, chacun fait ce chemin.* ”

RESSOURCES

mutuelles assistance À VERTOU

RMA est une plateforme d'assistance téléphonique santé qui œuvre, en tant que sous-traitant, pour les adhérents de mutuelle santé. Elle reçoit les appels de personnes hospitalisées et de familles de personnes décédées. 70 collaborateurs sont chargés d'assistance et accompagnent des personnes dans la maladie. **« Pour prendre soin des adhérents, il faut prendre soin de nos collaborateurs. »**

Dans cette logique, le plateau d'assistance a été imaginé sans panneaux d'affichage pour **ne pas opprimer les collaborateurs qui peuvent prendre le temps nécessaire avec l'adhérent pour comprendre son besoin et l'orienter.** De 3 min à 45 min, les temps d'appel sont divers. Pour créer un environnement de santé, **10 % du temps de travail des collaborateurs est destiné à la formation liée au métier** mais également à la gestion du stress et des émotions. **Massage, réflexologie, théâtre, des ateliers sont proposés aux salariés pour faire face au quotidien dans des conditions de travail optimales.** Une « salle zen » a également été aménagée et permet aux collaborateurs de prendre une pause lorsqu'ils le souhaitent. **L'heure d'arrivée n'est pas, non plus, imposée :** les salariés peuvent arriver entre 8h30 et 9h15. **« Les collaborateurs RMA reçoivent 40 à 60 appels chaque jour de personnes malades. C'est compliqué quand on rentre chez soi. Il faut faciliter le travail et le retour à la maison. Le dialogue social permanent permet d'anticiper les problématiques et de concilier vie privée et vie professionnelle. »**

3 À 45 MIN

**LES TEMPS D'APPEL
SONT DIVERS.**



LA QUALITÉ DU TRAVAIL

comme facteur CLÉ DE SANTÉ

« Membre de l'équipe de recherche psychologie du travail et clinique de l'activité du CNAM, à ce titre, comme tous mes collègues de l'équipe, je mène des interventions et des recherches dans différents milieux de travail à la demande des directions, des CHSCT (comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) et des professionnels eux-mêmes. Ces interventions sont faites de longues et patientes discussions pour arriver à un conventionnement avec la direction et parfois à une convention tripartite entre la direction et les organisations syndicales. L'objet de la convention est toujours articulé à la demande mais il cherche souvent à inclure la question de la qualité du travail. »

Jean-Luc Tomas, maître de conférence à la chaire de psychologie du travail, Centre de recherche sur le travail et le développement, Conservatoire national des arts et des métiers à Paris.

Plutôt qu'une entreprise libérée, Jean-Luc Tomas préfère parler d'une entreprise délibérée où l'on prend soin des collaborateurs mais surtout du travail bien fait : **« J'associe la santé au bien faire. »**

Ces interventions sont basées sur un dispositif méthodologique qui met en place un cadre de dialogue et de dispute entre les professionnels concernés pour qu'ils puissent développer leur propre interprétation du travail. **« Un collectif de travail de professionnels volontaires d'un même métier est créé pour appréhender ensemble ce qui les préoccupe dans leur travail ordinaire. »**

Pour ce faire, des séquences de leur travail quotidien, considérées comme importantes, sont filmées. Suite à la captation, les images sont d'abord visionnées par les professionnels qui commentent seuls leur travail puis, dans un second temps, elles sont visionnées en présence d'un autre collègue qui participe au dispositif.



« **Il s'agit d'une autoconfrontation croisée, où deux professionnels se disputent et discutent autour du travail observé.** » La visée du chercheur n'est alors pas de connaître et comprendre leur travail mais de provoquer des controverses professionnelles pour produire et mobiliser de nouvelles ressources de dialogues permettant d'instruire des angles morts de leur situation de travail. « **Ce qui compte c'est ce que les professionnels n'arrivent pas à dire, ne parviennent pas à interpréter** » précise Jean-Luc Tomas.

Des comités de pilotage, des réunions de travail, où des extraits des autoconfrontations croisées et images de la vidéo sont projetés, sont organisés. Le montage est validé au préalable par les professionnels du collectif. « **Ces images sont un support à discussion. On organise une coopération conflictuelle sur le travail, sur le réel du travail pour faire émerger chez les professionnels la vision de ce qu'ils font, ce qu'ils n'arrivent pas à faire pour améliorer leur efficacité et ce qu'ils devraient faire pour être plus efficient.** » Ces problématiques font descendre les directions face aux problèmes rencontrés pour trouver ensemble des solutions : des compromis dynamiques, des propositions organisationnelles à tester, à évaluer et éventuellement à modifier.

La santé serait-elle liée à l'efficacité ?

« **Les professionnels sont excédés par la répétition de situation où le travail n'est ni fait ni à faire.** »

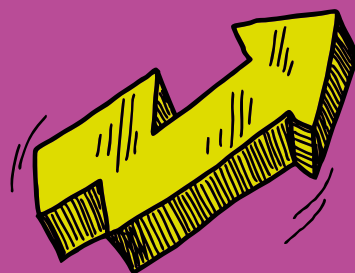
Lorsque des salariés n'arrivent pas à réaliser un travail de qualité, qui n'a plus de sens, alors le risque de perdre sa santé est accru. Les bonnes conditions semblent ne pas suffire, il faut se reconnaître dans

quelque chose : une histoire commune, un produit, un service, un devenir professionnel. « **Sans ce quelque chose il est difficile de mettre du sien. Sinon c'est le renoncement, le ressentiment et le cynisme, le lit de la maladie.** » On pousse les gens à réaliser de nombreuses tâches sans arriver à en réaliser une véritablement jusqu'à la fin ou sans arriver à s'y reconnaître. L'intensification du travail ne doit pas être confondue avec l'intensité du travail bien fait. La maximisation des opérations à effectuer dans un temps donné limite l'intensité psychologique et sociale du travail. Ce travail empêché peut devenir un poison qui contamine la vie toute entière.

Le médecin et philosophe Georges Canguilhem disait « **La santé c'est la revendication et l'usage de la liberté comme pouvoir de révision et d'institution de normes.** » La santé serait donc une conquête quotidienne où chacun doit se sentir responsable de ce qu'il fait et doit pouvoir créer des rapports entre les choses, des liens qui ne se produiraient pas sans lui. La santé est ainsi intimement liée à l'effort, à la responsabilité, à l'efficacité, à l'impact qu'on peut avoir individuellement sur le monde. « **La santé est liée à l'initiative. À l'inverse l'état pathologique se signale par la réduction du pouvoir de créer de nouvelles normes et l'incapacité de passer à d'autres normes.** »

Être le sujet d'une organisation et non l'objet, être en capacité de laisser son empreinte dans l'organisation du travail, la santé serait corrélée à cette capacité de réaliser des efforts payants. Peut-être faudrait-il reconsidérer la question de la santé à partir et au travers de la qualité du travail et non plus seulement s'intéresser à la qualité de vie au travail ?

PARCOURS DE SANTÉ



*quelle adaptation
de nos politiques
de santé*

**À LA RÉALITÉ
DES TERRITOIRES ?**

#TripleAim #Intégration #Réseau
#Coordination #GMF #Territorialisation
#SoinsPrimaires #Proximité



Édito

4^E RENCONTRE DU PRS
LE 2 MARS 2017
À ANGERS

Le travail de prospective et de conduite du changement de l'offre de santé finit toujours par se matérialiser de façon concrète sur le territoire pour les usagers dans la façon dont ils utilisent les services de soin ou d'accompagnement médico-social et dont ils maîtrisent ou non les déterminants de leur santé dans leur propre environnement. Aujourd'hui, les usagers se heurtent à des difficultés dans leur parcours de santé ou de soin qui se révèle trop souvent être un parcours d'obstacles. L'enjeu est donc pour nous de réfléchir à l'organisation de ce « nouveau » parcours sur les territoires, d'organiser et de coordonner tous les acteurs dans et hors du système de santé. Il est nécessaire que tous les intervenants autour de la personne se connaissent et connaissent les ressources existantes du territoire pour orienter le mieux possible la personne, parfois au-delà du territoire lorsque les soins l'exigent.

Ce qui amène un concept fondamental : celui de la responsabilisation vis-à-vis de la population d'un territoire. Pour construire le PRS de demain, il faut d'abord capitaliser sur nos succès, analyser nos erreurs et il est aussi bon de prendre de la hauteur et voir ce qui se fait ailleurs, à l'international. En élargissant nos horizons, nous prenons conscience qu'ailleurs les enjeux sont similaires dans des systèmes de soins néanmoins très différents avec des modalités de conduite du changement diverses et adaptées à chaque histoire, chaque culture, chaque contexte politique. En France, les avancées se font par à-coups. Les propositions d'évolutions sont importantes mais rencontrent souvent autant de résistance lors de leur mise en œuvre. Un facteur de réussite du changement semble être de simplifier notre système de santé par une meilleure articulation des acteurs et une meilleure information des patients qui les rendent plus autonomes. Comment, sur le territoire et non plus autour d'une personne, le parcours de santé se déploie ? Les acteurs du territoire, aussi pluriels soient-ils, décideurs politiques, élus locaux, conseils départementaux, professionnels de santé, associations d'usagers, patients eux-mêmes... doivent travailler ensemble autour d'un diagnostic territorial pour élaborer des stratégies convergentes.

Docteur Pierre Blaise
Directeur du PRS de l'ARS
Pays de la Loire

La notion de territoire est multifacette, multiforme, il est important d'avoir une vision assez globale du sujet. Il s'agit de faire le point sur les outils dont nous disposons aujourd'hui et ceux dont nous aurons besoin demain pour adapter une politique régionale de santé à la réalité des territoires. Ces outils représentent des leviers qui donnent du sens aux élus, professionnels, aux citoyens pour pouvoir traduire de manière effective, sur les territoires, une réflexion qui se fait au niveau régional. Si nous voulons que le système de santé soit adapté au parcours de santé de la personne il faut qu'il soit cohérent avec l'offre de proximité et avec ces territoires sur lesquels les personnes vivent. Il est nécessaire de s'interroger sur les projets déjà menés pour détecter les facteurs clés de réussite mais également les écueils. En parallèle de cette auto-critique et cette auto-analyse, il nous semble nécessaire de confronter les approches au niveau international. Pour cela, nous avons invité la Belgique et le Canada à s'exprimer sur leur gestion de la santé sur leurs propres territoires. Il est intéressant de voir comment d'autres pays répondent aux enjeux de proximité et d'accessibilité sur les territoires. Nous avons souvent l'impression que ce qui se fait ailleurs est mieux mais force est de constater que certains modèles français sont aussi regardés avec beaucoup d'intérêt. Nous constatons alors que nous partageons tous les mêmes enjeux et les mêmes objectifs mais avec des modalités, des façons de faire très différentes. Il est incontournable d'avoir ces visions et de comprendre comment nous pourrions nous en inspirer pour nos territoires.

Vincent Michelet
Responsable du département Coopération
et parcours de santé de l'ARS Pays de la Loire



L'EXPÉRIENCE de santé CANADIENNE



Les problématiques rencontrées dans le système de santé français sont semblables aux problématiques de santé à l'international comme au Canada. Luc Boileau, Professeur associé, ancien vice-doyen de l'Université de Sherbrooke, Président de l'Institut National de Santé Publique, ancien président directeur général de l'Agence régionale de santé et des services sociaux de la région Montérégie au Canada, témoigne de ce qui caractérise le système de santé canadien.

« Depuis 150 ans, la santé est confiée aux provinces. Il n'y a pas un système de santé mais 13 gérés différemment. » La régionalisation représente un levier important dans l'amélioration de la performance globale des systèmes de santé. Il permet de rapprocher la prise de décision des populations. Au Canada, cette régionalisation est basée sur un Triple Aim, **trois objectifs : améliorer la santé de la population, améliorer l'expérience de soins et de services et utiliser les ressources de la façon la plus optimale possible.** **« La régionalisation nous a permis de passer d'une gestion centrée sur la maladie à une gestion de résultats adaptés à une population. »** Elle appuie ce qui est le pilier de la santé au Canada : **la responsabilisation du citoyen patient.**

Deux événements récents ont marqué le paysage de la santé canadienne. En 2004, une fusion à l'échelle des territoires s'est produite. **« On a fusionné les hôpitaux, les services de première ligne, les centres locaux de services communautaires et les centres d'hébergement. Tous les programmes ont été fusionnés pour créer un seul ensemble : un centre de santé services sociaux. »** Dans cet esprit, il est important de faire remarquer qu'au Canada la santé et le social sont fusionnés dans un même ministère. Deuxième événement important : une grande transformation structurelle du système de santé en 2015. Chacune des régions a fusionné tous ses établissements. **Tous les centres intégrés, les organisations relais, ont été fusionnés sous une seule administration.** Tout le Québec compte désormais 22 établissements intégrés seulement. Seule une douzaine de grands CHU n'ont pas été intégrés. Conséquence, 25 % des postes cadres dans le réseau, administrateurs, gestionnaires ont été supprimés avec une réduction de 30 % du programme de santé publique et une abolition de toutes les associations d'établissements et fédérations hospitalières... Des ententes de gestion pour réguler le système et allouer les ressources, et un bon cadrage des attentes signifiées ont été nécessaires.

Le Canada a simplifié tout son système et s'interdit le déficit. La première ligne de services médicaux a été totalement réorganisée avec, par exemple, la création de groupes de médecine de famille capables de se mettre en réseaux. Il s'agit d'ajouter de la valeur au parcours du patient dans des organisations très hiérarchisées mais reliées par une plateforme centrale puissante à l'échelle des régions. **Ce réseau est un lieu de partage, de gestion avec une gouvernance qui s'inscrit dans la durée et des liens de confiance qui s'installent de façon progressive.** Pour autant, étant donné que 25 % de Canadiens ne sont pas inscrits auprès d'un médecin de famille, quand ils ont un besoin aigu, les urgences représentent la seule alternative. On peut donc parler « d'embolisation » des urgences, plus qu'en France. Autre point caractéristique : une offre de services intégrée en réseau : **« L'offre de services est construite pour répondre aux besoins d'une population vulnérable qu'on peut accompagner. Des actions de soins, d'appui dans la communauté, les repas, les logements, la qualité de vie, la salubrité... se greffent ainsi dans la trajectoire de soins. »**

Dans un pays où la médecine ambulatoire est plus développée qu'en France, tous les services de santé sont publics et leur accès universel sans circulation d'argent, sans ticket modérateur. Quant aux médecins, ils sont tous libéraux.

Une capacité de changement structurel rapide, un ancrage autour des soins de premières lignes, le Canada peut-il inspirer la France ?

25 % DES CANADIENS NE SONT PAS INSCRITS AUPRÈS D'UN MÉDECIN DE FAMILLE

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE :

la première ligne de soins

CANADIENNE

Augmentation de la prévalence des maladies chroniques, vieillissement des populations, la France et le Québec connaissent des problématiques communes. Chaque pays se mobilise pour essayer de mieux intégrer les services, assurer la continuité des soins dans un souci d'efficience. Et ce sont souvent les soins primaires qui sont au cœur des préoccupations, cette première ligne qui dirige et assure le bon parcours.

« Au Québec, les services médicaux de première ligne sont souvent difficiles d'accès à la population. Jusqu'à il y a à peu près deux ans, seulement deux Québécois sur trois étaient inscrits chez un médecin de famille. » Après 18 mois passés dans une région du Québec, le docteur Aline Ramond, Chef de clinique assistant de médecine générale, département de médecine générale à l'Université d'Angers et professeur associé, département de médecine de famille à l'université Sherbrooke au Québec, rapporte l'organisation de cette première prise en charge.

Développés à l'initiative des professionnels, les services de première ligne de soins sont assurés par des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux, des pharmaciens et autres professionnels de santé réunis sous un label, une entité juridique : les Groupes de Médecine de Famille (GMF). **Spécificité canadienne : le médecin de famille est historiquement très impliqué dans les hospitalisations, tandis qu'il existe des infirmières techniciennes, en charge d'actes techniques, et des infirmières cliniciennes, aux compétences plus larges.** Les GMF se voient attribuer des ressources humaines en fonction des besoins et des financements pour leurs locaux, leurs matériels informatiques et pour une partie de leurs rémunérations. Plus de la moitié des médecins de famille exercent dans ces GMF.

« Même si l'accès aux soins est facilité, il persiste quand même des défis dans ces GMF » souligne le docteur Aline Ramond. Les professionnels sont parfois délocalisés et n'ont pas forcément de formations spécifiques aux soins de première ligne. Et, la forte mobilité peut créer un turn-over qui ne permet pas d'instaurer une démarche durable. **Il y a aussi un défi qui concerne la gouvernance, puisque le GMF doit avoir un directeur médical, c'est une fonction qui n'est pas forcément très prisée par l'équipe.** Enfin, les modalités de travail reposent essentiellement sur la délégation de tâches plus que le partenariat.

Même si l'accès aux soins est facilité, il persiste quand même des défis dans ces groupes de médecine de famille.



LE CAS DIMAC

(DÉMARCHE INTÉGRÉE EN MALADIES CHRONIQUES)

« *La rigueur*
SANS LA RIGIDITÉ »

Au Saguenay-Lac Saint Jean, à cinq heures de Montréal, hors de la vision hospitalo-centrée, un programme spécifique a été mis en place, depuis 2014, pour la prévention et la gestion des maladies chroniques.

La démarche DIMAC repose sur une pyramide qui représente le modèle de prise en charge : à sa base les besoins de services de santé et sociaux peu intenses, à l'étage 2 la population à faibles risques de complications, à l'étage 3 les patients à maladies chroniques voire multiples, et, tout en haut à l'étage 4 les patients à très hauts risques avec des besoins complexes. **DIMAC comporte 2 volets :**

1 - LA PRÉVENTION

La gestion intégrée des maladies chroniques pour les étages 2 et 3 repose sur une approche centrée sur la personne, le développement de son autonomie, une approche d'autogestion, une éducation thérapeutique du patient. La démarche utilise des techniques d'entretien motivationnel et repose sur la collaboration interprofessionnelle :

- Diagnostic initial par le médecin ou l'infirmière pour déterminer un plan d'intervention en fonction des besoins du patient.
- Intervention de différents professionnels dans et hors groupe de médecine de famille (GMF).
- Rencontre de fin d'intervention par l'infirmière qui redonne la responsabilité au professionnel de première ligne référent du patient.

Le patient peut, de lui-même, recontacter l'infirmière pour redéployer un nouveau plan d'intervention à tout moment.

2 - LA GESTION DE CAS

La DIMAC accompagne le patient vers l'autonomie dans la gestion de sa santé et dans la navigation au sein du système de santé et de services sociaux. Le patient est partenaire de l'amélioration du parcours de soins. La gestion de cas est confiée à l'infirmière du GMF :

- Mobilisation des partenaires de santé pertinents pour le patient.
- Rencontres avec l'usager et les partenaires.
- Rédaction d'un plan de service individualisé, mis en œuvre par l'infirmière, qui va comporter un certain nombre d'interventions. Le plan peut être réévalué jusqu'à ce qu'il réponde parfaitement aux besoins.

L'implantation de la démarche DIMAC s'est faite au travers de rencontres multiples entre les équipes de gestion des GMF et une équipe régionale dédiée à la démarche. **Chaque GMF adhérent se voit attribuer de nouveaux professionnels de santé, notamment infirmières, kinésithérapeutes et nutritionnistes.** Puis sont prévus une étape de formation des professionnels de santé et un soutien continu au GMF pour permettre d'accompagner le développement de la démarche et de régler les éventuelles difficultés rencontrées.

LES FREINS :

- Les professionnels partagent leur temps entre la prise en charge des patients avec maladie chronique et leurs autres champs d'activités.
- Le manque de ressources professionnelles dans certains territoires.
- La résistance au volet « gestion de cas » considéré comme hors des missions et chronophage.

LES LEVIERS DE RÉUSSITE :

- Une approche basée sur du soutien à l'auto-gestion.
- La qualité des relations du programme avec l'extérieur, avec les décideurs régionaux ou avec les organisations communautaires en dehors du programme.
- La qualité des collaborations interprofessionnelles dans l'équipe en charge du programme.
- Des sources de financement mixtes : santé et recherche.
- Des acteurs, des décideurs impliqués.

3 ÉLÉMENTS ESSENTIELS INSPIRANTS :

- L'approche centrée sur la personne plutôt que sur la maladie.
- L'approche de délégation de tâches.
- La démarche évaluative continue avec des expérimentations par la recherche.





L'EXPÉRIENCE BELGE

dans le contexte de la réforme **DES SOINS DE SANTÉ**

Après la 6^e réforme de son État, la Belgique se met une fois de plus en mouvement et son système de santé amorce également le changement. Le Pr. Jean Macq, Professeur à l'Institut de recherche santé et société et doyen de la faculté de santé publique de Louvain Belgique, membre de divers groupes et réseaux internationaux de recherche sur le vieillissement, nous éclaire sur les enjeux de territorialisation en Belgique.

“ Plutôt qu'un millefeuille, on parle de système en lasagne en Belgique ”

sourit le Pr. Jean Macq. Derrière ce vocable culinaire, les enjeux et les souhaits de simplification sont les mêmes qu'en France même si le schéma territorial n'est pas le même. Entre l'État fédéral et les régions, la répartition des compétences reste complexe et parfois incohérente : « **On se retrouve avec 8 ministres en Belgique qui doivent gérer quelque chose qui a à voir avec la santé sans prendre en compte le domaine du social.** » Le secteur social reste très lié aux municipalités. Le responsable du secteur social est un représentant élu. La culture institutionnelle, la politisation de la santé, est encore très forte dans un pays où il subsiste un déséquilibre entre spécialistes trop peu nombreux et généralistes corporatistes. Il n'y a pas de contraintes d'installation mais des incitants comme le fonds Impulseo qui encourage les installations là où il y a moins de médecins généralistes. Inégalités en santé, rôle de l'État trop fort dans la protection sociale, grands débats sur la privatisation de l'Assurance maladie et le rôle des assurances complémentaires et mutuelles, la santé en Belgique se remet en question. De plus, le système d'organisation sociale et politique qui repose sur des « piliers », libéral, socialiste, social-chrétien, participe à l'effet de lasagne. De ce fait, on note par exemple une forte concurrence et un manque de coordination entre les établissements de santé qui font la même chose mais qui ne font pas partie des mêmes « piliers ». Aussi, est-il impossible de les faire fusionner. Les changements introduits manquent ainsi de coordination entre eux.

La Belgique se préoccupe de la standardisation des parcours de soins, d'une meilleure coordination entre professionnels avec une réflexion sur les fonctions dites intégratives pour faciliter le travail en équipe, du partage de l'information entre les différents secteurs, donc du développement technologique avec un plan e-santé.

L'ORGANISATION D'UNE PREMIÈRE LIGNE DE SOINS EST ESSENTIELLE

« **La première ligne généraliste est souvent absente du débat. Pourquoi ? Parce que les prestataires de proximité, médecins généralistes, infirmiers à domicile, pharmaciens d'officine, ont l'habitude de travailler en indépendant, et pas de travailler ensemble et d'avoir une représentation suffisamment forte.** »

Il paraît important d'avoir des professionnels qui soient capables de comprendre toute la vie d'une personne, son contexte social, ses facteurs de risques. Ces professionnels ne servent pas nécessairement de porte d'entrée dans le système, mais de coordonnateurs de l'ensemble des services reçus. **Il s'agit là d'un rôle de synthèse.** « **À Bruxelles, on réfléchit à l'organisation des soins par quartier. Donc le concept de quartier, comme étant une entité suffisamment petite qui permette à tous les acteurs du social et du médical d'interagir, de travailler ensemble, non pas dans une structure, mais plutôt en interdisciplinarité, et en connaissant les individus qui vivent dans cette proximité** » précise le Pr. Jean Macq.

Un élan de changement prend également forme avec la mise en place d'un programme appelé : « **soins intégrés pour une meilleure santé** » ou Integreo. Avec ce dispositif on ne s'intéresse plus seulement à comprendre l'individu mais une population entière de 150 000 personnes environ, au niveau local-régional. Les données de chaque individu servent ainsi le collectif. « **Donc l'idée, c'est que la population devienne un intégrateur de l'ensemble de ces acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble.** » Pour assurer la réussite du dispositif, l'idée est de créer une gouvernance avec l'ensemble des acteurs qui couvrent cette population, avec un système de financement lié, « **une révolution chez nous !** » ajoute le Pr. Jean Macq. L'autre élément clef est la mise en place d'un tableau de bord, un système de monitoring, avec des informations budgétaires accessibles par le patient et des informations de santé de la population. Si tous ces ingrédients sont réunis alors il deviendrait possible de créer une forme de gouvernance dont le rôle serait d'organiser la prise en charge d'une population.

« **Dans ce genre de projet, de structure, on ne réfléchit plus du tout à une intervention qu'on va évaluer et la dupliquer si elle est efficace, mais on réfléchit à un développement dans un territoire donné, d'un système qui va prendre énormément de temps avant de se développer** » conclut le Pr. Jean Macq. Avec ce développement centré sur le territoire, le grand enjeu est de ne pas créer une nouvelle territorialisation mais de partir des territoires existants. Le tout en respectant ce que les Québécois appellent « le Triple Aim », et en recherchant une cohérence pour permettre au fédéral et au régional de s'articuler au maximum, sans rentrer en conflit les uns avec les autres. **Le financement est souvent la pierre angulaire de l'organisation au niveau territorial et local.**

Des initiatives belges EN SANTÉ

« Lorsqu'on travaille sur le changement du parcours des patients, il faut anticiper la surcharge administrative et avoir des fonctions d'appui et intégratives autour du patient, veiller à la circulation de l'information » dixit le Pr. Jean Macq.

La meilleure articulation des services d'urgence hospitaliers se fait avec les postes médicaux de garde. Un médecin qui reste en cabinet et un autre qui circule sans arrêt au domicile des personnes en fonction des besoins, avec un chauffeur pour assurer sa sécurité. **Un travail sur les itinéraires cliniques dans les hôpitaux**, avec la standardisation du parcours de soins à l'hôpital pour des pathologies très précises ou des groupes très précis avec un séjour hospitalier plus court. **Le développement d'un réseau informatique** qui permet les échanges entre les hôpitaux et la première ligne de soins médicaux.

La prise en charge des malades chroniques par les médecins généralistes qui prennent le leadership. **Le développement de trajets de soins** avec la création de réseaux multidisciplinaires locaux pour la prise en charge du diabète et des maladies rénales. Les trajets de soins se caractérisent dans un contrat géré par un généraliste qui structure le rôle que chacun doit jouer dans la prise en charge. **Une autre conceptualisation de la territorialisation** : les territoires sont calqués sur les cercles de médecins généralistes qui sont des associations de médecins généralistes qui s'associent entre eux pour pouvoir organiser principalement la garde après les heures de consultation en journée.

Pour éviter la trop forte institutionnalisation dans les maisons de repos et de soins (EHPAD en France) des gestionnaires de cas ont été mis en place, différents du coordinateur de soins et du médecin généraliste. Il a davantage un profil infirmier. Il accompagne la personne tout au long de son parcours et joue un rôle de leadership vis-à-vis des prestataires. Le développement des concertations avec les patients à domicile améliore leur prise en charge.

En santé mentale, une gestion du parcours de soins particulière est instaurée avec un gestionnaire de cas qui a un rôle de soin, d'aide, d'accompagnement de la personne, un coordinateur de réseau qui s'assure que les organisations s'accordent dans la collaboration et le coordinateur de soin qui donne des informations au patient pour qu'il puisse prendre des décisions s'il en a les capacités.



ATELIER 1

UNE ORGANISATION *plus fine des soins* EN PROXIMITÉ



Trois niveaux d'organisation des soins de proximité se dégagent : un niveau de base autour du patient, un niveau de coordination au niveau de la patientèle des professionnels de santé, et enfin, un niveau de coordination territoriale à l'échelle plus large d'une population. Pour assurer leur réussite, les projets de proximité, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), naissent à l'initiative des professionnels, de leurs préoccupations et centres d'intérêt, et sont portés par ces mêmes professionnels qui doivent se reconnaître entre eux et avoir une connaissance des compétences de chacun.

La structuration pérenne de ces soins de proximité est assurée par des outils de coordination, des systèmes d'informations entre les professionnels, des financements et des coordonnateurs dédiés, une gouvernance au niveau du territoire, négociée avec les acteurs et le recours à des fonctions d'appui formalisées. Il est également important d'avoir un certain nombre d'accompagnements pour les professionnels qui s'investissent dans ces projets, portés par l'Association des pôles et maisons de santé des Pays de la Loire, les Unions régionales des professionnels de santé, l'ARS, les élus.

Le développement des organisations de proximité ne doit pas uniquement se concentrer sur les cas complexes ou les zones fragiles, la coordination doit être accessible pour tous les patients. Même s'il est admis que la coordination entre les professionnels en milieu urbain est plus complexe.

Dans le cadre du PRS2, en complément de la poursuite de l'accompagnement des projets de MSP, il convient aujourd'hui de développer d'autres outils à des échelles différentes, soit une échelle plus fine avec des « équipes de soins primaires » simples pour bénéficier d'une coordination à une échelle plus petite grâce à un système clef en main, facile à s'approprier par les professionnels intéressés. Le déploiement de ces équipes sera porté conjointement avec les URPS. À une échelle plus large, la création de « **communautés professionnelles de territoires** » qui ont pour objectif de mettre plusieurs équipes de soins primaires en lien avec les acteurs du sanitaire, du médico-social et du social, sera accompagnée autour d'un projet afin d'améliorer la prise en charge de la population.

Autre axe de travail important : **les soins spécialisés et paramédicaux avec notamment la mise à disposition de fonctions d'appui pour les spécialistes.**

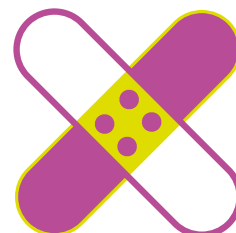


ATELIER 2

UNE DÉMARCHE POUR AMÉLIORER

les conditions d'exercice des professionnels

ET LES PARCOURS DE SANTÉ



Le système de santé étant complexe, il faut agir, si possible, avec méthode. Ainsi, il est pertinent d'instaurer un fonctionnement en mode projet qui part d'un diagnostic territorial, puis aboutit à une feuille de route et un suivi des actions mises en place.

Deux niveaux de gouvernance paraissent nécessaires : un premier au niveau des territoires de projet avec les acteurs, les partenaires et un second niveau « stratégique » avec les financeurs qui élaborent et déclinent la stratégie et les moyens financiers nécessaires à sa mise en place. Ces instances nécessitent un pilotage assuré par un animateur dans une logique de guichet intégré.

Aussi, c'est une démarche de parcours qui doit bien identifier une population et un territoire sur lequel on intervient dans une logique de découplage. Un diagnostic territorial devra être établi pour mieux connaître la population et faire remonter un certain nombre d'informations qui vont permettre de former les personnels de proximité par rapport aux besoins identifiés, notamment les personnes intervenant au domicile.

Le prototype PAERPA est un bon exemple de méthodologie appliquée. Il montre la coordination des acteurs sur un projet partagé entre les professionnels et l'usager pour un travail sur l'efficacité de la prise en charge qui évite les ré-hospitalisations ou hospitalisations inutiles. Pour mener à bien ce projet, il faut pouvoir maintenir une dynamique durable, trouver la bonne temporalité pour que les professionnels de santé de proximité s'investissent de manière constante dans ce travail de groupe qui peut prendre du temps.



DES QUESTIONS POUR L'AVENIR :

- Comment travailler sur le co-portage de ce projet avec les élus, le Conseil territorial de santé, les EPCI ?
- Faut-il étendre et comment le faire à d'autres populations sans risquer de provoquer un millefeuille complexe ?



ATELIER 3

LE CONTRAT LOCAL DE SANTÉ

comme levier pour améliorer

LA SANTÉ SUR

LES TERRITOIRES

Le contrat local de santé, signé avec l'ARS, permet sur un territoire donné de développer des actions coordonnées en matière de prévention, de promotion de la santé, d'accès aux soins et plus globalement de contribuer à l'amélioration des parcours de santé.

Aujourd'hui, la question du périmètre qu'il investit se pose.

L'échelle est une des premières interrogations phares pour permettre la synergie entre les acteurs du territoire. Ensuite vient le temps du diagnostic, le plus souvent réalisé par un tiers pour assurer sa neutralité. Ce diagnostic a un rôle d'importance car il permet de mettre en évidence les enjeux et de construire des solutions avec les élus et les professionnels de santé.

L'aménagement de lieux d'échanges est nécessaire à la médiation, la mutualisation, la coordination.

Ces lieux de gouvernance permettent le décroisement en proximité indispensable pour trouver des solutions innovantes. La démarche de contrat local de santé doit permettre d'agir sur l'environnement et les habitudes de vie pour créer un environnement de vie plus favorable à la santé et des actions de prévention moins atomisées. Elle doit permettre de créer des liens entre les autres politiques locales portées par la commune ou les EPCI (politique sportive, activité économique, urbanisme...).

Le contrat local de santé est aussi là pour faire la promotion du territoire, de ses qualités tout en restant une démarche souple en perpétuelle évolution, à l'écoute des usagers et leurs usages.



PAROLE DE L'USAGER :

quelle place pour la

démocratie sanitaire

EN PROXIMITÉ ?

En complément de la démocratie sanitaire représentative, la CRSA, il y a l'expérience du patient. Comment intégrer cette expérience pour construire des actions de santé ? Recueils de paroles, échanges, rencontres, des initiatives ont déjà émergé dans ce sens pour encourager cet esprit de co-construction des politiques de santé. Ce qu'on peut en retenir c'est que le focus santé intéresse mais qu'en général les idées vont au-delà du champ strict de la santé. Il convient donc dans ces échanges de s'intéresser aux thèmes récurrents d'actualité : l'environnement, l'alimentation, l'activité physique... Ce sont sur ces thématiques que l'on peut développer des projets pragmatiques, de vraies réponses à de réels besoins. Mais avant tout il faut informer les personnes sur les territoires, il faut susciter cet élan, que chaque citoyen reste maître des données le concernant tout en devenant « producteur de nouveaux savoirs ».

DÉCOUVREZ NOTRE RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016



La version numérique du rapport d'activité donne accès à des compléments d'informations sur les thématiques traitées (sites web ; vidéos ; documents...).

À l'intérieur des pages suivez les icônes



pour consulter ces informations !

Une version accessible aux malvoyants est également disponible sur le site Internet.