



ACCOMPAGNEMENT A L'ELABORATION DU PROJET : "MAISON DE PROMOTION DE LA SANTE DE PROXIMITE"

COMMUNAUTE DE COMMUNES EURE-MADRIE-SEINE

RAPPORT INTERMEDIAIRE

Janvier 2009

Personnes référentes :

Gaëlle LANGLOIS : Consultante et coordinatrice méthodologique et pédagogique à l'Institut renaudot

Mail : langlois-renaudot@wanadoo.fr

Josette SAGOT : Secrétaire Générale de l'Institut Renaudot

SOMMAIRE

METHODOLOGIE DE TRAVAIL **p.3**

LE PROJET PARTAGE... **p.4**

I - VALEURS ET PRINCIPES DU PROJET **p.5**

II - DES OBJECTIFS VALIDES PAR L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES IMPLIQUES **p.6**

III - LA CHARTE DU PROJET, PARTAGEE PAR TOUS LES ACTEURS **p.9**

IV- DES CONDITIONS DE REUSSITE **p.10**

... EN 4 UNITES D'APPLICATION AUTONOMES ET INTERACTIVES **p.14**

I - ACCUEIL, ACCES A LA SANTE, PROMOTION DE LA SANTE **p.15**

II - SOINS DE SANTE PRIMAIRE **p.21**

III - SANTE SOCIALE **p.28**

IV - UN LIEU DE SANTE PUBLIQUE POUR LE TERRITOIRE, PREVENTION ET EDUCATION POUR LA SANTE, IMPLICATION DES USAGERS **p.31**

... SYNTHESE ET PROBLEMATIQUES POUR UNE MISE EN FORME ORGANIQUE ET OPERATIONNELLE **p.34**

ANNEXES : Liste des personnes ayant participé aux groupes de travail **p.39**

METHODOLOGIE DE TRAVAIL

En 2006, des professionnels médicaux et paramédicaux ont entamé une réflexion visant à **repenser l'offre de soins/santé sur le territoire de la Communauté de Communes Eure-Madrie-Seine: CCEMS.**

Consciente de ce besoin, la Communauté de Communes Eure-Madrie-Seine a sollicité l'Institut Renaudot en juin 2007 afin **d'analyser la pertinence de la mise en place d'un tel projet de santé** pour répondre aux besoins actuels et futurs des habitants de la Communauté de communes. Cette première étude, réalisée entre octobre 2007 et mars 2008, a permis d'établir un diagnostic mettant en évidence la nécessité d'une intervention sur cette question au profit du territoire.

De septembre 2008 à février 2009, l'Institut Renaudot a accompagné la CCEMS et ses partenaires dans **l'élaboration du projet de maison de promotion de santé de proximité** soit l'affinement des 4 piliers de la maison de santé au service d'un projet partagé.

Ce document présente la 1^{ère} phase de ce travail d'élaboration qui a permis de :

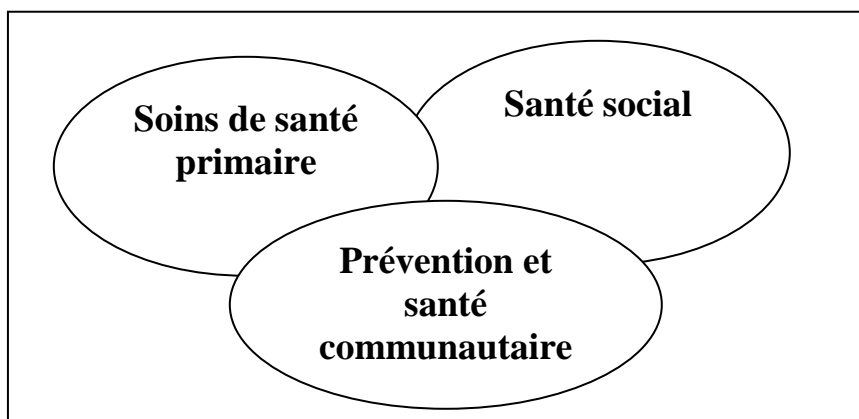
- mobiliser les partenaires potentiellement intéressés (dans les champs sanitaire, social, éducatif, développement de territoire...),
- créer les conditions pour que chaque acteur (professionnel, usager potentiel et usager/habitant, élu, institutionnel) prenne part à la co-construction de ce projet,
- constituer des groupes de travail ayant pour mission de participer à l'élaboration du projet santé/social de territoire et à son fonctionnement,
- faire participer l'ensemble des acteurs à l'animation et la recherche, dans le cadre de 3 groupes de travail, visant à formaliser les piliers du projet de maison de santé et leur interaction à savoir :
 - les soins de Santé primaires,
 - la participation des usagers / habitants, la prévention, l'éducation pour la santé,
 - la collaboration effective avec le secteur social,
 - l'accueil : point fort de l'ouverture à la population de cette "maison", qui au-delà d'un pôle d'offre de soins, engage tous les acteurs dans une démarche de santé globale.

La 2^{ème} phase prévue entre février et avril 2009 vise à :

- Finaliser la disposition des lieux et définir le bâti de la maison de santé (superficie, implantation, budget d'investissement).
- Définir le mode de fonctionnement, les modes de gestion de chaque pilier et la forme de gestion de l'ensemble de la structure, ainsi que la répartition des responsabilités et en établir les règles en coordination interne et externe dans le respect du projet partagé et de la charte de référence.
- Définir un budget d'exploitation et des modalités de financement.

LE PROJET PARTAGE...

La Maison de promotion de la santé



I - VALEURS ET PRINCIPES DU PROJET

Le projet de maison de promotion de la santé (et de son annexe) s'inscrit dans le cadre de la mise en place d'un **projet de santé de territoire dont les finalités sont :**

- l'amélioration de l'accès à la santé des habitants du territoire,
- l'aménagement du territoire,
- la participation active de la population à l'amélioration de sa santé.

Ce projet de santé de territoire doit **s'appuyer sur la mise en place de différents moyens :**

- de nouvelles relations, un autre mode de fonctionnement, entre les professionnels médico-sociaux éducatifs de la CCEMS d'une part et de nouveaux partenariats avec des professionnels du soin et de la prévention du département (hôpitaux, associations départementales...) d'autre part;
- des projets de promotion de la santé développés spécifiquement et/ou mis en place sur le territoire de la CCEMS.
- des volontés de soutien et de pérennisation du projet de la part des institutions et des collectivités territoriales."

C'est **un projet interpartenarial** qui associe l'ensemble des types d'acteurs de la santé d'un territoire :

- des élus locaux et des collectivités territoriales
- des professionnels,
- des institutions,
- des habitants.

La maison de promotion de la santé doit apporter une réponse optimale en termes de santé/social avec :

- plus de pluridisciplinarité et transdisciplinarité des acteurs et structures santé.social
- une réponse à la situation d'offre de soins pré-déficitaire et l'insuffisance de ressources en prévention et éducation sanitaire,
- un travail pour favoriser l'attractivité du territoire et développer la promotion de la santé pour tous ses habitants.

II - DES OBJECTIFS VALIDES PAR L'ENSEMBLE DES PARTENAIRES IMPLIQUES...

- contribuer à l'attractivité du territoire en termes de qualité de vie (en lien avec le SCOT),
- répondre à la désertification médicale effective à moyen terme ; favoriser la venue de nouveaux professionnels de santé,
- mettre en synergie l'existant en termes de structures et de professionnels sanitaires et sociaux pour renforcer le lien sanitaire et social,
- améliorer l'accès à l'offre de soins et de santé : accès géographique, financier, culturel, connaissance, horaires d'ouverture...
- renforcer la mise en capacité des usagers de prendre en charge leur santé (déclaration d'Alma-Ata),
- développer un espace d'accueil et de formation/information des habitants autour des questions de santé/bien-être,
- mettre en place un dispositif continu de recueil des besoins : expressions de la demande des habitants, constats des professionnels, indicateurs sanitaires et sociaux,
- favoriser une coordination de l'offre de santé du territoire en lien aux demandes et besoins, et en articulation avec l'ARS (PRSP, SROS...),
- tester la délégation et le transfert de tâche pour initier un premier niveau d'accès aux soins,
- développer un espace d'accueil, de formation professionnelle, d'analyse de pratiques...
- favoriser l'utilisation des NTIC (dossier médical partagé informatisé, ordonnance électronique, outils informatiques ...),
- innover sur le mode de financement, par exemple : forfait à la capitation,
- améliorer les conditions de travail des professionnels du sanitaire et du social,
- réfléchir à une participation à la permanence des soins organisée sur le département,
- mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé.

Avec un objectif plus politique pour cette maison de santé :

- que la maison de santé soit un des outils d'aide à la décision des politiques locales pour le développement du territoire.

En effet la cohérence recherchée et obtenue par la mise en synergie des acteurs autour du projet global partagé, peut éviter la juxtaposition de projets plus ciblés pourtant concordants et complémentaires ; ces projets traités avec celui de la Maison de Santé, la mise en œuvre des réalisations et organisations leur étant spécifiques pourrait en être facilitée.

... ET LE CHOIX DES REPONSES PRIORITAIRES DE LA MAISON DE SANTE D'APRES LES PARTENAIRES DES GROUPES DE TRAVAIL

Une dernière rencontre de travail commune aux acteurs potentiels ayant participé à l'élaboration de ce projet a permis de mettre en évidence ce qui fait consensus sur cette Maison de la Santé de Proximité et en particulier la valeur et la nécessité du projet, qui pour un grand nombre de ces acteurs, est devenu indispensable.

A ce jour nous pouvons résumer :

→ **Les éléments qui font accord et seront donc priorités :**

- Le principe de l'accueil unique par des personnes qualifiées ou formées garantissant la compétence d'écoute et d'orientation pour un coût réparti sur chaque unité de la maison,
- la coordination pour une mise en synergie entre acteurs sanitaires et sociaux,
- la mise en place de projets d'éducation à la santé, complémentaires à l'éducation thérapeutique en développant plus de compétences et en se situant comme lieu de ressources et de documentation pour les professionnels,
- l'unité de lieu qui favorisera la cohérence des activités et actions et permettra un gain de temps,
- la fonction de mise en synergie du projet qui permettra à des réseaux d'expérimenter puis de généraliser (ex : diabète),
- la formation de relais à l'éducation thérapeutique spécifique intervenant sur le site (avec la maison du diabète par exemple), ou la mise en place de groupes d'usagers/patients, l'intervention vacataire d'un formateur dans la maison de santé,
- le partage et le portage entre acteurs différents d'un territoire à partir d'un projet commun,
- la conception d'un système d'intervention "ouvert" sur le territoire et pas seulement un "lieu",
- "l'envie" de professionnels soignants et sociaux de s'inscrire dans ce projet,
- la "plage d'ouverture" de la maison de santé soit 8h/20h qui cadre avec la responsabilité de l'état 20h/8h,
- l'accès aux soins, pour ceux qui sont en rupture de couverture sociale ou en situation de détresse et d'isolement, en collaboration immédiate et étroite avec les acteurs sociaux,
- la participation effective et respectée des usagers dans l'organisation et l'animation de la maison de santé à travers réflexion, suggestions, propositions et actions.

→ **Les manques à prendre en compte:**

- Manque de précisions sur la place des professionnels en dehors de la maison de santé et de ce que peut apporter la maison aux professionnels installés,
- un possible regroupement d'autres structures ? petite enfance, place d'une crèche pour les praticiens féminins,

- l'étude de fonctionnement et de moyens financiers nécessaire pour que les soignants aient le temps :
 - . de travailler avec les professionnels sociaux,
 - . de participer aux actions de prévention
- la réflexion sur le mode d'engagement qui assurera la participation des soignants et/ou d'autres acteurs sociaux et/ou éducatifs à ces actions,
- la recherche d'un lien et d'une interactivité avec "la santé au travail",
- la conception d'un projet évolutif, d'abord à 5 ans, ce qui supposera d'autres financements et l'arrivée de nouveaux professionnels.

→ **Les éléments qui font encore débats :**

- Comment présenter une image claire de la structure aux habitants (la structure présentant diverses activités) et aux acteurs de la maison de santé (qui craignent une "usine à gaz"?)
 - . en valorisant la place de l'accueil dans cette maison, qui aura une mission forte d'information sur les missions de la structure,
 - . en développant des projets de promotion de la santé du type : "comment garder son potentiel santé ?" et pas uniquement des projets de prévention de pathologies,
 - . en faisant connaître l'avantage d'une consultation /analyse donnée en commun par plusieurs professionnels,
 - . en veillant au confort d'exercice des acteurs en terme de temps et de lieux .
- le souhait des élus locaux de l'application du 1/3 payant à la maison de santé, la CPAM précise que : *«face à la diversité des situations conventionnelles et des comportements déviants qui caractérisent la pratique du tiers payant, son extension ne pourra s'envisager qu'en contrepartie d'engagements forts de l'ensemble des acteurs dans des comportements responsables en terme de consommation de soins ».*
- le risque d'être submergés par des demandes exponentielles...
- le point délicat de la relation usager/ acteurs de la maison de santé dans le souci et le respect du médico-légal, (par exemple : le droit d'accès au dossier partagé),
- le projet d'un "comité d'usagers" qui apparaît indispensable pour les uns et "risqué" pour les autres qui craignent l'excès d'une attitude revendicative ; l'idée d'une proposition participative en complément de la démarche représentative des habitants et usagers est assez séduisante mais elle doit être bien pensée et définie..
- Si tous les professionnels (soignants et sociaux) ne participent pas à des actions de promotion de la santé, comment garantir la culture commune des acteurs de cette maison de santé ?

III - LA CHARTE DU PROJET **PARTAGEE PAR TOUS LES ACTEURS**

Portée par les élus du territoire, les professionnels santé et sociaux, les habitants/usagers, la charte s'adresse et s'impose à chacun des acteurs de la Maison de Promotion de la santé ainsi qu'aux intervenants ponctuels et/ou réguliers de ce projet de santé de territoire.

Cette charte basée sur les objectifs d'expression, de participation, de coordination, de pluridisciplinarité, de collaboration, d'interactivité, d'information, de formation, d'évaluation et de vigilance sanitaire...se décline entre et avec tous les acteurs amenés à accueillir la demande santé/soins pour offrir la meilleure et la plus complète réponse possible à chacun des habitants du territoire.

Cette charte est basée sur 4 principes fondamentaux d'application :

1/ Veiller et participer à ce que la Maison de Promotion de la Santé soit un lieu vivant animé par un projet de développement de santé du territoire :

- * qui fédère en interne les divers acteurs pour garantir la qualité des services proposés,
- * qui agit en structure ouverte sur l'environnement en nouant des partenariats avec les structures, associations et autres professionnels oeuvrant dans le champ santé/social du territoire et de la région,
- * qui assure une animation et une coordination liées au développement de l'activité et des partenariats,
- * qui prévoit, sollicite et pérennise les moyens humains et financiers nécessaires aux objectifs de promotion de la santé définis en commun.

2/ Assurer et respecter la liberté d'exercice de chaque acteur et intervenant dans le domaine de sa compétence et de son rôle propre :

- * en sollicitant et favorisant les formations, informations et échanges de pratiques qui permettront de développer la dynamique d'une pluridisciplinarité et d'une trans disciplinarité effectives répondant à une prise en charge globale de la personne.
- * en recherchant et en favorisant de nouvelles formes de pratiques *
- * en veillant à la place de chacun reconnu dans son identité et son rôle propre en terme de soin, de santé et de social notamment dans les collaborations autour de la promotion de la santé à caractère individuel et collectif.
- * en tenant compte des logiques de chacun des acteurs et partenaires au service de ce projet global partagé

3/ Reconnaître et interpeller les savoir-faire des habitants/usagers et prendre en compte leur capacité d'intervention :

- * en respectant leurs rythmes, leurs manières de s'exprimer et leurs identités,
- * en leur facilitant l'accès à l'information et à la formation,
- * en systématisant avec et pour eux des lieux et des moments de rencontre et d'échanges sur la santé,
- * en provisionnant, chaque fois que nécessaire, des moyens matériels et financiers permettant leur participation effective

4/ Respecter et appliquer cette charte à quelque niveau de compétence et de fonctionnement qu'on se situe en tant qu'acteur et/ou "unité de service" en interne comme en externe.

Cette charte sera remise à signature de chacun des membres de la maison de promotion de la santé ainsi qu'à ses intervenants. Elle sera déclinée dans les Règlements Intérieurs spécifiques à chacune des unités de service conformément au Règlement Intérieur Général.

IV -DES CONDITIONS DE REUSSITE

L'EVOLUTION DES PRATIQUES DE TOUS LES ACTEURS ENGAGES :

- ➔ **L'évolution des pratiques d'offres et de suivi soins/santé des professionnels,**
- ➔ **L'évolution des pratiques d'expression et de suivi des demandes soins/santé des habitants.**

La mise en place de ce projet nécessite des évolutions de mentalités, de représentations, de cultures, de pratiques de chacun (élus, professionnels médico-sociaux éducatifs, habitants, institutionnels).

Ce qu'il faudra:

- ➔ **Des outils pour apprendre à « travailler ensemble » :**
 - la mise en place de formations communes,
 - le développement de la supervision pour favoriser les pratiques coopératives pour développer la pluridisciplinarité pas seulement entre professionnels soignants ou paramédicaux mais aussi avec les professionnels socio-éducatifs,
 - des réunions médicales autour des dossiers qui posent questions,
 - des réunions pluridisciplinaires (socio-médico-éducatif) autour de personnes ou familles qui posent questions,
 - la participation à des réseaux de santé,
 - l'utilisation de nouvelles technologies d'information et de communication,
 - les échanges de pratiques et réalisation d'un centre de ressources,
 - la réponse aux critères d'un terrain de stages écoles et universités,
 - l'évolution de la relation soignés /soignants évitant la mise en dépendance,
 - la mise en responsabilité de la personne et du patient face à sa santé et à son éventuelle pathologie,
 - la prise de conscience que cette dynamique sanitaire et sociale pour chacun des acteurs est une démarche citoyenne qui correspond au bien-être légitime de chaque habitant du territoire et à son attractivité...

...enfin et surtout : donner du temps au temps pour que ces changements de cultures et de pratiques puissent à terme permettre la réalisation la plus complète possible de ce projet de santé de territoire :

**La Maison de Promotion de Santé de Proximité de la CCEMS
qui sera alors une véritable Maison du Bien-Être !**

→ **Des formations par unité et en transversal pour les acteurs des différentes unités :**

Le projet de maison de santé devra **lister le genre de formations** nécessaires aux différents intervenants.

Par exemple, certains participants aux groupes de travail soulignent la difficulté à « parler santé ».

La maison de santé pourra proposer des formations à des professionnels non médicaux afin que ces derniers soient en capacité de « parler santé », d'aborder des sujets de santé auprès de leur public pour les orienter vers les ressources santé du territoire.

Par exemple, les professionnels reconnaissent la difficulté de « parler alcool » lorsqu'ils reçoivent des habitants alcoolisés ou encore d'orienter des habitants sur des ressources psy du territoire.

Le financement de cette participation à des actions de promotion de la santé doit être réfléchi ; au-delà d'un paiement à l'acte, ces actions sont prises en charge par différents financeurs sur appels à projet selon les thématiques et compétences des institutions (PRSP, Conseil Général, Fondation de France, collectivités locales et territoriales...).

LA COORDINATION DE LA MAISON DE PROMOTION DE LA SANTE

La maison de promotion de la santé va associer plusieurs groupes de partenaires :

- Les partenaires médicaux sur le projet de soins de santé primaire,
- Les partenaires sociaux et éducatifs sur le volet promotion de la santé, prévention...
- Les élus et institutionnels sur le projet politique de la maison de santé,
- Les habitants et usagers de la structure sur les différents niveaux de la maison de santé

Les missions de ces coordinations devront être définies clairement en tenant compte des attentes et besoins des différents partenaires.

La coordination des partenaires du « Réseau local de promotion de la santé » :

La DRASS de Haute Normandie définit un « Réseau local de promotion de la santé » comme : un dispositif ayant pour but une approche partenariale et cohérente des actions santé sur un territoire donné, en vue de l'amélioration de la santé de la population.

La DRASS propose d'inscrire ce « Réseau local de promotion de la santé » dans le cadre de la maison de santé et accepte d'en financer un poste de coordonnateur.

L'ensemble des acteurs du territoire participe à la définition des priorités pour développer une démarche de promotion de la santé qui réponde aux besoins de la population et des individus.

Le « Réseau local de promotion de la santé » tel que définit par la DRASS de Haute Normandie est animé et piloté par un coordonnateur santé. Le coordonnateur est une personne ressource sur lequel vont pouvoir s'appuyer les acteurs du territoire pour améliorer l'état de santé de la population.

Il est chargé d'animer le réseau local, de développer une culture commune sur les différentes thématiques de santé, d'accompagner les acteurs dans l'élaboration du programme local de santé et de mobiliser les moyens humains, matériels et financiers pour la mise en œuvre des actions. Il a également pour mission de faire le lien entre le niveau régional et local. Ses missions :

Au niveau local :

- Développer et animer le réseau local de partenaire.
- Participer aux différents dispositifs tels que : CESC, CEL, CLSPD....
- Elaborer avec les acteurs locaux des diagnostics partagés et des orientations de travail qui vont contribuer à la mise en œuvre des actions en éducation pour la santé.
- Animer un point relais documentaire de proximité.
- Former l'ensemble des acteurs afin de développer une culture commune en éducation pour la santé et de créer un pôle d'intervenants au niveau local.
- Apporter des conseils méthodologiques au montage des projets

Ces missions se feront en lien avec les structures régionales telles que le CRES et l'ORS.

Au niveau départemental et régional

- Faciliter la participation des acteurs locaux aux actions menées par les structures régionales : colloques, formation...
- Echanger avec les autres « Réseaux locaux de promotion de la santé » lors des réunions organisées par la DRASS.
- Contribuer aux différents travaux des programmes de santé : PRAPS, PRS, SREPS...

La coordination de l'unité santé - sociale

Cette unité va rassembler un ensemble de structures ou associations non encore totalement définies dont les services du Conseil Général (services sociaux et PMI), potentiellement des services des CCAS et des associations de patients/usagers.

La coordination de cette unité sera travaillée dans la 2nd phase du travail de définition du projet de maison de santé.

La coordination de l'unité soins de santé primaire :

Des éléments de coordination de cette unité à préciser :

- coordination administrative au sein du groupe des professionnels de santé (organisation du travail des professionnels entre eux, recrutement des personnels non soignant = DRH) gestion administrative (rapport avec la CPAM et les institutions, pb des télétransmissions, de codage des actes ...) gestion matérielle spécifique (achat fourniture, stérilisation ...)

- mise en place de projet de santé en dehors du soin
 - éducation thérapeutique,
 - travail collaboratif avec coordinateur de la maison de santé sur projet de santé auprès de la population,
- lien avec l'université et les écoles professionnelles pour l'accueil des personnels en formation (infirmiers, médecins...),

Cette coordination entre professionnels de la maison de santé, ces temps de régulation ou encore d'analyse et d'échange de pratiques sont autant **de nouvelles façons de travailler pour chacun, ce qui implique la nécessité d'un coordinateur** qui soutient, mobilise chacun et tous en rappelant ces nouvelles pratiques.

**... EN 4 UNITES D'APPLICATION
AUTONOMES ET INTERACTIVES**

I - ACCUEIL, ACCES A LA SANTE, PROMOTION DE LA SANTE

La promotion de la santé est : « *le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* ». Elle repose sur 5 stratégies :

- Interpeller les politiques pour élaborer des politiques publiques saines,
- Créer des milieux, des conditions de vie favorables à la santé,
- Favoriser l'implication collective en vue d'une participation effective et concrète de la population aux décisions qui affectent leur santé,
- Favoriser le développement des aptitudes individuelles tout au long de la vie,
- Réorienter les services de santé vers la prévention et la prise en compte globale de la personne.

La promotion de la santé s'inscrit en complémentarité du système de soins.

La maison de santé sera donc un lieu de soin et de prévention et surtout **un lieu de vie, de promotion de la santé et de rencontre des acteurs locaux** (professionnels, habitants, élus, associatifs...) autour des questions de bien-être, de qualité de vie et d'amélioration des facteurs déterminants de santé (recouvrant des aspects politiques, sociaux, économiques, culturels, environnementaux...)

Ce qu'il faudra :

- ➔ Réfléchir à une possible modification du nom de la structure « maison de santé » (qui évoque pour les habitants rencontrés « la maladie » plus que « la santé » ou la « qualité de vie ») afin que les habitants s'approprient cette structure et souhaitent s'y investir : « Maison du bien-être », « maison santé et famille », « maison de la vie », « maison des familles et des citoyens »...

>> Un premier accueil unique qui prend en compte la santé dans sa globalité

Les partenaires (tant professionnels que habitants) souhaitent **un premier accueil** par des personnes (des accueillants : professionnels ? habitants ?) qui écoutent et reçoivent toutes demandes, informent sur la structure et ses missions, réorientent sur l'unité concernée et si **nécessaire** sur les ressources santé/sociale/éducatives du territoire.

L'objectif est d'accueillir **toutes les demandes** dans l'esprit d'un « guichet unique ».

Cet accueil devra garantir la convivialité du lieu et l'implication possible des habitants pour des échanges/santé ou pour accéder aux informations générales du centre ressources.

Un élément clef formulé, par les habitants : « *penser l'accès et l'aménagement comme un lieu d'accompagnement global des personnes malades ou pas* ».

Ce qu'il faudra :

- ➔ **Développer une formation à l'écoute** spécifique pour les accueillants ainsi qu'un « guide de l'accueil » avec toutes les ressources santé/sociale/éducatives du territoire. Financement PRSP ? Fondation de France ?
- ➔ **Etablir les modes de circulations et de coordinations** entre le premier accueil et les accueils spécifiques de chaque unité de services

UN ACCUEIL FAVORISANT L'ACCES A LA SANTE POUR TOUS

L'accès à la santé et aux soins est freiné par de nombreux facteurs : des facteurs sociaux, économiques, culturels, géographiques...

>> Accessibilité sociale:

L'accessibilité sociale à la santé nécessite de prendre en compte les pratiques culturelles, la langue, les habitudes de vie, les publics spécifiques...

Les partenaires soulignent un certain nombre de **publics spécifiques ayant des difficultés d'accès** :

- les adolescents : manque de transport vers le centre de planification à Vernon pour un suivi de la contraception, délais d'attente trop importants concernant le suivi psychiatrique des ados, transport non adapté aux adolescents vers Les Andelys, Vernon ou Evreux
- les personnes âgées,
- les personnes handicapées,
- les personnes en insertion.

Les partenaires observent une population d'origine étrangère à Gaillon, notamment Malienne, ayant des difficultés d'accès à la santé liées à des questions de maîtrise de la langue et de pratique culturelle de santé spécifique.

Ce qu'il faudra

- **Réfléchir avec des associations d'habitants (association Malienne ou autre) aux modalités d'accueil de cette structure** et au « guide de l'accueil » ; des habitants ayant participé au temps fort ont proposé de s'impliquer sur la qualité de l'accueil en 2009. Financement PRSP ? Fondation de France ?
- **Travailler les questions de pratiques de santé liées à la culture** dans le cadre d'une formation adaptée pour permettre aux professionnels de mieux prendre en compte les spécificités culturelles dans la santé
- **Permettre une large plage horaire d'accueil** : 8H-20H en semaine et de 8h à 12h le samedi pour le soin.

>> Accessibilité financière:

Pour éviter les aggravations de pathologies, ou les retards d'interventions en soins, mais aussi pour éviter ou prévenir les comportements à risques entraînant vers la pathologie, il faut pouvoir accéder aux soins et à la santé qu'elle que soit sa situation financière et ce dans le comportement quotidien en amont de l'éventuel accès hospitalier.

Ce qu'il faudra:

- Un engagement sur le **respect des tarifs remboursables** par la sécurité sociale sans dépassement d'honoraires pour les praticiens de la maison de

santé.

- Le **développement de la mise en place du 1/3 payant** notamment pour permettre aussi l'accès aux soins des personnes en difficulté qui ne sont pas à la CMU ou CMUc
- La recherche d'un accord pour favoriser **l'accès financier des professionnels du secteur 2** qui viendront faire des consultations à la maison de santé.

>> Accessibilité géographique aux ressources santé du territoire

La communauté de commune est très étendue géographiquement. De plus des praticiens de santé soignent des habitants de communes en dehors des 23 de la communauté de communes (notamment La Croix St leufroy pour 15 communes)

La maison de santé sera donc déclinée en deux pôles d'intervention : - Gaillon/Aubevoye - La croix-St-Leufroy.

Le développement de moyens de transport s'est donc réfléchi dans deux directions :

- vers les structures santé existantes sur le département,
- et d'une commune de la CCEMS vers la maison de santé.

Ce qu'il faudra

- La mise en place d'un **transport « à la demande »** favorisant le déplacement des habitants lors de problème de santé. A l'image du « flexibus », destiné aux habitants de la CASE (Communauté d'Agglomération Seine Eure) et qui dessert -à la demande-, toutes les communes de l'agglomération.
- Le développement du projet « mob d'emploi » pour des publics spécifiques ayant des difficultés de déplacement.
- Le soutien des habitants volontaires pour mettre en place un **système de co-voiturage.**

UN ACCUEIL DES « HABITANTS » ET PAS UNIQUEMENT DES « MALADES » EN DEVELOPPANT DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE

Pensée pour accueillir les personnes dans leur globalité et pas uniquement les malades, les missions et l'organisation de cette maison visent à **agir sur la santé de la population et pas uniquement sur les individus ayant besoin de soins.**

A partir d'une approche globale des accueillants, la qualité de l'accueil de cette maison sera une première forme de promotion de la santé.

>>La place des habitants pour une promotion de la santé :

La promotion de la santé implique **la participation effective et concrète de la communauté** pour fixer des priorités, prendre des décisions et élaborer des stratégies de planification afin d'atteindre une meilleure santé, du bien-être..

Les éléments de notre diagnostic 2007 ont montré que les habitants de la CCEMS ont une faible consommation de soin et ne consultent un professionnel que dans une optique curative et non dans une optique de prévention.

Les habitants auront donc à modifier leur culture et leurs habitudes vers une prise en charge de leur santé en deçà et au-delà de la peur de la maladie.

Ce qu'il faudra :**→ Développer des temps d'échange/discussion sur la santé :**

- Sur des questions du quotidien autour de la santé, dans une optique de prévention
- Avec un professionnel mais en discutant « librement » et en échangeant entre habitants leurs expériences
- En faisant intervenir des praticiens de l'unité de soins
- Certains pourraient prendre la forme de « groupes de parole »

→ Développer un accueil spécifique pour les enfants à la maison de santé :

Les enfants qui vont voir le médecin ont parfois des appréhensions ; des personnes proposent d'organiser des animations dans la salle d'attente, sous réserve de leur qualification.

→ Réfléchir aux conditions d'implication et de présence des habitants :

- Nécessité d'aller au devant des habitants pour qu'ils viennent à la maison de santé (certains habitants se disent prêts à parler de la maison de santé dans leur commune).
- Changer le nom de la structure « maison de santé » en : « maison du bien-être », « maison santé et famille », « maison de la vie », « maison des familles et des citoyens »...

→ Créer un comité des usagers :

Pour permettre d'inscrire dans la durée la place des usagers avec, entre autres, comme missions de :

- faire remonter les demandes,
- être un garde-fou pour le respect du projet et de la charte en ce qui les concerne (par exemple garantir un temps de prévention porté par la structure),
- aider à organiser les groupes de parole, les actions de prévention, de santé...et autres moyens d'échanges et de réflexion sur la santé, le soins.

→ Etre un lieu d'information, de rencontre des familles d'handicapés de la CCEMS, d'échange d'expertise :

Les familles d'handicapés ont une expertise sur le handicap que n'ont pas les professionnels. La maison de santé pourra être un lieu relais d'information du CLIC (Comité Local d'Information et de Coordination gérontologique) et de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées).

>> Un lieu de recueil des demandes des habitants :

Dans une optique de développement social local les habitants sont présents dans la co-construction non pour « revendiquer » ou « demander » mais pour "exprimer" leurs besoins et "suggérer" des réponses. Ils peuvent alors être associés au diagnostic des besoins de santé, à leur priorisation et la mise en œuvre, voire le suivi et l'évaluation des actions.

Il s'agit, dans cette maison de santé, de développer des actions collectives portées par une dynamique de groupe (professionnels et habitants), autour de thèmes souhaités par les usagers-habitants. Cette approche est complémentaire de l'approche individuelle (colloque singulier entre un soignant et son patient), des actions thérapeutiques et des actions d'éducation à la santé (que nous évoquerons plus loin : elle doit se construire avec eux.

Ce qu'il faudra :

- **Mettre en place des outils de recueil des demandes des habitants sur les questions de santé**
 - positionner à l'accueil un tableau permettant aux personnes d'écrire leurs envies de discussion sur les questions de santé et leur permettre de réfléchir à leur capital santé (promotion de la santé) et non uniquement en terme de maladie (prévention ou soin),
 - une boîte à idées dans la maison de santé pour recueillir les besoins, demandes...
 - des temps de rencontre (autour d'un café, rencontre de et avec des parents) permettant le recueil direct de la demande.
- **Mettre en place une formation commune professionnels et habitants** souhaitant développer des actions de santé en commun en 2009.

AVEC DES ACCUEILLANTS FORMES, DES RELAIS EN SANTE...

Au regard des différents éléments de cette unité et des unités suivantes il apparaît évident que la seule fonction de secrétaire d'accueil ne peut répondre à ces besoins.

Ce qu'il faudra :

- **Une fonction qui devra offrir des compétences notamment dans les domaines suivants :**
 - communication : écoute active, reformulation, menée d'un entretien, analyse de la demande, information, communication non verbale...
 - relation d'aide,
 - gestion des situations difficiles (agressivité, grande précarité, santé mentale...),
 - connaissance des ressources médico-socio-éducatives du territoire et de leur fonctionnement,
 - connaissance des activités de la maison de santé et des modes d'intervention des différents acteurs,
 - capacité à travailler et co-construire avec des habitants,
 - compréhension de l'influence des orientations culturelles sur les pratiques de santé

Mais l'accueil ne concerne pas uniquement les personnes chargées de l'accueil physique ou téléphonique, il s'agit d'une chaîne complexe dans laquelle chaque acteur joue un rôle particulier. Développer l'accueil nécessite donc de mettre en œuvre une réflexion collective à propos du projet de la structure et de la mission de chacun, de la coordination avec les autres unités en veillant à simplifier le parcours de l'utilisateur et en lui donnant sa place.

Ce qu'il faudra :

- **Considérer l'accueil comme un projet transversal aux acteurs de la maison de santé** (professionnels soignants ou non, habitants...) nécessitant :
- une coordination dans la mesure où il fera intervenir des personnes différentes et complémentaires
 - une formation santé/social qualifiée pour « débroussailler » les demandes médicales et sociales, décoder les motifs de consultation et réorienter si nécessaire, organiser l'accès aux droits sociaux, faire connaître les ressources santé du territoire, favoriser l'implication des habitants dans la structure
 - la recherche de coordination optimale avec les accueils et fonctionnement des 3 autres unités de la maison de santé
 - une réflexion sur un partage de cet accueil entre plusieurs partenaires de la structure.

II - SOINS DE SANTE PRIMAIRE

La maison de santé ne peut s'envisager comme la simple juxtaposition de cabinets médicaux et paramédicaux même interactifs.

Au-delà d'une réalisation immobilière, **la maison de promotion de la santé de la CCEMS s'inscrit dans un objectif de promotion de la santé pour toute la population du territoire de la CCEMS, favorisant ainsi notamment l'accessibilité et la continuité des soins tout en développant des actions de prévention, d'éducation thérapeutique et d'éducation pour la santé, dans le cadre d'une prise en charge globalisée et coordonnée.**

LA MAISON DE SANTE : UNE OFFRE DE SOINS DE PREMIER RECOURS

L'objectif de regrouper sur le même lieu plusieurs professionnels de santé est associé à celui d'une participation de tous les professionnels du territoire au projet de santé développé pour toute la population. Ceux-ci doivent pouvoir utiliser tout ou partie des outils développés par la structure même s'ils n'exercent pas dans les locaux de la maison de santé.

Ce qu'il faudra:

- **Une définition claire et complète des « services » qui seront rendus par cette unité de soins de santé primaire** pour une optimisation de la réponse de soins grâce à une meilleure coordination
 - des professionnels de la structure,
 - des professionnels installés sur le territoire de la CCEMS,
 - des professionnels exerçant sur le département ou sur la région qui pourraient venir ponctuellement intervenir et ont, de fait, des missions qui se doivent d'être en complémentarité avec celles de la maison de santé.
- **Définir le type d'activités** de ces soignants de première ligne que sont les médicaux et paramédicaux du domicile (ces soins de santé primaire sont le premier niveau de contact des personnes (de la communauté) avec le système de santé c'est à dire le premier recours de la population du territoire en terme de soins et de santé).
- **Faire appel**, au delà de cette première réponse, à l'offre de soins secondaire (spécialistes, centre hospitaliers, cliniques...) de la façon la plus rationnelle et la plus fonctionnelle possible.

AVEC QUELS PROFESSIONNELS ?

>>L'équipe « de base »

La proposition des professionnels soignants intéressés indique la nécessité de définir le nombre de praticiens pour la première année et l'objectif dans 5 ans soit à aujourd'hui :

Au 1 février 2009, certains professionnels, intervenants sur le territoire de la CCEMS, ont confirmé leur souhait d'intégrer la maison de santé : 4 à 5 généralistes, 4 à 5 infirmières, 1 kiné, 1 podologue, 1 orthophoniste, 1 orthoptiste, 1 sage femme.

Ce qu'il faudra:

- **définir plus précisément le coût** par praticien pour permettre à certain de se décider à s'installer dans la maison de santé.
- **être plus précis dans la constitution de l'équipe de base** dans la prochaine étape de ce dossier concrétisant la faisabilité du projet.

>>Les autres acteurs de soins

D'autres professionnels vont s'installer ou proposer des consultations avancées à la maison de santé.

Ce qu'il faudra:

- **Engager les démarches pour l'installation ou l'intervention de vacataires** dans la maison de santé des praticiens « manquant » sur le territoire: kiné, dentiste, psychologue, cardiologue, ophtalmologues....

QUELLES ACTIVITES POUR LES SOIGNANTS ?

Les activités de « première ligne » se doivent d'être réfléchies **dans une optique de coopération** et non pour imposer à une catégorie de soignants des tâches qu'une autre ne voudrait pas et lui assignerait.

Ce qu'il faudra:

- **Envisager de possibles délégations de tâches** qui favoriseraient une meilleure répartition des rôles libérant les médecins pour des tâches plus complexes et/ou de formation et de prévention entre les professionnels de la maison de santé.

>> Les activités d'une infirmière clinicienne :

Le décret de février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier précise que celui-ci comporte :

- l'analyse, l'organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation,
- la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques,
- la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé.

Des transferts de tâches sont déjà actés dans la loi et d'autres sont en expérimentation (expériences autorisées par la Loi du 9 août 2004).

Ce qu'il faudra :

- **préciser les délégations** que les professionnels soignants souhaitent mettre en œuvre dans la maison de santé : primo-diagnostic, prise en charge de malades chroniques, éducation thérapeutique, hygiène de vie, suivi de traitement, bilans de santé, dépistage, adaptation des doses d'insuline, vaccination ...etc

- ➔ **Réfléchir à l'accueil Infirmier au niveau de l'unité de soins** pour optimiser la qualité de l'écoute et de l'accueil spécifique des patients par exemple un début de diagnostic au téléphone ou sur place (pour les « sans RV ») permettant :
 - d'analyser les demandes : médicales, sociales, d'écoute, de lien, d'information...
 - de « trier » et d'orienter aux mieux les demandes vers les ressources existantes : la maison de santé, les libéraux du territoire, l'hôpital...
 - de faire une première réponse de 1^{er} niveau,
 - de faire quelque soins définis par le coordonnateur médical
- ➔ **Réfléchir cet accueil infirmier** avec les institutions notamment la CPAM pour le financement de ces interventions dans le cadre du FIQSV sur 3 années renouvelables ...
- ➔ **Prévoir une coordination des soignants** pour la lourde mission de suivi des dossiers

Cet accueil infirmier pourrait, dans une optique de partenariat, être disponible pour des demandes ponctuelles à l'accueil des services du Conseil Général si besoin (et dans l'optique que les services du Conseil Général soient intégrés à la maison de santé).

>> Les activités d'un généraliste :

Au-delà et en complément des activités courantes des praticiens il apparaît nécessaire de pérenniser des pratiques différentes ; pratique en gynécologie, planification familiale (IVG par médicament), petite chirurgie, pédiatrie qui seront définies plus précisément dans la dernière phase d'élaboration de ce projet

Ce qu'il faudra

- ➔ **Une concertation entre les praticiens qui travailleront dans ou avec la maison de santé** pour étudier la nécessité et la faisabilité de ces pratiques possibles ainsi que leur répartition

>>> Les activités des autres praticiens

(à définir en 2nd phase)

PERMANENCE ET CONTINUITÉ DES SOINS

La permanence des soins désigne la présence de soignants sur les horaires de fermeture des cabinets médicaux (soirées et jours fériés). La permanence est organisée au niveau départemental.

Concernant le territoire de la CCEMS, cette permanence :

- ne semble pas répondre aux besoins et demandes des habitants,
- ne permet pas une optimisation des ressources existantes : « le centre 15 est là pour fournir l'hôpital et ils n'ont donc aucun intérêt à appeler le numéro de garde » d'après certains praticiens,
- n'est pas efficace : « le numéro de téléphone de la garde est peu connu et il n'y a souvent personne au bout du fil ».

La continuité des soins désigne tout ce qui sera mis en place pour garantir la continuité des soins en toute circonstance : sous l'angle de la continuité informationnelle (dossier du patient, disponibilité de la documentation,), sous l'angle de la continuité relationnelle patient/praticiens et sous l'angle du plan d'intervention en coordination interne à l'établissement de santé, et entre l'établissement et l'extérieur notamment avec les professionnels libéraux (l'accès en amont et la sortie du patient en aval des établissements de santé).

Ce qu'il faudra :

- Envisager à terme, et avec les services existants, **l'optimisation des réponses de permanences** aux besoins spécifiques du territoire.
- **Etudier et mettre en oeuvre un accueil des « Petites urgences »** répondant à une permanence de prise en charge de premier recours (traumatisme, accident du travail, blessure, entorse, fracture...) à la maison de santé. Un ou deux soignants (médecins et/ou infirmiers) pourraient prévoir à tour de rôle ou de manière fixe, des disponibilités pour accueillir ces « petites urgences » bien rémunérées. Des professionnels en dehors de la maison de santé pourraient également participer à cet accueil.
- Prévoir un renforcement de **formation spécifique** pour accueillir ce type de demandes.
- Prévoir une **organisation qui permette la continuité des soins** en tenant compte des temps de présence en consultation ou d'intervention, de formation, de participation à la démarche commune de prévention et à l'éducation thérapeutique, des repos et des congés...

DES PROTOCOLES DE SOINS DE SANTE DE QUALITE

Un des objectifs de cette maison de santé est d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients : élaboration de protocoles de prise en charge des patients en demande de soin et mise en oeuvre de projet de recherche.

Ce qu'il faudra :

- Créer des **groupes de travail** sur la coopération entre soignants pour
- **Etablir des protocoles de soins de santé de qualité autour :**
 - de la délégation de tâches et du transfert de compétences, procédure prévue dans le projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoire »,
 - de la prise en charge pluridisciplinaire des patients qui le nécessitent
 - des échanges de pratiques
 - des formations et pratiques pluri et trans disciplinaires
- **Démarrer ces recherches** avant le démarrage de l'activité dans les lieux et les poursuivre après le démarrage, dans le cadre de réunions mensuelles et de réunion d'équipe au moins hebdomadaire pour la mise en place de ces protocoles.
- **Mettre en place le dossier médical partagé** entre les professionnels de l'unité de soins de santé primaire permettant notamment à un patient de voir un professionnel en l'absence de son référent habituel (médecin, infirmière ou autres professionnels).
- Définir les modalités de mise en place et d'utilisation du dossier médical commun informatisé et consultable en réseau dès la prochaine et dernière phase d'élaboration de ce projet.

UN LIEU DE FORMATION ET D'EVOLUTION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

La maison de santé peut être considérée comme un pôle universitaire en ce qui concerne l'exercice au domicile d'autant que certains des praticiens engagés dans ce projet ont déjà une fonction universitaire.

Elle peut également être terrain de stage et lieu de formation continue" sur site"

Ce qu'il faudra:

- **prévoir un intervenant et du temps libéré pour** aider et suivre les stagiaires ou internes,
- **assurer un partage des informations** à travers des échanges de pratiques,
- **favoriser la participation** à des actions de formation et d'évaluation de pratiques.

UNE OFFRE ARTICULEE AVEC LES PROFESSIONNELS INSTALLES SUR LA CCEMS

Des professionnels du territoire ne souhaitent pas s'installer dans la maison de santé mais souhaiteraient participer à des activités de la structure. Par exemple, l'ADMR serait intéressée par une collaboration possible de son service avec la maison de santé notamment pour la permanence d'accueil.

Ce qu'il faudra:

- **Ouvrir aux professionnels extérieurs** la participation à des protocoles de prise en charge de pathologies chroniques, à des réseaux à des actions de prévention.
- **Inviter les professionnels extérieurs** à participer à la permanence d'accueil, à la prise en charge des petites urgences.
- **Inclure, à leur demande, les professionnels de l'extérieur** dans la permanence médicalisée et/ou dans les remplacements pour congés (et réciprocité?).
- **Négocier avec ces professionnels pour engager une collaboration étroite** entre la maison de santé et :
 - le cabinet de radiologie et le laboratoire de biologie
 - les spécialistes (cardiologue, ORL, gynécologue, pédiatre, psychiatre, et psychologue notamment) par mise à disposition à titre gratuit de locaux de consultation.
 - les pharmaciens dont la proximité avec les usagers peut-être précieuse en terme de suivi et d'évaluation de traitement, d'épidémiologie et leurs officines utiles pour diffusion d'information
- **Partager avec eux le dossier médical** s'il le souhaite pour assurer dans tous les cas le suivi du patient,
- **Mettre à profit les nouvelles technologies de communication** pour permettre ces relations et l'articulation de l'offre de soins et santé.

UNE OFFRE ARTICULEE AVEC LES RESSOURCES SANITAIRES DU DEPARTEMENT ET DE LA REGION (HOPITAUX...)

La maison de santé doit fonctionner en articulation (et complémentarité de réponses) avec les structures sanitaires et sociales et médicosociales du territoire (hôpitaux, cliniques, SSIAD, centre ADMR, CLIC...):

Ce qu'il faudra :

- **S'inscrire dans une participation aux réseaux de soins** départementaux et régionaux (asthme, diabète, périnatalogie, antidouleur, soins palliatifs, maladies orphelines...)
- **Ouvrir la mise en place de consultations spécialisées** (cardiologue, ORL, gynécologue, pédiatre, psychiatre et psychologue notamment) par mise à disposition de locaux de consultation pour des professionnels du département ou de la région.

QUELS SERVICES SPECIFIQUES POUR LA VALLEE D'EURE ? QUELS LIENS, COMPLEMENTARITES ?

Les services spécifiques selon les lieux seront à définir plus précisément dans la prochaine et dernière phase d'élaboration de ce projet.

Ce qu'il faudra :

- Etre attentifs aux besoins et demandes spécifiques des praticiens et acteurs sur ces lieux délocalisés de la maison de santé.
- Faire participer les acteurs potentiels de ces lieux aux aménagements des lieux.

SOINS DE SANTE PRIMAIRE ET DEVELOPPEMENT DU TERRITOIRE

Un des objectifs de la maison de santé est de faire venir de nouveaux praticiens sur le territoire, différents contacts ont été pris pour ce faire :

- participation du président du SIREHN-img (syndicat régional haut normand des internes en médecine générale) au groupe de travail « soins de santé primaire ».
- rencontre d'étudiants de l'association des étudiants en médecine de Rouen : ACEMR (acemr.fr). Certains seraient intéressés pour différents partenariats : proposer des animations pour les enfants dans la maison de santé, informer les étudiants sur le projet de maison de santé...
- un contact sans suite avec l'IFSI d'Evreux.
- les contacts avec des universités dont ceux de 3 généralistes du territoire maîtres de stage (c'est-à-dire qu'ils accueillent eux-mêmes des internes en stage),
- participation de M. Révillon, directeur médical du pôle santé publique de l'URML à un1

des groupes de travail. Une mission de l'ARIM est de favoriser l'installation de jeunes médecins dans les zones en ayant besoin.

Ce qu'il faudra :

- Envisager des partenariats et conventions avec les écoles et universités afin de « recruter » de nouveaux maîtres de stage.
- Donner « envie », inciter à l'installation dans la maison de santé en pensant à des dispositifs d'accueils attractifs :
 - **aménagement des lieux pour l'accueil et la formation** professionnelle universitaire ou non universitaire (infirmières, médecins, travailleurs sociaux)
 - inscription de la maison de santé, tel qu'évoqué plus haut, comme un « **pôle universitaire** » : démarche bénéfique pour la venue de nouveaux professionnels car un pôle universitaire officialise l'accueil des étudiants en médecine (mais aussi kiné, infirmière, sage femme si le tronc commun des études de santé voit le jour dans les années à venir) lors de leur stage d'internat ou d'externat.
 - prévoir la possibilité d'un poste à mi-temps de "chef de clinique ambulatoire" dans le cadre du développement de ces postes à pourvoir dans 2 ans en Haute Normandie (le 1^{er} étant à Neufchâtel) (donc une présence médicale supplémentaire et en lien avec l'université et les jeunes professionnels).
 - favoriser la mise en place de pratiques coopératives entre professionnels de santé au sein de la maison pour contribuer à rompre leur isolement et à limiter la charge de leurs contraintes (gardes et congés alternés),
 - développer le travail à temps partiel ou aménagé (2 professionnels se partagent une semaine de travail).
 - être lieu de formation professionnelle continue sur le territoire (groupe de pairs, groupe de formation multidisciplinaire ...).
- **Mettre en place en 2009 une stratégie de communication** pour « recruter de nouveaux soignants » : presse spécialisée en soin, presse « politique », presse locale, structures sanitaires, sociales, éducatives...

III - SANTE - SOCIAL

Une des finalités de cette structure est de mieux répondre aux problématiques complexes des habitants (intrication sanitaire, sociale, éducative) à partir d'un projet commun entre les acteurs du territoire et notamment les professionnels du social et du sanitaire.

Dans la mesure où la maison de santé de la CCEMS se définit comme un projet de santé de territoire, son organisation va bien au-delà de la définition des maisons de santé donnée dans la loi de 2008 : « *Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux ».*

Néanmoins comme on le constate cette définition implique d'ores et déjà la nécessité de personnels médico-sociaux, même si cette définition semble faire d'une maison de santé un lieu pour les soignants accueillant d'autres prestataires.

Le choix fait par la CCEMS et l'ensemble des acteurs concernés identifie bien un projet d'une structure qui met à égalité tous les professionnels qu'ils soient soignants, sociaux ou éducatifs. Le projet d'établissement se fait avec eux (tous) et non pour eux. Il implique de considérer les professionnels sociaux et éducatifs comme des partenaires au même titre que le spécialiste ou l'infirmier et de construire ensemble puis animer ensemble ce projet de territoire.

Ce qu'il faudra:

- ➔ **Identifier avec précision et réfléchir à la manière dont l'ensemble de ces acteurs vont travailler ensemble en terme de valeurs, de contenu, de méthode et pas de « mise à disposition » de locaux.**

La maison de santé est un lieu de soin mais c'est avant tout un lieu de vie et de rencontre des acteurs locaux (professionnels, habitants, élus, associatifs...) autour des questions de bien-être.

- ➔ **Veiller à garantir le développement du partenariat afin de :**
 - qualifier les professionnels du territoire sur une prise en charge globale des questions de santé / bien-être,
 - mieux orienter les habitants sur leurs questions de santé,
 - favoriser la coordination et la cohérence des différentes interventions « santé » sur le territoire.

QUELS PROFESSIONNELS ET STRUCTURES A LA MAISON DE SANTE ?

Le Conseil Général envisage de déplacer son service social et sa PMI à la maison de santé. D'autres structures ou associations œuvrant pour la santé (croix bleue, alcool assistance, arrêt du tabac, école du dos ...) pourraient proposer des permanences dans les locaux de la Maison de santé.

Ce qu'il faudra:

- **Elaborer ce volet social du projet** avec les services du Conseil Général et les CCAS des communes de la CCEMS.
- **Rencontrer les associations en matière de santé sur le territoire** et leur proposer un développement de leur activité sur la Maison de santé.

UNE AUTRE MANIERE DE TRAVAILLER ENSEMBLE

L'approche sociale des problèmes de santé est souvent considérée comme une "roue de secours" par les acteurs soignants.

En contrepartie, les acteurs sociaux en charge de "réparer" les blessures sociales ne sont pas forcément convaincus de l'intérêt de collaborer avec les acteurs chargés de réparer les blessures physiques et psychiques... et quand ils le sont ils ne trouvent pas forcément de contacts avec ces derniers.

Ce qu'il faudra:

- Organiser des **réunions de synthèse entre professionnels médico-socio-éducatifs** pour aborder et gérer des situations de familles, partager des informations, favoriser les échanges interprofessionnels, à l'image des réunions pluriprofessionnelles existant à l'hôpital avec tout le staff professionnel (médicaux, AS, psychologue...).
- Réaliser en amont un **travail de clarification sur les différents secrets professionnels** (des médecins, des travailleurs sociaux...) et de règles de confidentialités.
- Prévoir des **temps de formation/information commun** sur des thématiques de santé et d'accompagnement social.
- Créer au-delà des réunions interprofessionnelles (soignants / sociaux), d'autres outils de liaison : fiches technique, mail,...
- Travailler sur le principe de **réunion de synthèse chez la personne/ le patient.**
- **Favoriser les « soutiens » mutuels entre professionnels médico-socio.** Par exemple, l'accueil infirmier pourrait, dans une optique de partenariat, être disponible pour des demandes ponctuelles à l'accueil des services du Conseil Général si besoin.

DES ACTIONS A DEVELOPPER AU SEIN DE LA MAISON DE SANTE

A l'image du projet de plateforme unique d'accueil à Pont-Audemer ou aux Andelys : organiser une journée par mois où les partenaires oeuvrant autour de la santé des personnes âgées seraient présents sur la maison de santé pour « débroussailler » des situations de maintien à domicile pour les personnes âgées, de sortie d'hospitalisation...

Ce qu'il faudra :

- ➔ Développer un système de plateforme unique d'accueil et d'accompagnement des personnes âgées et de leurs familles.
- ➔ Réfléchir à la participation d'une coordinatrice qui facilite le maintien à domicile et la vie quotidienne des personnes âgées, (à l'image du poste de Mme Coignan au CCAS d'Aubevoye).
- ➔ Favoriser la venue de la coordinatrice du CLIC sur la maison de santé.

IV - UN LIEU DE SANTE PUBLIQUE POUR LE TERRITOIRE, PREVENTION, EDUCATION POUR LA SANTE, IMPLICATION DES HABITANTS

Les élus locaux, de part leur proximité, leur connaissance du territoire et leur légitimité peuvent contribuer à réduire les inégalités en santé et d'accès aux soins (capacité à mettre en œuvre une démarche globale de développement territoriale reposant sur des actions solidaires). Ils ont la capacité de mobiliser et de mettre en synergie les initiatives participant à l'amélioration des situations et peuvent aussi faciliter l'adaptation des services en terme d'accès aux soins et aux droits.

Elaborer un projet local de santé publique est un moyen pour répondre aux besoins de santé au plus près des populations. Cela permet de définir des stratégies d'intervention concertées avec les ressources de proximité visant deux finalités :

- Réduire les inégalités de santé.
- Améliorer l'accès à la santé et les pratiques de prévention des habitants.

La mise en place d'un projet local de santé publique consiste à **élaborer avec l'ensemble des acteurs locaux ayant chacun un objectif propre** (les habitants les professionnels du champ sanitaire, social, éducatif, culturel, les élus,...) **un programme de santé publique dans lequel seront développés des projets d'éducation pour la santé, de prévention, d'éducation thérapeutique et d'accès aux soins, des démarches communautaires en santé en cohérence avec les priorités de santé locales et régionales.**

DEFINIR UN PROGRAMME ET DES PROJETS

Une des premières étapes d'élaboration d'un projet local de santé est l'élaboration d'un diagnostic des problématiques de santé et des ressources du territoire. L'étude conduite l'année dernière par l'Institut Renaudot pour répondre à la question de la pertinence d'une maison de santé constitue les 3/4 de ce diagnostic.

Cette étude a permis de commencer à créer du lien dans la diversité du territoire, à mobiliser les acteurs sur la question de la santé et à construire un socle de connaissances communes et d'attentes partagées prenant appui sur les réalités vécues par les habitants. Son but est également de permettre de déterminer des priorités d'actions et de sortir d'une logique de cloisonnement.

Ce qu'il faudra :

- ➔ Définir les axes de développement prioritaires en termes de santé : enjeux poursuivis, ressources sanitaires et de prévention à développer ou à renforcer (projets, structures, réseaux...),
- ➔ Proposer des actions qui répondent aux besoins identifiés à partir des regards croisés entre les professionnels, les habitants et les élus,
- ➔ Engager ou renforcer une dynamique de travail en réseau.

Quatre idées de projets structurant ont été évoquées par les groupes de travail et pourraient aider à engager une dynamique de territoire dès à présent autour des questions de santé.

Ce qu'il faudra :

- **Recenser les structures et intervenants** potentiels du territoire sur les questions de santé pour élaborer **un guide des ressources santé/sociales** du territoire,
- **Développer une même thématique santé sur plusieurs structures du territoire** afin de construire une culture et une méthodologie commune sur les questions de santé. Deux thématiques possibles ont été proposées :
 - la santé c'est le bien-être : comment garder ou comment développer son capital santé ?
 - l'accès à la santé, la médiation santé : comment parler santé, comment favoriser l'accès à la santé ?
- Installer **une communication positive sur la future maison** de promotion de la santé : « la maison de promotion de la santé concerne tout le monde » !
- Améliorer la communication sur le fonctionnement actuel des permanences de soins et mieux définir ce qu'on appelle « urgence » afin de permettre aux habitants de mieux utiliser les ressources du territoire
- Proposer des formations communes professionnels et habitants pour les personnes qui souhaitent développer des actions de santé publique.

COORDONNER LE RESEAU DE PROMOTION DE LA SANTE

C'est la coordination du de promotion de la santé qui aura pour mission **d'aider les partenaires à partir d'un diagnostic** des besoins de santé du territoire et de l'analyse des ressources, à identifier des projets de santé à mettre en œuvre tant pour les usagers de la maison de santé que pour les habitants de la CCEMS.

La maison de santé pourra mettre en place des actions d'éducation pour la santé ou aider les partenaires du territoire à mettre en place ce genre d'actions.

Les partenaires reconnaissent que les habitants se déplacent peu pour participer à ce genre d'actions. Ils insistent sur le fait que **ces actions doivent partir de demandes d'habitants** et non uniquement de proposition de professionnels.

La maison de santé pourra être un lieu de réflexion commune entre professionnels médicaux et sociaux pour repérer des thématiques santé à traiter sous forme d'action d'éducation pour la santé, notamment lorsqu'il n'y a pas de demande exprimée par les habitants.

Quelques actions d'éducation à la santé sont mises en place ponctuellement par des structures (PAIO, DDASS, Conseil Général, éducation nationale...) mais sans suivi et sans coordination entre elles. Par ailleurs, les partenaires reconnaissent le peu de professionnels en capacité à animer ce genre d'actions sur le territoire.

La mise en place d'une maison de santé apportera donc "un plus"

Ce qu'il faudra :

- **favoriser cette coordination** et lisibilité entre les actions existantes,
- **« fournir » des compétences** pour animer ces actions (interventions de soignants du territoire ou interpellation de professionnels compétents en dehors du territoire : CRES, pôle libéral de l'URML, maison du diabète...),
- **recenser les demandes des habitants** en termes de thématiques à traiter ou favoriser leurs expression et donc partir de demandes exprimées pour construire ces actions d'éducation à la santé.

La maison de santé sera un lieu d'information et de documentation sur toute thématiques de santé « **point relais documentaire de proximité** » ; elle aura une fonction d'information tant en direction des professionnels que des habitants.

LES INTERVENANTS

Chacun des types d'acteurs intervenant sur la structure ou sur le territoire pourra être amené à participer à ces actions.

Les modalités d'intervention seront à définir avec chaque type d'acteur.

Le groupe des soignants estime que la participation à des actions de prévention doit être une mission de l'unité de soins de santé primaire selon les compétences, le souhait et la disponibilité de chacun.

Une autre des possibilités sera d'embaucher une infirmière de prévention pour agir dans le cadre de certaines maladies (diabète, hypertension, risque cardiaque, asthme, surpoids, cancer, infections sexuellement transmissibles, contraception...etc) en développant l'éducation thérapeutique.

...et l'intervention potentielle des partenaires du territoire et de la région :

L'URML, à travers le pôle libéral de santé publique peut mener des interventions sur des actions de santé publique. Le CRES est également en capacité d'accompagner des équipes, de former des acteurs, d'animer des actions. Enfin, ADISSA (Association Départementale d'Insertion Santé et de Soins des Addictions) développe des formations sur le territoire.

... SYNTHÈSE ET PROBLÉMATIQUES
POUR UNE MISE EN FORME
ORGANIQUE ET OPERATIONNELLE

La maison de Promotion de la Santé, bâtiment propriété de la CCEMS conformément à sa décision de porter **un projet de santé de territoire**, mettra à la disposition de tous les acteurs concernés, sous forme locative, les espaces nécessaires à la réalisation des objectifs définis dans le projet partagé entre les 4 unités de soins et santé prévues.

La création de la maison de promotion de la santé de proximité a pour finalité à la fois de faciliter l'accessibilité aux soins pour la population de la communauté d'agglomération, d'améliorer les conditions d'exercice des professionnels de soins et de mettre en œuvre un projet territorial de santé, dans ses dimensions sanitaires, médico-sociale et de promotion de la santé, projet auquel les habitants sont très étroitement associés avec les collectivités locales, l'Etat et l'Assurance Maladie.

La maison de la santé offre l'avantage d'un regroupement de services et de ressources ; elle doit également faciliter une approche globale de la santé, permettre le développement des relations entre professionnels, assurer la coordination des approches et des activités et la mise en œuvre d'actions communes collaboratives. Elle contribue à apporter un changement important dans les pratiques, qui concilient le respect des statuts de chacun des acteurs et la réponse aux demandes individuelles avec les exigences d'un fonctionnement plus articulé et coordonné de démarches collectives.

Il importe aussi de préserver une souplesse de fonctionnement ainsi que les libertés attachées aux différents statuts des acteurs, intervenants et partenaires dans la diversité des missions qui leur sont assignées. Il est donc nécessaire d'adopter des principes et des règles de fonctionnement et de gouvernance, de fixer des modalités économiques et financières, afin de répondre aux finalités et aux enjeux de la Maison de Santé qui n'est pas une simple juxtaposition de structures et services. La maison de promotion de la santé de proximité combine en effet la vocation d'une offre de soins de premier recours au sens de la Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire et d'un centre de développement de la santé communautaire : lieu ressource pour la promotion de la santé, l'élaboration et la coordination des actions d'un projet local de santé.

I - LES PROBLEMATIQUES

Sur la base des propositions d'orientations stratégiques présentées en première étape d'élaboration du projet, il convient dès lors d'engager une démarche pragmatique en vue de :

I.1 - Déterminer les besoins immobiliers, adaptés aux modes d'accueil et de prise en charge des usagers, à l'exercice des professionnels et aux réponses exigées par le projet partagé entre tous les acteurs, ainsi qu'aux exigences fonctionnelles des services communs.

Cette maison de santé se doit d'être conçue :

- à la fois comme le lieu d'optimisation maximale des pratiques de soins et santé,
- à la fois comme le lieu de circulation et de rencontre, de partage, d'échanges et de ressources pour tous les acteurs concernés.

I.2 - Déterminer les modes de fonctionnement dans le cadre d'une structure et d'une organisation qui respectent :

- les objectifs de chaque unité de service et leur fonctionnement en interactivité,
- l'identité et l'autonomie fonctionnelle des services présents d'une part,
- la mise en commun de services et d'actions partenariales du projet stratégique.

II - LES OBJECTIFS

La maison de la santé de proximité de la communauté de commune Eure-Madrie-Seine est une infrastructure nouvelle qui doit répondre aux nécessités techniques et fonctionnelles des utilisateurs en fonction des besoins de la population identifiés lors de la phase de diagnostic et des finalités de soins et de santé qui lui sont assignées.

Elle doit faire l'objet d'un projet soumis à la communauté d'agglomération qui en assure la réalisation, aux instances gestionnaires des services et professionnels utilisateurs et aux financeurs, à travers le comité de pilotage.

Ce projet comporte plusieurs volets établis à partir d'une large concertation permettant de fixer, avant la réalisation et son ouverture, à la fois son dimensionnement, son organisation juridique et institutionnelle, son fonctionnement managérial et financier. A partir de la situation actuelle, il doit permettre de dégager les éléments d'évolution et de mutation engendrés par l'esprit et la nature du projet de maison de la santé.

Il est proposé ainsi d'élaborer ce projet en trois étapes, axées sur des problématiques relevant des compétences techniques et rôles propres aux professionnels et aux usagers d'une part, aux représentants institutionnels et décideurs d'autre part. Cette élaboration se fait à partir de réunions de groupes.

A partir du recueil des besoins : **donner une esquisse du programme et une évaluation financière de l'investissement.**

1 - Etablir l'organigramme des missions et fonctions assurées au sein de la maison de la santé :

- les services et professionnels intégrés
 - Liste et état des lieux : missions, fonctions, moyens de fonctionnement
 - partenaires actuels
 - besoins recensés, prospectives et évolutions d'activités et de compétences requises
- les services communs : accueil, secrétariat, interprète, informatique, dossier médical et de l'utilisateur, vigilance épidémiologique, professionnels spécialisés, formation....
- la mise en œuvre de la coordination et des actions communes :

2 - Définir les options fonctionnelles et de gouvernance générale

- Choix de la structure juridique: Groupement de Coordination Sociale/ Médico-Social
 - Justification
 - Les membres du groupement, leur statut juridique
- Les principes de la gouvernance
 - Les domaines de compétence
 - Les instances : assemblée générale (composition), élaboration des programmes annuels

3- Etablir les règles de fonctionnement

- Les principes opposables aux acteurs et intervenant dont les professionnels d'exercice libéral
- La coordination interne
- Services communs : structure, fonctions, organisation, fonctionnement

4- Déterminer un budget d'exploitation et les modalités de financement de la maison de la santé et des activités des services partenaires

- Les éléments du budget d'exploitation de la maison de la santé
 - L'infrastructure immobilière, propriété de la CCEMS louée, par voie de convention, aux services membres du GCSMS. (L'amortissement de l'emprunt supporté par la CCEMS fait l'objet d'un remboursement au prorata des surfaces occupées par les partenaires.)
 - Les coûts des services communs
- Les règles de répartition et d'imputation
- L'accès aux financements
- L'évolution des rémunérations des acteurs

ANNEXES

LISTE DES PERSONNES AYANT PARTICIPE AUX GROUPES DE TRAVAIL**GROUPE DE TRAVAIL 1 : MOBILISATION ET IMPLICATION DES HABITANTS**

| STRUCTURES | NOM | MISSIONS |
|--|---------------------------------------|---|
| CCEMS | M. Ermont | vice président de la CCEMS petite enfance et jeunesse maire de Fontaine Heudebourg et Conseiller Général |
| Centre social Condorcet | Mme Chaid Souad M.Saboya Stéphane | Responsable du pôle famille Responsable du pôle vie des quartiers |
| Petite enfance | Anne Emanuelle Pailhès | Animatrice du relais Parents-enfants Assistantes maternelles |
| Halte garderie | Mme Stella | Responsable de la halte garderie |
| LOCAL : Office Communal d'Animation et de Loisirs : CLSH + atelier famille | Gille Royer | Directeur |
| Conseil Général | Mme Karine Langlois, | travailleur social |
| Croix Rouge Française | M Marquais | bénévole, moniteur |
| La Croix d'or (alcool assistance) | M. Bodereau Michel M Patrick Aubry | Président secrétaire |
| CCAS Gaillon | Mme GREC Janine | Bénévole |
| Association sportive | M Rolland | Président Foot de la Vallée d'Eure, Animateur sportif ou adhérent, élu de Fontaine Heudebourg |

GROUPE DE TRAVAIL 2 : DEFINITION DU PROJET DE SOINS DE SANTE PRIMAIRE

| FONCTION | NOM |
|--|--|
| médecins généralistes | M.Fainsilber Pierre |
| | M Van Eslande Jean |
| | M, Christophe Marc |
| Infirmière à La Croix | Mme Davoust |
| Infirmière de l'ADMR, Centre de soin infirmier | Mme Le Bris Sylvie , Directrice ADMR Gaillon |
| Kiné | Mme Christophe Caroline |
| Pharmacien | Mme Soligny |
| | M.Perier |
| Intervenante Médico-sociale | Mme Claudie COMELLO |
| habitant volontaire | Mme Deregnaucourt Monique |
| Ordre des infirmiers | Mme Hesnart Nadine |
| Etudiants en médecine | M Julien Secret |
| élu de la CCEMS | Mme Meulien |

GROUPE DE TRAVAIL 3 : DEFINITION D'UN PROJET DE PROMOTION DE LA SANTE

| STRUCTURES | NOM | TITRE |
|--|--|---|
| CCEMS | Mme Salaün | élue |
| Conseil Général | Mme Houtekier | travailleur social |
| Centre social Condorcet | Mme Souad CHAÏB M, Bouillon | Responsable du pôle famille Directeur du centre social |
| CAF | Mme Martin Fouchault | Chef de projet |
| Assistante sociale de l'éducation nationale | Mme Charvet Nicole représentée par Mlle Rogron Hélène | stagiaire |
| Comité Régional d'éducation pour la santé CRES | Carole Baeza Marion Boucher Lebras | Directrice Directrice adjointe du CRES |
| College Aubevoye | Mme Sophie | Infirmière scolaire |
| Collège Gaillon | Mme Coste-beau | Infirmière scolaire |
| Lycée Malraux | Mme Fina | Infirmière scolaire |
| Habitant | M, Henri colin | |
| Habitant | M, Didier Noël | |
| Pole santé public de l'URML | M, Martin Revillon | Directeur médical |
| CCAS d'Aubevoye | Mme Coinon Janine | coordinatrice |
| DRASS ou DDASS | Mme Alix ou Mme Sereness | chargée de mission santé publique |
| CPAM | M Boyer | Directeur adjoint |
| PAIO à Vernon | M Roujolle représenté par Mme Fournier | Directeur Conseillère en insertion professionnelle |
| CRAM | Mme Bouiller Mme Miremont | responsable du service |
| PMI | Mme Richet Dominique | Infirmière |