

**Présents :**

Mme APOLDA Marie-Noëlle  
M. COUTANT Denis  
M. le Dr ARNAL Jean-Claude  
M. le Dr ARRIEU Alexandre  
Mme BELLOCQ Stéphanie  
Mme BROCHANT Sandra  
M. CARASSET Patrick  
M. COURET Jean  
M. le Dr CHAVIGNY Eric  
M. DABADIE Jean-Paul  
Mme DARRIEUSSECQ Geneviève  
M. DARSAUT Jean-Paul  
Mme le Dr DESBORDES Claude  
M. DESCOUTEY Sylvain

Mme DUPIN Ginette  
M. le Dr FASQUELLE Antoine  
M. GARCIA Yannick  
M. JOCOU Henri  
Mme LAFARGUE Delphine  
M. PAYAN Frédéric  
M. PRADA François  
M. PUGET Pascal  
Mme RASOTTO Marie-Rose  
M. le Dr SIMON Didier  
M. SŒUR Alain  
M. le Dr PASSERIEUX Denis  
M. MAURA Jean-Luc  
Mme GASPAROTTO Chantal

**Excusés :** M. BELLOCQ Gabriel, Mme le Dr BOUVERET Sylvie, MM. CAZENAVE Jean-Pierre, DARRACQ-PARIES Jean-Claude, Mmes DELMON Catherine, DUBOURG Françoise, MM. LAGRAVE Renaud, PERRIGAUD Thierry, Mme SOUDAN Noëlle Caroline, MM. SPINHIRNY Didier, TICHIT Jean-Marie

**Assistaient à la séance :** Mme POUDIOT Tatiana, en qualité de chargée de mission

Mme PERRIN Colette, Mme ROUBIN Bénédicte, M LAPERLE Philippe, Mme COUSINEY Géraldine, Mme BASTAT Claudie, Mme COTTAVOZ Geneviève, Mme LAYLLE Nadège, au titre du secrétariat ARS

## 1. PROJET TERRITORIAL DE SANTE DES LANDES : les ruptures de parcours de santé,

En l'absence de M BELLOCQ, excusé, Mme DARRIEUSECQ, assure la présidence de la séance qui sera consacrée :

- A la présentation de l'avancement du Projet Territorial de Santé, arrivé au terme de la phase « diagnostic territorial » qui vise à rechercher les ruptures de parcours de santé
- Au recueil de l'avis sur les modifications du Projet Régional de Santé (phase de concertation de 2 mois qui se termine le 22 décembre 2012)

✚ Le travail présenté ici fait suite aux décisions de la conférence de territoire du 8 mars 2012 qui avait décidé de traiter de 4 parcours de santé (personnes en situation de vieillissement, personnes handicapées, personnes en situation de risque par rapport aux addictions, personnes en situation de précarité).

✚ La méthodologie prévue le 8 mars a été respectée, les référents de la conférence de territoire et l'ARS ont réuni des partenaires lors de comités de cadrage départementaux pour les différents parcours, puis lors de regroupements territoriaux Nord, Est et Sud. Des témoignages de professionnels et d'utilisateurs ont été recueillis. Comme convenu ce diagnostic a été réalisé en co-pilotage avec la délégation territoriale des Landes de l'ARS-Aquitaine



✚ Il est rappelé de ce fait que lorsque le sujet du projet territorial de santé (PTS40) est évoqué en conférence de territoire, celle-ci se transforme **et siège en comité de pilotage commun avec l'ARS**, pour ce projet .

✚ Le diagnostic retenu est la résultante des données chiffrées portant sur les équipements, et les données qualitatives issues des observations des professionnels et des usagers.

✚ Ce travail peut être consulté de manière plus développée dans le diaporama figurant en annexe du présent document, et en prenant connaissance du le texte complet qui sera fourni ultérieurement après validation par les référents .

➤ **Parcours de santé des personnes en situation de handicap**

Conclusion du diagnostic :  
(cf. annexe, pages 6 à 28)

Le travail réalisé sur le parcours des personnes en situation de handicap est présenté par le référent départemental, M DESCOUTEY, accompagné par M. PRADA, référent territorial Nord-Landes, qui ont piloté les différents groupes réunis sur ce sujet .

Le diagnostic met en évidence des obstacles à la fluidité des parcours concernant les personnes en situation de handicap aux niveaux suivants :

- 1°) le système d'information est insuffisant et ne permet aucune programmation
- 2°) il existe des obstacles à la cohérence générale des parcours, du fait d'une organisation qui n'a jamais pris complètement en compte la notion de parcours de santé
- 3°) la prévention et le dépistage souffrent d'un manque de structures adaptées (CAMSP, centre autisme),
- 4°) l'accès aux soins somatiques est à parfaire
- 5°) les financements dans plusieurs domaines pour la même personne sont compliqués à organiser
- 6°) le parcours des déficients intellectuels et autistes nécessite des réorganisations majeures,
- 7°) il en est de même pour le parcours des personnes présentant des troubles du comportement et des troubles psychiques
- 8°) l'absence d'établissement d'éducation motrice dans les Landes est une difficulté importante pour les personnes concernées

Les particularités territoriales démontrent surtout des ruptures de parcours plus importantes en territoire Nord (synthèse page 23 du document annexe), pourtant par ailleurs le plus équipé en nombre total de places par rapport au nombre d'habitants.

Il est donc nécessaire de travailler sur l'ensemble de ces points sous différentes formes :

- ✚ Un groupe de travail départemental avec, entre autres, la MLPH dès le début de l'année 2013 pour réfléchir à une amélioration des informations disponibles
- ✚ Mettre en place les appels à projets pour obtenir les moyens prévus au PRIAC (dont CAMSP et MECSSI)
- ✚ Mettre en place un groupe de travail centré sur les points 6 et 7
- ✚ Mettre en place un groupe de travail spécifique au point 8
- ✚ Etudier avec les hôpitaux et les professionnels de santé des dispositifs d'amélioration de l'accès aux soins, ce thème pouvant être commun au travail à mettre en place pour le parcours personnes âgées

Le but de ces différents travaux visera à se donner les moyens d'un pilotage efficace d'une politique de santé intégrée qui passera par la mise en place de dispositifs pérennes, portant en particulier sur :

- un système d'information plus satisfaisant
- le fonctionnement régulier de groupes de coordination et de régulation
- une intégration au sein du pilotage de la santé dans les territoires de proximité, quelle que soit sa forme ( plateformes de santé, conseils de territoires, contrats locaux de santé)

Dans la perspective d'un changement culture qu'impose la logique de proximité, d'adaptation aux besoins de l'utilisateur, de responsabilité de chacun dans le parcours

Discussion :

- + Le diagnostic démontrant une agglomération des structures et services handicap sur les grandes villes, M. le Docteur SIMON souhaite que l'implantation des services et établissements se fasse moins sur une logique d'ordre populationnel et davantage en intégrant une dimension géographique, qui répondrait aux besoins de proximité des territoires moins peuplés. L'ARS doit ainsi prendre conscience qu'il faut cesser d'ouvrir des places seulement là où il y a le plus de population. Le travail en cours, par territoire de proximité, est bien la réponse à ce besoin .
- + M. PRADA intervient sur la nécessité de la coordination, et d'une approche globale du cas d'un individu. La coordination est l'affaire de tous (élus, Education Nationale, ...). La ruralité implique un tel fonctionnement. Il évoque le problème de garde des enfants handicapés entre midi et 14 h, sans AVS pour accompagner l'enfant. Les moyens existent mais il faut les coordonner sur le territoire, et recenser les ressources des uns et des autres, afin de les croiser.
- + M. COUTANT demande également si on connaît la réalité du nombre d'enfants, provenant des départements voisins du Gers et du Lot-et-Garonne, pris en charge dans les Landes. M. PRADA répond que, même si effectivement, une notification ITEP est valable pour la France entière, le nombre d'enfants accueillis hors département est très faible, il faut d'abord répondre aux besoins du territoire landais, et ne pas emboliser les établissements par des jeunes venus d'autres départements.
- + M. DESCOUTEY précise, qu'il existe des flux centrifuges, puisqu'il n'y a pas de solution landaise de prise en charge des enfants atteint de polyhandicap et de handicap moteur, ceux-ci étant obligés de s'orienter vers les Pyrénées-Atlantiques. Toutefois, concernant les adultes dans les foyers de vie, certains viennent de la France entière et cela pose des problèmes de financement au Conseil Général.
- + Mme PERRIN rajoute que l'on ne peut donner de chiffres car les listes d'attente sont propres à chaque établissement. Il y a nécessité de connaître combien il y a de nouveaux cas de handicap chaque année afin de pouvoir programmer selon besoins. Une enquête un jour donné le permettrait.
- + Mme BELLOCQ fait savoir que le secteur libéral, notamment des masseurs-kinésithérapeutes, intervient sur la prise en charge de personnes en situation de handicap.
- + M. le Docteur ARRIEU intervient au sujet le « groupe ado ». C'est un exemple de coopération efficient, qui fonctionne bien, et qui permet aux secteurs sanitaires, médico-sociaux, protection de la jeunesse, Conseil Général, MLPH et ARS de se retrouver régulièrement autour d'une table afin de trouver une solution pour des adolescents « difficiles ». Pour Mme PERRIN, il serait souhaitable de développer ce type de dispositif en amont, que la coordination autour de cas complexe interviennent avant que la situation s'aggravent.

Mme la présidente exprime ses félicitations et ses remerciements pour le travail réalisé sur le diagnostic du parcours handicap. Elle estime qu'il faut parvenir à coordonner les parcours afin de travailler dans le sens de la transversalité, plutôt qu'isolément, afin d'être plus efficace pour le service rendu.

## ➤ Parcours de santé des personnes en situation de vieillissement

Conclusion du diagnostic :  
(cf. annexe pages 29 à 51)

Discussion :

Le travail réalisé sur le parcours des personnes en situation de vieillissement est présenté par le référent départemental, Mme LAFARGUE, accompagnée par Mme BROCHANT, référent territorial Nord-Landes, M. GARCIA, référent territorial Sud-Landes, M. PUGET, référent territorial Est-Landes, qui ont piloté les différents groupes réunis sur ce sujet .

Le diagnostic met en lumière les obstacles à la fluidité du parcours suivants :

- ✚ Des ratios d'équipements en places d'hébergement très inégaux selon les territoires, ( en particulier pour le territoire Est-Landes dans sa globalité pour les places d'hébergement temporaire et d'accueil de jour, mais surtout pour Mont-de-Marsan qui n'a aucune place de ce type
- ✚ Des filières de soin presque complètes sur les territoires Sud et Est, mais presque inexistantes sur le territoire nord, imposant des interventions sur place des hôpitaux disposant de ces filières,
- ✚ Des dispositifs qui ne couvrent pas tout le territoire (HAD, soins palliatifs, CLIC, MAIA)
- ✚ Un enchaînement de situations aboutissant à des syndromes de glissement fréquents : Défauts de coordination au domicile, conduisant souvent à des hospitalisations inadéquates, qui produisent un encombrement des majeur des services hospitaliers (urgences, services somatiques et psychiatriques), lesquels sont contraints à libérer des places et de ce fait à prononcer des sorties trop rapides et non préparées, pour des personnes âgées qui reviennent chez elles ou dans leur Ehpad en étant très perturbées, et parfois en situation de risque à domicile.

Ce sont 400 témoignages qui ont décrit dans le détail ces difficultés, une personne ayant conclu : « chacun fait son travail à son niveau, mais ne se préoccupe pas de l'étape suivante, conduisant à un parcours déstructuré et très néfaste pour la santé de la personne âgée »

Les différences territoriales s'expriment fortement sur le territoire Nord-Landes, isolé, manquant de professionnels, ce qui limite l'accès à la santé, et sur le territoire Sud-Landes où les relations avec le centre hospitalier de Bayonne semblent difficiles .

Les propositions pour remédier à ces obstacles :

- Groupe de travail départemental sur les sorties d'hospitalisation et sur l'amélioration de l'accès aux soins de proximité, en particulier sur le territoire Nord
  - Groupes de travail territoriaux sur la coordination autour de la personne âgée
  - Mobilisation d'un maximum d'acteurs lors des réunions territoriales pour développer la culture de parcours de santé
- ✚ Mme la présidente exprime ses remerciements pour le travail effectué, et commente la nécessité de se mettre au travail face à ce diagnostic peu réjouissant. Ceci passe par une organisation efficiente et mise en place rapidement .

- ✚ Elle précise, en ce qui concerne le territoire Est-Landes, que l'on attend que le PRIAC fasse un appel à projet pour quelques places, car sur le territoire de Mont de Marsan, un tel projet est indispensable.
- ✚ Mme la présidente s'interroge sur la différence, en termes de production de travaux, entre un groupe de travail centré sur la sortie d'hospitalisation et un relatif à la coordination. Mme PERRIN précise que le travail sur les sorties d'hospitalisation est bien spécifique car il nécessite entre autres, un travail interne à l'hôpital et à la mise en place de protocoles qui pourraient être mis en commun entre les hôpitaux et qui nécessiteront une appropriation par les personnels hospitaliers. A signaler qu'il faudrait associer le centre hospitalier de Bayonne qui est fortement visé par les plaintes des usagers et professionnels du secteur Sud Landes.
- ✚ M. le Docteur ARNAL intervient sur les sorties d'hospitalisation. La situation s'est aggravée et peut encore être pire. Cela est dû aux problèmes de tarification qui impose une durée de séjour et au personnel de s'adapter aux réalités financières. Cette obsession de devoir rentrer dans les clous impose aux services de devenir techniques : le patient est étiqueté sur une pathologie, et donc sur une durée de séjour. Cette position est sectaire, les soignants ont obligation de faire tourner leur service sous peine de déficit de l'hôpital. L'impact pour les familles est qu'elles sont dans la surprise des conditions de sortie en même temps que la surprise de la pathologie. Il y a un réel conflit entre le côté technicien et financier et les moyens d'adaptations de la famille. L'adaptation doit être des uns et des autres si les règles ont été connues dès le départ. Il est donc nécessaire de faire un travail auprès des équipes et des usagers pour établir de bonnes conditions d'analyse des besoins, même si cela doit modifier la durée de séjour optimal prévue par le DIM.
- ✚ M. le Docteur SIMON est très satisfait qu'un diagnostic établisse enfin les problèmes. Il existe deux logiques : celles de l'investissement et celle du fonctionnement, qui concerne le management, la gestion des professionnels, la communication. Une mauvaise communication peut être responsable du décès des personnes âgées. Or cela ne coûte pas d'argent, ne nécessite pas d'appel à projet
- ✚ Il adhère à la critique concernant la pratique professionnelle des médecins généralistes en direction des personnes âgées : il ne faut plus qu'ils se contentent de faire un renouvellement d'ordonnance, mais doivent aussi s'occuper des questions de dénutrition, du devenir de la personne au sein de la filière de soins, ...etc. Concernant le dossier APA, il est possible de traiter celui-ci rapidement, car il doit suivre la sortie d'hospitalisation. Il faut donc insister sur la modification des comportements.
- ✚ Pour M. COUTANT, la fonction essentielle de la coordination est l'anticipation. Le travail doit être fait en amont.
- ✚ M. JOCOU indique que le CODERPA a travaillé sur les sorties d'hospitalisation avec le Conseil Général et en particulier sur une fiche de liaison. Cependant, cette fiche s'est heurtée à des problèmes d'informatisation.
- ✚ Mme RASOTTO informe que certains services à domicile ne disposent pas de secrétariat pour assurer la coordination entre l'hôpital et le service. Il y a aussi besoin d'un respect mutuel, au domicile, entre les professionnels, la famille et les aidants familiaux.
- ✚ Mme BROCHANT rappelle que le territoire Nord est déjà dans une dynamique locale de coordination. Elle fait l'unanimité dans le territoire de proximité, et est déjà portée par un groupe de partenaires au moment des

➤ **Parcours de santé des personnes en situation de risque par rapport aux addictions**

Conclusion du diagnostic :  
(cf. annexe page 52 à 61)

Discussions :

premiers projets MAIA. Travailler ensemble sur le projet de MAIA a mis notamment en lumière les difficultés de coordination en lien avec la question de l'éloignement géographique des partenaires entre eux et le déficit de transport. D'où la nécessité d'une plateforme, type MAIA, pour être le lieu de la coordination.

- ✚ Pour M. DARSAUT, il est urgent de considérer les problèmes rencontrés par les personnes âgées en ayant en tête le changement démographique dans 5, 10 ans, qui verra l'explosion du nombre de personnes âgées. Les diverses structures et dispositifs ne suffiront pas. Il faudra envisager peut-être que les aidants soient bénévoles. Les professionnels tout comme les élus doivent raisonner en fonction de la future évolution.
- ✚ Mme présidente partage ce besoin d'innovation dans l'organisation et le fonctionnement.
- ✚ Mme BELLOCQ indique que l'association Kiné Landes Prévention regroupe des kinésithérapeutes qui réalisent des actions de prévention, ce qui est une démarche assez innovante (mise en place de fiches informatisées, formation des aidants, intervention en collège, etc.)

Le travail réalisé sur le parcours des personnes en situation de risque par rapport aux addictions est présenté par le référent départemental, Mme le Dr Claude DESBORDES, qui excuse M SPINHIRNY, référent territorial retenu à Paris suite à l'émission TV de la veille au soir « Enquête de santé », où il a pu fortement valoriser le travail réalisé dans les Landes .

Le diagnostic n'a pas mis en lumière de thématiques à traiter spécifiquement à l'échelle de chaque territoire de proximité, excepté le parcours de santé des détenus pour le territoire Est-Landes (qui sera traité dans le cadre du PRAPS), et les difficultés générales d'accès aux soins en territoire Nord-Landes . Il a cependant permis d'identifier des obstacles à la fluidité des parcours aux origines multiples :

- Organisation de la prévention
- Rôle des acteurs du 1er recours
- Défaut global de repérage des situations
- Accessibilité aux structures d'information et de soins
- Mobilisation de structures de stabilisation
- Articulation entre secteurs de prise en charge
- Implication de l'environnement social et familial
- Adhésion de l'utilisateur à sa prise en charge

A partir de ces divers constats ont été identifiés les principaux points de rupture dans le parcours de santé qui devront être corrigés (cf. annexe).

Une prochaine réunion du groupe de cadrage devra être programmée fin janvier 2013 pour valider le diagnostic, et définir les modalités de travail pour élaborer un programme des actions, par territoire de proximité, de nature à corriger les points de rupture identifiés.

## Parcours des personnes en situation de précarité

(CF document annexe page 62 à 72)

## Contrat Local de Santé de l'agglomération montoise

M. le Docteur ARNAL regrette que par défaut de financement, la prévention primaire est abandonnée. On croit peu en elle, et les institutionnels l'abandonnent. On est actuellement plus dans une posture d'offre de soin plutôt que de prévention. Il faut que la prévention cible surtout les populations précaires. Il regrette, par ailleurs, que le diagnostic addictions soit très centré sur l'alcool, point sur lequel il est démenti, puisque la présentation visait précisément une vision globale et transversale des addictions .

En l'absence de M TICHIT, référent départemental excusé et retenu par ailleurs, Mme PERRIN, co-pilote, présente rapidement l'état d'avancement du PRAPS.

La méthodologie adoptée pour ce parcours diffère des précédentes car le PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis) est déjà un programme, il définit les objectifs pour les Landes. On est ainsi déjà sur le volet opérationnel.

4 cibles prioritaires :

1. Réorganiser les moyens : fusionner les Permanences d'accès aux soins et les pôles de santé publique pour créer des Pôles d'accès aux soins
2. Accès aux soins des travailleurs saisonniers
3. Accès aux soins des détenus et personnes sous main de justice
4. accès aux soins périnataux

Le bilan de ces travaux sera réalisé lors du comité de pilotage du PRAPS le 14 décembre 2012. On sait toutefois que le premier point est très avancé, avec une mise en œuvre en Janvier 2013 pour le pôle accès aux soins Nord-Est-Landes, et en mai pour le pôle accès aux soins Sud-Landes, le groupe sur les travailleurs saisonniers produit ses premiers constats, tout comme le groupe « détenus » tandis que le groupe « périnatalité » démarrera prochainement sous l'égide du « réseau périnat ».

Mme DARRIEUSECQ, co-signataire de ce contrat, rappelle les principes et le contenu de ce point.

Il s'agit d'un CLS articulé avec l'Atelier Santé Ville mené au titre du Contrat Urbain de Cohésion Sociale. Sur les bases des diagnostics existants, le contrat local de santé portera sur les points de convergence des différentes politiques menées, choisis par les signataires:



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- l'ensemble des actions de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé des publics fragiles résidant sur les territoires retenus, (femmes isolées, enfants, personnes âgées ou handicapées...)</li> <li>- la participation à la mise en œuvre d'actions de prise en charge d'actions de santé en faveur des publics très démunis, dans le cadre des objectifs du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des publics en situation de précarité (PRAPS)</li> <li>- l'accès aux soins de premier recours et la coordination des soins, en particulier par la création d'une maison de santé pluridisciplinaire dans les zones où l'offre de soins traditionnelle est insuffisante ou mal adaptée</li> <li>- la prévention et la lutte contre les addictions, en particulier sur les jeunes en milieu scolaire et hors milieu scolaire</li> <li>- l'accompagnement du parcours de santé des publics déplacés et relogés suite aux opérations de rénovation urbaine, vers d'autres quartiers montois.</li> </ul>
<p><b>2. Consultation sur la révision du Projet Régional de Santé</b></p>	<p>La Conférence de territoire des Landes exprime :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✚ son désaccord concernant le PRIAC, notamment concernant le secteur personne âgées, puisqu'il y a un fort besoin de création de places d'hébergement médicalisé, notamment sur le territoire montois.</li> <li>✚ Son souhait de voir le CH de Dax bénéficier d'une unité de soins palliatifs puisque il atteint le ratio 600 décès annuels en court séjour, confirmant par là-même la position déjà exprimée par le bureau,</li> <li>✚ Son regret, concernant l'intégration du zonage masseurs-kinésithérapeutes : il est regrettable que n'ait pas été prise en compte la particularité locale de Dax, qui est une ville thermale, et qui explique une très forte offre de professionnels libéraux. Ceci a pour impact, pour des communes faisant partie du bassin de vie repéré comme sur-doté, mais ne possédant elles-mêmes pas de masseurs-kinésithérapeute, de les priver à jamais de l'installation de ce professionnel de santé. Cela remet en cause la notion d'offre de proximité. Alors que l'on veut privilégier la rééducation à domicile, on ne prend pas en compte les besoins de proximité.</li> </ul>
<p><b>3. Question diverses</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✚ Mme la présidente salue le courrier de M. Laforcade qui confirme l'attention qu'il porte aux travaux de la Conférence de territoire.</li> <li>✚ Concernant la proposition de travail avec la Conférence de territoire Navarre-Côte basque, Mme la présidente reprend les conclusions émis lors du bureau du 24 octobre : la Conférence de territoire préfère se concentrer sur un travail départemental, afin que les acteurs du territoire se structurent à l'échelle des Landes.</li> </ul>

✚ M. DESCOUTEY considère qu'il est fort dommageable que les deux Conférences de territoire, ainsi que les deux délégations territoriales de l'ARS ne puissent pas travailler ensemble. Concernant la thématique du handicap, il y a une réalité d'inter-territorialité, en particulier pour le handicap moteur et le polyhandicap, et rappelle ce qui a été évoqué sur les difficultés avec le centre hospitalier de Bayonne qu'il conviendrait de traiter en collaboration avec ce territoire . Mme la présidente s'accorde sur le fait qu'il existe des sujets communs aux deux territoires.

✚ Concernant le dialogue avec la CRSA, Mme la présidente indique que M. le Président de la CRSA sera convié à un prochain bureau de la Conférence de territoire.

Les documents définitifs concernant les diagnostics territoriaux seront diffusés validés par les référents seront diffusés après les consultations territoriales de la fin du mois de Janvier auprès des groupes territoriaux, et la validation définitive par les référents départementaux et territoriaux .

Les prochains rendez-vous pour la Conférence de territoire seront consacrés à la poursuite du travail sur le Projet Territorial de Santé.

A la fin du premier trimestre 2013 la Conférence de territoire se retrouvera pour examiner les actions concrètes proposées à partir des travaux des groupes territoriaux .

Les travaux de ces groupes thématiques territoriaux débuteront dès le mois de Janvier 2013 .

L'ordre du jour étant épuisé, Mme la présidente lève la séance.