



Languedoc-Roussillon

Le Languedoc-Roussillon, une région féconde, des acteurs humanistes et entrepreneurs

Entretiens avec Alain Corvez, Directeur de la Stratégie et de la Performance de l'ARS Languedoc-Roussillon et Jean-Pierre Lacroix, Président Régional du CISS Languedoc-Roussillon et membre de la CRSA Languedoc-Roussillon

La région Languedoc-Roussillon est une région de contraste autant par ses caractéristiques démographiques, sociologiques que géographiques

Connaissant une forte croissance démographique, grâce, notamment, à son solde migratoire positif, la population languedocienne est également soumise à un fort indice de vieillissement. Riche aussi d'une population jeune sur ses grosses agglomérations, elle possède de fait un « réservoir » de population active, qui, sous réserve d'une formation appropriée, permettra d'assurer demain le remplacement du nombre important de départs à la retraite de ces prochaines années dans le secteur sanitaire et social et de faire face à l'augmentation attendue des besoins liés à la dépendance. Aujourd'hui, les problèmes de santé de la région sont largement conditionnés par les problèmes de précarité (2ème région de France pour les bénéficiaires de la CMUC) et nettement influencés par le nombre croissant de personnes âgées et plus encore très âgées et dépendantes.

A l'inégale répartition géographique de la population languedocienne répond l'inégale répartition de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière. Face à une zone littorale globalement bien pourvue, seule une politique volontariste permet de maintenir la continuité des soins dans l'arrière-pays. Forte de 1200 structures associatives intervenant dans le domaine de l'éducation et de la promotion de la santé, l'offre de prévention demeure très dispersée sur le territoire. Déjà, les collectivités territoriales sont largement impliquées dans des dynamiques partenariales. C'est pourquoi Alain Corvez souligne la fécondité de cette région, où naissent sur le terrain de nombreux et intéressants projets. La difficulté selon lui résidera dans la cohérence à donner avec les priorités régionales.

Comment choisir et définir des projets concrets et réalistes sans casser cette dynamique. La mise en ligne par l'ARS d'un atlas régional vise à présenter un diagnostic de l'état de santé de la population et de l'offre de soins en Languedoc-Roussillon. Il s'inscrit dans une démarche de diagnostic partagé, tant au service des professionnels de la Santé, que des usagers et des collectivités territoriales très intéressées par la démarche. Il est constitué de 100 fiches synthétiques organisées en 4 grands axes et illustrées de données statistiques les plus récentes et validées par les experts dans les domaines concernés. Comme toutes les ARS, l'ARS Languedoc-Roussillon est engagée depuis plus d'un an dans la construction de son Projet Régional de Santé - PRS-.



Alain Corvez précise que la construction de ce projet se fonde sur une méthodologie précise. Dans un premier temps, les enjeux régionaux en matière de santé ont été identifiés, qu'il s'agisse de l'identification des besoins de santé, mais aussi de l'état de l'offre et de sa nécessaire consolidation et du besoin de meilleures interactions entre les secteurs ambulatoires, hospitaliers et médicosociaux. Ces travaux préliminaires ont permis d'aboutir à la définition de thèmes prioritaires pour l'action. Parallèlement et pour amortir la verticalité réglementairement inévitable des schémas, l'Agence a engagé un vaste travail de concertation autour de cinq parcours de santé, la meilleure coordination de leurs prises en charge et la lutte contre certains points de criticité identifiés par tous. A terme la construction de « success stories » permettra de conduire une dynamique d'émulation sur les territoires. Ce travail s'inscrit forcément dans des temporalités longues et implique une vraie dynamique du changement, tant en interne au sein des ARS qui doivent se familiariser avec ces conduites de projets, qu'auprès des professionnels qui doivent s'approprier ces logiques plus transversales de travail en équipes pluri-professionnelles et aussi pluri-disciplinaires. Il existe manifestement une forte attente pour cette prise en compte plus transversale des problèmes de santé et exprimant mieux les besoins des usagers. La concertation élargie au-delà des deux mois réglementaires nourrit cet espoir. Elle devra se prolonger tout au long de la construction des projets, notamment sur le terrain concret des territoires.

Si cette première partie présente principalement le point de vue du Directeur de la stratégie et de la performance de l'ARS languedocienne, il est intéressant de le confronter avec les analyses de Jean-Pierre Lacroix, Président du CISS régional.

Les usagers et associations de patients en région

La loi HPST a impulsé plus de responsabilité et de coordination entre les acteurs du système de santé, par la mise en place de la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie –CRSA-. Elargissant les compétences de la Conférence régionale de santé elle permet à l'ensemble des professionnels, et notamment aux associations de patients et aux usagers du système de santé, de se rencontrer dans les territoires et dans la région. Ses missions concernent les soins (en ville et à l'hôpital), le champ médico-social et la prévention. La CRSA concourt à la politique régionale de santé. Elle peut faire toute proposition au directeur général de l'ARS. La CRSA émet un avis sur le Projet Régional de santé -PRS-. Elle organise en son sein l'expression des représentants des usagers du système de santé. Elle procède à l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des personnes malades et des usagers du système de santé, de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge. Elle organise le débat public sur les questions de santé de son choix. Les avis de la CRSA sont rendus publics. Et il est encore prématuré pour émettre quelconque avis sur les travaux des commissions la constituant. Tentons de soutenir que la CRSA pourra impulser la démocratie sanitaire qui progresse de façon inégale.

La déclinaison régionale de la politique de santé se fait au niveau des territoires de santé. Les Conférences de territoires - CT - rassemblent à ce titre les différents acteurs de proximité du système de santé. Ils réalisent un diagnostic partagé des enjeux sanitaires du territoire, élaborent et évaluent un projet territorial de santé.



Les usagers du système de santé et malades impatients et *empatients*

La dynamique régionale qui a été impulsée en Languedoc-Roussillon est bien celle de l'entrée des usagers sur le projet des parcours des soins. L'ARS Languedoc-Roussillon a initié en 2011 une forme de communication et d'échange avec les acteurs du système de santé : les « Rendez-Vous de la Santé ». Ces rencontres sont un espace de dialogue au sein duquel les acteurs régionaux échangent et approfondissent la réflexion sur des sujets majeurs et prioritaires liés à l'organisation de la santé. Les regards croisés des différents acteurs ont été pertinents. Si tout l'enjeu était d'être farouche, aujourd'hui les associations de patients et usagers du système de santé, ont conscience de leur responsabilité aussi sur le volet économique de tout l'enjeu de l'accès aux soins. La perspective d'un débat public pourrait voir jour. L'année 2011 prend fin, augurons que « l'Année 2011, année des patients et de leurs droits » préfigure une année 2012 riche de débats et de construction pour le dixième anniversaire de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le Conseil Régional Languedoc-Roussillon, un acteur engagé dans la santé des jeunes, entendue selon une conception très large

Conduite par les Agences Régionales de Santé -ARS-, la politique de santé n'est pas une compétence obligatoire des Conseils régionaux. Leur engagement dans ce domaine est donc laissé à leur libre appréciation et relève d'une politique volontariste. Doté d'une Direction de la Santé, le Conseil Régional Languedoc-Roussillon a fait le choix d'investir ce champ, au vu des défis démographiques complexes qui se dessinent dans cette région. Dans un entretien avec les membres fondateurs de l'Observatoire, la responsable de cette direction a présenté le positionnement du conseil régional dans le domaine de la santé, les axes prioritaires développés par celui-ci et l'évolution de la nature des relations avec ses partenaires depuis la loi Hôpital Patients Santé Territoires -HPST- .

Une définition large du périmètre de la Santé qui s'appuie sur les référentiels de l'Organisation Mondiale de la Santé -OMS-.

Quel investissement des acteurs languedociens dans l'optimisation du parcours de soins des patients?

Tel était initialement le prisme de lecture proposé par l'Observatoire de la Régionalisation ; il s'est avéré très rapidement réducteur. En effet, le Conseil Régional Languedocien adopte une conception holistique de la santé. Elle reprend la définition de l'OMS selon laquelle "la santé un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Cette définition implique donc que l'ensemble des besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits. A ce titre, la seule étude du parcours de soins des patients est limitée puisque la population ciblée par la Région languedocienne n'est pas obligatoirement "malade". C'est pourquoi le Conseil Régional n'a pas investi les "soins" en tant que tels mais se positionne en faveur d'une politique de prévention au périmètre large, basée également sur les référentiels de l'OMS. Son engagement dans la politique de santé publique régionale s'est accru suite à la loi du 9 Août 2004 du même nom. Dès lors, le Conseil Régional adopte une feuille de route encore poursuivie actuellement. Il s'agit de la réduction des inégalités de santé. L'atteinte



de cet objectif doit être permise grâce à une action directe sur les déterminants de santé, notamment sociaux. En effet, ce parti pris repose sur plusieurs études qui ont démontré l'impact de la réduction des inégalités sociales sur celle des inégalités de santé. Ainsi, en agissant sur les déterminants de santé, la Région languedocienne semble s'inscrire dans une réflexion plus profonde sur le parcours de vie de sa population.

Si la santé des jeunes de 16 à 25 ans constitue l'axe prioritaire majeur du Conseil Régional, celui-ci n'exclue pas des actions plus classiques visant notamment l'accès aux soins des populations des zones menacées par la désertification médicale.

La santé des jeunes de 16 à 25 ans constitue un axe prioritaire dans la politique menée par la direction de la santé du Conseil Régional. Cette volonté politique est ancrée dans la région depuis 2004. La DRASS et l'URCAM se sont saisies de cette problématique avant même la mise en place du Groupement Régional de Santé Publique –GRSP-. La Fondation de France avait alors initié un “ *programme santé jeunes* ” dans l'Hérault dont la méthodologie de travail a permis de servir de base aux différents acteurs.

En 2007 -2008 le Conseil Régional réalise une enquête par le biais de l'Observatoire régional de la santé Languedoc-Roussillon -ORS-. Plus précisément, il s'agit d'un diagnostic régional sur la santé des jeunes de 16 à 25 ans. Cette étude, menée à partir de la perception des jeunes sur leur propre santé, a été conduite auprès 3700 jeunes représentant trois publics différents. Véritable état des lieux des conditions de vie des jeunes et de leur état de santé en Languedoc-Roussillon, elle a mis en exergue le lien complexe existant entre gradient social, genre et qualité des relations familiales. Ce diagnostic, partagé par l'ensemble des acteurs régionaux, a permis une prise de conscience générale sur la situation et la question des adolescents. Permettre aux jeunes de faire des choix éclairés, d'avoir une véritable estime d'eux-mêmes, leur permettre de développer un capital de vie, tels sont les objectifs poursuivis par le Conseil Régional au sens propre de la définition de la santé. S'engageant plus spécifiquement dans la prévention des risques et l'éducation à la santé, la Région conduit des actions concrètes envers ces publics.

Des Points Ecoute Jeunes ont ainsi été implantés dans toute la région. Ce dispositif existait avant la mise en place de l'ARS. Jusqu'à présent très hétéroclite, la Région a pu préserver ce dispositif grâce à l'appui de l'ARS. Ainsi une nouvelle répartition des Points Ecoute a-t-elle été effectuée. Les Points Ecoute Jeunes ont été placés auprès des missions locales d'insertion dans les territoires qui en étaient dépourvus jusqu'alors. Lieu d'écoute et d'orientation, chaque Point Ecoute à développer des liens avec les hôpitaux psychiatriques pour améliorer la prise en charge des jeunes atteints de pathologie. Répondant à un besoin de la population ciblée, la Direction Générale de la Santé -DGSa- salué l'investissement du Conseil Régional par rapport à la mise en place de ces Points Ecoute.

Par ailleurs, le Conseil régional Languedoc-Roussillon conduit des actions plus classiques, notamment dans le champ de l'accès aux soins. Il soutient ainsi la création de Maisons de Santé de Proximité –MSP-.



Depuis août 2008, le conseil régional a financé sept MSP sur les quinze projetés dans la région en 2008. Dès cette date, la politique d'implantation des maisons de santé pluridisciplinaire a été réfléchi dans un cadre partenarial par l'URCAM, l'ARH et le Conseil Régional.

Une convention formalisait leur engagement. Le développement de maisons de santé pluridisciplinaires s'intègre alors à une logique d'aménagement du territoire. L'objectif est d'implanter ces maisons de santé à proximité d'hôpitaux locaux, dans des petites communes rurales. Les trois acteurs avaient alors déterminé des zones d'implantation prioritaires. La principale difficulté opérationnelle rencontrée est le très peu de ressources financières des collectivités territoriales ciblées. Aussi a-t-il été nécessaire de trouver un système qui les conduise à mener des " opérations blanches " : le loyer de la maison devant couvrir le prêt effectué. Aujourd'hui les difficultés de financement des collectivités territoriales laissent augurer un avenir incertain pour ces projets de MSP qui ne peuvent se concrétiser sans leur appui.

A la question de l'impact de la loi HPST sur cette dynamique de création des MSP, la direction de la santé rappelle l'investissement préalable des acteurs languedociens. La loi HPST n'impulsant pas de nouvelle dynamique à celle préexistante. En revanche, elle souligne la difficulté à maintenir et pérenniser les orientations initialement établies. Les nouveaux acteurs intervenants dans la démarche " *apportant des propositions différentes des orientations précédentes* " et faisant " table rase " des travaux précédents.

La mise en place de l'ARS, suite à la loi HPST, modifie les dynamiques interinstitutionnelles préexistantes et induit des changements dans les relations de travail partenariales.

Face aux changements opérés par la loi HPST et notamment la mise en place de l'ARS, les acteurs ne peuvent cacher une certaine appréhension quant au devenir des relations de travail préexistantes. Le Conseil Régional ne fait pas exception. Soulignant la qualité de la dynamique institutionnelle établie jusqu'à présent, la Région perçoit, depuis la loi HPST, une certaine rigidification des fonctionnements antérieurs. Les larges prérogatives offertes aux ARS, et leur restructuration interne indispensable, semblent complexifier les relations de travail qui apparaissent plus difficiles à nouer. Cela peut s'expliquer par la démarcation du social et du sanitaire induite par le législateur. Le Conseil Régional, dans sa définition de la santé, se positionne sur ces deux volets, largement imbriqués. Dès lors, il lui apparaît difficile de déterminer des objectifs communs avec une institution dont l'un de ces domaines est exclu de ses prérogatives. Cependant, la volonté de la Région d'offrir un véritable gage de confiance et les attentes fortes qu'elle porte envers l'ARS laissent présager d'un futur travail ensemble de qualité. En effet, forts d'une bonne coordination inter institutionnelle, les acteurs de cette région ont su porter des projets communs qui répondaient à des besoins partagés. La mise en place de la Plateforme d'Observation Sociale et Sanitaire Languedoc-Roussillon -POSS- en est le meilleur exemple. Structure sans personnalité morale dont l'animation est assurée par la Direction Régionale de Jeunesse des Sports et de la Cohésion Sociale -DRJSCS- et la direction assurée par le directeur de l'INSEE, la plateforme est un outil d'aide au pilotage des politiques sanitaires et sociales menées en Languedoc-Roussillon. Elle résulte de la volonté d'une pluralité d'acteurs de mieux connaître les besoins de la population.



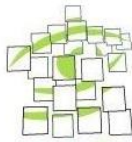
Réséda, association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien, l'incarnation du dynamisme d'acteurs locaux dévoués pour l'amélioration de la santé de la population alésienne

Entretien avec Françoise Demateïs, médecin de santé publique du service santé de la communauté d'agglomération du Grand Alès et mise à la disposition de l'association de coordination des réseaux de santé alésiens –Réséda- et Monsieur Thierry Cubedo, coordonnateur de Réséda.

Créée en 1998, l'Association de coordination des réseaux de santé du bassin alésien - Réséda- est une association loi 1901. Sa vocation première est de réunir et de coordonner au sein d'une même structure l'ensemble des réseaux de santé du territoire alésien. Le bassin alésien a été précurseur dans la volonté de délimiter un territoire cohérent entre bassin de vie et bassin sanitaire. Aussi dès le début des années 1990 les premiers réseaux de santé sont créés à Alès et dans un rayon de quelques kilomètres autour. La commune d'Alès s'impliquera activement auprès des professionnels des secteurs sanitaires et sociaux dans l'animation de ces réseaux qui se développeront très vite. C'est pourquoi Réséda est créée, le risque que la ville se substitue aux professionnels étant alors une des craintes présentes. L'équipe de santé publique mutualisée, l'équipe actuelle de Réséda associe des ressources provenant de la collectivité alésienne et des ressources dédiées à l'association. C'est avec une grande modestie que les coordonnateurs de Réséda ont présenté le travail mené par l'association, qui a pour véritable souci de répondre aux besoins de la population alésienne.

L'idée maîtresse de la création de Réséda est que le médecin généraliste, acteur incontournable dans la prise en charge des patients, s'intéresse de fait à toutes les problématiques de santé. Ainsi, plutôt que de créer une multitude d'associations, chacune soutenant un réseau de santé, une seule structure accompagnant les acteurs dans leur dynamique de coopération semblait plus pertinente. Structure de mutualisation, Réséda assure la cohérence, la continuité et l'équilibre sur le territoire alésien des politiques locales de santé. L'essence même de la structure est de tisser du lien entre les acteurs alésiens ; leur permettre de partager leurs constats et de définir ensemble des stratégies relatives à la prise en charge. C'est la mission de la coordination des réseaux de santé que d'améliorer le parcours de soins des patients et de promouvoir des bonnes pratiques professionnelles en facilitant les relations entre acteurs. L'association, dans sa micro expertise de santé publique, construit le liant sur le terrain. Le réseau n'est donc pas là pour créer une nouvelle filière de soins mais pour « *mettre de l'huile* » afin que les acteurs se connaissent mieux. Ainsi, l'association aurait même vocation à disparaître un jour. « *On est là pour créer le lien. Une fois que la dynamique est vraiment ancrée on doit disparaître afin que le réseau de santé s'émancipe de la structure de coordination* ». Réséda met effectivement à disposition des acteurs de multiples compétences d'accompagnement, méthodologiques, stratégiques mais également son carnet d'adresses. En effet, au sein de Réséda, les coordonnateurs « *font ce que les autres n'ont pas le temps de faire* » il s'agit principalement d'organisation, de coordination, d'apports en connaissance de santé.

« Règle d'or » de l'association, la demande de constitution d'un groupe de travail ou d'un réseau de santé doit émaner du terrain, de plusieurs acteurs qui souhaitent s'investir dans une thématique de santé. En effet, les membres fondateurs de Réséda partent du principe qu'il est indispensable de construire à plusieurs, avec l'adhésion de chacun autour de thèmes fédérateurs. Les coordonnateurs affirment que les «



politiques plaquées ne fonctionnent pas sur le terrain ». Il n'y a aucune acceptation de ces politiques dès lors qu'elles ne proviennent pas des professionnels locaux. Ainsi, Réséda « *ne fait jamais rien qui ne lui soit pas demandé* ». Différentes thématiques de santé –la précarité, les addictions, l'obésité, la périnatalité- ont émergé au fil des années et ont fait l'objet d'un « réseau ». Chaque réflexion opérée par l'association sur une thématique de santé, si elle correspond aux politiques nationales et régionales, résulte d'une sollicitation des acteurs locaux au départ. La constitution nouvelle du réseau en santé mentale illustre ces propos. Sollicitée dans un premier temps par des acteurs publics pour initier un travail sur ce sujet, Réséda a estimé que le volume d'acteurs concernés n'était pas suffisamment représentatif initialement. Suite à l'interpellation de plusieurs autres acteurs pour des demandes similaires l'association a alors invité l'ensemble des acteurs intéressés par cette thématique pour participer à des réunions de travail. Un diagnostic local en santé mentale a tout d'abord été élaboré. Ce diagnostic partagé a servi d'appui à la rédaction d'un projet de santé mental « idéal » pour le territoire alésien. Un document consensuel est recherché pour servir de base aux axes de travail concrets qui vont être dégagés. A contrario la réflexion actuelle autour de la problématique des personnes âgées n'est pas encore mûre. Les coordonnateurs reconnaissent l'existence d'un besoin dans ce domaine sur le territoire alésien. Ils ont conscience que la réflexion est en train de germer mais attendent qu'elle éclore pour agir.

Avec Réséda, l'émergence de nombreux réseaux a été possible. Ces réseaux se constituent dans un premier temps de manière assez informelle. Un comité de pilotage est tout de même institué. Ce comité de pilotage demande au conseil d'administration de Réséda son intégration dans la structure mutualisée. Ce dernier acte ensuite l'entrée du nouveau « réseau » dans l'association.

Dès lors qu'il y a une volonté locale, des énergies mobilisables et les moyens adaptés, Réséda accompagne la création de nouveaux réseaux. Or la réelle adhésion des acteurs locaux est palpable au vu du nombre de personnes qui participent aux réseaux de manière bénévole. En effet ce sont 1300 professionnels d'horizons divers - médecins généralistes, praticiens hospitaliers, infirmiers, assistantes sociales, juges d'application des peines, membre de l'éducation nationale...- qui sont impliqués dans les différents réseaux alésiens. Cette diversité d'acteurs mobilisés témoigne de la définition large consacrée à ces réseaux de santé. Ils ne se limitent ainsi pas aux soins mais recouvrent l'ensemble des parties prenantes accompagnant les patients dans leur parcours de vie.

La signature du contrat local de santé -CLS-, une opportunité pour légitimer, pérenniser et consolider la dynamique porté et animée par Réséda.

L'été 2009, le législateur crée les contrats locaux de santé à l'article L. 1434-2 alinéa 3 du Code de la santé publique -CSP-. « *Dans le cadre des Projets régionaux de santé -PRS-, des programmes territoriaux de santé peuvent donner lieu à des Contrats locaux de santé -CLS-* » conclus entre l'Agence Régionale de Santé -ARS- et les collectivités territoriales et leurs groupements.

Ces contrats locaux de santé visent à mettre en cohérence la politique régionale de santé en permettant une meilleure articulation du PRS et des démarches locales de santé existantes. Ils portent sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social. Ils peuvent associer



d'autres acteurs de la santé, organismes et partenaires qui contribuent à impulser une dynamique de santé locale, cohérente et coordonnée, en réponse à des besoins clairement identifiés à partir d'un diagnostic local partagé. Les CLS concernent donc exclusivement les territoires volontaires pour un engagement contractuel qui possèdent un projet de santé réfléchi.

Les coordonnateurs de Réséda avouent s'être reconnus immédiatement dans ce dispositif créé par la Loi Hôpital, patients, santé, territoires -HPST-. L'association s'est ainsi rapidement saisie de cet outil, en total accord avec son activité de coordination de réseaux de santé sur le bassin alésien. Le contrat signé entre l'ARS Languedoc-Roussillon et le Pays Cévennes consacre donc la démarche territorialisée de santé initiée en 1993 et développée par Réséda. L'animation du CLS a ainsi été confiée à l'association. Appréhendé par Réséda comme un moyen de perpétuer et d'amplifier son activité, les objectifs du CLS sont effectivement de maintenir et de pérenniser l'animation de la démarche territorialisée de santé. Basée sur les pratiques coopératives de réseau elle développe les politiques de prévention et de prise en charge des populations. Le but est de réduire les inégalités dans l'accès aux soins et à la santé. La constitution du CLS a été soutenue par la volonté de créer un réseau institutionnel sur le terrain afin de légitimer l'activité de l'association auprès des instances.

Le CLS permet à Réséda de conserver son identité territoriale. Mieux, il structure et formalise son périmètre territorial d'action. En signant le CLS, l'ARS a accepté la revendication des acteurs alésiens de reconnaissance d'un territoire de planification sanitaire intégré à l'un des cinq territoires officiellement reconnus par l'ARS. En effet, déplorant cette définition de cinq territoires sanitaires correspondant aux cinq départements, c'est effectivement le réel bassin de santé qui est valorisé par Réséda. Le contrat légitime ainsi le fait que la politique nationale ou régionale doit se « tricoter » et se construire avec les acteurs locaux. Etablir la prise de décision à l'échelle infra territoriale facilite la coopération et la mise en place d'actions. L'équipe de Réséda souligne précisément la grande marge de manœuvre laissée aux réseaux locaux dans le cadre du contrat. Le CLS reprend, certes, en partie, les priorités énoncées au niveau régional dans le PRS. Cependant les acteurs alésiens ont rapidement délimité leur périmètre d'action : « *n'étant pas là pour être le « presse-bouton » du PRS, le CLS ne peut contenir toutes les orientations de ce dernier* ». Face aux points d'achoppement dans la constitution du CLS, les coordonnateurs du réseau ont su s'adapter tout en restant inflexibles sur les valeurs fondatrices de Réséda qu'ils ont ainsi pu inscrire dans le contrat. En effet, ils soulignent la difficulté étonnante de mise en cohérence des politiques publiques de santé. A l'heure où chacun prône le découplage du système de santé, où les ARS ont été créées dans ce sens, il semble que celui-ci ne soit pas si évident même dans la constitution d'un CLS. Alors que les acteurs alésiens vivent le découplage au quotidien dans les projets portés par Réséda, c'est une logique en « tuyau d'orgue » qui a prévalu ces dernières années. Forts du bien fondé de leur projet, les coordonnateurs de Réséda, ont fait tous les efforts nécessaires pour rentrer dans le cadre imposé de cloisonnement. Ils ont ainsi accepté de « saucissonner » leurs activités pour rendre plus lisible le travail réalisé au regard des axes déclinés par les différentes politiques publiques. Cela a permis que les tutelles s'y retrouvent et qu'eux-mêmes puissent mener une politique locale de santé cohérente en conservant leur organisation et leur philosophie.



Depuis la signature du CLS le 25 mai dernier, l'association Réséda a été sollicitée à maintes reprises par des collectivités territoriales curieuses de récolter des informations pratiques sur ce nouveau dispositif. Cependant, une partie de ces sollicitations témoigne d'une mauvaise appropriation de la logique du CLS par les acteurs. Ils l'appréhendent comme un but en soi et non comme un moyen permettant de décliner un projet local de santé. De plus, il suffit d'analyser la manière dont les professionnels envisagent le CLS pour comprendre les troubles induits par la création de cet outil. « *Les professionnels ont l'impression que ce nouveau dispositif est complexe* ». Réséda fait preuve de beaucoup de pédagogie pour expliquer l'impact effectif de ce contrat : il ne fait que concrétiser une dynamique déjà présente. Ainsi, la prochaine étape de ce contrat local de santé est d'intégrer d'ici à la fin de l'année 2012 les différents acteurs partenaires qui ne sont à l'heure actuelle pas encore parties prenantes au contrat.

Une communauté hospitalière de territoire pour l'amélioration du parcours de soins des Patients

Entretien avec Mme MEGZARI, Direction de la communication, des partenariats extérieurs et des projets médicaux du CHU de Nîmes -en charge de la communauté hospitalière de territoire-

Poursuivant la dynamique engagée dès les années 1990 de coopération inter-hospitalière, le législateur a créé en 2009 de nouveaux outils. La communauté hospitalière de territoire -CHT- est ainsi l'une des innovations de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires -HPST-. Réservée aux seuls établissements publics de santé, la CHT leur permet de mettre en œuvre une stratégie commune pour gérer ensemble certaines fonctions et activités grâce à des délégations ou des transferts de compétences et grâce à la télémédecine en concluant une convention. L'originalité est le dispositif conventionnel.

Adapter l'offre de soins au plus près des besoins de santé de la population d'un territoire défini, faire converger les projets médicaux des établissements membres à la CHT et structurer des filières de prise en charge sont les fins visées par la CHT. L'objectif est bien la mise en complémentarité des acteurs pour une meilleure prise en charge des patients, ainsi qu'une meilleure performance des établissements et une allocation des ressources optimale.

La Communauté hospitalière de territoire Gard Cévennes Camargue, un engagement volontaire des parties prenantes

Etablissement siège de la Communauté hospitalière de territoire Gard Cévennes Camargue, le CHU de Nîmes nous a présenté la genèse de ce projet et ses ambitions. L'idée de construire une CHT gardoise germe depuis 2009. La coopération inter-hospitalière, ébauchée sur ce territoire dès 1994 est alors bien engagée. Un terreau foisonnant de conventions est déjà dense et ancien. La question du maillage territorial soulève l'attention particulière du CHU de Nîmes, très orienté sur les partenariats territoriaux. La volonté politique de consolider l'axe structurant Nîmes-Alès est indéniable, en témoigne l'amélioration des réseaux routiers, ferroviaires et numériques établis entre ces deux villes.



L'établissement d'une CHT repose sur la libre volonté des établissements membres parties prenantes de la convention. Initialement imaginée par trois établissements, la CHT Gard-Cévennes-Camargue a réussi à fédérer sept établissements hospitaliers -les centres hospitaliers de Nîmes, Alès, Bagnols-sur-Cèze, Pontails, Uzès, Pont-Saint-Esprit et du Vigan-. Signée le 11 mai 2011 au siège de l'ARS, la CHT rassemble donc l'ensemble des établissements publics de santé du Gard exception faite du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, élément regretté. Autre regret est le fait que le centre hospitalier d'Arles, n'ait pas pu, dans un premier temps, rejoindre la CHT. Des coopérations bilatérales très abouties entre le CHU de Nîmes et le centre hospitalier d'Arles existent ; l'imagerie de ce dernier fonctionne en grande partie avec les professionnels du CHU. Si le périmètre originellement souhaité pour la CHT couvrait également le bassin de Santé de Camargue, il a fallu composer avec un paramètre incontournable : le strict respect des frontières languedociennes.

Le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, un appui nécessaire au développement de la CHT

La CHT a bénéficié d'un accompagnement du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés -FMESPP- dans le cadre des appels à projet lancés en 2009 et 2010. Les crédits qui lui ont été attribués ont été répartis sur les trois principaux chantiers de la CHT. Dans un premier temps, ils ont facilité sa construction juridique. Dans un second temps, ils ont financé un diagnostic médico-économique indispensable pour l'élaboration de son projet médical commun. Enfin, le développement des systèmes d'information étant une thématique chère à l'ensemble des membres de la CHT, ces crédits ont permis la mise en place d'un audit sur l'interopérabilité de leurs systèmes d'information et vont, pour le solde, accompagner la structuration d'outils de communication communs (portail internet grand public).

Un projet médical commun ambitieux : consolider une offre de soins de proximité sur le territoire

Le projet médical commun de la communauté hospitalière repose sur la volonté de maintenir et de consolider une offre de soins de proximité sur le territoire. Plusieurs raisons sous-tendent cet objectif : limiter les taux de fuite du territoire, maintenir une activité économique sur le territoire, conforter l'activité de recours du CHU de Nîmes en renforçant l'activité de proximité des établissements partenaires. Les membres de la CHT vont donc s'atteler à fluidifier le parcours de soins sur le territoire, à améliorer sa gradation et à structurer pour chaque centre hospitalier une position cohérente à l'échelon territorial.

Afin de décliner cet ambitieux projet médical, les centres hospitaliers membres de la CHT mobilisent leurs praticiens. Quatorze thématiques médicales ont été identifiées, chacune d'entre elle faisant l'objet d'un groupe de travail inter-établissement. La constitution de ces groupes thématiques permet aux praticiens des différents établissements de mieux se connaître. Plus de 100 praticiens de spécialités différentes se sont ainsi rencontrés lors de l'élaboration du projet médical. Chaque groupe de travail structure sa réflexion autour de la constitution d'une filière de soins sur le territoire. En effet, la CHT travaille sur différentes filières correspondant aux priorités de santé publique du territoire concerné telles que les filières d'urgence, de soins de suite et de réadaptation, de cancérologie, de gériatrie, de périnatalité, de prévention et de soins d'accompagnement.



Les filières de soins, des constructions réfléchies et adaptées aux besoins de la population locale mais qui demeurent des « filières d'hommes »

La construction des filières repose ainsi sur l'étude des parcours patients sur le territoire, de leur prise en charge en médecine de ville par leurs médecins traitants, jusqu'aux activités de pointes du CHU ou encore celles de soins de suite et longue durée des hôpitaux de proximité. La récente informatisation de certains établissements de santé laisse ainsi augurer de réelles marges de progrès pour la caractérisation de ces filières. Il s'agit également d'identifier en amont les capacités de prise en charge d'aval des hospitalisations de court séjour. En effet, pour pouvoir fluidifier les filières et désengorger les services de soins, de recours comme de proximité, il est important de bénéficier territorialement de capacité suffisante en SSR, en USLD et en EHPAD. Un autre axe de progrès est l'évaluation de ces filières. Véritable enjeu, ces évaluations s'effectueront au sein de chaque groupe. Elles seront coordonnées par le binôme médico-administratif du groupe. A titre d'exemple, le groupe de travail en charge de la filière gériatrique, met en place actuellement des indicateurs pour estimer le volume et la pertinence des hospitalisations en urgence de résidents d'EHPAD. Le but est de limiter le recours aux urgences en renforçant l'évaluation gériatrique en amont, grâce aux équipes mobiles et à la télémédecine.

La mise en place de filières territoriales pertinentes requiert ainsi la reconnaissance d'une offre de proximité de qualité. Elle s'organise grâce à l'utilisation de différents outils : l'établissement de protocoles communs de prise en charge et l'homogénéisation des bonnes pratiques, le transfert des données médicales au sein des systèmes d'information hospitaliers, l'optimisation des transports sanitaires. De plus, l'élaboration de filières de soins appelle des modalités de partage de compétences médicales. C'est pourquoi la CHT a initié une cellule de recrutement commune pour les ressources médicales et paramédicales correspondant aux spécialités qui se raréfient. Les différents centres hospitaliers de la CHT se partagent déjà de nombreux temps médicaux. Près d'une cinquantaine de médecins travaillent actuellement pour quatre centres hospitaliers. *« Ils se rendent ainsi plusieurs demi-journées par semaine ou par mois dans l'une des structures partenaires qui ne disposent pas de leurs compétences. »* Par ailleurs certains chirurgiens de centres hospitaliers généraux ont accès au plateau technique du CHU de Nîmes. *« Les filières de soins étant avant tout des filières d'hommes »*, la cellule commune de recrutement construira à terme, des profils de carrières territoriaux.

Un groupement de coopération sanitaire est créé pour contourner les limites du cadre juridique fixé par la CHT

Si le caractère conventionnel de la CHT permet aux parties prenantes de conserver leur pleine indépendance et autonomie, il limite, cependant, en partie, la coopération. La CHT, ne disposant pas de la personnalité morale, elle ne peut mutualiser, à son niveau, des moyens ou activités. Pour contourner cette limite, les établissements membres de la CHT ont constitué un groupement de coopération sanitaire -GCS-.

Grâce à ce GCS, la CHT se donne les moyens de mettre en place de nouvelles pistes de coopération relatives à la mutualisation des achats, à la consolidation des missions universitaires d'enseignement et de



recherche, à la télémédecine. Plusieurs expérimentations vont voir le jour dans le cadre de ce groupement, à commencer par l'expérimentation du dossier médical personnel à l'échelle de la CHT, dans le cadre de l'appel à projet lancé par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé -ASIP-.

Par ailleurs, le GCS est appelé à gérer un dispositif de transports infirmiers inter-hospitaliers, dont l'expérimentation est engagée. Jusqu'à présent un certain nombre de patients prolongent leur séjour au CHU de Nîmes, faute de transports sanitaires suffisants. La prise en charge de ces patients, une fois l'acte de recours réalisé par le CHU, pourrait ensuite tout à fait s'envisager dans un centre hospitalier plus proche du domicile, qui verrait ainsi ses unités spécialisées confortées (soins intensifs de cardiologie en particulier). Aussi, c'est ce à quoi vont s'attacher les membres de la CHT. A cette fin un transport infirmier hospitalier va être mis en place. La régulation médicale sera effectuée par le centre 15 qui jugera la pertinence d'un transfert SMUR ou uniquement infirmier.

Finalement, la directrice en charge de la CHT du CHU de Nîmes salue la qualité des relations entre les membres de la CHT. La confiance entre les différents partenaires est le ciment même de la CHT. « *C'est un jeu à somme gagnante* », chaque acteur poursuivant sa propre stratégie d'établissement dans le cadre d'une stratégie territoriale commune visant à structurer la gradation qui existe entre les différents établissements entre les activités de proximité, de recours et de référence, à améliorer la couverture territoriale des soins et à fluidifier les parcours des patients. Enfin, c'est également un projet porteur pour l'ARS qui voit ses réflexions relatives à la planification sanitaire portées et enrichies par celles de la CHT.

Une stratégie pionnière et prospective au cœur de la dynamique régionale des professionnels de santé

Entretien avec le Docteur Jean-Paul Ortiz, Président de L'Union Régionale des Professionnels de Santé de Languedoc-Roussillon

C'est dans les locaux de l'Union Régionale des Professionnels de Santé -URPS-, que toute la préoccupation et la feuille de route des professionnels de santé se dessinent. Pour le Président de l'URPS, il faut développer un projet de santé durable, qui intègre une analyse complète de tous les déterminants culturels, sociologiques et géographique de la santé.

Les obstacles de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon font l'objet d'une des préoccupations de l'URPS. Aussi une première enquête a été conduite par Joy Raynaud, Chargé de missions au Département de géographie et de l'aménagement sanitaire et le Dr Jean-Paul Ortiz. Une des particularités de la région Languedoc-Roussillon est une offre de soins abondante avec une répartition fortement hétérogène. A un horizon 2030, selon les projections de la DREES, il y aura une augmentation de la population de 30,5%, une baisse du nombre de médecins libéraux de 8,5% et une chute de la densité moyenne de médecins libéraux de 29,8%. L'objectif de l'étude a été de déterminer la nature des principaux obstacles de l'accès aux soins, plus particulièrement l'accès aux consultations des médecins généralistes et des médecins spécialistes. L'échantillon représentatif a été de 1006 habitants, les enquêtes d'opinion ont été réalisées par l'institut de



sondage CSA. 5 types d'espace géographique caractérisent la région Languedoc-Roussillon, 4 espaces créés à partir du zonage en Aires Urbaines et aires d'Emplois de l'espace Rural de l'INSEE et un espace inclus dans les pôles urbains ou Zones Urbaines Sensibles (ZUS).

Le 1er volet d'analyse de l'étude s'est intéressé aux difficultés d'accès aux consultations et de renoncement aux soins vers les médecins généralistes

7 personnes sur 10 n'ont aucune difficulté pour consulter un médecin généraliste (71%) en Languedoc-Roussillon. Cependant, de fortes disparités existent entre les départements : 80% de la population de l'Aude déclare n'avoir aucune difficulté pour consulter un médecin généraliste contre 59% en Lozère. Ces difficultés sont plus importantes pour les habitants des zones urbaines sensibles et plus faibles pour ceux résidant en pôles ruraux et leurs couronnes. Les difficultés pour consulter le médecin généraliste diminuent avec l'âge : 91% des 75 ans et plus n'ont aucune difficulté contre 53% pour les 18 à 24 ans. Le temps d'attente en cabinet est la principale difficulté des patients pour consulter un médecin généraliste. La satisfaction des patients est plus forte lorsqu'ils peuvent prendre rendez-vous, à tout moment, auprès du médecin généraliste. Le temps de trajet ne constitue pas une difficulté pour les patients qui souhaitent consulter un médecin généraliste. Plus d'une personne sur dix a renoncé une fois à consulter un médecin généraliste : ce taux de renoncement varie peu selon l'espace géographique considéré. Le taux de renoncement pour consulter un médecin généraliste est plus élevé chez les jeunes : 19% des 25-34 ans ont déclaré avoir renoncé plusieurs fois à consulter. Le taux de renoncement pour consulter un médecin généraliste est plus élevé chez les employés : 16% contre 1% chez les retraités.

Des difficultés d'accès aux consultations et de renoncement aux soins vers les médecins spécialistes, des résultats significatifs

Pour 43% des personnes interrogées, la principale difficulté pour consulter un médecin spécialiste est son manque de disponibilité pour obtenir un rendez-vous. La Lozère est le département ayant les plus grandes difficultés pour consulter un médecin spécialiste. Les zones urbaines sensibles sont des territoires ayant les plus grandes difficultés pour consulter un médecin spécialiste. Le manque de disponibilité du médecin spécialiste pour obtenir un rendez-vous est une difficulté qui concerne essentiellement les personnes âgées de 35 à 64 ans. Près d'un quart des personnes interrogées ont renoncé au moins une fois à consulter un médecin spécialiste : ce taux de renoncement a tendance à être plus élevé en milieu urbain. Le taux de renoncement pour consulter un médecin spécialiste est plus élevé chez les jeunes ; 28% des 25-34 ans ont déclaré avoir renoncé plusieurs fois à consulter. Le taux de renoncement pour consulter un médecin spécialiste est plus élevé chez les employés (36%) et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (37%), et plus faible chez les retraités (13%) et les agriculteurs (15%). La part des dépassements d'honoraires des médecins libéraux présente des taux relativement faibles par rapport à la moyenne nationale. Seulement 3% des personnes interrogées déclarent avoir des difficultés financières pour consulter un médecin généraliste et 6% pour un médecin spécialiste. Les revenus influencent en revanche l'accès aux médecins spécialistes, des différences plus marquées du renoncement pour les médecins spécialistes apparaissant selon les revenus. L'ophtalmologie, la dermatologie et la gynécologie, les trois spécialités dont le taux de renoncement est le plus fort.



Le Docteur Jean-Paul Ortiz souligne que l'accès aux consultations des médecins généralistes est relativement satisfaisant en Languedoc-Roussillon, une personne sur dix déclare avoir renoncé une fois à consulter. Le principal élément pour améliorer l'accès aux consultations est le temps d'attente en cabinet : cet élément renvoie à l'organisation du cabinet médical (nécessité d'un secrétariat, réorganisation de la profession en exercice regroupé (MSP, pôles de santé libéraux..). La demande en soins est par ailleurs corrélée au mode de vie et au comportement du patient.

L'accès aux consultations des médecins spécialistes présente plus de difficultés : 68% des personnes ont des difficultés et 23,7% des personnes ont renoncé au moins une fois à consulter. Le principal élément pour améliorer l'accès aux consultations est le délai d'obtention d'un rendez-vous : cet élément renvoie à une offre de soins insuffisante et au nécessaire développement de la délégation de tâches dans certaines spécialités. Le renoncement aux soins est plus élevé dans les spécialités où s'est développé l'accès direct. Les difficultés liées à la capacité financière du patient ou celles liées au trajet pour se rendre au cabinet du médecin ne constituent pas d'obstacles majeurs pour consulter un médecin généraliste ou spécialiste en Languedoc-Roussillon. Un deuxième volet de l'analyse est en cours. Il porte sur la vie des médecins et le ressenti de l'accessibilité aux soins. Il permet d'implémenter ses premières conclusions.

La nouvelle dynamique régionale

L'offre de soins est fragile. Le maillage territorial ne suffit pas. Les perspectives à un horizon 2020 montrent un déficit de 30% de cette offre de soins en Languedoc-Roussillon. L'ARS s'interroge également sur l'avenir des territoires vulnérables. Aussi l'URPS est partie prenante dans la réflexion des actions à mener. Les SROS ayant une importance capitale, il est nécessaire de partager le diagnostic régional. Ainsi, les soixante-quatre élus de l'URPS permettent de remonter les informations du terrain. L'URPS est portée par le terrain et travaille de façon étroite et coordonnée avec les décideurs régionaux. Quand il s'agit de réfléchir à l'accès aux soins, une tendance serait de penser à la place des acteurs. Certes il y a encore des difficultés de chaînage entre l'hôpital et la ville, mais l'hôpital, plus précisément le CHU doit être la référence et non l'hôpital de proximité. La problématique de transmission des informations perdurent encore, rendant le système inefficace avec par exemple des doublons d'examen médicaux qui deviennent très coûteux. Le passage de l'URML à l'URPS, au-delà de regrouper tous les professionnels de santé autour d'un projet régional commun coordonné, met de la transversalité au cœur de la dynamique de changement. La coordination se développe avec tous les professionnels de santé et les usagers. Un autre objectif de l'URPS Languedoc-Roussillon est de développer l'Education Thérapeutique du Patient –ETP- en collaboration avec l'IREPS et le réseau ChronEduc. Ainsi, quinze médecins vont être formés à l'ETP.

Cette pratique devant acquérir une dimension essentielle au sein des Maisons de Santé Pluridisciplinaire de l'arrière-pays. L'URPS languedocienne est ainsi un acteur à part entière dans la politique de santé régionale. La dynamique promue est de créer des passerelles structurantes pour l'avenir, entre les compétences et les acteurs, au sein des territoires.



Le Réseau Vivre avec une anomalie du développement en Languedoc-Roussillon, un projet unique en son genre

Entretien avec Béatrice Bollaert, coordinatrice du réseau Vivre avec une anomalie du développement en Languedoc-Roussillon

Dans un entretien de septembre dernier, Jacques Bernard, co-fondateur de l'Alliance Maladies Rares, assurait toute la pertinence de l'échelon régional dans la prise en charge des maladies rares. « *La région est un échelon d'avenir dans la déclinaison de la prise en charge des maladies rares* ». C'est ce même constat que brosse Béatrice Bollaert, coordinatrice du réseau de santé vivre avec une anomalie du développement en Languedoc-Roussillon. « *L'échelon régional est logique et intéressant. En termes de prise en charge médico-sociale il est beaucoup plus souple que l'échelon départemental.* » Il permet d'assurer une continuité de prise en charge et initie un véritable décloisonnement. Or inutile de rappeler les bienfaits du décloisonnement qui permet de « *briser l'isolement* » en introduisant une coordination entre l'ensemble des acteurs.

Rencontrée le 23 novembre dernier, Béatrice Bollaert a présenté le réseau qu'elle coordonne, unique en son genre.

Le réseau Vivre avec une Anomalie du Développement - VADLR - est un réseau d'aide des patients et des familles de patients dans la prise en charge de proximité des maladies rares avec anomalies du développement. Il ne s'agit pas d'un réseau de soins mais bien d'un réseau d'accompagnement et de prise en charge. La particularité de ce réseau, qui lui offre sa spécificité à l'échelon national est sa capacité à réunir en son sein des institutions diverses qui dépassent le seul cadre sanitaire et médicosocial. Ainsi des acteurs institutionnels intervenant dans la vie de tout individu sont conviés à participer à la réflexion initiée par le réseau. Né en septembre 2009, il a vu le jour récemment. Il fait suite aux conclusions d'une enquête réalisée en 2008 par le Carrefour de Ressources et d'Études pour l'Autonomie et l'Inclusion -CREAI- et pilotée par Alliance Maladies Rares qui avait pour objet l'étude du parcours des personnes atteintes de maladies rares. Il en est ressorti un besoin important d'accompagnement des patients et de leur famille. L'absence d'un noyau dur vecteur d'informations, conduisait une famille sur trois à rencontrer des difficultés pour trouver le professionnel de santé le plus proche de son domicile et beaucoup d'entre elles étaient confrontées à différents obstacles pour effectuer les démarches administratives nécessaires et connaître leurs droits.

Situé à Saint-Gély du Fesc dans l'Hérault, le réseau a pour objectif de faciliter la prise en charge des enfants et adultes porteurs d'une maladie rare, dans le but d'optimiser l'accès aux soins. Il s'agit d'améliorer une filière de soins qui soit identifiée par l'ensemble des acteurs. Son action se déroule sur l'ensemble de la Région Languedoc Roussillon en partenariat avec le Centre de Référence des Anomalies du Développement du CHU de Montpellier. Elle s'appuie sur une équipe pluridisciplinaire, aux compétences complémentaires présidée par le Professeur Sarda. Le réseau articule ses actions autour de quatre missions distinctes.



Tout d'abord, il agit en vecteur d'information sur le maillage territorial des professionnels participant à la prise en charge des patients -associations, professionnels libéraux, instituts médico-sociaux-. Le réseau repère donc et répertorie les professionnels de santé médicaux et paramédicaux dans un souci de faciliter l'accès aux soins. Ensuite, il favorise la coordination, en établissant des outils pour les familles et les professionnels -guides, annuaires, site internet-. Ces outils doivent permettre la continuité et la pluridisciplinarité des prises en charge des personnes. De plus, le réseau propose des formations destinées aux professionnels de santé, aux acteurs médico-sociaux et aux acteurs de l'Education Nationale. Le but de ces formations est de sensibiliser les acteurs à la problématique des maladies rares de mutualiser leurs compétences respectives. Enfin, la dernière mission du réseau est de faciliter la prise en charge socio-éducative. A ce titre, il est l'interface entre les familles et les structures médico-sociales ou encore les acteurs de l'Education Nationale. Il souhaite passer des conventions avec ces institutions afin de conduire des actions d'aide à la prise de décision auprès de leurs équipes.

L'exemple suivant illustre le genre d'action concrète que peut initier le réseau. Il s'agit de l'organisation de journées d'information, plusieurs fois par an, sur des syndromes précis, afin de permettre aux différents acteurs de se rencontrer. Véritables temps d'échange bénéfiques à tous, ces journées ou demi-journées sont favorablement accueillies par tant par les patients, leurs associations représentatives que par les professionnels.

La coordinatrice du réseau s'attache donc à assurer son bon développement. Développer un tel réseau n'est pas chose aisée. Il faut s'armer de beaucoup de patience et établir un plan d'action solide. D'ici 2015 Mme Bollaert a pour objectif d'avoir rencontré l'ensemble des acteurs de la prise en charge des maladies rares de la région. Pour ce faire, dès 2012, elle s'entretiendra dans chaque département languedocien avec un type de structure particulier. Fin 2012, tous les départements devraient être sollicités par le réseau et aucun organisme oublié. Par ailleurs, elle anticipe actuellement deux dynamiques à mettre en place. La première est l'extension du réseau à l'ensemble des maladies rares ; dépasser le champ des maladies du développement, pour s'orienter vers les maladies orphelines d'association. La seconde est un projet porté récemment devant l'ARS et qui devrait être présenté au ministère. Il s'agirait de développer des lits de répit au niveau national. L'idée serait de profiter du caractère touristique de Montpellier et de sa région pour établir des soins de suite pour les enfants. Ces derniers bénéficieraient d'un séjour sanitaire et médico-social pendant que leurs familles se ressourceraient également.

Présentant son activité avec beaucoup de recul et de sérénité, Mme Bollaert reconnaît le chemin à poursuivre dans le domaine des maladies rares. Celles-ci ralentissent la généralisation d'une meilleure prise en charge de ces maladies en France. Les informations médicales afférentes à la prise en charge des maladies rares sont fragmentées et non encore protocolisées dans le cadre du protocole national de soins. Cette carence d'information est également présente dans le champ médico-social. Très peu d'évaluations ou d'études du parcours de vie des personnes atteintes de maladies rares n'ont été conduites jusqu'à présent. Les modalités facilitatrices des prises en charge de ces maladies ne sont donc pas reconnues à l'heure actuelle. Mme Bollaert prône une protocolisation des prises en charge. Les protocoles devraient être établis suite à des évaluations légitimes et partagées. Actuellement, le réseau VALDR évalue la pertinence de ces propositions grâce à l'accueil qui leur est réservé par les publics concernés. Les journées



de formation mobilisant fortement les languedociens, ces actions semblent répondre à un besoin et sont donc fortement encouragées. Enfin, la coordinatrice du réseau souligne que la méthodologie actuelle de construction des schémas régionaux ne permet pas toujours une adéquation avec la volonté politique et les plans nationaux.

Aussi, osons espérer que les référents maladies rares, placés auprès de chaque ARS, suite au deuxième plan national maladies rares, rempliront pleinement leur rôle. Ils devraient permettre de faire bouger les lignes dans ce domaine en diffusant et relayant les besoins et les attentes des usagers sur le territoire, mais également les pratiques à supporter et à valoriser.

L'Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins, un acteur reconnu est engagé dans l'organisation de l'offre de soins en Lozère

Entretien avec Laurent Crozat, coordinateur de l'Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins ALUMPS

Situé au sud du Massif central, la Lozère est le département le moins peuplé de France avec 75000 habitants. Sa population, très clairsemée, recouvre cependant l'ensemble du territoire. La Lozère est par ailleurs le département français présentant l'altitude moyenne de zone habitable la plus élevée de France - 1100 m-. Le territoire d'intervention des soixante médecins généralistes de ce département est ainsi assez singulier.

Ce territoire est confronté aux fléaux bien connus de l'évolution médicale actuelle. Diminution de la démographie médicale, pénurie de spécialistes, déserts médicaux, temps d'intervention trop importants sont des problématiques prégnantes du département. Cependant les acteurs ne succombent pas au fatalisme. Ils se mobilisent avec confiance et conviction pour préserver et améliorer l'offre de soins de leur département. Ainsi, Laurent Crozat, coordonnateur de l'Association Lozérienne des Urgences Médicales et de la Permanence des Soins -ALUMPS-, et les membres du bureau de ce réseau qu'ils soient médecins hospitaliers, médecins libéraux ou « administratifs », déploient-ils toute leur énergie pour construire et proposer des réponses concrètes et adaptées à ce territoire.

Association loi 1901, ALUMPS est née de la fusion de deux associations préexistantes. La première orientée sur la permanence des soins et la seconde sur l'aide médicale urgente. Depuis 2005, l'activité principale d'ALUMPS s'organise autour de ces deux thématiques. En sillonnant les routes de Lozère, la problématique de l'accessibilité géographique et des délais d'intervention en cas d'urgence médicale est rapidement appréhendée. 1h10 de temps d'intervention peut-être monnaie courante pour l'unique SAMU du département qui se situe à Mende. Dès lors, une réflexion s'impose autour de l'optimisation de l'aide médicale urgente dans ce département. Une des solutions proposée par ALUMPS a été d'offrir à des médecins généralistes volontaires une formation à l'aide médicale d'urgence. L'association les a équipé afin qu'ils puissent procéder à ce type d'interventions. Plusieurs sessions de formations annuelles sont ainsi mises en place afin de permettre aux médecins de réviser les thèmes généraux liés à l'urgence médicale.



L'équipement de médecins généralistes pallie ainsi au manque de temps éventuel du SAMU pour intervenir. La concrétisation de cette proposition s'est faite en association avec les médecins généralistes de Lozère et les médecins du SAMU. Des protocoles d'intervention ont été élaborés.

Par ailleurs, si les textes recommandent aux médecins libéraux d'exercer des activités de permanence des soins, force est de constater que ces derniers, compte tenu de la courbe des âges (50% des médecins assurant la PDS ont plus de 55 ans et 10% plus de 60 ans) et de la baisse effective ou prévisible du nombre de médecins sur certains secteurs ne peuvent garantir une couverture totale de leurs secteurs. Cet exercice médical non obligatoire mais vital pour la population peut ainsi connaître certaines difficultés à s'organiser. En fonction des territoires, il peut être très inégal et précaire. En Lozère, où le maillage des médecins généralistes est maintenu mais très fragile, ces derniers ont souhaité consolider la permanence des soins. Un numéro d'appel unique en lien avec le centre 15 a été instauré et étendu à l'ensemble du département en 2007. Ce système, qui existe dans d'autre région, notamment en Franche-Comté satisfait l'ensemble des acteurs ; les patients n'ont plus qu'un seul numéro à connaître, les médecins généralistes ne sont plus continuellement sollicités et le SAMU mobilise ses équipes pour de réelles urgences médicales.

Forte de ces succès, ALUMPS a progressivement étendu ses prérogatives à l'ensemble des activités d'organisation des soins sur le département. Deux ressources rares sont indispensables aux yeux de Laurent Crozat : des médecins qui soient mobilisés et mobilisables et des personnes engagées dans la coordination des équipes médicales. Mr Crozat décrit une « *mobilisation énorme des médecins généralistes* » de son département, avec, pour beaucoup d'entre eux, une implication à trois niveaux différents - pompiers, aide médicale urgente et permanence des soins-. Cependant il ne cache pas ses interrogations quant à la capacité de mobiliser des médecins supplémentaires pour les années à venir et les difficultés de recrutement de nouveaux médecins sur le territoire. Pour pallier à la baisse de la démographie médicale prédite en Lozère, il faudrait deux à trois médecins supplémentaires par an jusqu'en 2020 explique-t-il. Aussi s'attache-t-il à promouvoir l'exercice de la médecine générale dans son département auprès de jeunes internes. Grâce à ces actions de promotion de projet d'exercice médical groupé, accompagnées d'incitations financières du conseil général, sept médecins généralistes se sont installés dans ce département depuis 2008. La motivation de ces médecins a donc dû être suscitée mais le facteur déclenchant de leur décision de « poser leur plaque » en Lozère a toujours été leur intégration immédiate à un réseau structuré, facilitateur de leurs démarches administratives, accompagnateur et les aidant dans leurs difficultés d'exercice médical quotidien. C'est pourquoi des animateurs de terrain sont indispensables selon le coordonnateur d'ALUMPS. Le temps médical est précieux. Pour être utilisé à bon escient il est nécessaire de le préserver. Des postes de « managers » en santé, de gestionnaires et de coordinateurs apparaissent ainsi essentiels. Ils doivent permettre de pérenniser les démarches impulsées par les professionnels en leur venant en appui. C'est en partie ce dont se charge ALUMPS en assurant la gestion des tableaux de garde pour les médecins. En effet, les médecins demandent à être allégés de toute la lourdeur administrative qui est déléguée à l'association.

Pour conserver une offre de soins de qualité dans le département, deux pistes ont été envisagées. Tout d'abord rendre attractif le territoire en valorisant des formes d'exercice de la médecine prisées par les jeunes générations. Ensuite, utiliser les nouvelles technologies pour établir un maillage de spécialités



médicales, virtuel mais présent et efficace. Par les actions qu'elle conduit ALUMPS s'est engagée sur ces deux pistes. Au préalable, Laurent Crozat souligne l'importance d'avoir une vision globale du territoire et une bonne connaissance de la démographie médicale implantée pour organiser un maillage territorial efficace. La Lozère, aujourd'hui, bien qu'ayant peu de médecins, est bien couverte. Leur répartition géographique est équilibrée. Cependant ce maillage est très précaire, puisque l'équilibre de nombreux secteurs ne dépend parfois que d'un seul médecin. Pour préserver ce maillage, le coordinateur de l'association cherche à proposer des solutions concrètes où chacun trouve son compte. A titre d'exemple, une expérimentation a été conduite à Florac dès 2005, soutenue par l'URCAM, l'ARH et la DRASS. Pour faire face à l'afflux de population dans les gorges du Tarn durant la période estivale, un système de permanence des soins pendant cette période a été mis en place. Ainsi, un médecin a été recruté pour être dédié uniquement à la garde médicale les soirs et les week-ends. La réussite d'un tel système, autant pour les professionnels que pour les patients, conduit à étendre cette expérimentation à l'ensemble du département dès 2012. Mr Crozat souligne qu'à termes, l'objectif serait de salarier réellement des médecins dédiés à la garde médicale.

Par ailleurs, l'exercice groupé de la médecine est de plus en plus apprécié par les jeunes professionnels. ALUMPS accompagne ainsi différents médecins généralistes dans des projets de création de maisons de santé pluri professionnelles -MSP-. A la demande des médecins traitants, Laurent Crozat agit en maître d'œuvre pour instituer la structure associative qui sous-tendra le projet médical. Il mobilise également les acteurs locaux, dont l'accord est indispensable pour un bon avancement des projets. Partir des ressources disponibles sur le secteur est une règle d'or. Agir en concertation, bien en amont avec les médecins est son corollaire. Ce travail semble bien fonctionner aujourd'hui. Cinq structures associatives ont déjà été créées pour servir de support à une MSP. La difficulté maintenant va résider dans la capacité à prendre en charge ces associations et à faire vivre leurs projets de santé.

De concert avec le Conseil Général de Lozère, un pôle d'excellence rurale de télémédecine a été mis en place. Il comporte deux volets. Tout d'abord il s'agit de l'élaboration d'un réseau de visioconférences qui permet aux médecins exerçant dans les hôpitaux locaux d'avoir recours à une expertise médicale d'un CHU. Une expérience est menée dans ce sens à Langogne et Florac, où chaque semaine les médecins ont une conférence de télé expertise en lien avec des professeurs du CHU de Nîmes. Pendant une heure et demie, plusieurs cas cliniques sont exposés par les médecins de Langogne et Florac, qui envoie par ailleurs l'ensemble des données médicales par télétransmission. Les cas cliniques sont alors étudiés et discutés. Cette expérimentation, très appréciée, permet d'une part un diagnostic beaucoup plus rapide (les délais de prise en charge hospitalière pouvant être longs) et d'autre part d'éviter au patient des déplacements peu aisés. Par ailleurs, un deuxième volet est développé sur la télémédecine d'urgence. L'ensemble du système de communication du réseau des médecins urgentistes a été informatisé. Les médecins libéraux pouvant envoyer directement au SAMU des enregistrements de séquences d'électrocardiogramme. Le dossier patient contenant toutes ses constances est informatisé et envoyé automatiquement sur le logiciel de régulation. Par ailleurs, les médecins libéraux urgentistes ont accès à l'ensemble des protocoles qui sont enregistrés sur leur ordinateur portable.



Si toutes ces avancées sont enthousiasmantes, Mr Crozat identifie différents obstacles qui entravent leur essor. Tout d'abord, une absence de langage commun entre les différentes générations de médecins. Certains médecins généralistes ont toujours travaillé seuls, la pratique groupée n'est donc pas ancrée dans leurs habitudes de travail. De plus, les politiques et les élus locaux n'ont généralement pas une vision d'ensemble de la problématique de démographie médicale. Ils sont centrés sur leurs intérêts locaux. Par ailleurs, il y a un décalage entre la maturité de certains projets des acteurs lozériens et celles de leurs potentiels interlocuteurs extra-lozériens. C'est notamment le cas dans le domaine de la télémédecine. Les acteurs locaux sont très organisés et mûrs pour des coopérations plus intégrées. Ils ont le sentiment d'être dans une dynamique trop en avance par rapport à leurs collègues des autres départements. Enfin, la Lozère étant située au carrefour de quatre régions administratives -Languedoc Roussillon, Rhône-Alpes, Auvergne et Midi-Pyrénées-, des collaborations avec les départements limitrophes sont attendues. Il serait effectivement profitable de partager les outils mis en place par les acteurs lozériens avec leurs voisins. Cependant, peut-être du fait de l'empreinte du jacobinisme français, les coopérations inter-régions ne semblent pas d'actualité.

En définitive, tous les outils existent aujourd'hui et les idées ne manquent pas pour répondre aux problématiques actuelles de la médecine. Alors pourquoi ne trouvent-ils pas une effectivité dans l'ensemble des territoires isolés français ? Est-ce dû à l'hospitalo-centrisme du système français qui conduit nos gros CHU à rester dans leurs tours d'ivoire, déconnectés des besoins de leur collègues du terrain ? Cela vient-il d'une carence de réelle volonté politique ? Finalement, le travail conduit par l'association ALUMPS met en lumière avec acuité la question de l'humain dépendant. En rencontrant tous ces acteurs qui se battent continuellement pour un accès aux soins de tous sur leur territoire, la clé ne serait-elle pas l'attachement des personnes à leur terroir natal ou d'adoption ? Seules ces personnes seraient alors capables de défendre avec force et dynamisme un cadre de vie qui leur est cher. Les inquiétantes évolutions attendues du paysage médical devenant alors des défis à relever, de véritables challenges fédérateurs et mobilisateurs qui leur permettent de se réaliser. Ainsi ALUMPS est aujourd'hui reconnue comme un acteur médical légitime, véritable interface entre le monde hospitalier et le monde libéral.

Le CHU de Montpellier, au cœur de la dynamique régionale appuyée par la Conférence de territoire de l'Hérault

Entretien avec le professeur Guillot Dermatologue, ex Président de la CME du CHU de Montpellier et vice-président de la Conférence de territoire de l'Hérault

La mise en œuvre de la loi HPST évoque une gestion par déconcentration et non par décentralisation. La déconcentration administrative est opérée par les ARS. La loi HPST ne permet pas les conditions de la régionalisation sanitaire. Le CHU a une mission régionale d'appui et de soutien aux autres acteurs professionnels, pour le recours à la référence médicale. La question qui se pose est alors la pertinence d'établir une Communauté Hospitalière de Territoire – CHT- à Nîmes ou à Béziers seulement alors que le CHU a un rôle au niveau régional favorisant une politique régionale de premiers recours ? Le CHU n'a pas à faire les soins de proximité en dehors de son territoire de santé.



En revanche, il a la légitimité pour préciser et proposer des organisations pertinentes afin de dégager des moyens nécessaires pour la bonne conduite de la médecine de proximité. Aujourd'hui, la coopération inter établissement n'est pas encore impulsée. La difficulté est bien celle de partir d'un état des lieux pertinent et partagé permettant de définir une offre de soins, une consommation de soins, les besoins médicosociaux et sociétaux territoriaux. Les SROS mériteront d'être renseignés mais ne suffisent pas à eux-seuls. Le CHU doit être inclus *es-qualité* dans la réflexion régionale médicale et pas seulement sur son territoire de santé.

Le diagnostic territorial de l'état de santé sera pertinent, s'il s'appuie sur un état des lieux fin

Quelques lacunes perdurent en France tant sur l'épidémiologie que sur les analyses qui sont faites des consommations de soins ou de santé. L'épidémiologie devrait être la base de tout état des lieux, or le manque colossal de données fiables demeure prégnant. Les coûts sont fixés sur la consommation et non sur les besoins. Les besoins doivent être renseignés par le standard de la pathologie. Rappelons que l'intérêt général relève des Politiques, l'intérêt industriel des médecins.

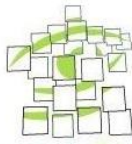
Dans le cadre de la réforme HPST, des calendriers quasi impossibles à tenir, tant sur le social que sur le médicosocial sont imposés par un calendrier national.

La vraie vie du bien-fondé de la loi HPST

La loi HPST vise à répondre à trois défis, pour l'avenir de notre système de santé : l'efficacité, l'efficience et la démocratie. Le premier objectif est de pouvoir mieux répondre aux besoins de la population et d'améliorer la santé des concitoyens. Le deuxième objectif est d'assurer une plus grande performance du système et une meilleure qualité des soins, sans dérive des coûts. Le troisième est de veiller à ce que l'ensemble des parties prenantes soient représentées dans les instances et impliquées dans les choix stratégiques.

Le territoire de santé est aujourd'hui celui du choix politique du département. Aussi chacun des cinq départements (Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées-Orientales) constitue désormais un territoire de santé en Languedoc Roussillon. Une large concertation a été engagée autour de trois scénarii, le maintien des huit territoires de santé des ARH – l'adoption d'un périmètre supra-départemental (Gard-Lozère, Hérault, Aude-Pyrénées Orientales) – le scénario départemental. L'Agence a choisi ce dernier correspondant à une volonté d'un schéma rapidement opérationnel, bien que le département ne tienne pas bien compte de la trajectoire des patients dans le soin et dans la santé.

Le département est ainsi le lieu de déclinaison des politiques publiques. Aussi dans chaque territoire, une conférence de territoire est constituée, composée de représentants des différents acteurs du système de santé du territoire concerné –environ 50 membres- dont les usagers du système de santé. La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé – PRS- et les programmes nationaux de santé publique. La conférence de territoire est un espace privilégié de l'ancrage territorial du PRS, du PRS aux Projets de Santé des Territoires – PST-. En tant que vice-



président de la Conférence de Territoire de l'Hérault, le Professeur Guillot souligne aussi que si l'Hérault est le département le plus peuplé de la région, la précarité gagne du terrain, ce qui signifie qu'il faut préparer l'avenir grâce à une approche qui tiendra compte des particularismes et des enjeux au sein du territoire.

La politique d'externalisation des activités hospitalières par une dynamique volontaire dans une logique régionale

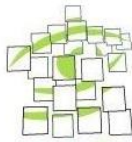
La politique volontariste est au coeur de la stratégie du CHU de Montpellier. Elle consiste à réduire la voilure en développant, en amont et en aval de l'hôpital, des partenariats afin de sécuriser les parcours de soins. La loi de santé publique du 9 août 2004, appelée également réforme Mattei, a consacré un changement organisationnel radical. La gouvernance est un moyen de réussir un changement de paradigme dans les relations entre les acteurs de l'hôpital public. C'est aussi le second volet du plan Mattéi avec la mise en place progressive de la T2A qui a obligé les acteurs à bouger. La réforme de la gouvernance se décline en trois volets, - le conseil exécutif à côté de la direction - les pôles et les coordonnateurs médicaux et - des outils de pilotage interne avec les contrats de pôles et les comptes de résultats par pôles. Au niveau des pôles, le premier rapprochement a été celui du coordonnateur médical avec le cadre de santé et le cadre administratif, sur le délicat sujet de la gestion des effectifs. La mutualisation des ressources est pensée en amont. Elle doit permettre une fonction d'accueil du patient et une mise à disposition des soins. La stratégie du professeur Guillot est de considérer que les structures doivent se mettre au service du patient en faisant tomber les frontières des structures internes de l'hôpital.

La nécessité d'impulser des nouveaux acteurs ou des nouvelles organisations

La liberté d'installation des médecins a vécu. Il faut ainsi la repenser, dire la vérité, accompagner les études des jeunes médecins voire des professionnels de santé. Le métier de médecin a changé (des nouveaux besoins émergent comme le développement de l'éducation thérapeutique du patient, la structuration des plateaux techniques...). Le médecin doit être formé en continue, avoir plus de temps pour être plus à l'écoute de ses malades. Aussi sa rémunération devrait être repensé et on peut proposer qu'il soit composé d'une part fixe complétée par une part d'intéressement. La capitation pourrait être une alternative. L'exemple du Canada sur la délégation de tâches à des infirmières est très judicieux et pourrait être aisément appliqué en France. Cette possibilité devrait relever de décision régionale et une dynamique territoriale devrait permettre des prises de décisions plus rapides. Il est à regretter que les ARS ne puissent avoir l'initiative et l'autonomie dans la gestion de budgets en propre. Le législateur n'a ainsi pas donné offert la possibilité de faire de la démocratie institutionnelle.

L'organisation transversale du CHU de Montpellier

Les trois missions d'un établissement hospitalo-universitaire a conduit le CHU de Montpellier a repensé ses organisation pour optimiser ses trois missions de soin, d'enseignement et de recherche. Ainsi, chaque pôle regroupe plusieurs départements et les départements correspondent aux disciplines universitaires. Il n'y a plus de service et notamment il n'y a plus de services multiples sur une même discipline. Le département est le lieu d'élaboration des projets pédagogiques pour la formation des étudiants et des internes mais



aussi des projets de recherche. La prise en charge des malades est faite pas des équipes médicales, identifiées par leurs compétences spécifiques. Par ailleurs, pour privilégier une pratique de prise en charge par filière de soins, les structures d'accueil des patients sont indépendantes des équipes médicales, permettant plus de fluidité dans la prise en charge et plus de mutualisation des moyens.

Cette organisation permet une optimisation du parcours de soins du patient, des ressources et des moyens qui lui sont donnés, dans une logique de qualité et de sécurité des soins. L'intérêt de cette organisation transversale est de rendre compte d'un accès à des compétences médicales de manière structurée et coordonnée, grâce à l'implication de l'ensemble des professionnels de santé.

Le Professeur Guillot nous invite à plus se préoccuper de l'avenir. *« La loi HPST modifie profondément l'organisation de la santé. Il faut cependant respecter ce qui a été fait, prendre plus de temps pour évaluer judicieusement. Penser aussi à anticiper les réflexions auprès des futurs professionnels de santé, accompagner les études et accompagner les futurs besoins des professionnels de santé.»* Ainsi, une dynamique est lancée.

La Coordination de la politique régionale du médicament et des produits de santé

Entretien avec le Docteur Jean-Marie Kinowski, Chef de service, Pharmacie centrale, CHU de Nîmes, Coordonnateur de l'OMEDIT de Languedoc-Roussillon

Depuis 2006, ont été créés les Observatoires des Médicaments, des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques – OMEDIT- dans le cadre du Contrat de Bon Usage d'un certain nombre de médicaments et Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) remboursés en sus des Groupes Homogènes de Séjours (GHS). Ces OMEDITs sont régionaux ou interrégionaux. Ils présentent pour beaucoup des spécificités propres de part leur genèse. Les OMEDITs, avec leurs coordonnateurs, sont soit dans les ARS soit adossés à des établissements de santé. La loi HPST a élargi leurs missions, tant sur la ville que pour le management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en établissements médico-sociaux et un décret d'application devrait prochainement le confirmer. La priorité en Languedoc-Roussillon est ainsi la gestion des risques sur le circuit du médicament. C'est ce à quoi s'attèle le Docteur Jean-Marie Kinowski, coordonnateur de l'OMEDIT depuis 2008.

La politique de sécurisation du circuit du médicament

Rappelons que la loi HPST permet d'optimiser la politique de sécurisation des produits de santé, en précisant le rôle des différents acteurs impliqués et les conditions de sécurisation et de qualité des soins. Les établissements de santé organisent la lutte contre les évènements indésirables, les infections associées aux soins et l'iatrogénie. Ils définissent une politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles–DMS-. Avec cette loi, la Commission Médicale d'Etablissement -CME- acquière de nouvelles attributions en matière de qualité et sécurité des soins. Notamment, en matière de gestion globale et coordonnée des



risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement, elle acquiert également des compétences relatives aux dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire et la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles. La CME peut contribuer aux travaux de l'OMEDIT au travers de la Commission du médicament et dispositifs médicaux stériles -CMDMS-.

Les Observatoires Régionaux des Médicaments et des Dispositifs médicaux et des Innovations Thérapeutiques

Les OMEDIT ont été constitués auprès des Agences Régionales de l'Hospitalisation -ARH - suite à la mise en oeuvre des contrats de bon usage - CBU- des médicaments et des produits en sus des prestations hospitalières, dites « liste en sus des GHS ». Avec les ARS, les OMEDIT auront des missions élargies avec de nouveaux enjeux relatifs à la qualité et à la sécurité de la prise en charge médicamenteuse des patients tant sur la ville qu'en médico-social. Ces nouvelles missions relèvent de plusieurs axes : tant de l'observation – du suivi et de l'analyse des pratiques des prescriptions -de l'expertise et de l'appui, de l'organisation d'échanges réguliers. Aussi l'OMEDIT réunit des données exhaustives relatives à la prescription dans les établissements de santé de sa région (ou inter région), des médicaments et des dispositifs médicaux de la liste hors GHS. Le suivi et l'analyse des pratiques de prescription comportent une analyse des résultats au niveau régional ou inter régional, et le cas échéant par établissement, produit par produit, en prenant en compte les autres données disponibles au niveau national ou régional. L'OMEDIT confronte les données recueillies aux référentiels de bon usage de l'INCa, HAS, et l'AFSSaPS, et donne un éclairage scientifique sur les pratiques de prescription observées au niveau régional ou inter régional, et sur la justification éventuelle des évolutions observées. Sa mission d'expertise, d'appui et d'organisation d'échanges réguliers relève de plusieurs objectifs. L'OMEDIT signale, sans délai à l'ARS dont il relève, tout établissement de santé qui ne respecte pas de manière manifeste pour un ou plusieurs produits de la liste visée à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale les règles de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux. De plus, il répond, dans les meilleurs délais, à toute demande d'expertise formulée par l'ARS sur le respect des engagements souscrits au sein du contrat.

Il effectue un retour d'information auprès des professionnels et des établissements relevant de sa zone géographique, contribuant à leur auto évaluation. L'OMEDIT offre un espace permanent (via internet), aux professionnels de santé pour animer la concertation sur des questions relatives à l'utilisation des produits de santé. Il assure également une remontée vers l'INCa, l'AFSSaPS et la HAS d'informations concernant l'innovation (pratiques et stratégies thérapeutiques) et de propositions coordonnées sur l'évolution des référentiels nationaux. Il diffuse par ailleurs des informations nationales issues de l'exploitation de l'ensemble des données des OMEDIT et des informations validées nationalement (AMM et leurs évolutions, avis de la commission de transparence, RAPPE, protocole temporaire de traitement ...). Il participe, en collaboration avec d'autres acteurs, à la promotion du bon usage, par des actions d'informations diversifiées. Il répond à partir de données disponibles, le cas échéant complétées d'enquêtes simples, à des questions précises sur des problématiques de santé publique et / ou d'impact budgétaire, émanant des ARH de la région ou de l'inter région, de l'INCa, des services ministériels et autres organismes compétents.



Observatoire de la Régionalisation

Le cas échéant, dans des conditions définies par la ou les ARS, il participe à la réalisation d'études de pharmacoépidémiologie.

L'OMEDIT apporte une expertise scientifique ayant pour objectif l'amélioration du bon usage des produits de santé. Différents acteurs du bon usage de la région ou de l'inter région peuvent y participer. La caractéristique des observatoires réside dans la neutralité de leur intervention vis-à-vis de la détermination par les ARS du taux de prise en charge applicable aux médicaments et aux dispositifs médicaux facturables en sus des prestations d'hospitalisation. Ils exercent de façon indépendante, pour le compte des ARS, le suivi et l'analyse des informations se rapportant aux médicaments et aux dispositifs médicaux qui sont transmises par les établissements de santé. Le financement des OMEDIT est assuré par des dotations « missions d'intérêt général » par rattachement à un établissement de santé.

La dynamique régionale

La recomposition en territoire ne fait que favoriser les missions de l'OMEDIT en particulier pour harmoniser les pratiques communes. Les projets impliquent aussi bien les infirmières, les responsables de la qualité, que les médecins des établissements publics et privés. Aujourd'hui, un des projets essentiels de l'OMEDIT Languedoc-Roussillon est la gestion des risques sur le circuit du médicament. Ce projet s'inscrit dans la mise en oeuvre de l'arrêté RETEX, un arrêté spécifique relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse dans les établissements de santé, et relatif aux médicaments dans les établissements médico-sociaux disposant d'une pharmacie à usage intérieur, dans les établissements de santé. Si l'analyse qui en est faite et les résultats sont significatifs, ils seront diffusés au niveau national. Cette réflexion de l'OMEDIT Languedoc-Roussillon, sera enrichie en 2012, autour de la problématique de la gestion des risques sur le circuit du médicament dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile -HAD-.