

Midi-Pyrénées

Les Actes

de la

Conférence Régionale de Santé

2000

SOMMAIRE

Préambule	1
Les ateliers des trois journées délocalisées	
La coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes Albi, le 12 décembre 2000	2
Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé Cahors, le 14 décembre 2000	11
La prévention en santé mentale des adolescents Foix, le 15 décembre 2000	21
La séance publique du 16 janvier 2001	
Ouverture Jean-Pierre RIGAUD, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, Représentant le Préfet de Région	32
Propositions de la Conférence Nationale de Santé pour l'année 2000-2001 Dominique SURLES Représentante de la CRS à la CNS	34
Actions de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Pierre GAUTHIER Directeur de l'A.R.H.	36
Actions de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Daniel FERNANDEZ Directeur de l'URCAM	38
Synthèse des journées délocalisées	
La coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes Roger ALLOUCH DDASS du Tarn	43
Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé Patrice RICHARD DDASS du Lot	48
La prévention en santé mentale des adolescents Emmanuel FORICHON Directeur Adjoint de la DRASS	52
Recommandations et propositions du jury Professeur CARTON Président du jury de la Conférence	56

PREAMBULE

Voilà cinq ans déjà que la Conférence Régionale de Santé a été installée en Midi-Pyrénées.

En 2000, pour tenir compte des remarques et préoccupations des membres de la Conférence Régionale de Santé et de son jury, ont été organisées des journées de travail délocalisées sur les thèmes prioritaires :

- La coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes, le 12 décembre à ALBI,
- Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (P.A.S.S.), le 14 décembre à CAHORS,
- La prévention en santé mentale des adolescents, le 15 décembre à FOIX.

Une séance publique de restitution de ces ateliers a eu lieu le mardi 16 janvier 2001 à Toulouse.

**Les ACTES DE LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE 2000
rendent compte chronologiquement de ces quatre journées.**

LA COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

Albi – 12 décembre 2000

- 10 H** Allocution d'ouverture
- 10 H 30** Dépendance des personnes âgées, solidarité et citoyenneté
Jean MANTOVANI, sociologue à l'ORMIP
- 11 H** Une expérience de coordination dans le Limousin
Dr. Michel HABRIAS, Praticien hospitalier à l'hôpital de Bourgneuf (Creuse)
- 11 H 30** Le dispositif CLIC (Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologique)
Laurent ORTIC, Inspecteur Principal à la DRASS
L'expérience de « Vic Montaner-gérontologie » - *Magali MENGELLE, coordinatrice*
- 12 H** Débat – Echanges
- 12 H 30** Fin des travaux de la matinée
- 14 H** **Ateliers**
- 1. Place des familles, aidants naturels et des professionnels**
Aujourd'hui encore, la prise en charge des personnes âgées dépendantes passe par un système complexe, fragmenté et source d'inéquité pour les usagers. Dans l'urgence, ou en période de fragilité familiale, des solutions sont recherchées parfois de manière trop empirique ou sans l'ensemble des acteurs concernés.
 - 2. Les réseaux actuels de prise en charge des personnes âgées répondent-ils à leurs attentes ?**
Rester à son domicile aussi longtemps qu'elles le souhaitent est une possibilité qui doit être offerte à toutes les personnes âgées. La qualité du service rendu, en particulier aux plus isolées et aux plus dépendantes, passe par la coordination des aides, des services et des soins.
 - 3. Les CLIC constituent-ils une avancée significative pour les usagers, les professionnels et les institutionnels ?**
Les participants à cet atelier de travail s'emploieront à déterminer si la création et le fonctionnement des CLIC sont de nature à apporter une plus value par rapport aux situations préexistantes (avec ou sans réseau) pour les différentes parties concernées.
- 17 H** Clôture

Place des familles, des aidants naturels et des professionnels

Les membres de l'atelier N°1 ont situé, en préalable, la Personne Agée autour de laquelle s'organise la prise en charge de la dépendance.

Qui est cette personne âgée qui vit à son domicile ou en institution par choix réel, par choix négocié ou par choix imposé ?

Quelles sont les conséquences de ce choix au niveau du ressenti de la personne, de son isolement, de sa solitude, au niveau de ses relations familiales, au niveau de ses relations sociales ?

Quelle est la place qui lui reste dans son environnement familial et dans son environnement social ?

Comment parvient-elle à faire comprendre ses attentes, à faire reconnaître sa place, sa dignité ?

La mise en place d'un projet adapté, coordonné et harmonieux ne peut réussir que si la personne âgée est considérée en capacité de faire et pas seulement d'être, en tant que sujet et non en tant qu'objet.

Ce postulat est la base indispensable pour une démarche de qualité personnalisée, pluridisciplinaire et solidaire.

Par leurs témoignages, les aidants ont fait ressortir :

- leur volonté de s'adapter aux désirs et aux besoins de leurs parents, de respecter leurs choix, de préserver leur autonomie,
- leurs difficultés d'assumer en continu certaines situations : prises en charge de personnes atteintes de démence ou de maladie d'Alzheimer, en particulier
- la nécessité pour chacun (aidant et aidé) de poser des limites, de renégocier fréquemment sa place selon l'évolution de la dépendance, de sa durée et/ou de l'épuisement de l'aidant;
- l'importance pour les aidants de pouvoir « souffler », se ressourcer et pour cela de pouvoir utiliser des structures adaptées, type hébergement temporaire ou accueil de jour, voire des familles d'accueil. Mais se pose le problème du coût de ces structures et le nombre de places trop limité,
- les besoins pour les aidants naturels, et sans mettre en cause l'aide apportée à la personne âgée, de disposer d'un temps personnel qui leur donne un espace de liberté, leur permette de s'exprimer, d'échanger, d'être écouté.

Il est évoqué le rôle positif de l'école des aidants de l'Ariège où une équipe pluridisciplinaire intervient auprès des familles, la nécessité d'organiser le réseau des aidants naturels et professionnels autour de la personne âgée.

Les familles et les professionnels expriment tous le besoin de se ressourcer pour faire face à l'épuisement. Il est ainsi apparu un besoin d'aide partenarial. Cette aide pourrait se mettre en place

au moyen d'un lieu commun d'écoute, d'échange et de formation.

L'écoute de la personne âgée, des familles et des professionnels, est la garantie qui permettra de trouver les réponses adaptées et les informations à donner en amont afin de développer des possibilités de choix de vie, l'organisation et le suivi.

Il semble nécessaire de créer des lieux-ressources structurés dans le cadre d'un partenariat de proximité, sur un petit secteur à taille humaine (à l'échelle d'un canton, d'un bassin de vie, d'un lieu démarche). Cette démarche locale permettrait de préserver les liens sociaux particuliers et privilégiés et la parole de chacun pourrait s'y exprimer. Il est d'ailleurs suggéré de faire une enquête auprès des personnes âgées afin de pouvoir déterminer quel est le lieu géographique le mieux adapté. L'organisation en réseau, sur un secteur géographique plus important, de ces coordinations locales, permettrait d'harmoniser et de répondre à des objectifs communs la formation par exemple. La cohérence de l'ensemble des dispositifs sur un département passe par une coordination globale.

Des questions restent posées :

Faut-il prévoir des postes de coordonnateur ? Comment se situe le CODERPA ?

Par le travail d'équipe généré, la coordination assure et légitime la place de chacun : personne âgée, aidants naturels et professionnels. Elle permet aux aidants d'être les maillons utiles au bon moment.

Les réseaux actuels de prise en charge des personnes âgées dépendantes répondent-ils à leurs attentes ?

Face à la multiplicité des besoins des personnes âgées dépendantes, à partir des réseaux actuels de prise en charge, les participants de l'atelier se sont attachés à dégager :

- les points forts des réseaux existants même informels ?
- leurs points faibles, leurs difficultés et leurs limites d'intervention ?
- les préconisations pour l'amélioration de la coordination auprès de la personne âgée.

Des principes fondamentaux tels que le respect de la personne, de ses droits fondamentaux, la liberté de choix de la personne âgée, la prise en compte de la personne âgée en tant qu'usager avec des besoins et des attentes et non en tant "qu'objet" ou "produit" ont été énoncés.

Les points forts des réseaux existants :

Les participants de l'atelier souhaitent privilégier la notion de soutien ou d'accompagnement à domicile plutôt que celle de maintien à domicile. Cette notion d'accompagnement sous-tend une certaine liberté de choix de la personne âgée, la mobilisation des familles et la volonté de prendre en compte les besoins des personnes âgées et non d'adapter les personnes âgées aux structures existantes.

Du fonctionnement des réseaux existants souvent de façon informelle, il ressort que ceux-ci constituent :

- un lieu d'écoute et d'information pour les personnes âgées,
- un lieu de convergence, d'éclairage et de "sécurisation" pour les professionnels,
- un lieu de maintien du lien social, de cohérence et de partage des informations
- un lieu de synthèse rapide dans les situations d'urgence.

Le réseau grâce à une meilleure connaissance mutuelle entre les services permet une complémentarité entre les structures de maintien à domicile et les institutions, souvent en opposition. Il intervient ainsi, autant lors de l'entrée en établissement d'une personne âgée que lors de sa sortie.

Le réseau est apte d'une part à respecter le choix de la personne âgée en dehors de l'intervention des familles et d'autre part à développer un projet de vie pour la personne âgée.

Les points faibles, les difficultés et les limites des réseaux :

Les points faibles, les difficultés et les limites des réseaux peuvent être regroupés autour de 4 volets réglementaire, financier, formation et organisationnel.

- au plan réglementaire, la diversité des réseaux et l'absence de statut sont soulignés. Leur caractère informel apparaît comme le point faible majeur.
- des limites financières au bon fonctionnement des réseaux sont mises en évidence : absence de temps et de moyens spécifiques (humains et financiers) pour la coordination, non pérennisation des financements.
- l'importance de la formation des différents intervenants est évoquée : nécessité d'un langage commun entre les professionnels, partage de critères identiques...
- au plan organisationnel, trois points faibles sont évoqués le professionnalisme du réseau qui apparaît insuffisant, le respect du domaine de compétence des différents professionnels qui permettrait d'entretenir la relation de confiance indispensable à une bonne coordination, l'absence d'évaluation du réseau.

Les préconisations pour l'amélioration de la coordination auprès de la personne âgée :

- sur la mise en oeuvre d'une évaluation globale et partagée de la situation de la personne âgée, les points suivants ont été soulignés :
 1. s'entendre préalablement sur ce qui est évalué, sur les outils (la multiplicité des grilles et l'absence de grille idéale sont notées), les buts et les objectifs de cette évaluation,
 2. formaliser les procédures,
 3. procéder périodiquement à cette évaluation qui est limitée dans le temps.
- à la question de la formalisation de la coordination, les participants de l'atelier ont répondu par l'affirmative. Formaliser le réseau c'est poser les responsabilités et les champs de compétences de chacun, c'est permettre sa pérennisation et son évolution pour une meilleure satisfaction des besoins.
- une planification de la coordination dans un cadre départemental n'est pas apparue indispensable aux participants. Par contre la politique départementale en matière de coordination doit être lisible pour les différents services, notamment sous forme de schéma.

Les CLIC constituent-ils une avancée significative pour les usagers, les professionnels et les institutionnels ?

Les participants à cet atelier de travail se sont employés à déterminer si la création et le fonctionnement des CLIC étaient de nature à apporter une plus value par rapport aux situations préexistantes (avec ou sans réseau) pour les différentes parties concernées.

1/ Pour les usagers

Les membres de l'atelier estiment que les CLIC constituent un « plus » dans la mesure où ils apportent quelque chose « d'homogène » en matière d'information et de coordination des personnes âgées et de leurs familles.

Ils semblent en effet de nature à répondre à un véritable besoin, mal réglé à l'heure actuelle, non seulement en matière d'information, mais également en matière d'orientation, par rapport notamment à certaines situations, comme le retour à domicile après une période d'hospitalisation.

La labellisation proposée paraît un peu artificielle : tout au plus a-t-il semblé aux membres du groupe, qu'un label de premier niveau constituait déjà une étape importante, mais que par contre, le passage au niveau 2 devait impérativement impliquer les composants du niveau 3 (suivi du plan d'aide).

Les CLIC devraient permettre d'éviter aux personnes âgées et à leurs familles le « parcours du combattant » parfois indispensable et ils doivent offrir à l'utilisateur une véritable coordination des actions nécessaires à son maintien à domicile. Son utilisation dépasse donc le strict cadre de la résolution de situations relevant de l'urgence ou d'une extrême complexité.

Il est nécessaire de sauvegarder une équipe de traitement des personnes âgées : dans ce cadre, il convient d'éviter les zones blanches où rien ne serait créé.

2/ Pour les professionnels

L'opinion qui a prévalu est que la création des CLIC allait faciliter leur travail, mais uniquement dans la mesure où ils ne seraient pas constitués comme une autorité supplémentaire se superposant à l'existant, voire comme une institution nouvelle à part entière.

Le CLIC pour les professionnels doit être le « facilitateur » d'une coordination qui existe déjà la plupart du temps sur le terrain. Il doit permettre à chaque instance ou professionnel concerné de s'exprimer librement. Le CLIC doit être un outil et non une instance ayant autorité sur ses composantes. Il doit bénéficier d'un statut associatif où chacun serait au service de l'autre. Ce doit être également un espace de concertation et d'échanges où les professionnels pourront se fédérer autour de valeurs semblables et trouver un même intérêt à un travail en coordination et en concertation. Les membres du groupe ont fait état majoritairement de leurs réticences à la possibilité d'emplois salariés au sein des CLIC.

3/ Les modalités de création

Les membres de l'atelier ont estimé qu'en matière de création de CLIC, priorité devait être donnée à l'existant, c'est à dire aux CLIC apparaissant comme la forme la plus affinée et la plus performante de réseaux gérontologiques existants.

S'il existe aucun réseau ni projet de CLIC sur un territoire, le groupe n'est pas opposé à ce que certaines initiatives soient prises par des instances diverses : autorité de tutelle, département, caisses de retraite ou toute autre instance compétente (services de maintien à domicile, praticiens ou auxiliaires médicaux, etc..).

Il a été rappelé à cette occasion que les CODERPA devaient être impérativement associés à toute décision concernant les CLIC, qu'il s'agisse de leur création ou de leurs modalités de financement.

Le groupe a regretté que les CODERPA qui disposent pourtant d'un pouvoir de proposition, l'utilisent fort peu à l'heure actuelle alors qu'il paraît indispensable d'utiliser au mieux les propositions des personnes âgées et de leurs instances représentatives.

Lorsqu'il y aura des choix à faire entre CLIC existant et CLIC à créer, la priorité devra être donnée à l'existant.

La légitimité du CLIC sera celle qui sera donnée par les acteurs de terrain, c'est à dire par toutes les instances quelles qu'elles soient, qui concourent à la coordination des actions et des moyens en faveur des personnes âgées.

Il conviendra d'éviter absolument les rivalités susceptibles de se dévoiler entre les différentes instances pouvant être à la base de la création des CLIC et de leur fonctionnement.

Ces problèmes doivent impérativement être réglés dans un contexte de complet partenariat au sein des Comités de Pilotage Départementaux associant toutes les structures ou instances susceptibles d'avoir à connaître des CLIC.

Dans ce cadre, l'élément fédérateur sera celui qui sera reconnu par l'ensemble des autres instances.

4/ Pour les institutionnels

Un travail préalable consiste tout d'abord à recenser les réseaux existants : quelle est la réalité de terrain ?

2 questions fondamentales paraissent ensuite devoir être réglées avant que ne soient lancés au début de l'année 2001, les appels d'offres en vue de la création des CLIC.

- Il est indispensable de régler le problème du doublon de compétences susceptible de se créer entre des CLIC qui envisagent à court terme, de mener une politique d'action sociale en faveur des personnes âgées, comme la circulaire du 6 Juin 2000 leur en donne la possibilité et les caisses de retraite (notamment les CRAM) qui mènent de longue date une telle politique sur le terrain (aide aux aidants, formation des évaluateurs des services de maintien à domicile, création d'ateliers Mémoire et Equilibre, stages de préparation à la retraite, etc....).

Cette dualité de compétences ne manque pas de poser problème et pas uniquement au strict plan politique.

- Convient-il que les CLIC soient intégrés dans une politique gérontologique clairement formalisée par le biais d' un schéma ou d'un plan régional susceptible de déboucher sur un maillage homogène du territoire, ou convient-il, notamment dans un premier temps, de donner la priorité aux initiatives afin de ne pas trop bloquer le processus de création ?

Les membres de l'atelier n° 3 ont exprimé leurs craintes que ces différents problèmes ne soient pas réglés rapidement alors qu'ils redoutent à très court terme une multiplication anarchique des CLIC qui ne correspondrait pas forcément à un véritable besoin. Ils redoutent également une certaine pesanteur des services de l'Etat en la matière qui leur paraît néfaste à un développement efficace du processus.

Ils ont par contre formulé l'exigence que la notion de coordination, indispensable à leurs yeux, soit reconnue et officialisée par la Loi.

**LES PERMANENCES D'ACCES
AUX SOINS DE SANTE (P.A.S.S.)**

Cahors – 14 décembre 2000

- 10 h **Ouverture**
Patrice RICHARD, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales du Lot
- 10 h 15 **La problématique des PASS**
 Un représentant de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
- 10 h 45 **Bilan régional des PASS**
Nadine FABRE, Inspecteur à la DRASS Midi-Pyrénées
- 11 h 10 **Echanges**
- 11 h 40 **Présentation des 3 ateliers : désignation des rapporteurs**
Françoise MAY-CARLE, Chef de Service, Pôle Social à la DRASS Midi-Pyrénées
- 12 h **Fin des travaux de la matinée**
- 13 h **Ateliers**

① Articulation entre le travail de soins et le travail social

Problématique : Pour améliorer l'accès aux soins des personnes en difficultés, lorsque de multiples facteurs, psychologiques et sociaux font obstacles, il devient nécessaire de développer des synergies et des méthodes de concertation entre les professionnels de soins et ceux du travail social : comment construire dans les P.A.S.S. des outils de travail communs pour rendre complémentaires les deux approches, médicale et sociale ?

Animateur : Pascal BEN HAMIDA, Médecin Inspecteur à la DDASS du Lot

② Communication entre les réseaux intra et extra hospitalier

Problématique : La P.A.S.S. constitue à l'intérieur du système de soins un lieu privilégié de communication et d'articulation entre l'offre de soins, l'ensemble des moyens disponibles à l'hôpital et le réseau externe. Celui-ci est parfois plus adapté, plus léger mais aussi plus diffus et par conséquent plus difficilement repérable par les usagers et les professionnels eux mêmes : quels outils utiliser ou mettre en place pour faciliter la lisibilité des dispositifs et les liens entre les deux systèmes ?

Animateur : Nadine FABRE, Inspecteur à la DRASS Midi-Pyrénées

③ Liens et complémentarité entre l'action sociale des P.A.S.S. et l'action sociale globale de l'hôpital

Problématique : Il est apparu nécessaire pour répondre à l'accroissement des besoins sociaux qui se présentent à l'hôpital et notamment aux urgences, de mettre en place des P.A.S.S. Ce dispositif nouveau doit prendre en compte l'existence de principes généraux et de moyens d'intervention déjà établis. Comment optimiser dans ce contexte le travail social exercé dans les P.A.S.S. en complémentarité du service social hospitalier et/ou du projet d'action sociale porté par l'établissement ?

Animateur : Pierre PAPON, Conseiller Technique Régional en Travail Social à la DRASS Midi-Pyrénées

- 15 h **Restitution des ateliers**
- 16 h **Echanges**
- 16 h 30 **Clôture de la journée** par Jean Pierre RIGAUX,
 Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales

Articulation entre le travail de soins et le travail social

Question générale : comment développer des synergies et des méthodes de concertation entre les professionnels de soins et ceux du travail social ? Comment construire dans les PASS des outils de travail communs pour rendre complémentaires les approches médicales et sociales ?

Question 1 : Quel est le public cible des PASS ?

La PASS doit être ouverte à toute personne ayant un besoin de santé, mais qui se trouve en difficulté d'accès aux soins de manière passagère ou chronique. Cette difficulté peut se manifester notamment par l'incapacité de la personne à exprimer une demande, ou son incapacité à trouver l'interlocuteur pertinent pour trouver une réponse à sa demande. Ces difficultés ont des causes multiples et souvent imbriquées: financières, sociales, familiales, psychologiques, somatiques.

Dès lors que la PASS est ouverte à tout public, la notion de repérage a été remise en cause : il ne faut pas se doter de critères trop précis, qui excluraient certaines personnes et entraîneraient un risque de stigmatisation.

Question 2 : Quelle place la PASS doit elle avoir dans l'hôpital ?

La PASS a des missions :

- d'accueil
- de prévention
- de dépistage
- d'orientation ce qui suppose la constitution d'un réseau en amont et en aval
- d'accompagnement

Pour ce faire, elle nécessite une équipe pluridisciplinaire composée notamment de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux...

Il est à noter que les équipes médicales hospitalières sont en général constituées de spécialistes et comportent donc très rarement des médecins généralistes, qui sont pourtant le pivot pour une médecine de prévention et d'orientation.

La PASS est avant tout un état d'esprit, qui doit être partagé par l'ensemble des acteurs de l'hôpital, afin de tendre vers le travail en réseau. Cela suppose que la PASS soit inscrite dans la vie institutionnelle de l'hôpital (projet d'établissement par exemple - Cf question 3)

Cependant, il est nécessaire pour que cet état d'esprit se généralise et se diffuse que la PASS soit matérialisée dans un premier temps dans un lieu spécifique doté d'une équipe, qui constitue un espace transitoire vers le droit commun et un lieu ressource repérable tant par les personnes que par les professionnels.

Question 3 : La mise en place d'une PASS suppose t-elle la définition de nouvelles pratiques médicales ou sociales, la création de nouveaux outils ?

Il existe au sein de l'hôpital différentes technicités d'une extrême hétérogénéité :

- technique médicale
- technique soignante
- technique sociale
- technique administrative

L'enjeu n'est pas de mettre en place de nouvelles pratiques ou de nouveaux outils (type bons PASS pour la radio, les consultations, les médicaments..) mais d'optimiser les pratiques existantes.

Proposition de l'atelier :

créer au sein de chaque hôpital doté d'une PASS une cellule chargée de l'accès aux soins et de l'accueil des personnes démunies, dont la mission serait, à image du CLIN dans le domaine des infections nosocomiales, de :

- rappeler les bonnes pratiques
- évaluer les réponses apportées
- sensibiliser et former l'ensemble des professionnels du monde hospitalier afin de diffuser «l'état d'esprit PASS »

En conclusion

L'articulation entre le travail de soins et le travail social passe avant tout par l'inscription de la PASS dans la vie institutionnelle de l'établissement afin de permettre l'émergence d'un état d'esprit PASS.

Pour ce faire plusieurs actions sont proposées :

- inscrire la PASS au projet d'établissement
- établir chaque année un bilan de la dynamique PASS (et non seulement de l'activité de l'équipe spécifique PASS) présenté au niveau des instances consultatives (CMF et CIE) et dirigeantes (CA) de l'établissement
- créer une cellule sur le modèle des CLIN chargée de l'accueil et de l'accès aux soins des personnes démunies (Cf supra).

L'ensemble de ces actions devrait permettre aux travailleurs sociaux de reprendre une place privilégiée au sein de l'institution hospitalière et de travailler de concert avec l'ensemble des autres acteurs médicaux et soignants, mais aussi administratifs.

Communication entre les réseaux intra et extra hospitaliers

Question générale : Quels outils utiliser ou mettre en place pour faciliter la lisibilité des dispositifs et les liens entre les deux systèmes pour permettre d'orienter rapidement et au cas par cas et, à terme, permettre des parcours plus adaptés pour les publics en difficultés ?

Question 1 : Quels sont les moyens d'aider les services de soins hospitaliers à repérer les publics susceptibles de bénéficier de la PASS ?

Commentaires et propositions de l'atelier :

Il est noté par les hospitaliers que les textes qui ont créé le dispositif PASS sont imprécis sur ce qu'est concrètement une PASS. Ce qui est certain c'est qu'elle ne doit pas être un système administratif supplémentaire.

- La notion de repérage du public a été remise en cause, il ne faut pas stigmatiser le public et donc se doter de critères trop précis.
- La PASS doit être un lieu d'accueil ouvert à tout public et pas uniquement aux plus démunis RMistes, SDF ... où doit être pris en compte la souffrance psychique.
- La PASS doit mener une action pédagogique sur la connaissance de son rôle.
- Actuellement, le système de financement des hôpitaux n'est pas incitatif pour la prise en charge de ce type de public. En effet, il y a une contradiction avec la tarification à la pathologie induite par le PMSI et la prise en charge de ce type de public qui ne peut se traduire en terme de productivité.
- Dans ce contexte, une incitation forte de la tutelle de même que l'implication des directions hospitalières sont indispensables.

Trois points forts apparaissent :

- Au préalable à la mise en place des PASS, un état des lieux mettant en évidence les forces et faiblesses dans l'accueil de ce public s'avère nécessaire.
- La valorisation des actions déjà existantes est une nécessité, rôle incitatif mais aussi pédagogique en terme d'évolution des mentalités, tout en ayant à l'esprit qu'il convient d'aller au-delà de ce qui existe.
- L'information et la formation de l'ensemble du personnel à la prise en charge de ce type de public sont déterminantes.

Question 2 : Quels moyens de communication et d'affichage proposer pour faire connaître les objectifs d'une PASS en interne et en externe ?

Commentaires et propositions de l'atelier :

L'hôpital a des difficultés importantes pour communiquer :

- En interne, nécessité de faire connaître les objectifs des PASS par des méthodes de management adaptés,
- La mise en place de la PASS doit être inscrite dans les orientations stratégiques des établissements et notamment dans son projet d'établissement
- L'implication de la tutelle et des partenaires extérieurs est indispensable,
- L'ensemble des partenaires extérieurs potentiels doivent être recensés, informés associés, l'offre de soins libéraux comprise même si leur participation n'est pas toujours facile,
- Les supports de communication existants doivent être utilisés : livret d'accueil, affichettes mais pour ce type de public ce qui marche le mieux c'est le bouche à oreille,
- L'information des professionnels internes et externes à l'établissement est le point fort du dispositif à mettre en place,
- L'hôpital a commencé à s'ouvrir sur l'extérieur, il doit poursuivre ses efforts dans ce sens là.

Question 3 : L'approche des problèmes spécifiques de santé et d'accès au système de soins sur un territoire permet d'anticiper sur les besoins à mettre en oeuvre pour améliorer cette connaissance spécifique du territoire et des réponses extrahospitalières déjà existantes? Et avec qui ?

Commentaires et propositions de l'atelier :

- Il y a une indispensable synergie à mettre en place entre l'hôpital, les partenaires sociaux et les médecins généralistes.
- L'hôpital ne doit pas être seul sur la PASS.
- Les cartographies existantes établies par la DRASS, les DDASS et l'Assurance Maladie constituent un outil partiel, elles s'adressent surtout aux professionnels plus qu'au public lui même.

Il en sera de même pour l'annuaire LCE en cours d'élaboration par la DRASS et les DDASS.

Question 4 : Un certain nombre de situations accueillies en PASS conduisent à réorienter vers une prise en charge de proximité plus légère que l'hospitalisation. Quels sont les moyens pour mobiliser les réseaux d'acteurs à partir des observations et des prises en charge initiales effectuées dans les PASS ?

Commentaires et propositions de l'atelier :

- L'outil qui est apparu au groupe comme parfaitement adapté à ce type de projet, notamment permettre la mobilisation de l'ensemble des partenaires, est le comité de pilotage car il constitue un lieu :
 - de connaissance des différents partenaires,
 - de dialogue et d'échange,
 - de remise en cause des stéréotypes,
 - d'élaboration du projet,
 - et de son évaluation.
- Une suggestion forte de l'atelier est que ce soit la tutelle qui impose la constitution de ce lieu de pilotage.
- Il faut institutionnellement se donner les moyens de mettre en place la PASS.

Question 5 : Le pilotage d'un projet PASS suppose l'existence de réflexions sur l'utilité et sur la plus value apportée par sa mise en place. Cette démarche suppose des modalités de suivi de l'activité et d'évaluation de l'impact sur les publics.

Quels sont les moyens de repérer les obstacles et les facteurs favorables à l'engagement des divers professionnels sur l'utilisation de la PASS ?

- Quels sont les moyens de vérifier : les bienfaits apportés aux publics concernés ? les évolutions de pratiques professionnelles ?
- Quels sont les besoins de formation repérables et les propositions à faire ?

Commentaires et propositions de l'atelier :

- Sur l'interrogation sur les bienfaits apportés, le terme bienfaits a été jugé inapproprié, il a été souligné que l'investissement est sans retour immédiat ou du moins sans effet immédiat. Attendre une résolution rapide de la précarisation de certains publics par la mise en place du dispositif PASS est illusoire.
- Les enquêtes de satisfaction ne sont pas adaptées à ce type de public, de même que les mesures quantitatives.
- Les modalités d'évaluation sont à définir au sein du comité de pilotage elles peuvent prendre la forme de :
 - Témoignage de personnes
 - Cas types d'insertion dans le circuit
 - Des indicateurs de mesures qualitatives des pratiques
- Quant à l'évolution des pratiques professionnelles, il convient de faire des audits des pratiques et mettre en place des référents dans les services comme pour la douleur par exemple.

Liens et complémentarité entre l'action sociale des PASS et l'action sociale globale de l'hôpital

Question générale

Pour répondre à l'accroissement des besoins sociaux, comment optimiser le travail social exercé dans les PASS en lien avec le service social hospitalier et/ou du projet d'action sociale de l'établissement ?

La composition de l'atelier représente assez bien la diversité des établissements Hospitaliers et départements de la région, des métiers sanitaires et sociaux, des différents positionnements et responsabilités institutionnels. L'absence de représentants des usagers donne à ces travaux une orientation professionnelle, plus méthodologique qu'éthique, même si la présence d'un sociologue de la santé a permis d'aborder également la question de la « promotion du malade » citoyen et sujet de droits.

3 entrées principales ont permis d'engager les débats et d'aboutir aux propositions suivantes des participants:

1- Le renforcement des moyens sociaux offerts par le dispositif PASS Utilisation par les établissements ? Besoins sociaux et offre de service

Les PASS sont l'occasion de renforcer les effectifs sociaux et de les replacer à l'entrée de l'hôpital, c'est à dire lorsque les données sociales sont les plus visibles et révélatrices d'un problème global (social) de santé.

Ce dispositif représente une chance pour le service social de se repositionner à l'intérieur du centre hospitalier, et à l'égard des partenaires extérieurs. Il doit permettre :

- d'ajuster les méthodes de repérages et de réponses aux besoins des publics les plus précaires, en articulation directe avec le médical
- d'activer les réseaux sociaux de proximité, ou autres dispositifs plus appropriés que l'hôpital, après prise charge par la PASS, et si nécessaire après soins hospitaliers.

Types de besoins sociaux

- Fort repérage par les hôpitaux de situations-problèmes relevant de l'accès aux droits, nécessitant un travail important de rattrapage ou d'ouverture de droits sociaux.
- La connaissance du réseau de soutien social disponible (ou son absence) va déterminer l'action possible pour la personne accueillie.
- La recherche explicative des difficultés d'accès aux soins, est nécessaire : limites ou négligence de la personne, obstacles administratifs ou sociaux.

Propositions de moyens pour y répondre, et apport des travailleurs sociaux

- La catégorisation des publics selon leurs problèmes (errance, toxicomanie, pathologie sociale ou psychiatrique etc....) présente un risque de discrimination qu'il conviendrait d'éviter par la mise en place d'outils d'accueil de type diagnostic médico-psycho-social.
- Il paraît utile de favoriser dans les procédures d'accueil une écoute de l'exception, et des obstacles particuliers observés dans une trajectoire de santé, plutôt que de fixer des critères de repérages institutionnels trop systématiques au regard des problèmes habituellement rencontrés. L'apport des travailleurs sociaux à cet égard permet cette personnalisation et une approche du devenir avec les responsables médicaux : travail d'accompagnement, suivi éducatif et relais avec le réseau naturel ou professionnel après sortie.
- La formalisation et l'utilisation dans les services de soins de l'approche sociale effectuée par les travailleurs sociaux est irrégulièrement pratiquée : compte rendu verbal à l'équipe de soins en relation interdisciplinaire ou rapport écrit consigné dans le dossier de soins infirmiers ? le dossier médical ? Il a été évoqué l'existence d'une « rubrique sociale » dans le dossier du patient, son contenu devrait être élaboré avec la contribution des travailleurs sociaux. Cette rubrique pourrait ainsi être utilisée par les soignants pour une première approche sociale commune et simplifiée.
- Il reste cependant à reconnaître et à définir un socle de compétences et de « technicité » commune et propre aux travailleurs sociaux, permettant une lisibilité et une meilleure utilisation par l'institution soignante, des moyens d'action sociale disponibles, de ses propres capacités d'évaluation des besoins sociaux, des comptes rendus d'activité sociale réalisée par ce type de service.

2- Le projet PASS inscrit dans un projet d'action sociale de l'établissement.

Il est évoqué d'emblée la différence entre le Projet social de l'établissement, tourné vers lui-même, son fonctionnement social et son personnel, et le projet d'action sociale tourné vers les usagers et notamment ceux qui relèvent de besoins sociaux particuliers.

Il est aussi évoqué le fait de voir les projets d'établissements construits sans les travailleurs sociaux, et donc sans projet d'action sociale.

A ce sujet il est rappelé le décret du 26 mars 1993 qui fonde les missions des personnels sociaux de la fonction Publique hospitalière : aider les personnes et les groupes qui connaissent des difficultés sociales, rechercher les causes qui compromettent leur équilibre, faciliter leur insertion, favoriser leur autonomie. Les Assistants socio-éducatifs participent à l'élaboration du projet d'établissement et à sa mise en œuvre, sous la responsabilité soit du Directeur, soit du cadre socio-éducatif qui est responsable de l'organisation et du fonctionnement du service social.

Propositions pour concevoir un projet d'action sociale :

- Le projet PASS pourrait être intégré au projet d'action sociale de l'établissement, soit comme un service spécifique et localisé, soit dans une conception transversale et en réseau pour le suivi de l'accès aux soins.
- Le travailleur social et sa part d'action contribue à la prise en compte globale des besoins des personnes, et à ce titre il est une partie intégrante de l'équipe médico- psychosociale.
- Le projet d'action sociale supposerait trois conditions minimum.

1/ Un cahier des charges sur les conditions d'accueil, d'accompagnement et de suivi des publics, ainsi que les conditions de participation des Travailleurs sociaux à la tenue du dossier « patient ».

2/ La création d'un référentiel commun aux personnels hospitaliers pour une approche partagée de la précarité en renonçant notamment à un positionnement trop « satellite » ou externe, du travail social à mettre en place.

3/ La promotion de la personne malade, citoyen et sujet de droit : au delà de la réponse aux besoins, et à la demande, favoriser la prise d'autonomie du « patient » vers un projet de soin et de santé globale (voire durable).

3- La Question de l'évaluation

Cette question suppose que soient élaborés dans l'établissement :

- Une connaissance des besoins sociaux des publics : Il appartiendrait au comité de pilotage de repérer les difficultés d'accès aux soins observées par la PASS dans le cadre d'une observation méthodique du territoire et de ses habitants, des problèmes et des ressources. Le service social hospitalier intervenant dans chaque service doit pouvoir contribuer à ce diagnostic des besoins sociaux, et des ressources du territoire.
- Un projet d'action sociale tel que proposé plus haut, et supposé répondre aux besoins observés.
- Quelques critères quantitatifs et qualitatifs d'observation des résultats sur les publics, l'organisation des soins et les pratiques professionnelles : A-t-on modifié la dynamique de l'accès aux soins des publics visés ?

Il est remarqué que l'approche chiffrée des publics suivis par les PASS est souvent décevante en nombre (problème de dénombrement ?), par contre l'aspect exceptionnel des situations suivies mériterait une approche plus qualitative : audition des partenaires externes, des publics..., retour de l'action mise en place par les services relais, indicateur de fréquence du retour vers la PASS (ou vers l'hôpital) des publics accueillis.

**LA PREVENTION EN SANTE
MENTALE DES ADOLESCENTS**

Foix – 15 décembre 2000

9 h 15 – 10 h	En séance plénière : Ouverture de la journée et présentation des problématiques de travail des quatre ateliers par leurs animateurs
10 h – 13 h	Travail en ateliers

① ATELIER : « Formation des professionnels »

Animatrice : M. OCCELLI, Médecin conseillère technique,
Inspection Académique des Hautes-Pyrénées

Rapporteur : D. TURREL, Directeur de l'IRFCES

A partir du bilan des expériences et des programmes, quel consensus peut-on dégager autour : Les valeurs, des principes éthiques qui orientent la démarche de formation ? Les options méthodologiques et modalités pertinentes à mettre en œuvre au regard de ces valeurs ? Les approches qui favorisent la communication, la coordination et la synergie d'action entre partenaires, tant au niveau intra-institutionnel qu'au niveau inter-institutionnel ?

Deux communications introductives :

- **Formation-débat sur la problématique adolescente à l'attention des équipes scolaires** – F. ALIAS, CODES de la Haute-Garonne.
- **Formation des professionnels pour une mise en réseau en Ariège** – Y. POUCHES et S. MONTFORT, groupe départemental de suivi du PRS.

② ATELIER : « Développer les compétences psycho-sociales des adolescents : réflexion des adultes »

Animateur : M. POUCHES, Pédiopsychiatre en Ariège

Rapporteur : M. LAMOUR, Médecin Inspecteur à la DDASS du Gers

Quel(s) sens donnons-nous, en tant qu'adultes, à la notion « d'être acteur de sa propre santé » pour un adolescent, « et développement des compétences psycho-sociales » ?

Quelles sont les traductions concrètes de ces notions dans les programmes et actions mis en œuvre, en termes de démarches, de modalités d'action, d'utilisation d'outils pédagogiques ?

Quels en sont les limites et les points forts ?

Deux communications introductives :

- « **Au carrefour des chemins** » - C. BELET, CODES du Tarn et Garonne.
- **Interventions coordonnées secteur de psychiatrie / professionnels de santé scolaire dans le Gers** – Dr. REYNIES et Mme DEJEAN, psychologue clinicienne.

③ ATELIER : « Parents : quels recours face aux interrogations, aux inquiétudes, aux difficultés ? »

Animatrice : M. SERVAT, Médecin Inspecteur à la DDASS de la Haute-Garonne

Rapporteur : M. NIETO, Responsable du Moulin à Paroles en Ariège

Quelles sont les conditions de l'établissement d'un dialogue parents/professionnels, qui favorise l'expression et la prise en compte des difficultés parentales ?

Quelles réponses peuvent être renforcées ou mises en œuvre en termes d'actions, de lieux-ressources, au regard de ces difficultés ?

Quelles expériences apparaissent à cet égard à développer ?

Deux communications introductives :

- « **Espace Ecoute** » - S. COMPANYYO, psychologue, Ecole des Parents et des Educateurs, Haute-Garonne.
- **Mise en place d'un lieu d'écoute pour parents en Haute-Garonne** – V. RODRIGUEZ, psychologue, SIC Association, Haute-Garonne.

④ ATELIER : « Le soutien des adultes : réflexion des jeunes »

Participants : *Délégués de classe d'un établissement secondaire de Foix*

Animateurs : *F. NAVARRO, Médecin Conseiller Technique du Rectorat
G. MOURET, Psychosociologue à l'IUFM de Toulouse*

Rapporteur : *Un des jeunes de la classe*

La prévention « du mal être » des adolescents implique de prendre en compte ce que les adolescents eux-mêmes ont à dire sur la nature du soutien que leur apportent les adultes.

Trouvent-ils des interlocuteurs face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer ?

Qu'est ce qui leur apparaît dans leur relation aux adultes être une aide ou, à l'inverse, une fin de non recevoir ?

Quel type d'aide souhaitent-ils trouver dans leur environnement ?

Que pensent-ils des actions de prévention auxquelles ils ont pu être associés ?

Un forum Internet est mis en place sur le site DDASS/DRASS Midi-Pyrénées (www.midipy.sante.gouv.fr) où les jeunes peuvent s'exprimer sur ces questions. Leurs paroles seront versées au débat de l'atelier.

13 h – 14 h 30

Repas pris en commun

14 h 30 – 16 h 30

En séance plénière : restitution des ateliers, débat, formalisation de propositions

Formation des professionnels

Trois axes de réflexion étaient proposés :

- Les valeurs, les principes éthiques qui orientent la démarche de formation.
- Les options méthodologiques et modalités pertinentes à mettre en œuvre au regard de ces valeurs.
- Les approches qui favorisent la communication, la coordination, la synergie d'action entre partenaires, tant au niveau intra institutionnel qu'au niveau inter institutionnel.

Les débats de l'atelier ont été introduits par deux communications :

- « Formation débat sur la problématique adolescente à l'attention des équipes scolaires » par F. ALLIAS - CODES de la Haute-Garonne.
- « Formation des professionnels pour une mise en réseau en Ariège » par Y. BOUCHES et S. MONTFORT - Groupe départemental de suivi du PRS.

Axe 1 - Les valeurs, les principes éthiques qui orientent la démarche de formation

Trois types de valeurs ont été évoqués :

- Celles centrées sur la problématique de la coopération inter professionnelle et entre acteurs. Il s'agit en premier lieu du « respect de la place de chacun ». C'est la question centrale de la reconnaissance mutuelle qui est ici posée avec comme principe l'acceptation préalable de la légitimité du partenaire ou du co-acteur. Il a également été souligné que l'engagement des participants dans une formation collective devait se fonder sur une démarche personnelle volontaire. Ainsi, il importerait moins de rechercher les conditions d'une participation la plus large possible que de mettre en œuvre des projets qui, par la suite, finissent par créer progressivement une dynamique de mobilisation chez les personnes « en retrait ».
- Celles centrées autour de la notion d'adolescence « considérer l'adolescence comme une transition complexe et dynamique qui comporte nécessairement des aspects tensionnels, voire conflictuels ».
« Concevoir l'adolescence dans une notion de globalité ».
« Définir les interventions dans une perspective de continuité éducative et d'interactivité avec les nombreux environnements sociaux de l'adolescent ».
- Enfin, une réelle préoccupation éthique : « Se mettre au service de.. », « Positionner l'adolescent et ses parents comme des acteurs centraux », « Avoir le souci de remettre l'utilisateur au centre des dispositifs ».

Axe 2: Des options méthodologiques au regard de ces valeurs

Sept pistes de réflexion ou hypothèses opérationnelles ressortent des débats de la commission:

1. Pas de modèle standard d'intervention formative, mais considérer tout projet de formation comme un objet singulier à construire localement :

- Une intervention empirique,
- mais avec un accompagnement méthodologique rigoureux.

2. Des préalables à prendre en compte :

- Le temps nécessaire à l'élaboration du projet,
- Le souci de la constitution du groupe qui doit au départ primer sur la question des contenus informatifs ou formatifs,
- L'importance de l'échange entre participants.

3. Importance de l'approche diagnostique des situations :

Il s'agit de partir du réel de chacun des participants et d'ancrer le débat collectif et l'élaboration des questions abordées sur des analyses de pratiques ou de situations.

4. Une pédagogie de l'alternance

Plusieurs registres pédagogiques ont été évoqués :

- des apports informatifs,
- des éléments théoriques de réactualisation des connaissances,
- des séances d'analyses de pratique,
- l'initiation à la socio-pédagogie du projet.

Deux principes ont été soulignés :

- la rigueur méthodologique des intervenants,
- la présentation d'apports appropriables par les participants.

5. Favoriser l'émergence des compétences

Les contenus et les méthodes de formation sont souvent, au départ, orientés vers la résolution de problèmes, de difficultés ou la réponse à des questions qui préoccupent les participants. Mais ils doivent aussi tendre vers la lecture et la valorisation des compétences professionnelles et sociales qui circulent dans les groupes.

6. Passer par des productions intermédiaires

Des micro projets, des actions très ciblées, l'élaboration de chartes offrent un triple avantage pédagogique :

- Ces productions intermédiaires constituent des médiations provisoires dans les groupes de formation. Elles favorisent des « rapports horizontaux de coopération » entre les participants.
- Elles permettent parfois une réinscription du travail engagé dans les dynamiques institutionnelles respectives. En ce sens, elles constituent une sorte de « labellisation » de la formation, elles légitiment la démarche formative.

7 - Rechercher des étayages interprofessionnels

La formation continue est généralement envisagée dans une perspective de développement des compétences personnelles ou semi-collectives (cf. les formations en interne).

Une troisième voie est ici esquissée par la recherche et l'élaboration de compétences inter institutionnelles. Le nouveau type d'étayage inter professionnels n'est pas à négliger pour faire face à la complexité des situations actuelles : toutes les légitimités professionnelles et institutionnelles, tous les savoir-faire sont re convoqués. En vue de créer de nouvelles conditions de confrontation et de débat.

Axe 3 : Les approches qui favorisent communication, coordination et synergie d'action

La commission a manqué de temps pour développer ce troisième axe.

Cependant, plusieurs aspects sont repérables :

- Les supports classiques d'information (bulletins, plaquettes) peuvent être efficaces dans certains domaines mais semblent rester peu pertinents comme vecteurs de communication entre adultes et surtout avec les adolescents.
- « Sortir de son rôle professionnel habituel », se « déplacer symboliquement », se « découvrir aux yeux des adolescents » serait un moyen de reposer la question de l'écoute des adolescents. Ce déplacement personnel serait un gage d'une meilleure communication.
- Ce n'est pas tant l'accès à l'information qui pose problème aujourd'hui pour les adolescents que l'importance de réinscrire les ressources informationnelles disponibles dans un échange relationnel avec un ou des adultes, qui acceptent de s'impliquer dans cet échange (disponibilité, écoute, distance...) et de tenir des positions d'adulte.

Développer les compétences psychosociales des adolescents : réflexion des adultes

Le débat a été introduit par la présentation de deux actions :

- une action coordonnée mise en œuvre dans le département du Gers par le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le service de santé scolaire ayant pour objectif de permettre le repérage et la prise en compte des situations de mal être des adolescents

Les axes de travail retenus ont été:

- le repérage des signes du mal être par les personnels de l'Education nationale et les jeunes (classes de 3^{me} et de seconde)
 - l'identification de relais dans les établissements
 - la mise en place d'un holding pour les jeunes.
- une action dans un établissement scolaire du Tarn-et-Garonne animée par le CODES illustrant le fait qu'en dépassant la problématique posée initialement (le cannabis), une dynamique a pu s'instaurer développant le dialogue interne et dans les familles en favorisant l'expression des potentialités des jeunes.

Développer les compétences psychosociales des adolescents

Que met-on derrière ces mots ? Une volonté légitime d'améliorer le niveau d'adaptation sociale des jeunes. Mais jusqu'où se conformer à un modèle? et auquel ?

L'adolescent recherche un sens à sa vie

Quelle légitimité l'adulte a-t-il de forcer l'adolescent à donner un sens à sa vie, alors qu'il lui est parfois difficile de mettre en évidence les repères indispensables à la société.

Développer les compétence psychosociales des adolescents sans que l'adulte en devenir fasse l'économie de son adolescence

Le rôle de l'adulte n'est-il pas de donner sa place à l'adolescent, les professionnels devant se donner les moyens d'action multipartenarial impliquant : intervenants extérieurs, équipe éducative, élèves utilisant la médiation d'un théâtre, d'un club, ou d'un journal aboutissant à l'élaboration d'un projet d'établissement. Le moyen d'être des interlocuteurs possibles dans des espaces d'accueil et d'écoute permettant le débat. L'adulte ne doit pas faire l'économie d'une amélioration de ses propres compétences psychosociales avant de s'essayer à permettre le développement de celles de l'adolescent. Il est proposé que l'un des rôles de l'adulte soit celui de relais, de passeur, d'accompagnateur en se prémunissant contre les risques de dérive qui pourraient être d'une part le désengagement des autres acteurs et des institutions de rendre incontournable le cautionnement et d'autre part le risque par l'adulte de la parole de l'adolescent.

Proposition pour une conclusion: extraite des propos du Dr POUCHES :

Ne soyons pas naïfs, ne prenons pas les adolescents pour ce qu'ils ne sont pas et ne les prenons pas trop, non plus, pour ce qu'ils sont.

Parents, quels recours face aux interrogations, aux inquiétudes, aux difficultés ?

A noter une faible représentation des représentants des parents d'élèves dans le groupe et une forte proportion de psychologues. Le reste du groupe était composé de professionnels représentants

- du secteur psychiatrie
- de Conseils Généraux
- de l'Education Nationale
- du Secteur associatif de Prévention

Cet atelier a été introduit par la présentation de deux expériences très différentes de groupe de paroles de parents

- > L'école des Parents (espace écoute) à Toulouse

Un lieu généraliste, anonyme qui n'est pas un lieu de soins.

Un lieu ouvert à tous les parents

Pour qui viennent les parents? Pour leur enfant? Pour eux-mêmes?

- > S.I.C Association à Toulouse

Un lieu d'écoute pour parents reposant sur une approche clinique mais sans proposition thérapeutique. C'est un moyen de s'enrichir de l'apport de chacun.

Puis eut lieu un vaste débat, dense, explorant différents horizons.

La grande taille de ce groupe et le peu de temps disponible n'ont pas permis une réflexion élaborée et structurée. L'introduction et la présentation des deux groupes de paroles de parents ont engagé et induit le débat sur le versant de l'aide et des pratiques des professionnels.

Il n'a pas été possible de formuler clairement en quoi consistent les difficultés des parents. Nous posons là humblement plusieurs axes de réflexions, de questionnements à partir des constats de nos propres expériences.

- Les parents reconnaissent leur difficulté à formuler, aller vers la bonne personne ou structure, dans le but de demander l'aide.
- Pour les représentants des parents d'élèves, il y a une contradiction entre une demande individuelle forte et une difficulté à s'impliquer.
- Quelles sont les attentes sur le savoir supposé des travailleurs sociaux ou éducatifs ?
- Difficultés de différenciation de ce qui appartient à l'adolescent et de la problématique propre des parents (réactivée par l'adolescence de leurs enfants)
- Le groupe de paroles peut occuper une place de tiers entre les parents et les adolescents. Chaque parent peut être compétent pour les autres parents. Il doit se sentir invité à participer le plus possible en tant qu'acteur, non stigmatisé par leurs difficultés.

Nous soulignons l'importance de la mutualisation de la compétence des parents entre eux. La conduite de groupe de paroles implique une compétence certaine, le respect du cadre posé, et un travail effectif entre autres sur la dédramatisation et la valorisation.

- Ce type d'action (groupe de paroles) n'est pas pertinent pour ceux qui ne peuvent pas justement utiliser la parole, d'où la nécessité d'utiliser des moyens différents ou de les inventer.
- La plupart des dispositifs existants ne touchent pas ceux qui en ont le plus besoin!!
- Capitaliser les différentes expériences dans ces domaines ne peut servir qu'à alimenter les réflexions de chaque équipe. Chaque acteur est spécifique en accord avec le public touché, le lieu géographique et les compétences des intervenants, cela ne peut être en aucun cas reproductible. Il n'y a pas de recette!
- Evaluation difficile pour les professionnels afin de discerner ce qui est de la crise d'adolescence ou de l'émergence d'une pathologie.
Il y a des enfants ou adolescents qui ont besoin de soins et ce n'est pas une crise d'adolescence qui tourne mal.
- Les adolescents cherchent-ils à être compris par leurs parents ? (Pas si sûr!)
- Il y a une scission importante entre les dispositifs de préventions et le dispositif de soins d'où la nécessité de mettre en place des relais, des passerelles entre ces deux systèmes. Nécessité d'une meilleure connaissance et reconnaissance mutuelles.
La communication est insuffisante entre ces deux dispositifs. On se doit de permettre le relais (physiquement), on se doit de préparer le jeune ou les parents à s'inscrire dans un dispositif de soins et opérer un relais optimum.
- Nécessité d'outils de formation, d'informations, et d'évaluation.
- Importance du travail en réseau, et d'une identification claire pour tous les intervenants du réseau existant.
- Importance de faire vivre ce réseau et de mettre en lien des différents acteurs.

CONCLUSION

Au delà du partage des expériences et du débat d'idée, un travail élaboré sur un thème d'une telle envergure ne peut pas être réalisé dans une journée de ce type.

Il semble et se confirme que la recherche action dans le cadre du P.R.S. peut amener des résultats concrets et partageables dans le cadre du réseau local autour d'un petit groupe de professionnels motivés et inscrits dans la durée.

**LA SEANCE PUBLIQUE DE
LA CONFERENCE REGIONALE DE SANTE**

Toulouse – 16 janvier 2001

Ouverture

**Jean-Pierre RIGAUX, Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales,
représentant le Préfet de Région**

Je dois, tout d'abord, vous faire part des excuses de Monsieur Hubert Fournier, Préfet de Région, qui ne peut être parmi nous cet après-midi, en raison d'un contretemps de dernière minute. Le Préfet de Région, qui a présidé ce matin le Comité régional des politiques de santé, m'a demandé de le représenter. J'ai donc l'honneur d'ouvrir cette V^{ème} Conférence Régionale de Santé.

I. Rôle et fonctionnement de la Conférence Régionale de Santé

La Conférence Régionale de Santé a pour rôle de finaliser l'évolution des besoins de santé dans la région, de procéder à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, d'établir des priorités régionales de santé, de suivre les programmes régionaux de santé mis en place pour répondre aux problèmes de santé publique, de faire des propositions pour améliorer l'état de santé de la population.

II. Modifications de l'organisation et du jury de la Conférence

1. Modifications de l'organisation

Cette V^{ème} Conférence s'inscrit dans le prolongement direct des précédentes mais nous avons cette année modifier sensiblement l'organisation. Ce petit amphithéâtre a été préféré à la grande salle du Palais des Congrès et le nombre de participants a été limité aux principaux acteurs du domaine sanitaire et social dans notre région. Parallèlement, et conformément aux recommandations du jury de la Conférence, un travail de terrain, plus approfondi a été engagé cette année dans chacun des huit départements de Midi-Pyrénées. Ainsi, les priorités d'action fixées par la Conférence dès 1996 ont été déclinées à l'échelon départemental et reprises dans trois journées de travail préalables à la tenue de cette réunion.

Afin d'approfondir les actions conduites dans le cadre de ces priorités, une première réunion de travail rassemblant 200 personnes environ, tant de professionnels que d'usagers, s'est tenue à Albi le 12 décembre dernier sur la coordination et la prise en charge des personnes âgées dépendantes. Ont notamment été débattus dans cet atelier : le respect des choix de la personne âgée, la coordination professionnels/aidants, comment effectuer une meilleure prise en charge à domicile ? comment professionnaliser davantage les acteurs de terrain intervenant auprès de la personne âgée ?

De la même manière, s'est tenu à Cahors le 14 décembre un débat portant sur les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) mises en place dans les établissements d'hospitalisation pour faciliter l'accès aux soins des plus démunis et des personnes en situation précaire.

Enfin, une troisième journée préparatoire à la tenue de cette Conférence a regroupé le 15 décembre 2000 une centaine de professionnels, de parents et de jeunes pour évoquer à Foix le problème de la prévention de la santé mentale des adolescents.

Dans le prolongement des Etats Généraux de la Santé, nous avons voulu qu'une plus grande place soit donnée aux usagers dans l'organisation des ateliers préparatoires à cette réunion, et je crois que nous y avons réussi. Ainsi, au-delà des participants à cette Conférence, ce sont près de 600 personnes qui au cours de ces dernières semaines, à un titre ou à un autre, ont travaillé au plus près du terrain sur les problèmes de santé et sur les priorités régionales que l'on va évoquer maintenant. Le compte-rendu de ces ateliers préparatoires vous sera restitué en fin d'après-midi.

2. Modifications de la composition du jury

Cette année, la composition du jury de la Conférence a été marquée par le souci d'un certain changement dans la continuité puisque si, celui-ci est toujours présidé, avec le dynamisme et la compétence qu'on lui connaît, par le Professeur Carton, le jury de la Conférence a été renouvelé et féminisé. Je voudrais en particulier remercier Madame Delcasso-Viguiier et Madame Estecahandy d'avoir bien voulu accepter de faire partie du jury et de rejoindre ainsi Monsieur Bouvet, Monsieur le Docteur Bussière, Monsieur Drulhe, Monsieur le Docteur Duchêne, Monsieur le Professeur Grand, Madame Loiseau et Madame Surlès. Nous avons maintenant quatre femmes sur dix : il nous faudra faire encore un petit effort pour arriver à la parité complète. Je tiens également à remercier Madame Surlès qui, cette année encore, est le représentant de la Conférence Régionale de Midi-Pyrénées à la Conférence Nationale.

Nous souhaitons vivement que cette V^{ème} Conférence Régionale de Santé en Midi-Pyrénées porte témoignage de la volonté de tous les responsables de santé publique dans la région de travailler de conserve. Qu'il me soit permis, à cette occasion, de souligner le travail accompli par l'ARH, dont le nouveau Directeur, Monsieur Pierre Gauthier, interviendra tout à l'heure, et la contribution déterminante de l'URCAM, dont je tiens à saluer le Président, Monsieur Ginisty, et le Directeur, Monsieur Fernandez, qui sera à la tribune dans quelques instants.

Nous voulons rendre cette Conférence Régionale de Santé plus efficace, rendre plus lisibles les priorités régionales de santé, tenter de mobiliser tous les acteurs et tous les partenaires concernés, faire davantage partager nos préoccupations par l'ensemble des usagers et, plus largement, diffuser une culture de santé publique. Je vous remercie de participer, tous ensemble, à ces priorités de santé publique qui nous tiennent tous à cœur.

Propositions de la Conférence Nationale de Santé pour l'année 2000-2001

Madame SURLLES, représentante de la CRS à la CNS

La Conférence Nationale de Santé (CNS) s'est tenue à Paris les 21, 22 et 23 mars 2000 et a établi douze propositions. Quels sont les rôles de la CNS ? La CNS propose, débat et rassemble.

Les douze propositions ont été classées en quatre grands chapitres.

I. Réduire les inégalités de santé intra et interrégionales

1. La CNS propose que soit voté cette année par le Parlement pour être mis en application en 2001 le principe de l'enveloppe transversale spécifique aux actions de santé déjà adopté par la Conférence en 1999. Elle attire l'attention des pouvoirs publics et des parlementaires sur la nécessité de fixer en conséquence le taux de l'ONDAM. La CNS propose que soient dynamisées les actions régionales et locales répondant aux besoins des populations, en renforçant leur financement de manière cohérente et convergente par une mutualisation des fonds entre l'ONDAM, les fonds de prévention existants et les contributions possibles des collectivités territoriales et de l'Etat.
2. La CNS propose de soutenir la mise en place de réseaux selon des modalités juridiques suffisamment souples pour s'adapter aux réalités locales et laisser l'initiative aux professionnels concernés. La CNS souhaite voir se développer des processus concertés, avec les professionnels de santé, comportant des incitations et aussi des limites à l'installation dans des zones géographiques données, face à des situations particulières de besoins.
3. La CNS propose de soutenir et poursuivre la mise en place de la CMU, en prenant en compte toutes les situations individuelles. A cette fin, il est nécessaire d'évaluer l'impact de l'ensemble des effets de seuils.

II. Promouvoir la Région, les Conférences Régionales de Santé et les Programmes Régionaux de Santé

1. La Conférence Régionale de Santé doit avoir les moyens de s'organiser pour proposer de nouvelles priorités de santé, en référence aux priorités nationales mais aussi aux réalités régionales, et sans négliger les particularités locales. Elle doit continuer à se prononcer sur la mise en place des Programmes Régionaux de Santé.
2. Le Comité régional des politiques de santé doit devenir l'instance décisionnelle et opérationnelle de la Conférence Régionale de Santé. Il est l'instance chargée d'assurer le suivi, tout au long de l'année, des priorités déterminées par la Conférence Régionale de Santé. Il doit être chargé en particulier de rechercher les moyens humains et financiers affectés à la mise en œuvre des PRS. Et je me permets de rajouter, sous l'autorité du Directeur, que le représentant du jury à la Conférence Nationale de Santé devrait peut-être faire partie de ce Comité régional des politiques de santé. Ce serait plus simple pour la transmission des informations.
3. Les PRS sont invités à généraliser une démarche de définition d'objectifs évaluables en terme de santé pour les populations concernés.

III. Renforcer la prévention par la promotion de la santé

1. La CNS réaffirme son souhait de voir se renforcer la coordination des actions de prévention et se développer les filières de formation professionnelle à l'éducation pour la santé.
2. La CNS souhaite voir se renforcer l'éducation thérapeutique du patient, avec la diffusion de pratiques professionnelles éducatives à l'ensemble des futurs intervenants du domaine de la santé. Elle souhaite que soient expérimentés puis généralisés des modes d'allocation de ressources spécifiques en ville et à l'hôpital.
3. La CNS souhaite porter une attention toute particulière aux affections qui pourraient faire l'objet d'un dépistage et d'une prévention argumentée à l'image du diabète. Il faut déterminer parmi les problèmes de santé évitables les plus fréquents en France ceux qui sont le plus accessible à des stratégies d'action en amont des soins ou à des prises en charge précoces avant toute manifestation symptomatique. Pour cela, il faut évaluer les ressources consacrées actuellement aux différentes stratégies d'intervention possibles.
4. La CNS souhaite voir mieux définie l'articulation entre une approche individuelle et une approche collective, et donc préciser les conditions éthiques de leur mise en œuvre, par une réflexion pluri-institutionnelle de manière à faire émerger des pratiques consensuelles, qui respectent la dignité des personnes et les déontologies professionnelles.

IV. Accès à des soins nécessaires de qualité

1. La CNS décide de poursuivre le travail sur les différentes étapes de l'élaboration du panier de soins et sur les champs de responsabilisation des différents acteurs. Elle propose d'impulser dans les années futures la réalisation de travaux sur l'évaluation des besoins de santé de la population, l'élaboration rationalisée d'un panier de soins remboursables nécessitant de disposer d'outils d'information performants, ceci avec l'accord du Haut Comité de Santé Publique.
2. La CNS propose de commencer, à partir d'exemples de maladies chroniques ou graves de type affections de longue durée, par une description des dépenses engagées à chaque étape de l'histoire naturelle d'une maladie (phase préventive, phase curative, phase de réadaptation). Il s'agit de produire une information transversale aux approches sectorielles traditionnelles.
La CNS participe au débat sur la santé. La preuve en est que toutes ces propositions sont actées dans le Schéma des services collectifs de santé. La prochaine CNS se tiendra les 27, 28 et 29 mars 2001 à Strasbourg.

Actions de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation

Pierre GAUTHIER, Directeur de l'ARH

Pour faire passer les objectifs de santé publique définis par la CRS dans les politiques hospitalières, trois moyens sont utilisés.

I. Moyens contractuels

Nous passons des contrats avec les établissements privés et avec les hôpitaux publics et assimilés.

1. Cliniques privées

Toutes les cliniques privées ont passé fin 1998 des contrats avec nous. Nous avons demandé que, dans une annexe à ce contrat, soit prévue la mise en œuvre d'un, deux ou trois des objectifs de santé publique définis par la CRS.

Sur 71 établissements concernés, 20 % ont intégré trois priorités de santé publique, 22 % ont intégré deux priorités de santé publique et 58 % ont intégré une seule priorité de santé publique.

58 des 71 établissements ont retenu un objectif d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes. 24 ont retenu un objectif de porter attention aux souffrances psychiques des adolescents hospitalisés. 22 ont retenu un objectif d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge des personnes en difficulté ou en voie de précarisation.

Le bilan qualitatif est, quant à lui, plus difficile à établir : il faut du temps pour observer les résultats.

2. Hôpitaux publics et assimilés

S'agissant des hôpitaux publics, la démarche de contractualisation est une démarche progressive. Pour l'heure, un quart des établissements publics et assimilés ont des contrats d'objectifs et de moyens. Un certain nombre de ces contrats prévoient des objectifs de santé publique. Comme pour les cliniques privées, c'est l'objectif d'amélioration de la prise en charge des personnes âgées dépendantes qui revient le plus fréquemment. Un bilan qualitatif sera fait quand nous aurons un peu plus de recul. Dans notre travail de contractualisation avec les autres établissements, il nous faudra intégrer de façon plus volontariste les objectifs de santé publique.

II. Allocation des ressources

Nous allouons des ressources de fonctionnement aux établissements hospitaliers, publics et privés. Dans cette allocation des ressources, nous utilisons un mécanisme d'appel à projet pour répartir des marges de manœuvre, qui sans être considérables, ne sont pas totalement négligeables. Nous avons affecté une partie de nos marges de manœuvre à des objectifs de santé publique, notamment en matière de santé mentale des adolescents et en matière d'accès aux soins.

S'agissant de la santé mentale des adolescents, en 2000, nous avons accordé des moyens spécifiques à l'hôpital Marchant, au CHU, à l'hôpital de Montauban et à l'hôpital général de Rodez.

S'agissant des dispositifs d'accès aux soins, nous avons aidé l'hôpital de Saint-Céré, le CHU, les hôpitaux de Montauban, de Millau et de Villefranche-de-Rouergue. Les crédits que nous avons dégagés sur nos marges de manœuvre se sont ajoutés à une dotation nationale qui avait été réservée par le Ministère pour aider à l'amélioration de l'accès aux soins.

III. Dispositifs spécifiques (PASS)

Nous avons dans la région une quinzaine de Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Au plan quantitatif, nous pouvons faire mieux. Et sur le plan qualitatif ? Nous avons prévu dès le départ un dispositif d'évaluation du fonctionnement des PASS en liaison avec l'ORS, mais il est encore trop tôt pour le juger.

Il est important que ces PASS ne soient pas des services alibis, permettant aux autres services de l'hôpital de se décharger des personnes dont ils ne voudraient pas assumer la charge. Ces PASS doivent être marquées par une ouverture, sur l'ensemble des intervenants sociaux de la place et sur l'ensemble des services de l'hôpital. La PASS a un rôle de médiateur entre les services sociaux et les services hospitaliers.

Ces PASS portent une culture nouvelle dans un hôpital qui était en train de devenir techniciste ; mais, en réalité, plus qu'une culture nouvelle, il s'agit d'un retour aux sources, que l'on redécouvre car l'hôpital techniciste que nous connaissons, et qui a ses avantages, avait fait perdre de vue cette vocation initiale qui est de s'occuper des plus défavorisés.

Pour faire un bilan général, je dirai que, sans conteste, une dynamique est lancée mais qu'elle n'est pas encore arrivée aux limites où nous voulons la porter. Qu'il s'agisse des contrats passés avec les établissements, qu'il s'agisse de la gestion des appels à projets pour financer des opérations qui s'inscrivent dans les objectifs de santé publique ou qu'il s'agisse de dispositifs spécifiques comme les PASS ou comme les réseaux, nous sommes dans une tendance intéressante mais qui est loin d'avoir développé toutes ses conséquences.

Actions de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Daniel FERNANDEZ, Directeur de l'URCAM

Premièrement, l'URCAM s'investit dans des programmes de santé publique bâtis autour des priorités régionales ou nationale. Deuxièmement, elle cherche à impulser une dynamique de développement de réseaux de soins construits autour du patient.

I. Programmes de santé publique

1. Suivi des patients diabétiques

Ce programme a concerné 75 000 patients en Midi-Pyrénées.

a) Les actions menées en 2000

Ce programme a mobilisé des moyens d'études extrêmement importants, pour faire un état des lieux régional. Nous avons mis en place des actions de sensibilisation et de soutien auprès des professionnels de santé et des patients. Nous avons collaboré étroitement avec des associations de malades et de diabétiques. Le travail a été réalisé en partenariat avec l'URML, des experts hospitaliers et des associations.

Des moyens de prévention, d'éducation sanitaire et de conseil ont été développés, avec une implication forte des médecins conseil de l'assurance maladie, mais aussi en mobilisant les centres d'examen de santé et les services d'éducation sanitaire des caisses. Une articulation étroite a été mise en place dans le cadre du réseau DIAMIP et par le FAQSV.

Les premiers outils en commun ont été mis sur pied (livret de suivi du diabétique, fiche ophtalmologique) et vont être généralisés.

Ce programme a été complété d'une action HTA.

b) Les résultats

Les premiers résultats sont encourageants. Le pourcentage de patients ayant bénéficié au moins d'une mesure de l'équilibre glycémique est passé de 48,5 % en 1999 à 60 % en 2000.

Le dépistage des complications ophtalmologiques des anomalies lipidiques (cholestérol) ou des complications néphrologiques s'améliore progressivement. Ce programme va se poursuivre en 2001.

2. Le bon usage du médicament

Le médicament est le second poste de dépenses de santé après l'hospitalisation. Il représente un enjeu économique et surtout un enjeu de santé publique. Pour favoriser le bon usage et optimiser le coût des médicaments, l'assurance maladie met en œuvre une approche économique et une approche de santé publique.

a) Approche économique

Trois moyens sont mis en œuvre :

- analyse systématique des prescriptions de l'ensemble des professionnels de santé et restitution ;
- promotion auprès des médecins, des pharmaciens et du grand public de l'utilisation des médicaments génériques ;
- mise au point d'outils de suivi – tableaux de bord des médicaments les plus prescrits – à partir du système d'information de l'assurance maladie.

b) Approche de santé publique

Des travaux plus médicalisés permettant de connaître le bon usage des médicaments ont été réalisés. Ces études ont tourné autour des psychotropes et vont se développer autour d'un ensemble de classes thérapeutiques en fonction des priorités des programmes de l'URCAM.

c) Les résultats

30 millions de francs ont pu être redéployés pour un usage plus utile, grâce au développement des génériques (gain de 1 point, soit 10 millions de francs sur la région) et aux efforts faits par les gros prescripteurs de la région pour avoir des prescriptions plus efficaces.

Pour 2001, trois priorités essentielles sont définies :

- les risques cardiovasculaires ;
- la poursuite d'études médicalisées avec les professionnels de santé sur le bon usage des médicaments ;
- l'accompagnement des priorités de la CRS, notamment le développement des réseaux gérontologiques et la lutte contre l'exclusion.

II. Réseaux de soins construits autour du patient

Les réseaux ne sont pas, comme on le croit souvent, une invention récente. Les premiers réseaux ont été créés en 1914 pour la lutte contre la tuberculose. Bien sûr, il existe une multitude de réseaux informels mais mon propos aujourd'hui est de vous montrer la dynamique que nous mettons en place sur d'autres types de réseaux.

1. Qu'est-ce un réseau de soins ?

Les définitions des réseaux sont multiples. Quelle que soit la définition que l'on retient des réseaux, il faut savoir que quatre dimensions sont nécessaires :

- un projet médical précis ;
- une coordination des soins organisée et lisible ;
- une information et une formation des professionnels et des patients ;
- une évaluation des pratiques, de la qualité des soins et des coûts.

Un réseau doit répondre à un besoin reconnu (régler un dysfonctionnement sur un territoire donné ou un manque important en matière de qualité ou d'offre de soins) et permettre une plus-value en termes médical et économique. Autour de ces réseaux, tous les partenaires développent leur action.

L'Etat, autour de la prise en charge du sida, des toxicomanies, de l'hépatite C, mène des actions importantes.

L'ARH, avec les contrats d'objectifs et de moyens, incite à développer des réseaux notamment inter hospitaliers mais pas uniquement.

L'assurance maladie instruit les dossiers en amont de la Commission Soubic, chaque fois qu'il y a demande de dérogation tarifaire (sur les tarifs, les rémunérations des professionnels, les frais accessoires, le tiers payant, le ticket modérateur) au code de la santé publique.

Elle soutient financièrement le développement des réseaux conformes aux critères définis, par la mise en place d'un Comité régional des réseaux et par le FAQSV (Fonds d'aide à la qualité des soins de ville).

2. Quels sont les outils d'accompagnement que nous avons mis en place dans la région ?

a) Le Comité régional des réseaux

Le Comité régional des réseaux a été créé depuis un an pour permettre la concertation de l'ensemble des institutionnels. Ce Comité est ouvert aux professionnels de santé et aux établissements publics et privés. Il a pour but de promouvoir les domaines prioritaires pour les réseaux, dans le cadre des PRS de la Conférence Régionale, du SROS de l'ARH et des préoccupations sanitaires de l'assurance maladie. Son action vise à articuler et coordonner les projets. Comme le financement est parfois complexe, le Comité oriente vers les procédures de financement les plus adaptées, s'assure de la complémentarité et de la pérennité des projets, propose des compétences aux promoteurs pour instruire les dossiers et soutient les projets les plus intéressants.

b) Le FAQSV

Le FAQSV permet d'apporter un accompagnement financier important de l'assurance maladie au développement des réseaux.

Il a été institué par l'article 25 de la loi de financement de 1999, en vue :

- d'améliorer les pratiques de soins ;
- de favoriser la coordination et la continuité des soins ;
- de permettre aux systèmes d'information de se développer ;
- d'encourager l'évaluation.

Les financements sont attribués à des professionnels de santé libéraux. La gestion du fonds est partenariale, puisqu'elle regroupe des partenaires de l'assurance maladie et des professionnels de santé sous la supervision de l'Etat. Le FAQSV a examiné, lors de sa première réunion le 13 décembre, une vingtaine de dossiers. Cinq projets ont été retenus pour commencer : deux projets relatifs aux soins palliatifs dans le Tarn-et-Garonne et dans les Hautes-Pyrénées, un projet régional de formation des podologues de la région, un projet relatif à la prise en charge de l'obésité, une expérimentation autour de l'informatisation des unités oncologiques dans le cadre des unités de concertation pluridisciplinaires.

Le FAQSV élabore une doctrine en liaison avec le Comité des réseaux. Il se préoccupe de critères médico-administratifs, de la dimension stratégique des projets, de l'opportunité et de la cohérence des projets. Le FAQSV cherche également à favoriser la concertation des acteurs locaux.

Une action de communication est en cours, pour faire connaître ces nouveaux outils. Toutes les informations sont disponibles sur le site Internet de l'URCAM. Une information directe auprès de chacun des professionnels de santé va être menée dans les prochains jours.

3. Quelles sont les perspectives ouvertes par la loi de financement 2001 ?

La loi de financement 2001 va déconcentrer la procédure Soubie et donner à la région, notamment à la commission exécutive, la possibilité d'agrèer régionalement des réseaux. La région aura ainsi véritablement les moyens de mener une politique régionale en matière de réseaux.

Questions réponses

Joëlle OLIVIER, Directrice de l'association pour la promotion de la santé dans le Tarn-et-Garonne

L'association pour la promotion de la santé gère plusieurs activités, notamment un centre de santé (plus précisément un centre de soins infirmiers). Nous avons de grandes difficultés à trouver des financements pour nos actions de promotion de la santé. Monsieur Fernandez, le FAQSV est-il ouvert à des projets présentés par des structures comme la nôtre ?

Daniel FERNANDEZ

Le FAQSV est réservé aux projets soutenus majoritairement par des professionnels de santé libéraux de terrain. Les associations peuvent y être associées bien sûr, surtout si elles rentrent dans le projet de soins défini par le projet en question.

Jean-Louis ALBAREDE, Président de l'URIOPSS Midi-Pyrénées

Devant la multiplication des réseaux, une réflexion est-elle engagée pour coordonner les systèmes d'information utilisés dans l'ensemble de la région ?

Daniel FERNANDEZ

Le Comité des réseaux était une première tentative de répondre à ce besoin, qui est bien réel. La télé santé se développe à partir de pôles hospitaliers mais les libéraux, eux aussi, doivent pouvoir développer leur informatisation, en lien et en cohérence avec l'informatique hospitalière. Ces problèmes peuvent être abordés au Comité des réseaux mais la concertation doit se développer davantage. Nous sommes particulièrement attentifs à ces problèmes de cohérence des systèmes d'information. Nous avons déjà reçu des projets de financement de télé santé. De nombreux crédits prévoient des développements : des crédits régionaux, des crédits d'Etat, des crédits de l'assurance maladie. Il faut absolument veiller à la cohérence des systèmes d'information. Un cahier des charges, technique et déontologique est indispensable pour accompagner le développement de cette informatique. Avec le Directeur Régional et l'ARH, ce sera l'un de nos axes de préoccupation. Au mois de février prochain, nous avons programmé une réunion de travail pour aborder ces problématiques.

Pierre GAUTHIER

Il y a trois catégories de réseaux :

- les réseaux impulsés par l'Etat (sida) ;
- les réseaux ville hôpital, dont l'ARH est le principal financeur ;
- les réseaux Soubie, dont la procédure de financement par l'assurance maladie qui était nationale va être déconcentrée ;

Parmi les réseaux, on peut distinguer les réseaux de pure coordination et les réseaux d'intervention, qui ont des besoins de financement supérieurs. Nous sommes confrontés à trois risques :

- concurrence entre réseaux sur le même territoire ;
- coupure entre réseaux hospitaliers et réseaux ambulatoires ;
- effet d'aubaine.

Nous avons un devoir de clarification, et la déconcentration de la procédure Soubie est l'élément déterminant.

Jean-Louis ALBAREDE

Nous avons besoin d'une définition stratégique et politique des réseaux, pour éviter ces dérives. Mais il y a aussi un aspect technique, de transmission et de confidentialité des données. Il serait dommage que le CHU, l'URCAM, l'ARH, etc. fasse chacun de leur côté des cahiers des charges. On gagnerait beaucoup de temps et d'argent à se mettre d'accord, ensemble, sur ces données des cahiers des charges.

René DUCLOS, Directeur de l'Hôpital La Grave (CHU de Toulouse)

Les aspects juridiques du réseau constituent, eux aussi, une véritable problématique. Je me demande s'il ne serait pas opportun d'élaborer, à l'attention de tous les professionnels de santé, un cahier des charges donnant des recommandations pour se prémunir contre les erreurs de droit. Dans ce domaine, l'improvisation risque d'être préjudiciable à tout le monde.

Un intervenant

Nous avons souvent évoqué ce problème de montage juridique entre nous. Fréquemment, un réseau commence par partir d'initiatives personnelles. Mais, pour pérenniser un réseau, il faut envisager une formalisation : une association ? un groupement de coopération ? Nous nous posons, nous aussi, des questions sur le montage juridique le plus adéquat.

Un intervenant

Le contrat de plan Etat-région a prévu, aussi bien sur le volet télé-santé/télé-médecine que sur le volet développement des réseaux professionnels, de nombreuses interventions.

Le Conseil régional a prévu d'appuyer l'équipement de télé médecine sur la région. Pour sa part, l'Etat accompagnera la réalisation d'études de faisabilité, l'exploration des aspects éthiques et juridiques, les actions de formation, les actions d'évaluation.

L'animation des réseaux, surtout en phase de lancement, pourra être prise en charge sur le contrat de plan Etat-région.

Synthèse des journées délocalisées

La Coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes

Roger ALLOUCH , DDASS du Tarn

Ces ateliers se sont tenus le 12 décembre à Albi. Ils ont réuni 200 personnes, d'horizons divers - institutionnels, professionnels de santé, associations, représentants des familles – avec la participation du Préfet du Tarn, du Président du Conseil général et du Professeur Carton, président du jury de la CRS.

I. Matinée : séance plénière

Le matin, quatre intervenants se sont succédé. M. Mantovani, sociologue à l'ORSMIP, nous a parlé de la citoyenneté et de la solidarité auprès des personnes âgées.

Le Dr Abrias, responsable d'un PRS dans la Creuse, nous a fait part de son expérience, basée sur une observation fine des conditions de vie des personnes âgées, de leurs personnalités, et des différentes formes d'exclusion des personnes âgées (par exemple, ne pas retrouver ses lunettes ou son appareil auditif). Le Dr Abrias nous a relaté également ses difficultés à tenir un PRS, lorsque les financements annuels n'étaient pas mobilisables de manière pérenne.

Laurent Ortic a présenté la circulaire interministérielle sur les Centres Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC) dans les niveaux 1, 2, 3.

Magalie Mengelle a relaté l'expérience du réseau gérontologique de Vic-Montaner, dans les Hautes-Pyrénées, expérience récente développée à partir d'un travail de proximité très construit. Les participants au colloque tarnais ont relevé le statut fragile de l'animateur, qui est recruté sous la forme d'un emploi jeune, ainsi que l'incertitude de certains financements, tout en reconnaissant les aspects positifs des avancées réalisées sur le terrain.

II. Après-midi : travaux en ateliers

L'après-midi, les participants se sont répartis en trois ateliers. Ces trois ateliers avaient été préparés par un comité d'organisation, qui a regroupé des représentants de la DRASS, la CRAM, l'ADMR, la Direction de la solidarité (service du Conseil général du Tarn) et la DDASS du Tarn.

Atelier 1 - Place des aidants naturels, des familles et des professionnels

Le débat a porté sur la place qui reste à la personne âgée dans son environnement familial et dans son environnement social. Les représentants des familles ont exprimé la volonté de s'adapter et de répondre aux désirs, aux besoins des parents, de respecter leur choix, de préserver leur autonomie. La personne âgée doit être respectée en tant que sujet, autour duquel doit être élaboré un projet tenant compte de ses désirs.

Tous les participants étaient d'accord pour reconnaître les difficultés à assumer en continu certaines situations, notamment les démences séniles, la nécessité pour chacun d'imposer des limites à son action de manière transparente, l'importance pour les aidants de disposer d'un espace de liberté, du type hébergement temporaire (les notions de coût ainsi que le nombre limité de ce type de structure ont été abordés). Les aidants souhaitent que leur décision face à leurs parents âgés soit respectée, quelle qu'elle soit (absence de culpabilisation en cas d'institutionnalisation).

Les participants ont fait les propositions suivantes :

- créer des lieux ressources structures, favorisant l'écoute, les échanges et l'émergence de réponses adaptées de proximité ;
- favoriser la représentation des aidants naturels au sein des réseaux.

Les participants sont tombés d'accord sur le fait que la coordination locale assure et légitime la place de chacun – personnes âgées, aidants naturels et professionnels. Elle permet aux aidants d'être les maillons utiles au bon moment.

Atelier 2 - Les réseaux actuels de prise en charge des personnes âgées répondent-ils aux attentes de ces dernières ?

Face à la multiplicité des besoins des personnes âgées, les membres de l'atelier se sont attachés à dégager les points forts des réseaux actuels, leurs difficultés ainsi que leurs limites d'intervention et à suggérer des préconisations pour l'amélioration de leur coordination.

Une idée forte est revenue : le respect de la personne.

a) Les points forts

Les réseaux actuels informels sont un lieu d'écoute et d'information, un lieu de convergence, d'éclairage et de sécurisation, un lieu de maintien du lien social, de partage des informations, un lieu de synthèse rapide dans les situations d'urgence, une réponse adaptée par la connaissance réciproque des différents acteurs, la complémentarité entre les structures à domicile et les institutions ayant été soulignée.

b) Les points faibles

Les participants ont souligné :

- la diversité des réseaux actuels, leur caractère informel, l'absence de statut ;
- leurs limites financières : absence de moyens spécifiques, non pérennisation de ces réseaux, fragilité des réseaux informels (nécessité pour l'animateur de trouver des financements chaque année) ;
- diversité des cultures : la diversité des approches professionnelles, des logiques institutionnelles voire politiques n'est pas de nature à favoriser le travail en coordination, certains membres de l'atelier considérant qu'il s'agissait là au contraire d'un point fort ;

c) Les préconisations

Les membres de l'atelier ont préconisé :

- la professionnalisation des réseaux avec l'élaboration de procédures favorisant le respect des compétences et des territoires de chacun et l'emploi d'un langage commun, notamment par la formation ;
- l'évaluation périodique, à partir d'une grille construite préalablement en partenariat ;
- la formalisation des réseaux ;
- le respect des domaines de compétence de chacun, afin de créer un climat de confiance indispensable à une bonne coordination et à un bon partage de l'information ;
- la politique départementale en matière de coordination doit être lisible et clairement énoncée.

Atelier 3 - Les CLIC constituent-ils une avancée significative pour les usagers, les professionnels et les institutionnels dans le domaine de la coordination de la prise en charge des personnes âgées dépendantes ?

Les participants se sont employés à déterminer si la création des CLIC était de nature à apporter une plus-value à la situation existante. La réponse est largement positive.

Pour les usagers, dans la mesure où ils apporteraient une homogénéisation en matière d'information et de coordination et où ils pourraient éviter aux familles, aux institutionnels et aux professionnels le parcours du combattant : le CLIC doit s'inscrire dans une logique de service permanent et non de résolution de crise uniquement.

Pour les professionnels, le CLIC ne doit pas s'inscrire dans une logique d'empilement. Il doit faciliter le travail des partenaires par la mise à disposition d'informations actualisées et la recherche de réponses adaptées. Il doit également être un outil au service de la coordination. Les participants ont préconisé un statut associatif. Le CLIC doit tendre à fédérer autour de valeurs semblables des partenaires ayant un intérêt à travailler ensemble.

Pour la création des CLIC, les participants ont proposé de :

- s'appuyer sur l'existant ;
- favoriser l'initiative sur un territoire en y associant le CODERPA ;
- rechercher les éléments fédérateurs ;
- créer un comité de pilotage départemental associant toutes les structures ou instances départements susceptibles d'avoir à connaître des CLIC.

Les écueils à éviter ont été soulignés.

- Le CLIC ne doit pas être une création artificielle.
- L'empilement des structures risque de créer des conflits de compétences. Les participants suggèrent de définir très précisément la sphère de compétences des CLIC, de veiller à un maillage homogène du territoire en donnant la priorité aux initiatives fédératives, d'éviter les initiatives isolées qui ne correspondent pas à un véritable besoin.
- Les membres de l'atelier ont préconisé de ne pas recourir à des emplois salariés pour le fonctionnement des CLIC : cela m'a un peu étonné quand j'ai relu les comptes-rendus, c'est un point à clarifier car, le matin, les participants ont émis le vœu que l'emploi jeune du réseau de Vicq-Montaner soit pérennisé dans son statut.

Au moment où le Gouvernement a décidé d'inscrire au budget du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité des crédits pérennes pour le fonctionnement des CLIC, je pense qu'il appartient au niveau départemental de promouvoir ce dispositif, autour de partenaires ayant un intérêt commun à travailler ensemble au profit de la personne âgée et des familles.

Questions réponses

M. MAZENC, Président de l'Union régionale des associations familiales, membre du Comité économique et social régional

Je suis étonné qu'à aucun moment, il n'ait été question des soins palliatifs et il n'ait été fait allusion à l'expérience de réseaux de soins palliatifs et d'accompagnement des personnes en fin de vie préconisée par le CESR. Peut-être est-ce dû au fait que l'accompagnement des personnes en fin de vie ne concerne pas que les personnes âgées mais aussi les jeunes.

Un intervenant

Nous avons parlé de la totalité des réseaux. Les réseaux de soins palliatifs font en effet partie des réseaux qui sont expérimentés et qui fonctionnent de plus en plus dans notre région. Dans notre région, le CESR et le Conseil régional appuient une démarche forte en matière de mise en place de réseaux de soins palliatifs mais cette préoccupation est également partagée par l'ARH et l'URCAM. Je crois savoir qu'un programme de développement de soins palliatifs est prévu au sein de l'ARH.

Roger ALLOUCH

Des associations de soins palliatifs ont participé aux ateliers du 12 décembre à Albi. Je n'en ai pas parlé, comme je n'ai pas parlé d'autres associations ciblées. C'est le propre du réseau de fédérer l'ensemble des acteurs et des partenaires au profit de la personne, quel que soit son statut et ses pathologies.

Jean-Louis ALBAREDE

Premièrement, au moment où vont apparaître des modalités de réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées, il me semble important d'engager une réflexion sur l'accueil temporaire. En effet, l'accueil temporaire est une solution qui peut répondre aux besoins des aidants. Les accueils temporaires peuvent trouver une place dans les réseaux.

Deuxièmement, il a été dit que les CLIC devaient s'inscrire dans une logique de service permanent et non de résolution de crise. C'est vrai, mais il faut que nous apprenions à gérer les crises, qui surviennent lorsque toutes les structures de maintien à domicile sont dépassées et qui arrivent fréquemment. Il faut commencer par mettre en place une politique de sensibilisation, qui permettra de mettre en place ultérieurement une politique de prévention des crises. Il est indispensable, à mon avis, de pouvoir répondre aux crises. Ce qui rend difficile la coordination, ce sont, en dehors des conflits de pouvoir, les situations difficiles et critiques, et les solutions de compromis qui sont frustrantes pour les familles, pour les personnes âgées et pour les professionnels.

Troisièmement, il serait illusoire de penser qu'un réseau peut fonctionner sans que des gens se rencontrent et que ce temps de rencontre soit rémunéré.

Quatrièmement, il apparaît, cela a été démontré dans de nombreux pays, que l'évaluation et l'information sans mise en place de véritables interventions amélioreraient peu le parcours de la vieillesse en terme de qualité de vie et de coût. Cela pose le problème des CLIC de niveau 3, qui doivent mettre en place des actions. Il faut que chacun puisse se retrouver dans ces actions, pour le plus grand bénéfice des personnes âgées.

Roger ALLOUCH

Dans ma synthèse, je n'ai pas parlé des CLIC de niveaux 2 et 3. Mais les membres de l'atelier ont mis en avant le risque de conflit (qui fait quoi ?) pour les CLIC de niveau 3. Ils ont par ailleurs souligné que, pour parvenir au niveau 3, il faut d'abord passer par le niveau 1.

Un intervenant

Il ne faut pas faire de l'institutionnel pour le plaisir de faire de l'institutionnel. Si la coordination existe déjà, il n'y a pas besoin de CLIC. Si elle n'existe pas, il faut la créer. D'ailleurs, dans les orientations

ministérielles, la CLIC est un instrument souple, qui s'adapte aux circonstances locales. Ce n'est pas forcément une association, cela peut être une institution qui existe déjà, une collectivité locale, le CCAS, etc.

Michel LAGES, Directeur de la CRAM

Dans votre synthèse, vous n'avez pas évoqué la position des institutionnels par rapport aux CLIC.

Roger ALLOUCH

C'est un oubli, excusez-moi. Pour les institutionnels, Monsieur Lages, le directeur de la CRAM ou l'un de ses représentants, doit faire partie des CLIC. Je vois mal comment on pourrait faire abstraction des financeurs dans le contexte d'une politique organisée et construite au niveau local. Il faut tendre vers une simplification des procédures (lors des inondations du Tarn, il a fallu votre autorité et votre intervention pour assouplir les procédures). Vous serez également partenaires de l'évaluation.

Simone OLTRA, URAPEI

Les personnes handicapées âgées ont besoin de soins spécifiques et d'un encadrement important. Cet aspect a-t-il été envisagé lors de l'atelier d'Albi ? Est-il envisagé de créer des structures annexées aux institutions dans lesquelles ces personnes handicapées ont passé la plupart de leur vie d'adulte ?

Roger ALLOUCH

La question a été abordée à Albi, mais superficiellement. La réponse apportée a renvoyé au plan Jospin en faveur des adultes handicapés. Ce plan prévoit de développer des structures innovantes en matière de vieillissement des personnes âgées, des services de soins, de maintien ou d'accompagnement à domicile pour les personnes handicapées vieillissantes. La question du vieillissement des personnes handicapées soit au travail soit dans les foyers occupationnels et autres va se poser dans les prochaines années. Notre Ministère incite à créer des structures innovantes, comme de petites structures médicalisées annexées aux foyers, qui permettent d'éviter de déplacer les personnes. La Conférence Régionale de Santé doit faire de cette question des personnes handicapées vieillissantes l'une de ses priorités.

Jacques BOUVET, Vice Président de la CORERPA

Je voudrais revenir sur le problème de la coordination à l'échelon de la politique départementale. Il y a trois sortes de coordination :

- la coordination autour de la personne ;
- la coordination dans l'information des familles à travers les CLIC et dans l'évaluation de la personne, qui suscite obligatoirement un partenariat local ;
- la coordination à l'échelon départemental.

Nous avons commencé à travailler sur ces trois points au niveau de la CORERPA. Nous serons en mesure d'ici un mois et demi de faire des propositions sur la première partie, c'est-à-dire la partie qui correspond aux CLIC.

La seconde partie sera aussi traitée par notre groupe de travail, mais nous avons déjà fait un certain nombre de constats. Nous sommes pour un système de politique, où seront associés l'ensemble des décideurs (Etat, Conseil Général), des financeurs et probablement d'autres partenaires (représentants des sections).

Jean-Pierre RIGAUX

La question des personnes handicapées vieillissantes préoccupe toutes les instances (Etat, Conseils généraux, Conseil régional). Nous aurons l'occasion d'y revenir. La personne handicapée vieillissante doit-elle être considérée comme une personne handicapée ou comme une personne âgée ? Monsieur ALLOUCH a commencé à donner un début de réponse.

Les Permanences d'Accès aux Soins de Santé

Patrice RICHARD
DDASS du Lot

Cette journée a eu lieu à Cahors, le 14 décembre dernier. Sur 83 personnes invitées, 73 ont participé à cette journée. La matinée a été consacrée à :

- une intervention de Mme Rinquin, de la DGS ;
- une présentation du bilan des PASS en Midi-Pyrénées, par des représentants de la DRASS.

L'après-midi, se sont tenus trois ateliers thématiques :

- Atelier 1 : l'articulation entre le travail de soins et le travail social ;
- Atelier 2 : la communication entre les réseaux intra et extrahospitaliers ;
- Atelier 3 : lien et complémentarité entre l'action sociale de la PASS et l'action sociale globale de l'établissement.

I. Bilan des PASS en Midi-Pyrénées à fin 2000

Sur le plan quantitatif, en Midi-Pyrénées, fin 2000, nous avons 16 PASS. Début 2001, une PASS supplémentaire devrait ouvrir au CHU sur le site de La Grave, de même qu'une unité mobile de soins ambulatoires. Sur le plan qualitatif, le bilan régional fait apparaître que les PASS ont une opérationnalité plus ou moins forte. Un certain nombre de PASS n'ont toujours pas défini de projet avec l'ensemble des partenaires avec lesquels elles sont censées travailler.

Le personnel des PASS est principalement socio-administratif. Les prestations de service rendues par les PASS sont essentiellement sociales. Les PASS sont situées dans ou près des services d'urgence. La formation et la sensibilisation du personnel est souvent insuffisante. Le système d'accueil et de repérage est insuffisamment développé, avec peu de protocoles élaborés. La coordination en interne mais aussi en externe est peu formalisée. Peu de PASS se sont doté d'un comité de pilotage avec l'ensemble des partenaires. Il y a peu de fiches de circulations, fiches de liaison avec l'extérieur. Globalement, la couverture territoriale des PASS est bonne mais il faut améliorer l'existant.

II. Six propositions des ateliers

Pour améliorer l'existant, les ateliers ont fait six propositions d'évolution :

1. La PASS doit se concrétiser par une nouvelle culture pour l'hôpital

Les textes laissent une grande liberté d'action. On considère que la PASS doit avoir pour missions : l'accueil, la prévention, le dépistage, l'orientation (ce qui suppose la constitution d'un réseau en amont et en aval), l'accompagnement. Pour accomplir ces missions, la PASS doit moins s'approprier comme un lieu géographique identifié que comme un dispositif de prise en charge. Ce dispositif de prise en charge doit permettre la compréhension des obstacles à l'accès aux soins et mettre en œuvre les moyens de les résoudre. La PASS doit être avant tout un état d'esprit, qui doit être partagé par l'ensemble des acteurs de l'hôpital, afin de tendre au travail en réseau entre tous les partenaires.

Pour que cet esprit d'esprit se généralise, les ateliers considèrent cependant que la PASS doit, dans un premier temps, être identifiée dans un lieu spécifique, dotée d'une équipe. Elle constitue un espace transitoire vers le droit commun et un lieu ressource repérable par les patients, les usagers et les professionnels.

2. La PASS doit être un lieu ouvert à tous

La PASS n'est pas seulement un lieu destiné aux plus démunis. C'est un lieu d'accueil qui doit être ouvert à tous les publics, à toute personne ayant un besoin de santé, qui se trouve dans une difficulté d'accès aux soins passagère ou chronique. Dès lors que la PASS est ouverte à tous publics, la notion de repérage a été remise en cause. Il ne faut pas se doter de critères trop précis qui excluraient certains et entraîneraient un risque de stigmatisation.

3. La PASS doit mettre en place une approche multidisciplinaire pour optimiser l'existant

Pour mener à bien ses missions, l'équipe qui prend en charge le patient doit être pluridisciplinaire : médecins, soignants, psychologues, travailleurs sociaux. Ce travail en équipe pluridisciplinaire implique certaines adaptations sur le plan des pratiques professionnelles, par exemple l'intégration d'une rubrique sociale dans le dossier du patient, une visite interdisciplinaire, etc. Des efforts en terme d'information et de formation de l'ensemble du personnel à la prise en charge de ce type de public sont indispensables mais l'enjeu est autant de mettre en place de nouvelles pratiques ou de nouveaux outils que d'optimiser ceux existants. Dans cet esprit, un des ateliers a fait la proposition de créer, au sein de chaque hôpital doté d'une PASS, une cellule chargée de l'accès aux soins et de l'accueil des personnes démunies, dont la mission serait à l'image du CLIN dans le domaine des infections nosocomiales : rappeler les bonnes pratiques, évaluer les réponses apportées et mesurer l'évolution des pratiques professionnelles, valoriser les actions déjà existantes, sensibiliser/former l'ensemble des professionnels du monde hospitalier afin de diffuser l'état d'esprit PASS, en mettant par exemple en place des référents dans les services, comme pour la prise en charge de la douleur.

4. La PASS doit être une mise en synergie de l'ensemble des partenaires

Ces partenaires extérieurs sont les partenaires sociaux, les associations, les organismes d'assurance maladie, les médecins libéraux. L'outil PASS est apparu comme parfaitement adapté à ce type de projet, notamment pour permettre la mobilisation de l'ensemble des partenaires par l'institution d'un comité de pilotage. Ce comité de pilotage serait une instance de dialogue et d'échange, une instance de connaissance mutuelle, une instance d'élaboration du projet de la PASS et une instance d'évaluation. Un consensus fort s'est dégagé sur la nécessité que les autorités de tutelle imposent la constitution de ce comité de pilotage.

5. La PASS doit être un dispositif porté par l'institution hospitalière

La PASS doit être inscrite dans la vie institutionnelle de l'établissement. Afin de permettre l'émergence d'une culture PASS, les instances décisionnelles (conseil d'administration, directeur de l'établissement) doivent mettre en avant cette culture PASS, afin que la prise en charge de la précarité soit une priorité de l'établissement. La PASS, et le projet PASS, doivent faire partie des orientations stratégiques de l'établissement : le projet PASS pourrait prendre la forme d'un projet d'action sociale (distinct du projet d'action sociale en direction du personnel) au sein du projet de l'établissement. Par ailleurs, il est proposé que chaque année un bilan de la dynamique PASS soit présenté au niveau des instances consultatives (CME, CTE) et dirigeantes (conseil d'administration). En conclusion, la mise en place des PASS représente pour l'hôpital une nouvelle culture, qui passe par la mise en œuvre de nouvelles pratiques, demandant l'implication de l'ensemble des partenaires. Elle se traduit donc par un véritable projet d'action, qui doit être partagé par l'ensemble de l'établissement et qui permet une nouvelle approche de la précarité. L'enjeu est multiple :

- la poursuite de l'ouverture des établissements sur l'extérieur afin de promouvoir le travail avec l'ensemble des partenaires dans un contexte de mutualisation des moyens et des compétences ;
- la promotion de la personne malade, sujet de droit, en favorisant son autonomie dans un projet de soins et de santé global ;
- la mise en place de moyens pour repérer les obstacles à l'accès aux soins et les résoudre.

Questions réponses

Gilles MAY-CARLE, DDASS du Gers

L'atelier propose, entre autres, d'ouvrir la PASS à tous les publics. Or je pensais que l'un des intérêts de la PASS était de faire une discrimination positive forte. N'y a-t-il pas un risque de transformer la PASS en un simple outil d'amélioration générale de l'accueil à l'hôpital ?

Patrice RICHARD

L'atelier a proposé d'ouvrir la PASS non pas à tout le monde mais à tous les publics qui ont une difficulté d'accès aux soins passagère ou chronique. Mais je préfère donner la parole au responsable de l'atelier pour plus de précisions.

Pierre PAPON, conseiller technique en travail social à la DRASS

En fait, le groupe n'a pas fait de proposition sous cette forme. Il s'agissait d'éviter de stigmatiser les publics par un repérage par catégorie de problèmes (errance, toxicomanie, etc.), pour se doter plutôt d'outils d'accueil spécifique, afin comprendre les obstacles d'accès aux soins des publics.

Un intervenant

En clair, la PASS ne doit pas être réservée aux pauvres mais peut aussi accueillir des personnes affiliées à l'assurance maladie qui, pour une raison ou une autre, peuvent avoir besoin d'une prise en charge un peu particulière.

Pierre PAPON

Le groupe a même proposé d'élaborer un outil de diagnostic médico-psycho-social qui permettrait non seulement de repérer les obstacles à l'accès aux soins à l'accueil mais aussi de faire un suivi du patient à l'intérieur du système hospitalier (intégration au dossier médical).

René DUCLOS, Directeur de l'Hôpital La Grave

Nous allons ouvrir prochainement une PASS. Je voudrais insister sur la nécessité de mobiliser l'ensemble des acteurs autour d'un projet commun et de valeurs partagées, de tenir compte des spécificités locales pour pouvoir proposer un projet parfaitement adapté aux besoins. A cet égard, il faut s'appuyer sur la connaissance des besoins des personnes précaires que peuvent avoir les professionnels de santé. L'enjeu de mobilisation du corps médical autour de la PASS me paraît le paramètre le plus fondamental. C'est ainsi que nous avons associé à notre PASS des spécialités comme l'odontologie et la dermatologie.

Jean-Pierre RIGAUX

Vous qui êtes directeur d'hôpital, vous paraît-il réaliste de mettre en place un projet social d'accompagnement des personnes qui relèvent d'une PASS, comme l'a proposé le groupe ?

René DUCLOS

Tout à fait, d'ailleurs nous avons prévu d'insérer le projet social de la PASS au projet d'établissement et au contrat d'objectifs et de moyens. Pour en arriver là, il faut mobiliser l'ensemble des acteurs, notamment médicaux, autour du projet porté par la PASS.

Roger ALLOUCH

Comment la personne est-elle prise en charge à l'hôpital de manière transversale et dans sa globalité ? Voilà ce qui me paraît important dans la PASS.

Jean-Philippe LODTER , chef de service d'odontologie au CHU de Toulouse

Mon service est partie prenante à la PASS qui se met en place à La Grave. Je voudrais souligner un aspect original dans les PASS : le traitement de l'aval et de l'amont. La PASS est un point de convergence entre un aval, qui concerne l'ensemble des patients qui sont en difficulté d'accès aux soins, temporaire ou chronique, et un amont, qui vise, par la mise en place d'un réseau, à ramener ces patients vers le droit commun.

Patrice RICHARD

Les ateliers ont souligné la nécessité de conventionner les PASS avec les organismes d'assurance maladie (accès au droit, accès aux centres d'examen de santé...).

De la salle

Je suis étonné qu'une PASS puisse comporter certains services hospitaliers particuliers qui existent par ailleurs à l'hôpital. Dans l'esprit de retour au droit commun, ne vaudrait-il pas mieux que les personnes soient, au travers de la PASS, orientées vers ces services hospitaliers habituels ?

Jean-Pierre RIGAUX

C'est le cas. Il ne s'agit pas de construire un système de soins parallèle à l'hôpital, spécifique pour les personnes accueillies à la PASS, mais de mettre en place une prise en charge spécifique de ces personnes qui, au départ, ont besoin d'un soutien particulier.

La prévention en santé mentale des adolescents

Emmanuel FORICHON

Cette journée sur la prévention en santé mentale des adolescents s'est tenue à Foix le 15 décembre dernier, avec la participation des usagers : des parents mais aussi de jeunes lycéens, qui se sont beaucoup investis. La journée a pris la forme d'ateliers, amorcés par la présentation d'expériences concrètes et suivis d'un débat collectif.

Atelier 1 – Formation des professionnels

Deux expériences ont été présentées, concernant des actions de formation interdisciplinaire préconisées par le PRS. Ces expériences soulignaient l'importance, pour un professionnel, à sortir de son champ et de ses modalités d'intervention, pour connaître l'apport et les compétences des autres. Il s'agit d'aboutir à coopérer entre professionnels, dans le même objectif. « Sortir de son rôle professionnel habituel, dans une confrontation vertueuse des pratiques, est une condition pour que les adultes professionnels soient capables de s'impliquer dans l'échange avec les adolescents ».

Atelier 2 – Développer les compétences psychosociales des adolescents : réflexion des adultes

Face à la question posée, les professionnels se sont demandé s'ils étaient suffisamment clairs eux-mêmes pour demander aux jeunes d'entrer dans un modèle, dans une carrière, de faire des choix, de se situer dans une société. Les professionnels doivent d'abord se clarifier eux-mêmes : « Il revient aux adultes avant tout d'améliorer leur propre compétence psychosociale ».

Il faut refuser *a priori* l'injonction faite aux jeunes d'adopter des conduites dictées.

Sont mis en cause le positionnement, les représentations, les attitudes que peuvent adopter *a priori* les adultes vis-à-vis des adolescents.

Les adultes doivent être des passeurs, des accompagnateurs de l'adolescent dans son développement personnel.

Atelier 3 – Parents : quels recours face aux inquiétudes, aux interrogations, aux difficultés ?

C'est l'une des orientations fortes du PRS. Les parents sont les acteurs de première ligne dans la problématique des adolescents. Des initiatives associatives, bien implantées dans la région, ont été présentées : l'école des parents et des éducateurs, etc.

Tout parent est fondamentalement démuné face aux problèmes posés par les adolescents. Face à cette situation de désarmement, les participants ont souligné la nécessité de créer des lieux, des temps d'échanges entre adultes, sans attendre la crise. Ces lieux doivent s'appuyer sur la présence de professionnels qui en tant que de besoin viennent soutenir la réflexion ou répondre aux besoins exprimés par des parents ou des adolescents (orientation vers le secteur des soins ou vers l'accompagnement social).

Atelier 4 - Le soutien des adultes : réflexion des jeunes

Cet atelier était un atelier de lycéens, animé par le Docteur Navarro, le médecin conseil du rectorat. L'atelier a abordé un ensemble de questions :

- Quelle est la place des jeunes dans la société ?
- Quels sont les formes de mal-être ?
- Quelles sont les attentes des jeunes vis-à-vis des adultes ?
- Quelles expériences ont les jeunes de l'apport et du soutien des adultes ?

Les témoignages ont été, pour certains très critiques, pour d'autres très positifs : de l'infirmière qui se contente de donner un comprimé à l'élève malade qui vient la voir à l'infirmière qui écoute l'adolescent ; du médecin qui se dépêche de faire une ordonnance au médecin qui prend du temps pour écouter l'adolescent ; de l'assistante sociale qui gère le cas de l'adolescent entre trois coups de téléphone à l'assistante sociale qui coupe son téléphone pendant le rendez-vous... Les jeunes ont dressé la caricature de l'intervenant policier faisant un cours sur les drogues, qui donne l'impression de réciter une leçon vide et de ne pas apporter un témoignage sincère. Les jeunes attendent beaucoup plus des adultes qui interviennent auprès d'eux de la disponibilité, de l'écoute et surtout de la sincérité. Et cette écoute, ils ne l'attendent pas seulement vis-à-vis d'eux mais entre les adultes eux-mêmes.

Les jeunes veulent qu'on leur reconnaisse la possibilité de prendre des responsabilités. Ils attendent des conseils plutôt que des contraintes formelles, une ouverture, des perspectives plutôt que des réponses standard.

Les jeunes font beaucoup plus confiance à leurs pairs qu'aux adultes. La proposition qui s'est dégagée de ces ateliers vise à mettre en place sous une forme expérimentale un lieu de rencontre et d'écoute destiné aux adultes, professionnels et parents. Mais je laisserai au Professeur Carton le soin d'en parler dans le détail.

Questions réponses

Dr DARROY, Présidente d'un centre social de prévention du suicide et de lutte contre l'isolement

C'est avec satisfaction que j'apprends une participation importante des jeunes à l'atelier du 15 décembre 2000 ; car jusqu'alors, l'approche des jeunes était difficile, il fallait surtout aller vers eux. Mais je m'interroge toujours sur l'attitude de l'Education Nationale, qui ne souhaitait pas jusqu'à maintenant, l'intervention de structures privées au sein de ses établissements.

Emmanuel FORICHON

Il est possible de se fixer comme objectif d'ici la fin de l'année d'identifier dix sites dans la région où nous pourrions expérimenter un lieu d'écoute et d'accueil ouvert aux adultes, professionnels et parents. Ces sites peuvent être identifiés en croisant un certain nombre de critères :

- l'existence d'un comité citoyenneté santé dans l'établissement (il y en a dans 80 établissements de la région) ;
- l'existence d'une vie associative à proximité de l'établissement ;
- la représentativité de l'échantillon (milieu rural, périphérie urbaine, centre ville, bourg...).

Le Dr Navarro présente une note à ce sujet à Madame la Rectrice. Si la Conférence en est d'accord, et le jury semble adhérer à ce projet, on pourrait aller dans cette direction dans le courant de l'année. Un travail de finalisation du cahier des charges de ces lieux d'écoute pourrait se faire sous la forme d'ateliers, sous les auspices de l'Education Nationale et de la Santé.

Un intervenant

Au plan national comme dans la région Midi-Pyrénées, il y a depuis quelques années une forte implication de l'Education Nationale sur ces problèmes de santé mentale des adolescents. Tout le travail réalisé depuis trois ans sur ce PRS se fait en étroite collaboration avec le médecin conseil du Rectorat et avec l'ensemble des médecins de santé scolaire. D'ailleurs, la revue *Vecteur Santé*, qui est la revue du Comité régional des politiques de santé, comporte un bon nombre d'articles de médecins scolaires et d'assistantes sociales de lycée, articles qui montrent la volonté forte de tous des professionnels de l'Education Nationale de travailler, ensemble, sur cette problématique qui les touche au premier chef.

Franck TEGARA, représentant de la Fédération des conseils de parents d'élèves

Plusieurs fédérations de parents d'élèves ont participé à cette journée de Foix.

Nous avons mis en place un espace parents à Castelsarrazin, une commune du Tarn-et-Garonne. Cet espace parents a beaucoup évolué : nous avons appris à travailler avec d'autres ministères que l'Education Nationale et, du coup, l'Education Nationale a appris, elle aussi, à travailler beaucoup plus avec d'autres ministères. Les mêmes intervenants interviennent auprès des parents dans cet espace parents et auprès des jeunes dans les dispositifs relais qui sont au sein de l'Education Nationale. Nous avons appris à travailler ensemble pour mieux répondre aux besoins.

Marie-Hélène d'HOFFELIZE, médecin de l'Education Nationale

L'Education Nationale demande à ses médecins de travailler sur la santé mentale des adolescents. Les médecins se forment. Les adultes, professeurs et parents d'élèves, sont de plus en plus demandeurs. Ils nous posent des questions précises sur le comportement de leurs enfants dans l'établissement, sur notre perception de leur mal-être. Cela nous permet de travailler bien mieux. Effectivement, nous travaillons beaucoup en partenariat avec les associations, avec les fédérations de parents d'élèves. Il reste que les consultations médico-psychologiques font peur aux parents et aux jeunes : il faut passer beaucoup de temps pour les convaincre de consulter. Or, dans cette démarche, je suis souvent contredite par les médecins de famille, qui disent aux parents et aux jeunes qu'une consultation médico-psychologique n'est pas nécessaire. C'est pourquoi j'aimerais que l'on ait davantage de liens avec les médecins généralistes.

Patricia BRANCO, enseignante au lycée Sainte-Marie-de-Nevers à Toulouse

Nous organisons cette année pour tout l'établissement une journée de prévention des conduites à risques. Nous avons contacté de nombreuses institutions. Je peux témoigner de la difficulté que nous avons rencontrée à trouver des interlocuteurs qui puissent nous apporter des moyens logistiques. Heureusement, nous avons finalement trouvé ce soutien auprès de la CPAM, de la DRASS et du CRES. Par ailleurs, je lance un appel aux membres de cette Conférence Régionale de Santé : ceux qui voudraient intervenir dans notre établissement pour expliquer ce qu'ils font sont les bienvenus.

Un intervenant

Dans le Lot, une expérience intéressante d'équipe pluridisciplinaire est menée. Cette équipe regroupe des médecins de santé scolaire, des pédopsychiatres, des éducateurs, etc., qui ont vocation à intervenir auprès des établissements, des associations de parents, etc. pour répondre aux questions telles que celles que vous posez : comment mieux communiquer ? quel est le rôle de chaque institution ?

Dans le Lot toujours, un questionnaire d'amorce de dialogue entre le médecin généraliste et l'adolescent a été élaboré l'année dernière. Cette expérience va aboutir à des formations des médecins libéraux à la communication avec les adolescents.

Enfin, dernière expérience lotoise, un centre d'accueil d'adolescents, hors CMP, qui permet de mieux accéder aux soins quand cela est nécessaire et d'aboutir ensuite à des prises en charge CMP.

De la salle

Quels rôles peuvent jouer, dans ce travail de promotion de la santé mentale des jeunes, les centres médico-psycho-pédagogiques et la psychiatrie de secteur ?

Pierre GAUTHIER

Nous en discutons dans le cadre de la préparation du SROS psychiatrie, qui devrait sortir cet été. Le secteur de psychiatrie a trois fonctions : la prévention, le soin et la réinsertion. La prévention comprend d'une part le dépistage et d'autre part la création de conditions de vie qui permettent d'éviter la souffrance mentale. Ce deuxième objectif est beaucoup plus ambitieux : jusqu'à présent, nos dispositifs de santé mentale ne s'y sont guère attelés. Par contre, le dépistage est clairement dans la mission du secteur.

Béregère CHAMBON, infirmière dans le Gers

A trop parler des jeunes en général, on en oublie la différence de sexe, qui est importante : l'écoute, le dialogue, l'approche sont différents selon que l'on s'adresse à une jeune fille ou à un jeune homme.

Dr GIUSTINIANI, médecin chef du secteur de psychiatrie infanto-juvénile du Gers

Je suis entièrement d'accord avec vous. Bien que fervent défenseur de la mixité, je me suis rendu compte, en intervenant en milieu scolaire, que l'on ne pouvait pas avoir la même approche, de la prévention par exemple, vis-à-vis de jeunes filles que vis-à-vis de jeunes hommes.

Je suis d'accord avec vous, Monsieur Gauthier, quand vous dites que la prévention primaire n'a pas trouvé sa place dans le champ de la psychiatrie alors que, initialement, elle fait partie des fondamentaux de la psychiatrie de secteur. Mais nous n'avons pas non plus été sollicités pour être partenaires dans le champ de la prévention primaire. Un collège qui s'installe dans un ancien siège social de banque, avec des couloirs beaucoup plus étroits que des couloirs normaux, pose problème. On s'aperçoit que, dans ce collège, il y a de la violence aux interclasses parce que les jeunes ne peuvent que se bousculer pour se croiser. Dans une optique de prévention primaire, il aurait fallu soit installer le collège ailleurs soit prévoir des travaux pour élargir les couloirs.

Jean-Pierre RIGAUX

Au moment où l'Education Nationale envisage de développer les internats, il serait intéressant que des contacts soient pris avec le secteur psychiatrique dans une optique de prévention primaire.

Sur la question de l'approche différenciée fille/garçon, peut-être faudra-t-il, pour lever toute ambiguïté, que nous précisions : « santé mentale des adolescent(e)s ».

Christian SORNETTE, Association régionale des Missions locales

L'ambiguïté entre adolescents et jeunes adultes me semble encore présente dans la réflexion sur la santé mentale des adolescents. Quand on parle de la détresse mentale, on ne considère que les adolescents de 16-18 ans. Or ne faudrait-il pas se préoccuper aussi des jeunes adultes, jusqu'à 30 ans, surtout quand on sait que, en Midi-Pyrénées, 40 000 jeunes sont en contact avec les Missions locales et que beaucoup sont frappés par des situations précaires et par la détresse psychosociale. Dans la terminologie « santé mentale des adolescents », il faudrait être plus précis sur le public auquel on s'adresse.

Emmanuel FORICHON

Le PRS « prévention en santé mentale des adolescents » a été ciblé sur les 12-20 ans.

Mireille BOUCHET, médecin –inspecteur de la santé à la DRASS

Le groupe de programmation a réfléchi longuement sur la définition des bornes de l'adolescence. Le choix s'est arrêté sur 12-20 ans pour des raisons physiologiques, économiques, de santé, de développement psychologique, etc. Il a même été dit à un moment donné « On ne peut pas être adolescent de carrière ».

Recommandations et propositions du Jury

Professeur CARTON, Président du jury de la Conférence

I - Le jury rappelle les orientations et les axes thématiques des deux dernières conférences :

- en 1999, la conférence avait mis l'accent sur les bilans d'étapes des actions prioritaires retenues en Midi-Pyrénées.
- en 2000, la conférence a fait le choix délibéré d'une organisation permettant le rapprochement avec les acteurs de terrains et favorisant la participation et l'expression directe de ceux-ci dans le cadre d'ateliers consacrés à un sujet ciblé s'inscrivant dans les thèmes prioritaire retenus : personnes âgées dépendantes, santé mentale des adolescents, santé-précarité.

Le jury se félicite de ces nouvelles modalités sous forme d'ateliers, éclatés géographiquement et étalés dans le temps. Si l'on en juge par la participation en nombre et en qualité des acteurs de terrains et des usagers, ainsi que par les confrontations concrètes qu'elle a permises, cette formule est un succès et doit être reconduite.

II - En ce qui concerne les 4 thèmes prioritaires :

1. Personnes âgées dépendantes

Le jury a apprécié que soient rapportées des expériences concrètes par les acteurs de terrains et que soit expliquée la nouvelle politique de mise en place des comités locaux d'information et de coordination (CLIC), illustrée par la présentation d'une expérimentation locale

2. Santé mentale des adolescents

Le jury a noté avec intérêt, sur le thème de la prévention :

- Les diverses expériences exposées dans les ateliers
- La participation très active à ces ateliers ainsi qu'aux débats, des personnes venant d'horizons très divers : enseignants, responsables d'établissements, lycéens, parents d'élèves, psychologues, infirmières, assistantes sociales, médecins scolaires
- La participation et l'engagement de l'Education nationale

3. Santé – Précarité

Le jury a particulièrement apprécié la présentation du bilan des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

Il convient de noter aussi la volonté de l'administration hospitalière d'implanter ces structures nouvelles et l'effet d'incitation des moyens affectés par l'ARH aux projets concrets présentés par les centres hospitaliers.

Le jury a pris aussi conscience de l'insuffisante sensibilisation du milieu hospitalier à ce problème de l'accueil de populations défavorisées qui s'explique par des difficultés pratiques d'organisation et de financement des hôpitaux ainsi que par l'existence de facteurs culturels, retardant la mise en place de ces structures.

4. Prévention

Le thème du dépistage des cancers, retenu en 1999, est actuellement en cours de développement, et bénéficie de la mise en place du Plan national de lutte contre le cancer. Il est fortement soutenu en région Midi-Pyrénées par l'URCAM.

III - Propositions du Jury

1. Organisation

Le jury souhaite que soient validées et poursuivies les modalités adoptées pour la conférence de santé 2000.

Ces nouvelles modalités devraient utilement bénéficier :

- d'une structuration pérenne et renforcée d'un secrétariat permanent de la conférence
- de la recherche de coordinations avec les actions initiées par d'autres instances (collectivités, administrations, associations, etc...)
- d'un étalement dans le temps des ateliers délocalisés géographiquement afin de faire de la conférence un processus continu, ces ateliers étant ouverts à une large participation des acteurs de terrain
- d'une structuration de la séance publique annuelle autour de trois axes : données régionales de santé, bilan des actions, propositions, sur la base, notamment des travaux menés en cours d'année.

2. Thèmes

Le jury a apprécié les efforts accomplis pour recenser les actions et les réalisations sur le terrain et pour évaluer les actions menées dans le cadre des thèmes prioritaires.

Il rappelle toutefois la nécessité de se doter au niveau régional, d'un dispositif de recensement des initiatives et des projets ainsi que de procédures formalisées d'évaluation des actions développées dans le cadre de politiques régionales de santé.

La mise en place de ces banques de données et de ces moyens « d'audit » devrait pouvoir bénéficier de l'appui des nouvelles technologies de l'information et de la communication. Le jury reste préoccupé par la « fragilité » de certaines réalisations présentées. Cette fragilité est liée à l'absence de pérennisation de financements publics, aggravée parfois par le manque de cadre réglementaire précis. Le jury insiste aussi sur la nécessaire obligation de lisibilité pour les usagers ou les acteurs de terrains, des offres proposées dans le cadre de ces actions prioritaires.

3. Rôle et place du jury

Instruits par l'expérience, les membres du jury ont été amenés à s'interroger sur leur rôle propre et sur la place de la conférence régionale de santé, au regard des instances existantes (Comité régional des politiques de santé) ou en projet (Conseil régional de santé).

Deux propositions à la conférence nationale de santé :

- la mise en place dans les établissements hospitaliers d'un projet d'action sociale et d'intervention pour les publics en difficulté à intégrer dans le projet d'établissement
- la création de lieux de rencontre et d'échanges entre parents autour des questions posées par les adolescents.

Compte-rendu réalisé par la société Hors Ligne, division du groupe Ubiquis – 01 44 14 15 00