

**Améliorons
le parcours
de santé**



Rencontre-débat



COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION

DU 22 OCTOBRE À ANGERS (49)



COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION DU 22 OCTOBRE À ANGERS (49)

SOMMAIRE

Introduction	p. 3
1. Quelques informations exprimées à titre individuel par les participants	p. 4
2. Les travaux collectifs des participants	
Pistes d'actions de travail pour la communauté des partenaires de santé	p. 5
2.1 Le repérage des personnes fragiles en risque de basculer dans une situation critique	p. 5
2.2 La coordination des intervenants de santé d'un territoire	p. 6
2.3 La communauté des partenaires de santé vue par les participants	p. 7
3. Évaluation par les participants	p. 8
ANNEXES	p. 9
Vote aux tables sur les pistes d'actions	p. 9
Expression individuelle des participants à partir de post-it	p. 9
Dans un an, la mise en place de la communauté aura réussi si... ..	p. 10
Dans un an, ce sera un échec si... ..	p. 11
Ce que les participants attendaient de la démarche	p. 12
Questions ouvertes du formulaire d'évaluation	p. 12



PRÉSENTATION – DU DÉBAT PUBLIC DE SANTÉ « AMÉLIORONS LES PARCOURS DE SANTÉ » À LA COMMUNAUTÉ DES PARTENAIRES DE SANTÉ

Ce document présente l'ensemble des travaux menés par les participants à la rencontre du 22 octobre 2015 à Angers qui a réuni 61 personnes.

Objectif : réfléchir entre acteurs de terrain sur les formes que pourrait prendre un lieu d'échange des intervenants en santé du territoire, ses principes de fonctionnement, ses priorités et la feuille de route qu'il pourrait se donner.

Ces travaux se sont inscrits dans le contexte du projet de loi de santé (non-finalisée au moment de la rencontre-débat) qui favorise la mise en place volontaire dans chaque territoire de communautés des partenaires de santé, espaces de réflexion et de propositions, ayant pour mission d'aider à l'articulation des acteurs en santé, pour plus d'efficacité et une meilleure coordination. Ils visent à contribuer, en lien avec l'Agence Régionale de Santé, à la future mise en œuvre de ces communautés dans les territoires.



La communauté des partenaires de santé, un lieu de dialogue et de concrétisation de projets pour une grande diversité d'intervenants

Cette communauté réunirait professionnels et bénévoles des champs social, médical, paramédical et médico-social dans leur diversité, parmi lesquels les élus, les acteurs de la prévention, les administrations territoriales, les représentants d'usagers ou encore les pompiers, la gendarmerie et la police ne doivent pas être oubliés.

Elle est décrite comme un lieu de dialogue qui permettrait aux différents intervenants de santé de se connaître, de décroquer les différents champs professionnels et d'apprendre à travailler ensemble. Son bon fonctionnement reposerait sur son animation (importance du rôle de coordinateur), la mise en place d'outils de communication entre les acteurs du territoire, et la définition d'objectifs communs centrés sur l'intérêt de la personne bénéficiaire d'aides et de soins.

La pérennité de l'investissement des intervenants sera liée à la capacité de la communauté à concrétiser des actions rapidement.

Des pistes de travail pour la communauté des partenaires de santé

Les participants se sont exprimés en votant individuellement pour les pistes d'actions évoquées lors de la réunion du 23 juin à Angers (voir tableau en annexe page 9) qui permettent d'améliorer la coordination entre les intervenants des parcours de santé et l'amélioration des processus de repérage des personnes en risque de basculer dans une situation critique.

Une des priorités de la communauté des partenaires de santé, telle qu'esquissée à Angers, porte sur l'amélioration des échanges d'information entre intervenants du territoire de santé, en particulier lorsque la situation le nécessite et qu'un travail ciblé doit être réalisé entre l'hôpital et les intervenants au domicile pour anticiper la sortie d'hospitalisation. Deux autres pistes travaillées impliquent un travail de dialogue : la connaissance par les intervenants du territoire des initiatives existantes et la mutualisation des ressources.

Enfin, un travail sur le choix, le rôle, le statut de coordinateurs des intervenants de santé a été mené par les participants.

1. QUELQUES INFORMATIONS EXPRIMÉES À TITRE INDIVIDUEL PAR LES PARTICIPANTS

La volonté de s'engager dans la communauté des partenaires de santé à l'échelle du bassin de vie et d'emploi

À Angers, pour 54 friches remplies, **47 personnes se disent prêts à s'engager** dans une communauté des partenaires de santé qui serait mise en place dans leur territoire.

	ANGERS
Ne se prononcent pas	7
Une fois par an	2
Deux fois par an	24
Trois fois par an	11
Quatre fois par an ou plus	8
Prêts à s'engager sans précision	2
Sont prêts à s'engager (TOTAL)	47

Les points clés de la communauté

Les participants indiquent que la réussite de la communauté nécessite :

- De placer la personne au cœur des préoccupations de la communauté
- Des moyens (financement et coordination)
- Des outils de communication
- La qualité du dialogue entre ses membres. L'instauration d'une équité (de parole, de légitimité) entre tous les participants. Des temps d'échange nombreux, utilisant un langage clair et transparent pour aboutir à une culture commune
- La diversité de ses membres
- La volonté, mais aussi la capacité de chacun de s'y investir. Du temps (rémunéré) accordé à ses membres pour y participer
- Le lien avec l'ARS et la prise en compte des propositions de la communauté par l'Agence

Sa réussite s'évaluera également :

- Au regard de ses travaux et de la concrétisation de ses projets
- À sa capacité à participer à la mise en place d'outils pour tous les intervenants du territoire (dossier médical partagé, outils communs de repérage des personnes à risque...)
- À l'amélioration de la prise en charge des personnes

Les facteurs d'échec de la communauté :

- La non-prise en compte des ressources existantes
- Les projets trop longs
- Le manque de soutien et de prise en compte par l'ARS
- L'oubli de l'utilisateur
- Le manque de coordination, l'absence de référent
- L'absence de concrétisation de projets
- Le manque de volonté des acteurs
- Les différences culturelles entre professions et champs d'intervention, s'ils ne sont pas dépassés



2. LES TRAVAUX COLLECTIFS DES PARTICIPANTS

PISTES D' ACTIONS POUR LA COMMUNAUTÉ DES PARTENAIRES DE SANTÉ

2.1 Le repérage des personnes fragiles en risque de basculer dans une situation critique



➤ **La connaissance et la coopération des acteurs du territoire entre eux afin d'améliorer le repérage des personnes en risque de basculer dans une situation critique.** Cela passe par l'apprentissage du travail en commun et la formation des intervenants de santé.

Les échanges, la communication entre les participants sont indispensables. Des systèmes d'information partagée sont à mettre en place ou à généraliser. La reconnaissance du temps consacré à la coordination entre acteurs est essentielle.

Points de vigilance :

- Le manque de temps ou de reconnaissance de temps sont des freins
- Les évolutions régulières des programmes des institutions, leur fluc-tuance, rendent difficile une connaissance exhaustive et « à jour » de ce qui existe
- Tous les acteurs du médical, médico-social et du social sont concernés
- Le respect du secret médical

➤ **Améliorer l'échange d'informations.**

Favoriser la coopération des différents secteurs d'activité et le décloisonnement en ayant une approche systémique et une prise en charge globale de la personne.

Les différents intervenants potentiels du parcours de la personne seront identifiés pour orienter la personne de manière pertinente. Le système d'alerte sera simple à activer et réagira rapidement. Un outil de suivi permettra de s'assurer de la prise en charge de la personne.

En préambule de la mise en place des outils de repérage, une réflexion sur les notions de risques, de co-responsabilité et sur un langage commun entre les acteurs sera menée afin de permettre un décloisonnement et de gommer les différences.

Ces améliorations reposeront sur un groupe de travail qui sera composé des principales parties prenantes : représentants des patients et de leurs proches, professionnels de champs sanitaire, médico-social et social (libéraux, structures...), élus, CCAS, associations, ARS ou encore Conseil départemental. Ce groupe déterminera également des critères et des outils pour mesurer l'impact de la démarche et sera mobilisé pour diffuser l'information via les réseaux de chacun.

Points de vigilance :

- Former en particulier les professionnels au plus proche des populations à risque, sur les outils et sur le repérage
- Le coût des formations
- Dégager du temps

➤ **Une équipe pluridisciplinaire située à l'échelle de la commune** (par exemple au sein de la mairie ou du Centre communal d'action sociale) analysera les demandes et les alertes lancées par les intervenants de santé ou des habitants. L'équipe appréciera la situation, l'opportunité d'intervenir auprès de la personne et selon quelle modalité (avec qui et comment ?).

L'équipe doit être installée dans un lieu identifiable et accessible. Elle disposera de souplesse dans ses modalités d'intervention tout en faisant preuve de rigueur et d'éthique. Elle sera formée et aura une connaissance exhaustive de l'offre d'aide et de santé du territoire pour orienter et accompagner les personnes dans leur parcours. Les acteurs du territoire devront également être préparés à travailler avec cette équipe (information, rencontres, formation...)

Points de vigilance :

- Veiller à ce que la mise en place de cette équipe ne revienne pas qu'à ajouter une couche à un mille-feuille.
- Comment la personne est associée à l'alerte qui est donnée à son sujet ? L'équipe respectera son rythme, son cheminement, prendra en compte les spécificités de ses troubles...

➤ **Formaliser un réseau et un guichet unique.** Le réseau sera coordonné par un acteur désigné par une autorité compétente afin que sa légitimité soit reconnue par tous. Il agira par agrément ou par un financement à définir. Il aidera à orienter professionnels et usagers vers les intervenants adaptés qu'il connaîtra grâce à son rôle de coordinateur. Il montrera réactivité, souplesse, adaptation et disponibilité.

Cet acteur peut être consultable à distance (téléphone, internet) ou présent sur le territoire (échelle à préciser). Le lieu d'implantation sera à définir en fonction des ressources et des habitudes des intervenants et des habitants du territoire.

L'acteur légitimé œuvrera à la visibilité du réseau, notamment par une permanence dans les services d'urgence.

Points de vigilance :

- Le besoin de reconnaissance d'une légitimité du coordinateur et que son intervention ne soit pas perçue comme intrusive
- La souplesse du réseau d'acteurs. Ce dernier peut concerner un grand nombre d'intervenants éloignés du champ de la santé

2.2 La coordination des intervenants de santé d'un territoire

► La mutualisation des moyens des professionnels de santé permettant de dégager des ressources pour un meilleur suivi des patients et de faciliter l'accès aux soins de ces derniers.

Un maillage plus dense de maisons pluridisciplinaires de santé permettra cette mutualisation. Ce travail, mené avec les intervenants concernés (du social, médical et médico-social et les formations en santé), partira du besoin de l'usager et de l'identification du « plateau technique » à mettre en place dans ces maisons de santé pour répondre à ce besoin.

Le travail entre les intervenants sera adapté aux problématiques particulières de certains publics (précaires, personnes en souffrance psychologique, personnes handicapées, personnes âgées...) et aboutira à une culture commune de l'accompagnement de la personne (dans sa globalité et pas seulement dans la pathologie). Il sera pris comme une opportunité d'établir des relations de confiance entre intervenants.

Points de vigilance :

- L'adhésion des acteurs à la démarche et leur disponibilité (question de l'obligation à y participer et de la rémunération du temps passé)
- L'isolement des professionnels de santé indépendants

► Des coordinateurs désignés pour les intervenants des parcours de santé pour garantir une réponse cohérente, notamment aux situations complexes.

Des équipes mobiles assureraient la coordination dès qu'un acteur, tel que le médecin traitant en formulerait la demande. Les critères de prise en charge par une assistante sociale des services sociaux des communes ou de l'hôpital seront élargis pour leur permettre d'intervenir davantage dans la coordination des parcours de santé.

Autour du médecin traitant (ou de l'hôpital) - considéré comme « donneur d'alerte » - des satellites d'acteurs seront créés selon les besoins identifiés. Ces « sphères » d'intervention seront délimitées en fonction de pathologies et pour chacune d'entre elle un coordinateur sera choisi. Il s'agira par exemple de la protection maternelle et infantile (PMI) ou des Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC).

Points de vigilance :

- La volonté de collaborer, l'harmonisation des pratiques, la connaissance des acteurs (sensibilisation), l'adhésion du malade et de l'entourage familial, trouver un support unique de recueil d'information et de transmission, partager la notion de secret professionnel, et ne pas oublier la prévention
- Des territoires échappent aux acteurs qui assureront la coordination (les CLIC ne couvrent par exemple pas tout le territoire)
- Favoriser la mobilisation du champ social pour compléter le diagnostic en élargissant le périmètre d'action des assistantes sociales

► Améliorer l'échange d'informations et la communication autour de la personne concernée dans un temps raisonnable entre les différents intervenants de santé

pour faciliter ou permettre le retour à domicile après une hospitalisation et pour faciliter les soins complexes à domicile. L'échelle géographique à prendre en compte peut dépasser les frontières départementales, pour être dans la logique du bassin de vie, du bassin de santé.

L'amélioration de la communication passera par des initiatives variées :

- Des rencontres des différents intervenants seront organisées au cabinet médical avec le patient pour créer un protocole adapté et personnalisé, sans cloisonner les intervenants et sans obliger la personne à faire elle-même la synthèse
- Un plan personnalisé de santé pour décloisonner les intervenants
- Par un appel systématique de l'hôpital à au moins un acteur de terrain proche de la personne en cas de sortie d'hospitalisation nécessitant une prise en charge
- Des échanges téléphoniques, des messages électroniques, la transmission de fiches de soins et de liaison (accessibles aux intervenants et aux patients), la mise en place du dossier médical partagé
- La transmission des ordonnances directement aux pharmacies pour préparer la commande et la livrer au domicile lorsque c'est nécessaire
- Un coordinateur qui soulagera le médecin traitant et préparera les actions d'un Plan Personnalisé de Santé. Ce coordinateur peut être un membre d'un réseau qui intervient auprès de la personne, un infirmier coordinateur d'un SSIAD, un responsable de services au domicile (à Angers se met en place une Coordination Territoriale d'Appui)

Point de vigilance

- Le manque de culture de coordination de certains intervenants (notamment de médecins généralistes – même si c'est aujourd'hui dans le référentiel de leur formation).



LES TRAVAUX AUX TABLES

PARTIES PRENANTES	INGRÉDIENTS POUR RÉUSSIR	INGRÉDIENTS POUR ÉCHOUER	BESOIN DE PROGRESSER SUR...	LA COORDINATION IDÉALE
<ul style="list-style-type: none"> - Les professionnels de santé libéraux et institutionnels - Le secteur social et médico-social - Les instances décisionnelles, les acteurs politiques et les organismes financeurs - Les représentants d'usagers et tous les citoyens <p>Plus en détail : infirmiers, médecins, pharmaciens, kinésithérapeutes, assistance sociale, auxiliaire de vie, psychologues, maires, élus, maisons de santé, établissements sanitaires, associations, tous les acteurs qui ont trait au premier recours, l'hôpital et autres structures hospitalières, les structures d'aide et de soins à domicile (SSIAD, HAD, centres de santé, infirmiers libéraux, auxiliaires de vie...), famille ou tutelle, patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure connaissance des uns et des autres - Se retrouver entre acteurs d'un même territoire (villes, campagnes isolées...) - Connaissance des partenaires existants - Bonne communication verbale et écrite - Outil de communication commun, simple - Communication entre partenaires - Participation des financeurs, des politiques - Bénéficier de leviers financiers et juridiques - Utilisation des messageries cryptées déjà existantes (APICRYPT) - Outils communs, système d'information partagé ou interconnecté performant et actualisé - Volonté de travail en synergie dans l'intérêt de la personne - Être entendu - La légitimité <p>Moyens :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dossier informatisé sécurisé avec accès des données en fonction du profil de l'intervenant • Réunions de concertation à intervalles régulières • Identification d'un coordinateur • Mettre en place un système d'alerte « perte d'autonomie » afin de prévenir les situations de crise 	<ul style="list-style-type: none"> - Complexité - Absence de prise en compte du temps des libéraux consacré à la coordination - Isolement des acteurs de santé - Non prise en compte des souhaits et besoins des intervenants de santé par les décideurs politiques, les financeurs - Déficit d'information (par exemple sur le HIV, les IVG...) - Cloisonnement de certaines professions - Pas de supports pour collecter les informations sur les patients - Problème du secret médical - Cloisonnement, travail isolé, défaut de considération du travail par les autres « partenaires » - Déficit de transmission des informations : • Le chacun pour soi, perte de vue de l'intérêt du patient • Manque de moyens dans la coordination, le dépistage des patients à risque de décompensation (qui vont aboutir à des dépenses de santé bien supérieures : hospitalisation prolongée...) 	<ul style="list-style-type: none"> - Simplification du système - Accepter de lâcher son pré-carré - Savoir (ou apprendre à) travailler ensemble - Repérer les 5% de situations problématiques - Connaissance / complicité des acteurs - Repérer les situations de manque dans le placement des patients (manque de place en EHPAD, personnes handicapées, personnes âgées...) - Maisons médicales pluridisciplinaires : • connaître ses limites et orienter vers des partenaires plus adaptés • coordination des différents acteurs concernés - La communication : • Volonté de communiquer • Formaliser les outils de communication 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance et « complicité » des acteurs du territoire avec les moyens de réaliser la coordination des acteurs - Des outils essentiels au bon fonctionnement de la coordination : • Questionnaire type disponible pour chaque partenaire qui permettrait d'orienter efficacement le patient • Réunion des partenaires • Anticiper la dégradation de la situation des personnes • Echanges entre intervenants à chaque étape de la prise en charge • Moyens de communication communs, simples à utiliser et rapides

3 - EVALUATION AUPRÈS DES PARTICIPANTS



Les participants sont largement **satisfaits de cette rencontre** à Angers.
Les participants expriment leur **intérêt** et leur **satisfaction** à avoir participé à ces réunions.
La **méthode d'animation** a plu, elle est perçue comme **efficace, structurée, dynamique et conviviale**.
Des participants indiquent avoir **manqué de temps de travail en groupe**.

Ils sont **dans l'attente d'un compte-rendu** puis des **suites données à ce travail**.
Ils espèrent que ce travail aura un **impact**.
Ils indiquent également avoir **rencontré des intervenants qu'ils ne connaissaient pas** et être **demandeurs de nouvelles initiatives** de ce type.

Les fiches d'évaluation leur ont permis de réagir à une série de propositions.
Ils sont à **l'unanimité d'accord** avec la proposition « la rencontre-débat, c'est...
rencontrer des gens d'horizons différents.»

Ils sont **presque unanimement** d'accord pour dire que participer à un Atelier Participatif, c'est...

Prendre du plaisir, l'ambiance est conviviale
Être écouté et pouvoir s'exprimer
Voir comment les choses pourraient changer
Réfléchir à s'engager davantage



ANNEXES

Les participants à la réunion du 22 octobre étaient séparés en 3 catégories. Les premiers travaillaient sur la coordination des intervenants, les seconds sur l'amélioration du repérage des personnes en risque de basculer dans une situation critique, les troisièmes sur le fonctionnement d'une communauté des partenaires de santé. Ils ont été appelés à voter pour les pistes d'actions les plus adaptées à leur thème (pour ceux qui travaillaient sur la communauté des partenaires, à voter pour l'action à mener en priorité par une communauté des partenaires de santé).



VOTES AUX TABLES :

	Coordination entre intervenants de santé	Amélioration du repérage	Communauté des partenaires	TOTAL GÉNÉRAL
1. Formaliser un réseau d'acteurs	1	7	1	9
2. Améliorer l'échange d'informations	6	6	2	14
3. Prendre en considération la coordination dans le temps de travail	0	5	2	7
4. Des coordinateurs désignés pour les intervenants des parcours de santé	8	1	3	12
5. La mutualisation des moyens	5	0	1	6
6. Améliorer la connaissance des initiatives existantes	11	0	3	14
7. Des outils et des lieux ressources pour mieux informer et orienter	2	3	0	5
8. Mettre en place des réponses mieux adaptées à chaque situation	3	3	2	8
9. La formation (co-qualification) des différents acteurs	3	1	1	5
10. Le dialogue de l'hôpital (...) avec les intervenants extérieurs et les familles	2	3	3	8
11. Permettre la transmission rapide entre l'ensemble des professionnels	13	1	4	18

DANS UN AN, ÇA AURA RÉUSSI SI...

➤ **La communauté territoriale de santé bénéficie de moyens :**

- Les moyens sont mis en place.
- Les autorités de tutelle encouragent et financent des temps de coordination.

➤ **Une meilleure connaissance et un dialogue de qualité s'instaure entre les acteurs :**

- La légitimité de chacun, la voix de chacun a autant d'importance. Chacun est un maillon du parcours.
- Nous arrivons à instaurer des échanges et un dialogue entre tous les acteurs de la santé.
- Elle a formalisé des outils, un langage, des actions concrètes et une meilleure connaissance des acteurs.
- Mise en place de la communication entre les différents intervenants autour des généralistes et travailleurs du domicile.
- Si les professionnels de santé échangent plus facilement (grâce à un annuaire par exemple).
- Les temps d'échanges, de coopération et de travail se multiplient entre les différents acteurs présents dans le cadre de cette réunion.

➤ **Chacun a su écouter l'autre**

- La connaissance des différents partenaires de santé est améliorée.
- On se retrouve pour améliorer, pour communiquer. Il faut savoir s'adapter et coopérer.
- Amélioration des échanges de proximité.
- Chacun reconnaît le rôle et la place de l'autre.
- Un langage clair et transparent s'instaure. Développer une culture commune.
- Volonté de tous : acteurs, politiques, financeurs.
- Les différents acteurs se sont identifiés.

➤ **Des outils sont mis en place pour le fonctionnement de la communauté :**

- La communication, le partenariat ont été pris en compte.
- Un outil de communication facile, accessible et rapide est créé.
- Si on nous donne du temps pour faire vivre et réajuster la communauté.

➤ **Le travail de la communauté est reconnu par les autres acteurs :**

- L'ARS considère les propositions, les remontées d'informations.
- L'ARS prend en compte nos considérations.
- L'ARS prend en compte toutes ces propositions.
- La communauté a convaincu un large public.
- Il existe une reconnaissance de tous les partenaires entre eux et également par les pouvoirs publics.

➤ **Le travail se concrétise :**

- Des actions concrètes.
- Mise en œuvre et coordination des acteurs.
- On a pu mettre en œuvre des espaces de rencontre et de coordination d'acteurs très divers.
- On peut réunir les différents acteurs sur un territoire pour déterminer une action concrète.
- Des propositions concrètes.
- Des solutions issues d'une réflexion commune sont mises en place (par des professionnels de la santé/ de terrain).
- De réelles actions sont mises en place pour travailler ensemble.
- Si l'animation des acteurs devient pérenne et se développe sur le territoire.
- Il existe un « plan » de prise en charge multidisciplinaire et des orientations, ou éventuellement des prises en charge rapides et adaptées.
- La communauté se réunit régulièrement avec des objectifs partagés.
- Des idées émises lors de ces réunions sur le terrain se concrétisent.
- La communauté a la volonté de collaborer.
- On aboutit à du concret et on continue à profiter de moments de rencontres.

➤ **La communauté participe à la mise en place des outils pour tous les intervenants sur le territoire :**

- Si le DMP (ou son équivalent) fonctionne.
- Les acteurs ont réussi à agir autour d'une volonté commune permettant de limiter les situations de rupture.
- Des outils communs de repérage et d'évaluation des critères de situation de fragilité sont établis.
- Si le dossier informatisé fonctionne.

➤ **La personne est au centre des préoccupations de la communauté :**

- La vie humaine est sacralisée par la communauté.
- On pourra dire qu'elle a réussi si le malade est le bénéficiaire et que les différents acteurs y trouvent un intérêt par rapport à ce qu'ils sont.
- L'usager est concrètement et rapidement pris en charge.
- Les intérêts collectifs passent avant les intérêts particuliers.
- Les usagers en ressentent le bénéfice.
- La communauté communique et évite les doublons de façon simple. En évitant les pertes d'énergie. et de se marcher sur les pieds.
- De nouveaux professionnels voient leur intérêt de se coordonner avec d'autres pour le patient.
- Chacun a accepté que le coordinateur change selon la situation : tantôt le médecin, tantôt le SSIAD, tantôt l'hôpital coordonne.

DANS UN AN, CE SERA UN ÉCHEC SI...

➤ **Pas de prise en compte des ressources existantes :**

- Si on ne tient pas compte de tous les moyens, outils que nous avons déjà.
- Si on se perd dans de nouveaux projets trop longs.

➤ **Pas de soutien de l'ARS :**

- Absence d'une politique de l'ARS définie rapidement.
- L'ARS ne prend pas en compte nos considérations et si les formations n'en tiennent pas compte.

➤ **Pas de prise en compte de la personne :**

- Si l'usager a été oublié.
- L'usager est absent des rencontres.

➤ **La communauté ne concrétise pas ses idées :**

- On est toujours autour d'une table à réfléchir sur ces mêmes questions.
- Elle est restée au stade de la discussion. Aucune action mise en œuvre.
- La situation reste inchangée ou non coordonnée.
- Pas de suites pratiques.
- Réunions sans résultat pragmatique, sans ligne directrice balisée par les tutelles.
- La non prise en compte des propositions.
- On reste en léthargie .
- Si on en reste là.
- Rien ne se passe.
- Il y a un manque de volonté.
- Cela n'a pas fait évoluer les moyens collectivement.
- Le discours est privilégié au détriment de l'accompagnement.
- Si aucune action concrète n'a été proposée ni réalisée.
- La situation reste inchangée ou non coordonnée.

➤ **Pas de moyens donnés à cette communauté :**

- Pas de moyen donné à la coordination, qui fait défaut entre des acteurs très occupés.
- Il n'y a pas un référent de cette communauté.

➤ **Il n'y a pas de dialogue entre différentes catégories d'intervenants :**

- Chacun se retranche dans sa culture professionnelle (cloisonnement).
- Les médecins continuent de penser d'abord à eux, à leurs collègues, au CHU.
- Un manque de dialogue entre les acteurs.
- Il n'y a pas de « rencontres », de réunions entre les différents professionnels.
- La communication entre professionnels et ARS, et leur formation ne se fait pas.
- Les acteurs de terrain ne coopèrent pas.

➤ **Autre :**

- Mainmise des politiques sur les acteurs de la santé.

CE QUE LES PARTICIPANTS ATTENDAIENT DE LA DÉMARCHÉ

Les participants ont été invités à noter sur un post-it ce qu'ils attendent du débat public de santé « Améliorons les parcours de santé ».
À partir de ces post-it, le nuage de mots ci-contre a été réalisé à Angers :



QUESTIONS OUVERTES DU FORMULAIRE D'ÉVALUATION À ANGERS :

> Sur le débat public

- Les méthodes d'animation sont efficaces et conviviales.
- Animation dynamique et structurée. Temps un peu court pour une mise en travail réelle mais des pistes de réflexion sont intéressantes.
- Renouveler ce type de rencontres.
- Demander à l'ARS de continuer les échanges, des rencontres sur des thématiques communes (fragilité, dépister les risques, santé publique...).
- Un travail sur des publics plus ciblés pourrait être utile : enfants dans mon cas.
- J'espère que ce type de débat contribuera réellement à faire changer les choses.
- Plus de temps informels.

> Sur la suite

- Si ces échanges peuvent être fructueux et éviter un immobilisme certain, pourquoi pas, mais encore faut-il que des actions soient engagées. Des discours et des discussions sont toujours intéressantes encore faut-il que ces éléments soient pris en compte.
- Possibilité de présenter l'organisation PASSÂGE et les travaux de repérage via la MAIA, le travail sur le recueil de consentement de l'utilisateur via la PFS, si cela peut être utile à des groupes de travail pour partir du concret.
- Comment délimiter au plus juste un territoire de santé pour mettre en œuvre une véritable coopération des acteurs pour améliorer le parcours de santé des habitants de ce territoire.
- Les réponses aux questions précédentes ne seront valables que si la situation change. Pour ma part, j'ai appris à connaître des associations ou des organisations que je pourrais conseiller si besoin.

> Des recommandations

- Il faudrait faire des expérimentations concrètes pour nous permettre de croire à des changements possibles.
- La place des associations est à ne pas négliger car elles ont également une expertise. Attention, une personne malade évolue aussi dans une société élargie à la prise en charge globale (financière, sociale...).
- Ne pas s'arrêter à ces temps de rencontres. Il faut expérimenter.

> Autre remarque

- Je pense que la vision de la santé au niveau de l'ARS est des EUROS et non les vrais besoins.

COMPTE-RENDU DE LA RÉUNION DU 22 OCTOBRE À ANGERS (49)

