

UNE ÉVALUATION EXTERNE DE LA POLITIQUE RÉGIONALE DE DÉPLOIEMENT DES PSLA

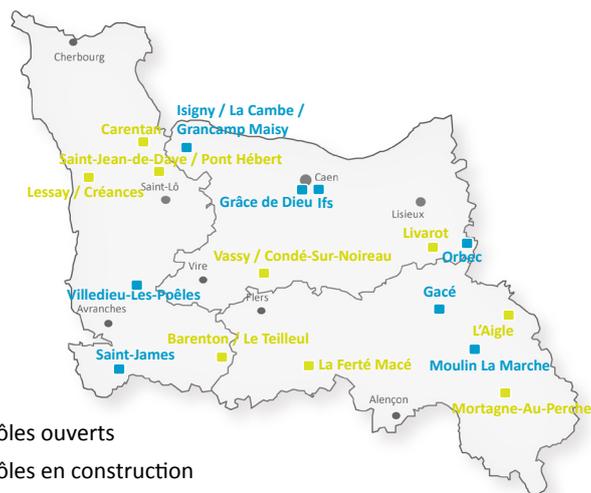
NOVEMBRE 2013

INTRODUCTION

Partageant le souci commun de l'accès aux soins, l'URML (Union régionale des médecins libéraux), l'URCAM (Union régionale des caisses d'Assurance maladie), l'ARH (Agence régionale de l'hospitalisation) et la Région Basse-Normandie ont élaboré, dès l'année 2000, une stratégie régionale de promotion de l'exercice coordonné.



A l'issue de huit années d'actions conjointes des différents partenaires, « La charte partenariale régionale sur l'offre de soins ambulatoire et sur le déploiement des Pôles de santé libéraux et ambulatoires (PSLA) en Basse-Normandie » est signée le 27 juin 2008 par Madame Roselyne BACHELOT, Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, la Préfecture, les Sous-préfectures, la Région Basse-Normandie, l'URCAM, l'URML, les Conseils généraux, l'ARH, la Mission régionale de santé, la Faculté de médecine de Caen, les Conseils de l'ordre des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des chirurgiens-dentistes, des masseurs-kinésithérapeutes, des pédicures-podologues, des pharmaciens, de l'Union des remplaçants de Basse-Normandie et le Collectif inter-associatif de la santé bas-normand.



Source : URML / COD / Presse locale Réalisation : ORS de Basse-Normandie

Les PSLA définis par la charte

Ils sont entendus comme des organisations cohérentes dans un bassin de vie, pouvant se décliner sur plusieurs sites et associant, sur la base du volontariat, des professionnels de santé déjà en activité, libéraux, des collaborateurs salariés, des salariés d'établissements de santé, médico-sociaux ou sociaux. Au sein d'une zone rurale, semi-rurale ou urbaine, ils assurent des soins de proximité et doivent favoriser les possibilités de remplacement et de succession.

Les PSLA ont en partie pour objectif d'optimiser le système de soins en mutualisant les moyens matériels et humains, en favorisant la mise en place de systèmes d'information partagée et en facilitant la formation continue des professionnels. Ils ont également pour objectif de participer activement à la formation des futurs professionnels de santé.

Au 30 septembre 2013, 8 PSLA sont opérationnels et 9 sont en cours de construction. (Cf. carte ci-dessus)

Outils et méthode

L'évaluation qualitative menée par l'ORS de Basse-Normandie a combiné :

- Une analyse des documents associés à la mise en œuvre de la charte partenariale et de ressources bibliographiques nationales ;
- Des enquêtes qualitatives par entretiens ou questionnaires auprès des partenaires engagés par la charte, des acteurs promoteurs de PSLA, des autres acteurs des territoires concernés et des usagers.
- Une analyse croisée des informations et des résultats des enquêtes afin d'apprécier les conditions de mise en œuvre de la charte et de mesurer l'atteinte des objectifs concernant :

Le pilotage et le suivi de la politique régionale déclinée dans la charte partenariale.

Les effets observables sur les territoires en matière d'offre de soins, d'évolution des conditions d'exercice des professionnels et des modalités de prise en charge des patients.

Elle complète ainsi les aspects quantitatifs travaillés au sein de la Direction de la performance de l'ARS. La démarche s'est déroulée de mai à octobre 2013¹.

¹ Ce travail a été réalisé dans le cadre des conventions liant l'ORS à l'ARS et la Région Basse-Normandie.

RESULTATS ET ANALYSES

Pilotage et suivi de la politique régionale

La charte partenariale s'est dotée de plusieurs instances visant la coordination des actions et moyens humains et financiers ainsi que l'information régulière et réciproque des signataires. Elle prévoit également l'élaboration et la validation annuelle d'un diagnostic territorial commun pour définir les zones d'implantation prioritaire des pôles (carte ZIP) ainsi qu'un soutien et un accompagnement des projets de PSLA pour l'organisation et la production d'un « projet médical de proximité » à l'échelle des bassins de vie.

Les instances de la charte, une structuration originale pour assurer la coordination des politiques publiques

Le **comité de pilotage**, composé de l'ensemble des signataires de la charte joue un **rôle central en matière de cadrage et de suivi de la politique régionale**.

Trois Comités opérationnels départementaux (COD) étudient et assurent le suivi des projets (projets médicaux de proximité et projets professionnels). Leur composition est essentiellement tournée vers les acteurs du soin suite au bouleversement récent du paysage institutionnel. Bien que leurs fonctionnements soient encore hétérogènes, ils bénéficient tous d'un très fort investissement des partenaires de la charte.

Le **Comité technique d'ingénierie (CTI)** attribue quant à lui des **prestations en ingénierie** pour aider les professionnels de santé dans leurs démarches.

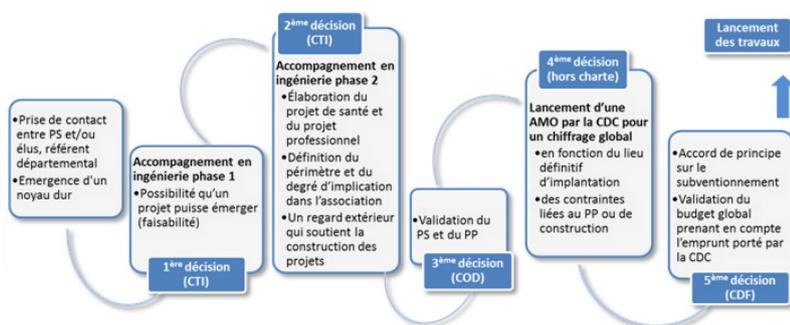
Le **Comité des financeurs (CDF) ou guichet unique simplifie les demandes de subventions relatives aux pôles** par la centralisation des financements disponibles, plus-value reconnue par l'ensemble des acteurs.

De l'avis des partenaires, en dépit de niveaux d'information ou de lisibilité sur la mise en œuvre de la politique régionale disparates, cet ensemble organise une « démarche collective originale » qui, au-delà du regroupement des professionnels de santé, permet une dynamique de concertation interinstitutionnelle, véritable outil de coordination des politiques publiques.

Le processus de décision, un temps long nécessaire à la constitution du pôle de santé

En amont de tout projet, un référent départemental sensibilise et informe les professionnels de santé du territoire pour favoriser l'émergence d'un noyau dur intéressé. Ces professionnels peuvent alors bénéficier d'un **accompagnement en ingénierie pour structurer un projet collectif** dépassant la logique d'une pratique libérale solitaire. L'association des acteurs médico-sociaux et sociaux et des collectivités locales contribuerait à l'enrichissement de ces projets et permettrait d'anticiper et ainsi d'éviter, lors de la **réalisation du projet immobilier avec les collectivités locales**, actrices à part entière, des tensions parfois durables avec les professionnels de santé.

Processus de constitution d'un pôle de santé



Une fois le volet financier finalisé, le **dossier est présenté au Comité des financeurs**, qui, même si la complexité des différents financements demeure et que leur coordination peut encore être améliorée, est perçu comme efficace. **Sa décision constitue un signal fort** pour les promoteurs et une officialisation de la possibilité de lancer les travaux de construction du bâti.

La cartographie prioritaire, une méthode collégiale gage de transparence et de rigueur

La **carte des zones d'implantations prioritaires**, actualisée annuellement selon une méthode approuvée par l'ensemble des partenaires et **reconnue pour sa rigueur, sert de référence pour l'attribution des financements** des PSLA. Néanmoins, la diffusion de nombreuses cartes sur la démographie des professionnels de santé et la promotion de l'exercice regroupé par différents partenaires de la charte (ARS, URML, URBAN) peut générer une certaine confusion chez les acteurs d'où l'expression de besoins en termes de communication ou de partage d'informations.

Le zonage de référence de cette carte est le bassin de vie, **une échelle d'observation différente de l'échelle réelle de mise en œuvre des projets** qui reste le plus souvent celle de l'intercommunalité.

Cette **méthodologie, adaptée pour cibler des espaces à dominante rurale à fort risque de désertification médicale** devra être affinée et inclure des indicateurs sociaux, économique et d'état de santé si l'on souhaite se pencher sur des problématiques urbaines.

RESULTATS ET ANALYSES

Le regard des usagers

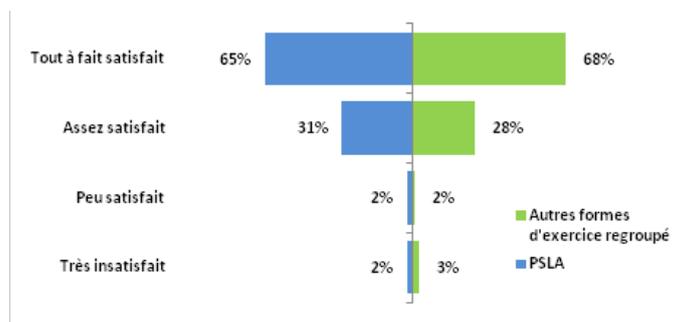
Organisée entre le 15 et le 19 juillet 2013, une enquête par questionnaires sur 8 sites (5 PSLA et 3 autres formes d'exercice regroupé) a permis de recueillir l'avis de 613 patients âgés de 13 à 89 ans. Les écarts constatés entre les usagers des PSLA et ceux des autres formes d'exercice regroupé ne sont pas significatifs au plan statistique.

Une zone d'attraction plus large que celle référencée dans la charte avec un temps d'accès dépassant les 20 minutes pour 11% des patients. Cette attractivité reste cependant plus limitée que le bassin de vie, plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants, ce qui n'est pas étonnant, l'un des principaux motifs de venue des patients étant la proximité géographique.

La majorité des patients sont venus pour suivre leur professionnel de santé et sont suivis par un seul professionnel (64%). Ils sont globalement satisfaits et pensent majoritairement bénéficier d'une meilleure proximité (63%) et accessibilité (59%) ainsi que d'une amélioration de leur prise en charge.

Ils citent cependant encore une difficulté d'accès à certains spécialistes (ophtalmologistes, pédiatres, gynécologues, etc) mais aussi aux chirurgiens-dentistes et sages-femmes. Ils expriment également des attentes concernant l'organisation des actes de soins non programmés.

Des patients globalement satisfaits



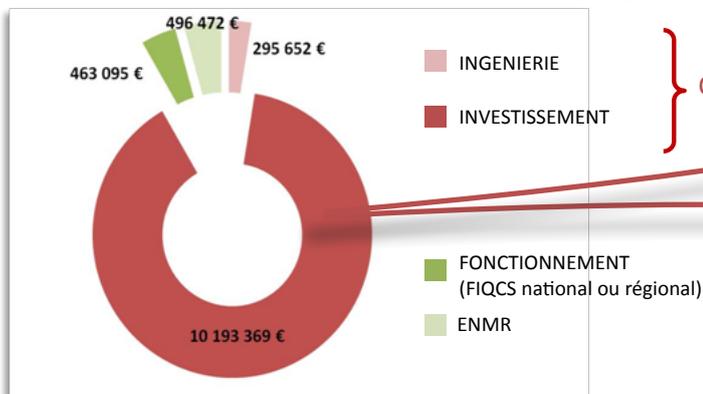
Source : ORS de Basse-Normandie, Enquête usagers

Approche médico-économique : des moyens essentiellement alloués à l'investissement

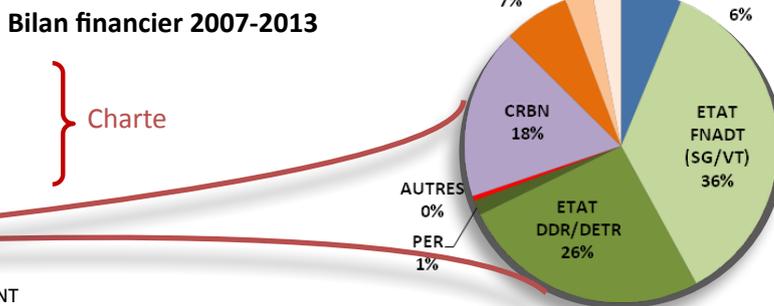
La charte mobilise conjointement des financements départementaux, régionaux, nationaux voire européens.

Sur les moyens recensés dans le bilan financier 2007-2013, les plus conséquents concernent l'investissement pour la construction ou la rénovation de bâtiments pour les 16 projets engagés.

Bilan financier 2007-2013



Source : ARS de Basse-Normandie - DPERF



Un peu moins de 300 000 euros ont été consacrés à l'ingénierie, apport essentiel pour l'accompagnement des démarches collectives des professionnels de santé, l'étude de faisabilité et la validation des projets. L'Etat est le financeur le plus fortement mobilisé.

Les collectivités locales portent le reste à charge des projets (entre 22% et 73% des montants), **témoignage de leur fort engagement** et de leur souci de garantir à leur population un accès aux soins satisfaisant.

D'important moyens humains sont investis dans la mise en œuvre de la charte (postes dédiés, temps de réunion, etc.).

Un nécessaire accompagnement financier des pôles dans leurs missions

D'autres aides complètent les subventions mobilisées dans le cadre de la charte : aides au logement et au transport des stagiaires de médecine générale (ARS - CRBN - CG50 et 61 - Faculté de médecine), aides au fonctionnement issus du FIQCS national ou régional, crédits de l'Assurance Maladie dans le cadre de l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Elles couvrent une partie des besoins mais ceux existants en matière de mutualisation et de coordination appellent d'autres réponses organisationnelles et financières.

Ainsi, **les mutualisations logistiques au sein des PSLA ont vocation à se renforcer** (développement de la pluridisciplinarité, coopérations, mouvements de personnels). **La coordination interne**, nécessaire au vivre et travailler ensemble, **s'appuie sur des financements existants mais non pérennes** (ENMR, FIR). Quant à **la coordination avec les partenaires du territoire** pour un parcours coordonné de santé et un projet de santé de territoire, elle **n'en est encore qu'à ses prémices**. Il paraît difficilement envisageable que les professionnels des PSLA soient seuls responsables et sans moyens dédiés de la mise en œuvre de cette coordination à l'échelle du bassin de vie.

RESULTATS ET ANALYSES

Les effets observables sur les pratiques et les territoires

Sur les territoires des PSLA ouverts, un maintien de la démographie médicale

Médecins généralistes	2005	2008	2011
Total Basse-Normandie	1 177	1 179	1 146
Médecins généralistes installés sur des territoires PSLA	33	-	38
Part des MG sur les territoires PSLA	2,8%	-	3,3%

Le nombre de professionnels de santé libéraux installés témoignent **d'un maintien global des effectifs sur les territoires** qui accueillent un pôle en 2012. On constate **une réelle appétence des jeunes professionnels** médicaux et paramédicaux pour ce type d'exercice.

Cet aspect constitue un objectif prioritaire de la charte régionale même si certaines observations demandent à être confirmées dans le temps.

Des conditions d'exercice améliorées grâce au bâti

Cinq des six PSLA visités bénéficient de locaux spacieux, confortables et répondant aux normes d'accessibilité pour les personnes handicapées. Le regroupement géographique des professionnels accroît naturellement leur visibilité auprès des patients et des autres acteurs du territoire. Il facilite la mise en place de démarches pluridisciplinaires encore souvent limitées aux professionnels du pôle, la communication, la gestion des situations aiguës et/ou inattendues et permet un gain de temps pour les professionnels et les patients. D'une manière générale, il simplifie l'organisation de la continuité des soins. Cependant, l'approche « réseau », en articulation avec les autres acteurs du territoire reste à développer. Ce regroupement fait aussi craindre à certains un assèchement des territoires limitrophes.

Les conditions de location de ces espaces permettent un premier niveau de mutualisation de moyens (charges communes du bâtiment). Pour autant, les fonctions support des activités développées dans le pôle (secrétariat et comptabilité) restent le plus souvent organisées de manière individuelle ou pour les médecins seulement.

De plus, la quasi-totalité des projets de construction ou de rénovation a prévu des espaces communs pour les professionnels : salles de réunion communes, salles d'urgence partagées. Il n'existe pas cependant de salle d'attente totalement mutualisée, on observe plutôt des « îlots de salles d'attente » par professions.

Des conditions favorables à l'amélioration des pratiques

Les pôles constituent des lieux privilégiés pour des stages pluri-professionnels. L'accueil des étudiants est réalisé dans de bonnes conditions grâce notamment à la mise à disposition d'appartement dans les locaux du pôle ou dans la commune. Des maîtres de stage sont identifiés dans tous les PSLA et ce pour de nombreuses professions.

L'accueil de professionnels en formation favorise la venue de remplaçants qui à terme « ont fini par s'installer » et facilite dans le même temps le remplacement des départs en retraite.



L'évaluation a permis de recenser des expériences de formations pluridisciplinaires parfois ouvertes aux autres professionnels de santé du territoire lorsque la composition et l'histoire du pôle avec son environnement le favorise. Certains professionnels sont déjà formés à l'Education thérapeutique du patient (ETP) et d'autres ont engagé une formation par l'intermédiaire de l'Espace régional d'éducation thérapeutique (ERET), tous dans le but d'animer des séances d'ETP. Enfin, des réunions d'échanges de pratiques autour d'études de cas de patients complexes et des pathologies ont également été mentionnées. Ces expériences restent pour le moment limitées en nombre par le temps nécessaire à leur organisation et par la question de leur financement à long terme.

Un partage d'informations souvent informel et relativement cloisonné

D'une manière générale, la communication se trouve facilitée par l'existence d'un espace commun ou d'un système d'information partagé voire d'un site internet.

Les échanges avec l'extérieur concernant les patients transitent le plus souvent par messagerie sécurisée (Apicrypt). Pour le partage plus général de données relatives aux patients, les professionnels des pôles ouverts restent à l'heure actuelle dans l'attente du Dossier médical personnel (DMP).

L'enjeu de la coordination

La politique régionale de déploiement des PSLA leur donne comme objectifs opérationnels, entre autres, d'assurer la coordination des soins ainsi que la coordination des prises en charge sanitaires et sociales. La réalisation de ces objectifs implique la mise en place de différents niveaux de coordination :

Une coordination pour la continuité des soins entre les professionnels du pôle

Une coordination des soins au sein du pôle facilitée par la proximité

Dans la quasi-totalité des pôles, des réunions interprofessionnelles trimestrielles ont été mises en place et des cas patients peuvent être abordés. Au-delà de ces réunions, les échanges bilatéraux médecin / professionnel paramédical apparaissent facilités par l'exercice regroupé. Cette coordination demeure de nature informelle. Les consultations pluridisciplinaires sont exceptionnelles et peu encouragées par le paiement à l'acte des professionnels.

Le pôle d'Ifs, unique exemple de PSLA structuré en réseau de professionnels ayant tous conservé leur domiciliation originale, a développé un site Internet doté d'un espace réservé pour l'information et la coordination de ses membres. Cette forme de regroupement, certainement plus aisée en milieu urbain, souligne la plasticité en terme de fonctionnement et de structuration des PSLA.

Prise en charge des cas complexes et éducation thérapeutique, héritage des réseaux

Dans le cadre de la prise en charge des cas complexes et des actions menées pour les patients atteints de maladies chroniques, les équipes des pôles mentionnent rarement des protocoles formalisés. Certains font état de dynamiques de travail coordonné héritées de leur participation antérieure à des réseaux de santé.

Pour l'éducation thérapeutique (ETP), deux cas de figure se dégagent soit les professionnels des pôles ont fait le choix de financer, via les ENMR, des actions d'ETP réalisées par des acteurs extérieurs soit des professionnels formés à l'animation de séances en organisent en interne.

Il est à noter que la participation aux nouveaux modes de rémunération (ENMR) est un levier important pour la mise en place de ces actions d'ETP.

Des réponses diverses aux besoins de coordination

Les professionnels des pôles expriment unanimement le caractère chronophage de la coordination, qu'elle soit entre la ville et l'hôpital, ou avec les acteurs médico-sociaux et sociaux.

Face à ce besoin, différentes modalités de réponses ont pu être envisagées ou apportées : poste partiellement ou totalement dédié (le profil pouvant varier), délégation rémunérée à un des professionnels de santé du pôle, répartition des différentes coordinations (budget, ressources humaines, système d'information...) entre des professionnels désignés. En fonction de l'option retenue, le périmètre de coordination peut varier.

Une coordination avec les acteurs sociaux médico-sociaux, de la prévention et promotion de la santé du territoire pour une réflexion de santé publique

Avec le secteur hospitalier, des initiatives individuelles fortement tributaires de relations préexistantes

Le parcours de soins des patients du territoire des PSLA nécessite une articulation avec les structures et établissements hospitalier qui ont rarement été associés au diagnostic initial sur les besoins de santé de la population. La présence d'actions coordonnées le plus souvent informelle est tributaire des relations individuelles préexistantes entre les professionnels des pôles et les établissements hospitaliers.

Quelques démarches spécifiques ont été recensées et notamment la mise en place d'un accès privilégié pour les patients des médecins généralistes d'un pôle aux consultations spécialisées de l'hôpital ou la prise en charge des déchets à risques du pôle par l'hôpital.

Avec les acteurs des champs médico-social et social, des relations embryonnaires

L'organisation d'un projet de santé publique sur un territoire nécessite que des partenariats soient établis avec le tissu local des acteurs des champs médico-sociaux et sociaux. La réflexion sur le projet de santé des pôles n'a le plus souvent pas associé ces acteurs avec lesquels les relations restent encore à construire, les partenariats mentionnés relevant en fait de dynamiques antérieures au pôle.

La mise en place de nouveaux partenariats nécessite du temps. La jeunesse des pôles explique en grande partie que ces partenariats soient encore peu nombreux.

Ces passerelles sont donc pour l'essentiel encore à construire, ce travail restant difficile du fait du relatif cloisonnement des politiques publiques concernées.



Les ENMR, levier pour les actions

En dépit de leur caractère expérimental, la participation aux ENMR est un levier important pour l'organisation de temps d'échanges, d'actions de prévention et d'ETP, qui lorsqu'ils sont partagés entre tous les acteurs permettent une véritable synergie avec les collectivités locales et les prémices d'un projet de santé de territoire en acte.

DISCUSSION CONCLUSIVE

S'il fallait synthétiser

Le temps, un facteur déterminant

Les acteurs rencontrés ont majoritairement souligné que le délai de mise en œuvre des PSLA sur un territoire constituait l'un des principaux freins au déploiement de la politique régionale. Cette lente construction (entre 3 et 5 ans), pour partie ressentie comme impérative, exige en effet un investissement durable des promoteurs originaux souvent peu nombreux. De plus, les entretiens ont fait ressortir la coexistence de différents temps :

- Le temps nécessaire aux professionnels de santé pour définir leur projet individuel et collectif, démarche parfois complexe pour des acteurs historiquement isolés dans leur pratique.
- Le temps des élus, tributaires de calendriers électoraux et soumis à leur propre circuit de décision.
- Le temps de la maîtrise d'ouvrage et ses aléas par nature difficile à anticiper.

Des espaces de travail attractifs, un fonctionnement en réseau qui démarre

À l'exception notable du pôle d'Ifs, les PSLA ouverts s'incarnent pour beaucoup par la construction ou la rénovation d'un bâtiment, facteur incontestable d'amélioration des conditions d'exercice des professionnels actuels et futurs. Cependant, la réflexion sur l'organisation possible du pôle, en tant que réseau de professionnels, pour couvrir les besoins du territoire reste aujourd'hui à approfondir. Sa conduite sera de fait facilitée par le regroupement des professionnels sur un même site.

Un besoin d'appropriation du projet de santé par les acteurs des territoires

Les élus se retrouvent souvent cantonnés au rôle de financeur du bâti, sans toujours pouvoir appréhender la spécificité des PSLA, en partie par méconnaissance du projet de santé dans ses enjeux de coordination des ressources du territoire. Ce constat est également souligné par les entretiens menés auprès des acteurs des champs sanitaires, médico-social et social présents sur les territoires des pôles ouverts.

Une politique volontariste...

La politique PSLA développée en Basse-Normandie est remarquable à plus d'un titre. Fondée sur une volonté et une mobilisation unique d'un ensemble de partenaires institutionnels, elle permet un engagement concerté de moyens financiers spécifiques considérables. On soulignera en sus que ces institutions consacrent un temps très important pour faire vivre la charte et fonctionner ses instances.

Les limites de l'évaluation

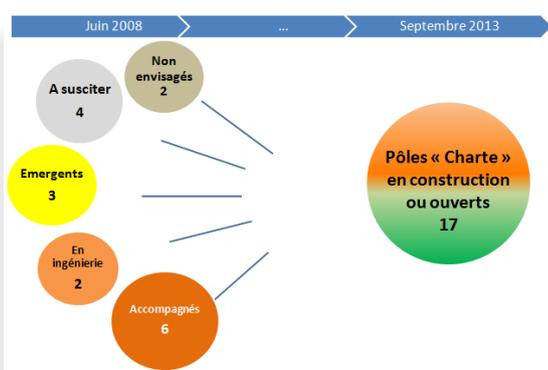
La mesure des effets observables directement liés à la charte est difficile et le restera tant concernant la démographie des professionnels de santé sur les territoires concernés que l'évolution des pratiques professionnelles. Il n'est en effet pas possible de mesurer précisément ces effets « toutes choses égales par ailleurs ».

De plus, l'évaluation menée et restituée ne porte que sur la période 2008-2012, période d'ouverture des 6 PSLA rencontrés. Les pôles récemment inaugurés ou qui vont prochainement l'être n'ont pas été systématiquement contactés.

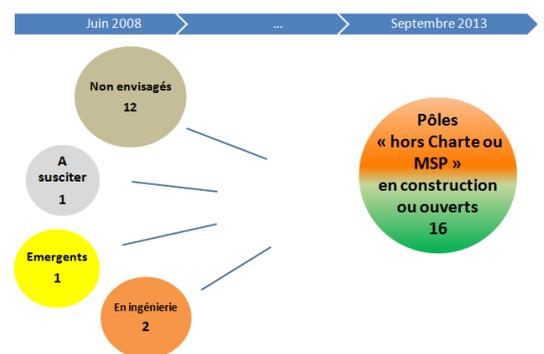
...et locomotive

Cette mobilisation permet d'observer aujourd'hui un très grand nombre de projets suscités qui conduiront à l'ouverture de PSLA ou à la mise œuvre de pôles ou de maisons de santé hors charte, en fonction des territoires d'implantation. À ce titre, la politique PSLA peut être justement qualifiée de politique locomotive dans la promotion de l'exercice regroupé des professionnels de santé en Basse-Normandie.

La mise en œuvre de la politique régionale de déploiement des PSLA
Analyse rétroactive des structures «Charte» ouvertes ou en construction en 2013



La mise en œuvre de la politique régionale de déploiement des PSLA
Analyse rétroactive des structures «hors Charte ou MSP» ouvertes ou en construction en 2013



PROPOSITIONS ET PERSPECTIVES

Et pour l'avenir

Ces résultats montrent l'intérêt de poursuivre les dynamiques engagées dans le cadre de la charte signée en 2008 et invitent à proposer des pistes d'aménagement ou d'amélioration de ce cadre partenarial de travail.

Après une première étape de l'histoire de la charte, les propositions formulées ci-après doivent faciliter le passage à un deuxième temps priorisant l'accompagnement et la mise en œuvre effective des nombreuses dynamiques lancées, le nécessaire renforcement de la coordination des soins pour les pôles ouverts et à venir mais aussi l'articulation et la recherche de complémentarité entre les différentes organisations en place sur les territoires, en cohérence avec les objectifs du Projet régional de santé.

Des aménagements de la charte concernant le pilotage

Trois propositions sont faites concernant le comité de pilotage de la charte :

Réinterroger la composition du COPIL initial à l'aune du bouleversement du paysage institutionnel (représentation des caisses d'Assurance maladie et du champ de la cohésion sociale).

Confirmer l'intégration de nouveaux signataires de la charte (Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux-URIOPSS ; Union régionale des professionnels de santé-URPS non médecins).

Envisager l'intégration de nouveaux signataires (Fédérations hospitalières, représentation des collectivités locales)

Sur un plan plus opérationnel, les axes d'amélioration identifiés sont les suivants :

Tendre vers une harmonisation du fonctionnement des COD (fréquence de réunion, degré d'ouverture aux partenaires, modalité de présentation, d'arbitrage et de suivi des projets).

Envisager que le « projet de santé de territoire » puisse être mis en œuvre progressivement, par étape, en fonction des priorités identifiées par les patients et les professionnels et en tenant compte des moyens humains, organisationnels et financiers mobilisables.

Des modalités de partage des informations à préciser

Les informations utiles aux partenaires pour assurer la promotion de la charte, son suivi et celui des projets pourraient utilement être rassemblées dans un espace dédié (ex : espace collaboratif), en intégrant dans ce suivi de la politique régionale, des informations relatives aux autres formes d'exercice regroupé pour favoriser une vision globale et dynamique du maillage territorial. De plus, la charte pourrait être dotée d'une sélection d'indicateurs pour le suivi de la politique régionale d'une part, et d'autre part, pour le suivi des projets eux-mêmes.

Un ensemble d'outils cartographiques pour accompagner le diagnostic territorial commun

Concernant la production et la circulation de cartographies, les informations à partager étant difficilement superposables, la charte pourrait prévoir plusieurs outils cartographiques pour accompagner le diagnostic territorial commun : carte de zonages ZIP et aides individuelles ; cartes de densité des professionnels de santé ; carte des différents modes d'exercice regroupé ouverts, en construction, en devenir afin de favoriser une vision d'ensemble.

De plus, un travail particulier pour les zones urbaines est reconnu comme nécessaire, ces territoires posant des questions spécifiques notamment d'accessibilité et de population précarisée.

Des actions d'accompagnement en ingénierie à renforcer et à aménager

EN PHASE 1



EN PHASE 2



EN PHASE 3

Pour élargir la réflexion à d'autres acteurs du territoire dès la première étape de constitution du noyau dur des professionnels (structures sociales ou médico-sociales importantes, élus locaux investis sur les questions de santé...)

Pour construire les différents axes du Projet de santé de territoire dans une logique de montée en charge progressive des objectifs et des activités :

1. Organisation des soins et de leur coordination au sein du pôle, ces éléments conditionnant un éventuel projet immobilier.
2. Définition d'objectifs spécifiques en nombre limité dans un premier temps et repérage des partenariats nécessaires pour les atteindre.

Pour accompagner les acteurs – promoteurs au-delà de la construction du PLSA, dans la mise en œuvre du Projet de santé de territoire : conseil, appui à la réflexion, aide à la programmation, passerelle vers les partenaires.

Ce travail pourrait être mené en amont de l'ouverture du pôle, pour maintenir la dynamique collective pendant la construction immobilière quand il y en a une.

Il pourrait s'appuyer sur le dispositif de formation continue des professionnels de santé (Développement professionnel continu).

Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie

Espace Robert Schuman
3 Place de l'Europe
14200 Hérouville-Saint-Clair

Téléphone : 02.31.43.63.36

contact@orsbn.org

Directeur de la publication :

Professeur Dominique Beynier, Président

Travail réalisé par (par ordre alphabétique) :

Elodie BROUDIN (assistante d'études), Pascale DESPRES (Directrice), Catherine ECHEBAULT (en stage de Master 2), Isabelle GRIMBERT (Directrice d'études), Julie MOLETTE (chargée d'études), Julie PASQUIER (chargée d'études), Annabelle YON (Directrice d'études).

Cette publication est téléchargeable sur le site Internet de l'ORS :

<http://www.orsbn.org>