



Inspection générale
des affaires sociales

Synthèse des débats régionaux réalisés dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé

RAPPORT

Établi par

Delphine CORLAY

Abdelkrim KIOUR

Membres de l'inspection générale des affaires sociale

-Mai 2014-

2014-016R

INTRODUCTION

La Ministre de la Santé, Marisol TOURAINE, a appelé le 23 septembre 2013, à la refondation du système de santé français, en développant une stratégie qui repose sur trois piliers : ancrer notre politique autour d'objectifs de santé publique identifiés et partagés ; structurer la médecine de parcours à partir des soins de premier recours ; développer les droits des patients.

La Stratégie nationale de santé (SNS) a connu une première étape qui a été celle de la réflexion par la saisine d'Alain CORDIER et la constitution d'un comité des sages, composé de hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche. Celui-ci a rendu son rapport en juillet 2013.

Une deuxième étape a été ouverte par la publication de la feuille de route de la Stratégie nationale de santé en septembre 2013. Cette feuille de route est structurée en 3 axes majeurs :

- prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé ;
- mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale ;
- miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire.

En se dotant de cette feuille de route, le Gouvernement a mis en place très concrètement le cadre indispensable au déploiement de la Stratégie nationale de santé. La démarche a été assortie d'initiatives et de décisions immédiates, en particulier à travers la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 (généralisation de la complémentaire santé, expérimentation du financement de parcours de soins, etc.). D'autres sujets devant faire l'objet d'instruction complémentaire (tiers payant, démocratie sanitaire, service territorial de santé), des personnalités reconnues ou des inspections interministérielles ont également été saisies pour nourrir la réflexion. Ainsi, à l'issue du Pacte de confiance pour l'hôpital, mené par Edouard COUTY, trois groupes de travail ont été créés, avec comme pilotes Bernadette DEVICTOR, Claire COMPAGNON, et les présidents des conférences hospitalières, ils avaient respectivement en charge la réflexion sur le service public territorial de santé, la représentation des usagers, et le fonctionnement des pôles. Par ailleurs, le Haut conseil de la santé publique (HCSP) a été saisi sur d'éventuelles priorités de santé publique et plusieurs missions de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) doivent nourrir les réflexions sur certains axes de la Stratégie nationale de santé. Enfin, afin d'élargir la concertation à l'ensemble des acteurs de la santé dans les territoires, la Ministre a souhaité l'organisation de débats en région par l'ensemble des 26 Agences régionales de santé (ARS), d'octobre 2013 jusqu'en février 2014.

Ces débats dont les thématiques étaient définies par les Agences régionales de santé (ARS) et/ou les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA), portaient sur les grands axes de la stratégie nationale de santé ou parfois des points précis de celle-ci. Près de 160 débats ont été tenus en région, à l'échelon régional, départemental ou local. Ils ont réuni 25 000 personnes et représentent près de 600 heures de réflexion et d'échanges.

Ouverts à tous, ils ont permis l'expression de positions de l'ensemble des acteurs dans les territoires : services de l'Etat, universitaires, écoles de formation, établissements de santé, usagers et leurs représentants, professionnels de santé et leurs syndicats, fédérations et ordres, collectivités territoriales (élus et services), services des assurances maladie obligatoires et complémentaires, médecins du travail, partenaires sociaux, associations, structures et organismes de prévention, entreprises, laboratoires, etc.

A l'occasion de ces débats, les contributions ont pu être orales, mais aussi écrites, si bien qu'un grand nombre d'acteurs ont choisi d'émettre des propositions précises, soit sur la SNS dans son ensemble soit sur le thème des débats qui se déroulaient en région. Les agences régionales ont structuré, sur la base de l'ensemble de ces éléments, des restitutions récapitulant les propositions qui avaient émergé. Les CRSA ont également établi des avis et contribué à la formulation de propositions dans le cadre de ces retours.

Ce sont plus de 250 propositions portant sur les trois axes de la stratégie nationale, qui sont présentées dans cette synthèse. Toutes n'ont pu être reprises dans leur intégralité. Elles sont regroupées selon leurs points communs ou leurs différences. Certaines régions ont organisé leurs débats autour d'éventuelles priorités de santé publique, notamment les personnes âgées, les jeunes, la santé mentale, et travaillé au parcours de santé de ces populations, en embrassant le champ de la prévention, des soins, du financement, et de la représentation des usagers et accompagnants. Sur l'ensemble des débats, il ressort une préoccupation forte concernant la prise en charge des personnes les plus vulnérables et la structuration d'un parcours de soins adapté. Vis-à-vis de ces publics prioritaires ce sont l'ensemble des axes de la SNS, qui sont mobilisés pour répondre aux besoins.

Formidable moment de démocratie sanitaire participative, les débats ont donné lieu à plusieurs propositions concernant la démocratie sanitaire elle-même. Enfin, les propositions émises convergent parfois avec celles formulées par les personnalités et les inspections ministérielles et interministérielles saisies par la Ministre. Tous les éléments de la feuille de route n'ont pas fait l'objet de débat ou d'avis particuliers si bien qu'ils ne figurent pas dans cette synthèse, ils peuvent cependant continuer de faire l'objet de réflexions et approfondissements et être mis en œuvre au plan national. L'ensemble des préconisations retracées dans ce document s'ajoutent aux rapports établis au plan national qui sont des éléments fondamentaux pour faire vivre la Stratégie nationale de santé et nourrir la future loi en préparation. Ils peuvent être consultés sur le site Internet du Ministère, qui donne par ailleurs à voir certains des débats régionaux dans le cadre d'enregistrements vidéos.

Sommaire

INTRODUCTION.....	3
1 AXE 1. PRIORISER LA PREVENTION SUR LE CURATIF ET AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE.....	7
1.1 Mieux structurer les actions de prévention sur les territoires pour agir sur les déterminants de santé et les inégalités sociales et territoriales	7
1.1.1 Le nécessaire renforcement des acteurs de la prévention	7
1.1.2 Le développement de la coordination à tous les niveaux : national, régional, local.....	9
1.2 Des populations vulnérables ou des thématiques prioritaires d'intervention	12
1.3 Développer la promotion de la santé	15
1.4 Evaluer les politiques de prévention et redéployer les financements.....	17
2 AXE 2. MIEUX ORGANISER LES SOINS POUR LES PATIENTS, GARANTIR L'EGALITE D'ACCES, EN PRIVILEGIANT UNE LOGIQUE TERRITORIALE	19
2.1 Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles.....	19
2.1.1 L'organisation des parcours de soins et le service territorial de santé.....	19
2.1.2 Améliorer l'accessibilité financière aux soins.....	30
2.2 Promouvoir une recherche de pointe lisible par tous, reconnue à l'international et adaptée aux besoins de la société.....	32
2.3 Ces orientations nécessitent l'adaptation des formations et la création de nouveaux métiers	33
2.3.1 Revoir la formation initiale et continue des professionnels de santé pour faciliter le travail en commun.....	33
2.3.2 Promouvoir le développement de nouveaux métiers et compétences, permettre la délégation de tâches.....	35
2.4 Des systèmes d'information accessibles et partagés.....	36
2.4.1 Relancer le Dossier médical personnel.....	36
2.4.2 Créer un service public d'information en santé	37
2.4.3 Développer la télémédecine	38
3 AXE 3. MISER SUR LA DECONCENTRATION ET RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE.....	41
3.1 Impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé.....	41
3.1.1 La formation des citoyens et usagers	42
3.1.2 Le financement de la démocratie sanitaire.....	42
3.1.3 La structuration de la représentation et le rôle des usagers au niveau des territoires ...	43
3.1.4 Le patient acteur de sa propre prise en charge.....	44
3.2 Le pilotage de la politique de santé.....	46
3.2.1 Le renforcement du pilotage national.....	46
3.2.2 La valorisation du débat public sur la politique de santé.....	49
LETTRE DE MISSION.....	51
SIGLES UTILISES.....	55

1 AXE 1. PRIORISER LA PREVENTION SUR LE CURATIF ET AGIR SUR LES DETERMINANTS DE SANTE

Une majorité d'ARS et CRSA a placé la prévention au cœur des débats et l'ensemble des acteurs qui se sont exprimés ont confirmé le souhait de voir la prévention priorisée sur le curatif comme préconisé par la feuille de route. Les propositions s'articulent principalement autour du pilotage des politiques de prévention et leur organisation territoriale et d'une intervention accrue en direction de populations vulnérables ou sur des déterminants de santé, mais consistent aussi en une évaluation des politiques et une clarification du financement.

1.1 Mieux structurer les actions de prévention sur les territoires pour agir sur les déterminants de santé et les inégalités sociales et territoriales

1.1.1 Le nécessaire renforcement des acteurs de la prévention

1.1.1.1 Un trop grand morcellement de l'action publique en matière de prévention

La feuille de route de la stratégie nationale de santé soulignait la nécessaire adaptation des politiques de prévention aux territoires et populations, l'impératif de coordination entre les acteurs, et la déclinaison des politiques nationales au plan régional. « *L'efficacité de la mise en œuvre des mesures de prévention est conditionnée par leur adaptation aux caractéristiques spécifiques des groupes concernés et des territoires et par la coordination des interventions des différents acteurs sanitaires et sociaux en particulier celles des collectivités territoriales. Pour amplifier les actions portant sur les déterminants de santé, une meilleure coordination est nécessaire : d'abord entre les pouvoirs publics eux-mêmes, par le biais d'une coordination interministérielle plus efficace, d'une part, et par un partenariat entre l'État, les collectivités locales et les organismes de sécurité sociale, d'autre part ; ensuite avec l'ensemble des acteurs de santé. Les orientations arrêtées ont vocation à être déclinées régionalement. La coordination régionale existe déjà sur les territoires mais elle en est encore à ses débuts. Les travaux nationaux seront relayés par les agences régionales de santé (ARS), chargées par la loi d'animer les commissions de coordination relatives à la prévention et aux politiques médico-sociales; avec les principaux acteurs concernés (services de l'État, collectivités territoriales, associations...), ces dernières définiront des plans d'actions adaptés aux réalités régionales.* »

Les débats qui ont eu lieu en région concernant les politiques de prévention confirment le diagnostic établi par la feuille de route.

L'ensemble des régions ayant débattu sur le thème de la prévention évoque le morcellement des politiques au niveau régional, l'empilement de plans et projets différents sur les mêmes territoires.

En **Franche-Comté**, une table ronde sur la prévention a permis à chaque acteur (direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi - DIRECCTE-, Rectorat d'académie, Assurance maladie, direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale -DRJSCS-, Conseil général) de présenter ses modalités d'organisation et d'intervention. Le constat qui en découle est, pour chacun, l'existence d'une multitude de partenaires, et une forte complexité de la transversalité, même si au niveau régional, le travail partenarial semble bien fonctionner. Il est constaté que grâce au travail effectué dans les différentes commissions de l'ARS (par exemple les commissions de coordination des politiques publiques -CCPP), les partenaires se connaissent et partagent leurs expériences, ils travaillent beaucoup plus dans la complémentarité. En revanche, si le pilotage régional a gagné en cohérence, le niveau national n'a pas connu d'évolution équivalente.

La CRSA du **Nord Pas-de-Calais** alerte sur l'éparpillement des actions en matière de prévention : « *les politiques régionales de prévention se réduisent souvent à une consolidation des actions menées par les acteurs de terrain en réponse aux appels à projets des institutions. Cette politique est souvent génératrice d'un éparpillement de l'action publique et d'inégalités territoriales de répartition des actions. Il existe des inégalités territoriales de santé importantes, sans que ces inégalités soient toujours prises en compte dans la planification des programmes et des actions* ». Dans la région **Centre**, des participants aux débats ont interpellé sur l'absence de coordination des pouvoirs publics entre eux, et avec leurs partenaires. Il est ainsi considéré que dans le domaine de la prévention, au niveau régional, les programmes menés par l'Etat d'une part et les organismes d'assurance maladie d'autre part (régimes de sécurité sociale ou organismes d'assurances maladies complémentaires) sont encore trop souvent développés sans concertation ou sans articulation. De même, au sein de l'Etat, au niveau régional, les programmes menés par les services des différents ministères (santé, environnement, éducation nationale, etc.) manquent également d'articulation.

1.1.1.2 Renforcer les acteurs de la prévention et réaffirmer le rôle du premier recours

Dans l'**Océan indien**, il a été rappelé, avant tout objectif de structuration de la politique de prévention, la nécessité de mobiliser et renforcer l'ensemble des acteurs : la santé scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI), les parents qu'il faut rendre acteurs de la prévention, les professionnels de proximité, les acteurs de la santé au travail, etc. En **Auvergne**, il est suggéré que les missions du service santé scolaire soient réaffirmées et refondées autour de 4 axes : prévention, repérage, dépistage, éducation pour la santé ; les services devant davantage travailler avec les médecins traitants. En Picardie, il a été souligné qu'en matière de prévention, la diversité des acteurs, des pratiques, l'inégale qualité de ces dernières, la précarité dans laquelle ces acteurs se situent par les modalités actuelles de financement et de reconnaissance, ne permettent pas d'asseoir un socle solide de compétences sur les territoires. Contrairement aux professionnels de santé ou aux intervenants en éducation thérapeutique, les acteurs du secteur de la prévention ne sont pas suffisamment reconnus en particulier dans la loi, générant un manque de prise en compte dans les financements.

Parmi les acteurs de la prévention, le rôle du médecin généraliste a été rappelé dans plusieurs régions, dont l'**Alsace**. Les praticiens considèrent qu'avant tout la prévention doit être faite par les médecins généralistes. Toutefois, plus de 80% estiment que les professions paramédicales sont légitimes à intervenir. Sont considérés également comme ayant vocation à intervenir, par ordre décroissant les associations de patients (73% des répondants), les médecins spécialistes ou hospitaliers (66%), les médias (61%) et les professionnels de l'enseignement et du social (60%). L'existence de professionnels ou de structures capables de prendre le relais du praticien, notamment pour les actions de prévention les plus longues destinées à modifier le comportement et les habitudes de vie des patients, est indispensable. Plusieurs propositions découlent de ce débat :

- renforcer les liens entre les médecins généralistes, les médecins du travail, les médecins scolaires et l'ensemble des acteurs de la prévention (infirmiers, kinésithérapeutes, associations, etc.) ;
- développer une culture commune aux acteurs de la prévention et élaborer un annuaire des acteurs de la prévention afin de faire connaître l'offre existante ;
- mettre en place un projet territorial de prévention qui associerait tous les acteurs d'un territoire (adaptation au territoire).

Selon les participants aux débats en Alsace, le passage d'une logique de suivi de patientèle à une ambition de suivi populationnel pourrait impliquer la définition d'un projet de prévention à l'échelle du territoire, fondé sur les priorités partagées des professionnels de ce territoire. Les maisons de santé mettent en œuvre cette approche puisqu'elles sont fondées sur l'élaboration d'un projet de santé, limité toutefois à la patientèle de la maison de santé. L'exemple québécois des pratiques cliniques préventives (PCP) est cité comme exemple d'organisation collective. Il s'agit d'un ensemble d'interventions (conseil, dépistage, vaccination) effectuées par un professionnel de santé auprès d'un patient.

En **Lorraine**, il a été préconisé d'intégrer la prévention dès le premier recours : généraliser les *staffs* médico-psycho-sociaux en périnatalité, définir les modalités d'une consultation de prévention pour les médecins généralistes et les infirmières, partager l'information entre infirmière scolaire, médecin scolaire, médecin de la Protection maternelle et infantile (PMI) et médecin traitant, conforter le rôle et la présence des infirmières scolaires dans les établissements scolaires, et renforcer le rôle de prévention des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

1.1.2 Le développement de la coordination à tous les niveaux : national, régional, local

1.1.2.1 Développer la coordination interministérielle et les études d'impact pour agir sur les déterminants de santé

La feuille de route avait fortement incité à « la prise en compte des déterminants de santé qui agissent en amont sur l'évolution de notre état de santé. Prioritaire, la prévention devra s'inscrire dans une approche globale de la santé associant notamment lutte contre les maladies professionnelles et les accidents du travail, sécurité sanitaire de l'environnement et de l'alimentation, sécurité routière... ».

Quelques débats en région ont spécifiquement porté sur l'action sur les déterminants de santé (environnement, travail, nutrition, etc.). Ils n'ont pas abordé de manière systématique l'ensemble des éléments, mais alertent ou formulent des préconisations précises sur certains domaines.

Les débats en **Bretagne** ont spécifiquement porté sur ces déterminants, comme la santé au travail, plusieurs propositions ont ainsi émergé pour favoriser les échanges de bonnes pratiques entre les entreprises, mieux accompagner les entreprises qui souhaitent investir dans la santé de leurs salariés, et par ailleurs, mieux articuler les interventions des professionnels de santé notamment en matière d'apparition des troubles musculo-squelettiques (TMS) - notamment par la création des pôles d'expertises dédiés à la prévention des TMS associant plusieurs professionnels de santé -.

De même, en matière d'environnement, et de projets urbanistiques, il est rappelé que les professionnels de santé sont peu sollicités lors de la conception des projets, alors que la prise en compte, très en amont, de problèmes de pollutions tels que ceux issus d'anciens sites industriels, permettrait, à moindre coût, de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé réels ou redoutés.

Enfin, compte tenu de l'influence de l'environnement social, de la vulnérabilité et de l'isolement, sur l'accès à l'information et l'accès au droit, la CRSA de Bretagne souligne l'enjeu majeur d'une mobilisation de l'ensemble des acteurs pour lutter contre cet isolement social, et contre le non recours. Les débats dans l'**Océan indien** concluent aussi dans ce sens en faisant des propositions pour agir sur les déterminants environnementaux et culturels, telles que prendre en compte la lutte contre l'illettrisme dans la politique de prévention, et la nécessaire amélioration de la connaissance des déterminants culturels de la santé.

En **Guadeloupe**, les propositions visent à renforcer les leviers d'action (législatifs, réglementaires, d'éducation à la santé, d'intervention des différents acteurs au sein ou à proximité des écoles notamment) sur la nutrition et l'environnement, faisant le constat de l'impact de l'ensemble du contexte sur les comportements (par exemple: la présence d'un fast-food à côté des écoles, la vulnérabilité et l'isolement de la famille, etc.).

Plusieurs débats régionaux ont mis en exergue la question de la santé environnementale. Dans le **Limousin**, par exemple, plusieurs questions ont été soulevées concernant les effets des médicaments sur l'environnement (impact sur la qualité de l'eau), les inquiétudes face aux produits phytosanitaires utilisés dans l'agriculture et l'arboriculture, l'impact du radon sur la santé, etc. Les acteurs ont formulées deux types de propositions : le renforcement du recueil et de l'analyse des données dans le domaine de la santé environnementale, et la création d'observatoires régionaux en santé environnementale.

De manière générale, les régions convergent pour souligner l'importance, au plan national comme territorial, d'une concertation interministérielle avant toute décision relative à une politique publique sectorielle pouvant avoir un impact sur la santé, comme c'est notamment le cas en **Languedoc-Roussillon** ou en **Aquitaine**, où il est demandé de clarifier au niveau national et régional, les modalités d'un pilotage fort et transversal, intégrant la santé au travail, la promotion de la santé en milieu scolaire, et les études d'impact en santé des différentes politiques et décisions, tous champs (agriculture, industrie, urbanisme, etc.). De nombreux acteurs dans l'ensemble des régions interpellent sur la nécessité de généraliser et systématiser les études d'impact en santé. En **Guadeloupe**, la conférence de solidarité et de l'autonomie préconise de systématiser une dimension sanitaire dans la production législative et réglementaire : tout texte devant alors comporter une annexe relative à l'impact des mesures prises sur la santé.

De manière globale, en **Guyane**, qu'il s'agisse de la prévention ou de l'accès aux soins, De nombreux éléments d'obstacles ont été identifiés par la population. De multiples questions qui concernent des domaines de politique publique qui dépassent celui de la santé sont soulevées : l'accessibilité (réseaux routiers, transports peu développés) l'aménagement du territoire (transport en commun pour aller vers les soins), des infrastructures publiques à développer (réseau téléphonique pour appeler aux secours), le sous-développement économique du territoire à l'origine de situations de précarité et de pauvreté. Il en ressort un impératif à développer ou renforcer les synergies entre les services de l'Etat et des collectivités territoriales, ainsi que la mise en place de logiques interministérielles.

1.1.2.2 Assurer une meilleure coordination régionale entre les acteurs et les financeurs de la prévention

L'adaptation au niveau régional des politiques nationales de santé publique est préconisée. Lors des débats en région **Nord Pas-de-Calais**, il a été proposé d'adapter au niveau régional les politiques ou programmes de prévention définis à un niveau national par l'Etat et/ou les organismes d'assurance maladie et de rendre effective et opérationnelle, au niveau régional, la coordination entre les différents services de l'Etat ainsi qu'entre les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie, notamment par l'articulation du schéma régional de prévention avec le plan régional santé et environnement et avec le plan régional santé au travail.

La consolidation d'un pilotage régional interministériel et avec l'ensemble des acteurs pourrait s'appuyer éventuellement sur les dispositifs de coordination déjà existant. Dans plusieurs régions sont mises en avant, d'une part, l'importance de la concertation interministérielle et avec les collectivités territoriales dans le pilotage des politiques de prévention et, d'autre part, la nécessité de créer un véritable lieu de concertation qui serait l'outil de pilotage de ces politiques, la commission de coordination des politiques publiques (CCPP) est souvent citée comme base éventuelle. Ainsi en région **Pays de la Loire**, il est proposé de faire de la commission de coordination des politiques publiques le lieu de la concertation entre les acteurs avec une obligation de pilotage en commun des budgets afférents. En **Franche-Comté**, les débats ont conclu que l'approche interministérielle des politiques de santé est à organiser et que si un comité interministériel de la santé se met en place au niveau national, il sera certainement plus facile d'installer son équivalent en région.

Le rôle de l'ARS comme coordinateur et appui des projets territoriaux émerge avec plusieurs propositions : la CRSA **Nord Pas-de-Calais** propose ainsi de créer une fonction d'animateur territorial en prévention sous l'égide de l'ARS. L'élaboration d'une cartographie des acteurs sur les territoires est proposée dans la mesure où l'ensemble des régions soulignent la difficulté à identifier les experts ou les personnes ressources en matière de prévention et de promotion de la santé sur chaque territoire. A ce titre, l'ARS de **Picardie** a établi des cahiers d'acteurs, l'un sur la prévention, l'autre sur les soins de proximité.

1.1.2.3 Déployer une action territorialisée, et un service territorial de prévention fondé sur la contractualisation entre les acteurs et financeurs

La feuille de route soulignait les inégalités sociales et territoriales de santé : « La France occupe encore une place médiocre en matière de prévention en comparaison de ses voisins européens alors que la prévention a un rôle majeur à jouer pour réduire le fort taux de mortalité et de morbidité évitables dans notre pays, facteurs puissants de reproduction des inégalités sociales de santé. La situation française est en effet également marquée par des inégalités sociales et territoriales de santé persistantes ».

Des débats ressort le besoin de politiques de proximité vis-à-vis des territoires pour prendre en compte les inégalités de santé au niveau infrarégional. Le constat formulé en **Pays de la Loire** est clair : sur les territoires, l'accès à une offre de prévention est inégal ; pourtant, certaines zones vierges d'intervention sont celles où sont constatés des indicateurs de santé dégradés. La question du maillage et de la démarche « d'aller vers » les personnes, nécessitent de revoir les modalités d'intervention. De même en **Picardie**, les données sanitaires et sociales sont très hétérogènes d'un territoire à l'autre, rendant peu efficace une action définie au seul niveau régional. L'ARS, en collaboration avec les acteurs et en articulation avec les dispositifs en réforme de la politique de la ville, réfléchit déjà à une observation des besoins et un déploiement de son schéma régional de prévention plus territorialisé.

La nécessaire contractualisation entre ces mêmes acteurs autour de projets de prévention est mise en avant. En **Picardie** c'est la notion de projets territorialisés qui est mise en avant : [les] spécificités territoriales obligent à reconsidérer les moyens déployés, les thèmes, les modalités de collaboration entre acteurs, territoire par territoire, dans le cadre d'un projet de territoire dont la gouvernance, en particulier avec les collectivités restent à construire. Une meilleure territorialisation des politiques de prévention devrait être pensée en liaison avec un service territorial en santé (STS). La CRSA **Nord Pas-de-Calais** propose d'élaborer pour chaque territoire un projet de prévention, base d'un conventionnement entre acteurs. De même, dans le **Poitou-Charentes**, il est proposé de construire un cahier des charges minimal rassemblant un certain nombre d'items : la programmation, la coordination, le suivi, les actualités, les expérimentations, les évaluations techniques et économiques, les animations régionales, la communication, et la valorisation. En **Picardie**, il est préconisé d'utiliser comme levier les modalités de financement pour structurer l'intervention des acteurs.

En **Nord Pas-de-Calais**, la CRSA propose de mettre en place une organisation territoriale structurée de la prévention sous forme d'un « service territorial en prévention », permettant de coordonner les actions en associant les professionnels de santé et médico-sociaux, le secteur associatif, les établissements de santé, les collectivités territoriales, l'éducation nationale et plus globalement les acteurs (institutionnels ou non) impliqués au niveau territorial en prévention et promotion de la santé.

En région **Poitou-Charentes**, toute une organisation est proposée pour professionnaliser la prévention en instaurant un interlocuteur institutionnel unique, chargé de programmer, financer et d'évaluer une politique de prévention en santé régionale globale. Les acteurs constatent, comme en Picardie, que le secteur de la prévention de la santé est historiquement constitué de multiples acteurs. La réalisation de leurs actions est peu ou pas suffisamment concertée et organisée pour mettre en place une politique de santé dédiée à la prévention, pilotée et qui pourrait être évaluée. Dans ce contexte, il s'agit de créer des plateformes agencées en mode « projet » qui portent les politiques publiques de prévention. Elles regroupent les opérateurs les plus engagés dans les thèmes et sous thèmes désignant chaque plateforme. Un cahier des charges minimal donne les grandes fonctions de chaque plateforme. La mise en place de partenariat doit être le leitmotiv de cette évolution. Les partenariats sont de deux ordres :

- Institutionnels : regroupement, coopération et coordination de l'ensemble des institutions régionales œuvrant dans le champ de la prévention et finançant des actions réalisées par les acteurs-effecteurs. Mise en place d'une politique coordonnée de prévention qui prévoit un financement pluriannuel d'actions structurées, et évaluées.
- D'effecteurs : regroupement des acteurs-effecteurs de terrain à l'origine des actions de prévention menées au contact direct des publics ciblés pour une meilleure organisation de leurs actions.

1.2 Des populations vulnérables ou des thématiques prioritaires d'intervention

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé soulignait que la prévention se décline selon trois axes : la population (par exemple, les adolescents), le milieu (par exemple, le collège), la thématique (par exemple, les addictions).

Plusieurs régions soulignent que certaines populations plus vulnérables doivent faire l'objet d'une attention accrue. Ainsi, en **Franche-Comté**, les débats ont mis en avant un accroissement des inégalités sociales et géographiques et surtout que certaines catégories de la population plus vulnérables ne sont pas dans le circuit « classique » des actions de prévention. Dans la région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, il a été proposé de manière globale de davantage cibler les actions de prévention sur les populations vulnérables. De même, en **Poitou-Charentes**, en partant du constat que l'environnement psycho-social est un déterminant important de la santé de la population et de son évolution prévisible, l'ensemble des débats et échanges consacrés à la priorisation de la prévention ont fait ressortir la nécessité d'orienter les actions de prévention « spécifiques » à destination des jeunes et des populations en difficulté pour agir directement sur les inégalités en matière de santé. Cette proposition n'étant pas exclusive des actions de prévention « universelles » organisées sur des risques spécifiques (exemple : dépistages des cancers sur les populations à risque).

Certaines régions ont fait spécifiquement porter leur réflexion sur des populations ou thématiques spécifiques : les enfants, les jeunes, les personnes âgées en risque de perte d'autonomie, le handicap psychique et la santé mentale, la nutrition, etc. Certaines thématiques sont d'ailleurs transversales, comme cela a été souligné en **Martinique** concernant le lien entre la santé mentale et certaines addictions qui touchent particulièrement les jeunes (consommation d'alcool, cannabis, crack, et autres substances illicites).

➤ La périnatalité

En **Martinique**, les participants aux débats publics ont souligné que la région est au premier rang des accouchements prématurés et de la mortalité périnatale. Il est proposé de mettre en place un observatoire de la périnatalité, en collaboration avec les équipes de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) afin d'analyser les données existantes, et de proposer des études complémentaires à visée étiologiques. Il est aussi proposé : de développer les centres périnataux de proximité, offrant une prise en charge globale (sanitaire et médico-sociale) pré et post-natale, et un suivi pluridisciplinaire des femmes enceintes ; de renforcer le dépistage et le suivi des enfants à risque de handicap, par une organisation des soins déployées au plus près de leurs lieux de vie ; de renforcer le niveau technique adapté à l'état de l'enfant à naître, afin de sécuriser les conditions de la naissance.

➤ L'enfance

En **Auvergne**, les débats concluent que l'éducation à la santé doit commencer très tôt, et l'école apparaît comme un des lieux privilégié pour l'apprentissage. En **Picardie**, partant du constat que les inégalités de santé apparaissent et se creusent dès l'enfance, les tables rondes ont fait émerger la nécessité de définir une stratégie intersectorielle relative à l'enfance, en impliquant des dispositifs ne relevant pas toujours du secteur de la santé : école, modalités d'accueil, précarité des parents, etc.

➤ Les jeunes

En **Bourgogne**, face au constat d'une augmentation des addictions, et/ou de comportements à risque, il est proposé d'améliorer les services existants de prise en charge de la santé des jeunes (médecine scolaire, travailleurs sociaux, missions locales, etc.), afin d'aboutir à un repérage le plus précoce possible et pour favoriser un accompagnement des jeunes « au plus près ». En **Lorraine** et en **Ile-de-France**, la santé des jeunes a été au cœur des débats. En Lorraine, les jeunes interrogés dans ce cadre ont souligné le rôle important des infirmières scolaires et du planning familial. Des manques ont été relevés, comme l'absence de lien entre médecin scolaire et médecin traitant. Une convention ARS-Education nationale a été signée et des conventions ARS-Conseils Généraux sont en préparation. Comme dans la plupart des régions, les débats en Ile-de-France ont mis en avant l'importance de la « citoyenneté en santé chez les jeunes », partant, entre autres, du constat que les jeunes ne se sentent ou ne sont pas suffisamment impliqués en matière de santé, notamment dans le cadre de la vie scolaire. Il conviendrait donc, selon les acteurs de la santé en Ile-de-France, de renforcer leur rôle via les instances que sont les conseils de vie lycéenne et les comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté, et de renforcer l'information et la formation des délégués de classes, véritables passeurs de l'information.

➤ Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie

La CRSA du **Nord Pas-de-Calais** souligne l'impact des chutes des personnes âgées et l'impératif d'adapter le logement de celles-ci, et formule des propositions pour éviter la iatrogénie médicamenteuse (qui fait aussi l'objet de propositions en Pays de la Loire concernant le rôle du pharmacien). En **Basse-Normandie**, ressort l'idée de mieux travailler avec les caisses de retraite et l'Assurance maladie, afin d'engager des plans de prévention sur le vieillissement (en particulier au moment du départ à la retraite).

➤ Le handicap psychique et la santé mentale

En **Picardie**, la CRSA a souhaité alerter sur les nombreuses situations de ruptures de parcours pour les personnes atteintes de handicaps psychiques, et sur la difficulté à organiser l'articulation des acteurs entre eux afin d'assurer une prévention adéquate vis-à-vis de ces personnes vulnérables. En outre, la prévention souffre notamment d'une connaissance encore limitée des étiologies des maladies mentales. En **Languedoc Roussillon**, les acteurs soulignent, d'une part, le retard du diagnostic et de la prise en charge de la maladie mentale, des troubles psychiatriques voire du handicap psychique, d'autre part, la consommation très importante de psychotropes ou neuroleptiques sur prescription médicale. Afin de mieux dépister et repérer les troubles mentaux et psychiatriques, une des propositions émises consiste à mieux associer les médecins généralistes au dépistage et prise en charge de la maladie mentale, cela implique un investissement dans la formation initiale et continue permettant le repérage de la souffrance psychique et l'accompagnement des pathologies chroniques.

Une proposition émise notamment en **Bourgogne** permettrait d'améliorer la prévention secondaire et tertiaire en termes de santé mentale : il s'agit de faciliter l'intégration sociale et citoyenne des personnes concernées par des problèmes de santé mentale en favorisant l'accès et le maintien dans le logement et dans l'emploi des personnes souffrant de troubles mentaux et par la mise en place d'un accompagnement modulable adapté (accompagnement infirmier ou social). Cette proposition rejoint une proposition de la **Picardie**, visant à faciliter l'accès aux droits, au logement et à l'hébergement des personnes vulnérables (Cf. Axe II), et renforcer ainsi leur participation sociale et leur exercice professionnel.

En **Auvergne**, une proposition vise à améliorer l'accès à la prévention, en particulier le dépistage des facteurs de risque du suicide, en allant au-devant des publics et en organisant la veille, et le repérage dans la proximité. Cette proposition vise en particulier les agriculteurs, mais pourrait être généralisée. En partant du constat que les inégalités sociales de santé restent fortes, les acteurs de la région soulignent la nécessité d'aller au devant des publics les plus fragiles, qui souvent n'utilisent pas spontanément l'offre mise à leur disposition. L'enjeu est de développer le repérage et l'accompagnement sans que cela ne se traduise par des comportements intrusifs dans la vie des personnes. Parmi les moyens à mobiliser figurent les équipes mobiles qui acquièrent une connaissance approfondie de la réalité vécue par les personnes, le tissu associatif, ainsi que le travail multi partenarial pour croiser les regards sur les situations rencontrées. Ainsi, il est proposé, d'une part, de généraliser les équipes mobiles considérée comme trait d'union entre le centre hospitalier, le lieu de vie de la personne, les soins ambulatoires, en particulier dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, et pour les populations en situation de précarité, d'autre part, de créer des dispositifs locaux de veille active avec une fonction de veilleur pour le repérage des situations à risque en associant les élus et les associations de proximité. Par ailleurs, des rencontres entre les acteurs de proximité intervenant sur les territoires concernés sont à organiser pour favoriser la connaissance réciproque des missions, conditions de sollicitation, modalités d'intervention et difficultés rencontrées.

➤ La santé alimentaire

En **Outre-mer**, la santé alimentaire est une préoccupation largement soulevée par les acteurs locaux de santé, en particulier pour la prévention des maladies chroniques. En **Guadeloupe**, ils soulignent la représentation significative de la sédentarité, du surpoids et de l'obésité et des affections chroniques au titre des affections longue durée –ALD- : hypertension artérielle (1^{er} rang national), diabète (1^{er} rang national), Insuffisance rénale chronique –IRC- (4^{ème} rang national), accidents vasculaires cérébraux –AVC- (2^{ème} rang national) ou contamination par le VIH (4^{ème} rang national). Au total, 80 000 bénéficiaires présentent une ou plusieurs ALD 30 dont 60% associant un diabète et/ou une Hypertension artérielle. Le même constat est établi en Martinique, en Guyane ou dans l'Océan Indien.

Il ressort des débats menés dans ces régions que la prévention constitue une réponse essentielle. Il est ainsi recommandé :

- Le développement de l'activité physique et d'une alimentation saine (Guadeloupe): favoriser l'activité physique chez les jeunes, en milieu scolaire et dans les familles ; généraliser les parcours sportifs de santé sécurisés dans les quartiers à l'image de la politique engagée par le conseil régional et le programme "boujé sé santé" ; faire évoluer le goût par des opérations « semaine du goût à l'école », etc.
- La mise en place des programmes d'éducation nutritionnelle (Martinique), notamment à destination des femmes enceintes, des populations précaires et vulnérables, des personnes âgées en institution ou isolées et des personnes atteintes de maladies chroniques.
- L'éducation à la nutrition dès le plus jeune âge (Océan Indien) en particulier concernant la consommation de boissons sucrées et de sucreries aux repas et en milieu de journée, qui se traduit de façon flagrante en problèmes d'obésité et en problèmes de santé bucco-dentaires. Par exemple, il peut s'agir de l'accès à une collation servie en matinée pour les élèves de l'école primaire.

1.3 Développer la promotion de la santé

La feuille de route soulignait l'importance de la promotion de la santé : « L'éducation à la santé fait déjà l'objet de certains programmes spécifiques à l'école avec des actions ciblées (nutrition, sexualité, addictions, etc.). Le développement de programmes de formation des jeunes à la prévention et à la gestion des risques sanitaires renforcerait la possibilité donnée à chacun de mieux gérer sa propre santé. L'information et l'éducation à la santé favoriseront l'acquisition de comportements et de modes de vie ayant un impact favorable sur l'état de santé ».

L'ensemble des ARS qui ont organisé des débats au sujet de la prévention font ressortir l'impératif de revoir la communication, le message comme le vecteur utilisé pour le transmettre, portant sur les comportements à risques (alcool, drogue, etc.) comme sur les déterminants de santé.

Concernant le message en lui-même, il s'agit : de diffuser des messages clairs concernant les effets sur la santé de la prise de drogues (**Auvergne**), de trouver la juste mesure en matière de prévention et de dépistage -éviter l'intrusion sans générer de perte de chances - (**Midi-Pyrénées**), refonder la politique de prévention vis-à-vis des jeunes en évitant le message trop culpabilisant (**Corse**), délivrer des messages plus en lien avec les jeunes, en prenant en compte leur environnement, leur âge et leurs perceptions et tenir un discours plus positif et moins moralisateur, en abordant les sujets de manière ludique et indirecte (**Ile-de-France**). Dans l'Océan Indien, les acteurs soulignent qu'il convient d'améliorer la perception et l'appropriation par la population des messages de prévention.

Plusieurs actions préconisées portent sur les différents vecteurs de message : l'école, le camarade, le professionnel de santé, les nouvelles technologies de communication. Ainsi les régions soulignent l'impact :

- De l'éducation à la santé à l'école : les régions **Océan indien** et **Auvergne** proposent de systématiser les séances d'éducation à la santé dans les établissements scolaires, la région **Rhône-Alpes** confirme la nécessité de systématiser ces séances dès le plus jeune âge, et l'enjeu d'un rapprochement et d'un partenariat entre les administrations de la santé et l'Education nationale ; En **Lorraine** une convention ARS-Education nationale a été signée pour définir les axes d'éducation à la santé dans les établissements scolaires. En **Auvergne**, les acteurs préconisent d'intégrer les thématiques « Santé » dans les programmes scolaires, voire éventuellement avec des compléments dans le cadre du

temps périscolaire. En **Guyane**, le rôle essentiel de l'école est rappelé avec un travail particulier à mener avec les parents, les équipes éducatives et les animateurs de quartier.

- De la valorisation des pairs (ou bien le patient expert, ou bien simplement un jeune) venant desquels les messages sont plus facilement compris et acceptés) : c'est notamment une des propositions de la **Bourgogne** mais aussi de la conférence de la santé et de l'autonomie de la **Guadeloupe**.
- Des réseaux sociaux. En **Bourgogne, Auvergne** comme en **Ile-de-France**, les atouts de l'utilisation des réseaux sociaux dans la communication vers les jeunes, ont été fortement soulignés. En **Champagne-Ardenne**, où les débats se sont concentrés sur l'outil internet en lui-même, il a été suggéré qu'il fallait participer à l'évolution des comportements et utiliser les réseaux sociaux pour informer le grand public et mettre en place des stratégies d'éducation à la santé ciblée, sur les jeunes par exemple.
- De la formation des professionnels de santé (dans le cadre du développement professionnel continu, formation au dialogue spécifique de prévention dans le cadre d'une consultation, et formation à l'éducation thérapeutique) : l'**Alsace** rappelle les initiatives menées par les unions régionales des médecins libéraux (URML) sur le sujet ; l'**Aquitaine** souligne l'intérêt d'intégrer la prévention et l'éducation en santé, ainsi que l'éducation thérapeutique, dans les dispositifs de formation des personnels médicaux, para médicaux, sociaux et médico-sociaux.

En matière d'éducation à la santé, en **Picardie**, une proposition a été formulée, visant à donner un cadre et une reconnaissance à l'éducation pour la santé : définir les différents types d'acteurs, les compétences et les formations nécessaires. Loin de normaliser les pratiques, cet effort de cadrage pourrait permettre de distinguer les acteurs de première ligne (protection maternelle et infantile, santé scolaire, santé au travail), des spécialistes de la méthodologie plus impliqués dans la mise en œuvre d'interventions innovantes, l'implantation de gros programmes ou l'appui méthodologique des autres acteurs (associations expertes, collectivités, etc.) et des spécialistes thématiques (addictions, VIH, etc.).

En matière de santé mentale, les débats en **Languedoc-Roussillon** ont conclu que faire le choix de la prévention consistait aussi en un engagement fort dans une campagne massive de vulgarisation des questions de santé mentale et psychiatrie auprès des différents professionnels (enseignants en primaire et secondaire, divers auxiliaires du soin et du social, etc.), et du grand public.

Contribution de la commission spécialisée « prévention » de la CRSA AQUITAINE

La commission « Prévention » de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Aquitaine a donné un avis favorable à la Stratégie nationale de santé. Le constat d'un développement insuffisant de la prévention en France est unanime. Cette situation ne résulte pas d'abord d'une problématique financière. Elle est le fruit d'une culture insuffisante de l'anticipation et d'une approche trop segmentée de la réalité. Il faut se situer dans une conception intégrée des déterminants de la santé, individuels et collectifs. Tous les acteurs du système de santé, population, usagers, professionnels, élus doivent apprendre à se vivre comme des acteurs de la promotion de la santé et de la prévention.

Bien au delà du seul Ministère de la santé, tous les secteurs ministériels doivent être considérés dans leur capacité à agir sur les déterminants de la santé, souvent bien en amont des soins. Conditions de travail, conditions de logement, conditions de transport, conditions de vie, alimentation, sécurité, culture, loisir, etc.

Promouvoir cette culture de l'anticipation et une approche globale des déterminants de santé apparaît également indispensables pour espérer réduire les inégalités sociales de santé et favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de handicap.

1- Renforcer la cohérence et la transversalité des actions conduites

A la segmentation conceptuelle entre promotion de la santé, prévention, soins et accompagnement correspond une segmentation des financements et par là-même des décideurs.

Les compétences de l'ARS, des autres services de l'Etat, des collectivités territoriales, des acteurs de la santé et du secteur médico-social se juxtaposent quand elles ne se recoupent pas. Il en résulte un grand manque de visibilité et une perte d'efficacité, même si chacun agit au mieux dans le souci de l'intérêt commun.

La commission souhaite que l'Ars soit en capacité de garantir l'effectivité et la cohérence des actions de prévention et leur déclinaison dans les différents champs qu'elle a déjà vocation à traverser (santé, éducation, médico-social et social), mais également dans un cadre interministériel plus large (éducation, travail, environnement, agriculture, etc.). Le Ministère de la santé et l'Ars en région doivent être obligatoirement saisis pour avis par les autres ministères. Il faut dépasser les logiques de juxtaposition d'initiatives dépourvues de liens. La participation effective à la Commission de coordination instaurée par la loi Hôpital, patient, santé et territoire, doit devenir une des conditions pour l'accès au co-financement de l'Etat et de l'assurance maladie. L'Ars doit rendre compte chaque année à la CRSA de la cohérence et de la transversalité de l'ensemble des actions conduites dans la région.

Cohérence et transversalité doivent également être renforcés en matière de santé au travail. Dans une véritable logique de parcours, il convient ainsi d'assurer le suivi des salariés atteints de maladies chroniques au moment de la reprise du travail ou encore après la retraite pour ceux exposés à des risques professionnels durant la vie active.

2- Mettre en œuvre des processus de conduite du changement

La commission propose que la même logique d'investissement soit suivie pour développer la promotion de la santé et la prévention susceptibles de contenir ou réduire les dépenses des soins curatifs. Il s'agit d'assurer la pérennité nécessaire aux actions dans ce domaine pour qu'elles produisent leurs effets dans le temps plutôt qu'en les enfermant dans une logique d'expérimentation permanente. Sans méconnaître les difficultés de ce passage d'une logique de dépenses de fonctionnement à une logique de dépenses d'investissement, la commission propose, dans un premier temps, d'appliquer ce changement d'approche au secteur bucco-dentaire.

La commission spécialisée « Prévention » soutient fortement le principe de réaliser systématiquement des études d'impact en santé avant de lancer de nouveaux services et d'adopter de nouvelles dispositions légales et réglementaires, au niveau national comme local, tant dans le champ spécifique de la santé que dans les autres secteurs de l'action publique.

Enfin, la commission estime nécessaire d'agir très rapidement à la fois pour renforcer la dimension d'une approche globale des déterminants de la santé dans les différents processus de formation, dès l'école primaire, et pour promouvoir les nouveaux métiers dont le besoin est repéré en veillant à leur complémentarité avec les professions de santé existantes.

1.4 Evaluer les politiques de prévention et redéployer les financements

Développer l'évaluation des politiques de prévention

Plusieurs débats en région ont également souligné le besoin d'évaluation de la politique de prévention, il s'agit de : mettre en place une méthodologie pour l'évaluation de la prévention (**Alsace**), définir des indicateurs synthétiques (**Pays de la Loire**), développer les évaluations médico-économiques (**Haute-Normandie**). En **Auvergne**, il est proposé la mise en place d'une évaluation scientifique dans le domaine de l'éducation à la santé par la promotion et le soutien de programmes de recherche (ex. : Recherche action de l'équipe de recherche de l'école supérieure du professorat et de l'éducation - ESPE - à Clermont-Ferrand).

Redéployer les financements en faveur de la prévention

Sur les modes de financement de la politique de santé, la feuille de route avait souligné plusieurs constats :

- *« les modes de financement n'incitent pas à la coordination des acteurs et à l'évolution de l'offre de soins en fonction des besoins de santé publique ;*
- *il apparaît nécessaire de réformer les modalités d'organisation et de financement pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours ».*

Les débats régionaux rejoignent les constats de la feuille de route et mettent en avant la nécessité de simplifier et clarifier les modes de financement de la politique de santé. Dans ce sens, les débats dans les **Pays de la Loire** ont fait émerger des propositions pour répondre aux objectifs suivants : nécessité de soutenir les activités d'initiatives innovantes, de sécuriser les actions par le biais de financements pluriannuels, et mettre en cohérence les objectifs du projet régional de santé (PRS) et du Programme régional de gestion du risque (PRGDR). Les propositions qui en découlent reposent sur : des contrats pluriannuels avec les opérateurs, des appels à projets, une évaluation des activités locales innovantes, et l'implication des mutuelles et des complémentaires dans la contractualisation régionale. Une autre proposition issue des débats dans la région **Centre** consiste dans le développement des incitatifs (notamment financiers) favorisant le développement des activités de prévention des professionnels de santé, ce qui pourrait passer par une réduction de la part du financement à l'acte et/ou l'insertion d'actes de prévention dans les nomenclatures professionnelles.

Par ailleurs, si le constat de la feuille de route d'un renforcement nécessaire de la prévention dans la politique nationale de santé est très largement partagé par les acteurs de la santé au plus près des territoires, ces derniers soulignent néanmoins le besoin de moyens financiers de prévention sur la base d'une réorientation de ressources existantes. C'est ce qui a émergé des débats dans la région Centre, qui alertent sur une diminution des moyens financiers qui s'accompagne de la disparition de nombreux promoteurs en prévention et promotion de la santé, notamment dans le secteur associatif. Pour répondre à cette problématique, deux propositions ressortent :

- Assurer la progression des différents financements de la prévention (état, assurance maladie, etc.) au moins à la hauteur de la progression des dépenses de santé globales ;
- Mobiliser au mieux le principe de fongibilité « asymétrique » en faveur de la prévention, prévu par la loi, et développer le cadre réglementaire, les procédures et les outils permettant cette fongibilité asymétrique.

En **Picardie**, afin d'organiser en région des modalités durables d'accompagnement à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de promotion de la santé, il est proposé de mettre en place des dispositifs d'accompagnement solides et orientés en fonction du schéma régional de prévention. Il s'agit notamment de sécuriser un financement pluriannuel destiné aux activités d'accompagnement et d'intervention en promotion de la santé :

- en reconnaissant et consolidant des experts repérés (Instance régionale en éducation et promotion de la santé –IREPS-, pôles de compétences en éducation pour la santé) dans cette mission spécifique,

- en réinterrogeant nos modalités actuelles de financement (appel à projet, annualité, plusieurs financeurs) : elles sont source de turn-over et donc d'instabilité des équipes dans les structures en région.

En Picardie, le Schéma régional de prévention (SRP) a permis d'impulser, par un appel à projet spécifique et recentré sur quelques thèmes prioritaires, une démarche d'innovation et de transfert d'interventions probantes. Les structures sélectionnées sont accompagnées par l'IREPS, missionnée spécifiquement sur cet aspect et seront suivies. En cas de succès, la sécurisation de leur financement au bénéfice de la mise en place de ces actions validées et crédibles est envisagée.

2 AXE 2. MIEUX ORGANISER LES SOINS POUR LES PATIENTS, GARANTIR L'EGALITE D'ACCES, EN PRIVILEGIANT UNE LOGIQUE TERRITORIALE

2.1 Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles

2.1.1 L'organisation des parcours de soins et le service territorial de santé

2.1.1.1 Réformer les modalités d'organisation et de financement pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours

La feuille de route indiquait que «l'ensemble des modalités de tarification et de financement, sanitaires et médico-sociales, sera réexaminé dans un souci de simplification et de meilleure prise en compte des activités de coordination et de santé publique. L'évaluation de la pertinence et de la qualité des actes et des prises en charge devra également être assurée.»

Encourager toutes les formes de travail en commun

Dans l'ensemble des régions où l'organisation du premier recours, et l'articulation des acteurs entre eux, ont été débattus, ressort l'aspiration des professionnels de santé en ville à travailler de manière pluridisciplinaire et groupée, sans que pour autant cela implique systématiquement un exercice regroupé dans les mêmes murs.

Ainsi, en **Alsace**, il est souligné que les professionnels de premier recours souhaitent mettre en place des « équipes de santé » autour des usagers car ils estiment être plus efficaces lorsque la possibilité leur est offerte de travailler en équipe. Toutefois, les acteurs alertent sur le fait que tous les médecins de proximité ne peuvent exercer dans des maisons de santé, la structure de base de délivrance des soins restant encore le cabinet médical individuel.

De manière générale, on peut noter la satisfaction exprimée lors des débats par les professionnels de santé exerçant en maison de santé pluridisciplinaire sur la valeur ajoutée de ce mode de travail, et pour les professionnels et pour la population.

A la **Réunion**, c'est le terme « d'organisations plurielles » qui est retenu pour valoriser le « travailler ensemble » des praticiens, sans imposer un modèle spécifique qui ne répondrait pas à l'ensemble des configurations possibles. En **Basse-Normandie**, comme en **Franche-Comté**, il est considéré que toutes les modalités de travail en commun doivent être encouragées pour renforcer la densité médicale et paramédicale dans les territoires fragiles : les pôles de santé libéraux ambulatoires, les maisons de santé, les centres de santé (dentaires, optique, etc.), associés à la pérennisation des groupes qualité, lieux d'échange des pratiques professionnelles entre professionnels de santé. Dans le **Limousin**, bien que la densité en médecins généralistes reste encore satisfaisante dans la région, des inquiétudes naissent en raison de l'âge des praticiens et au faible nombre d'installation en libéral et notamment en milieu rural. Dans ce contexte, ce sont les modalités de travail pluri-professionnelles qui semblent représenter l'avenir. Il ressort des débats qu'il faut répondre aux demandes des jeunes professionnels pour rendre attractive l'installation en libéral et en activité salariée, dans les zones fragiles : exercice collectif, organisation du temps, intérêt du travail (notamment par une universitarisation des structures : cf 2.3.1). En **Martinique**, la situation d'accès aux soins est jugée globalement mauvaise par les participants aux débats, qu'il s'agisse des soins d'urgence ou des soins programmés, et dans l'objectif de faciliter l'accès aux soins de premier recours, pour toute la population et en particulier pour les personnes en situation de précarité, et désengorger les hôpitaux, le développement des équipes pluridisciplinaires dans les centres de santé et des Maisons de santé de proximité, apparaît comme une des solutions.

En région **Poitou-Charentes**, il est indiqué que les expérimentations de coordination des professionnels de santé ont démontré qu'ils étaient demandeurs de cadres leur permettant de travailler collectivement au bénéfice de leurs patients. Deux dispositifs sont cités en exemple : ASALEE, permettant la délégation de tâche entre professionnels de santé, et les Nouveaux Modes de Rémunérations (NMR) qui rémunèrent le temps consacré par les professionnels de santé à la coordination au sein de leur structure (exemple : maison de santé pluri professionnelle). C'est par le biais d'un financement spécifique que ces expérimentations ont pu prendre forme, et rencontrer le succès qui est le leur. Les débats en concluent qu'un cadre juridique et un modèle de financement pérennes doivent être proposés pour que ces professionnels puissent y recourir et en bénéficier massivement.

En **Haute-Normandie**, il est préconisé de faire du pôle de santé la maille de base de l'organisation territoriale sanitaire, médico-sociale et sociale, de développer les équipes mobiles spécialisées et/ou à vocation polyvalente, et de renforcer les organisations en réseaux : équipe de proximité, réseau de proximité. Les acteurs sociaux apparaissent par ailleurs comme un potentiel appui et partenaire du 1er recours.

Dans les **Pays de la Loire**, il est proposé de développer des équipes territoriales médicales inter-établissements : face au constat d'un tropisme des médecins spécialistes, y compris libéraux, pour les centres urbains et leurs plateaux techniques publics et privés, créant ainsi une difficulté d'accès aux soins spécialisés, il est proposé de créer une équipe de territoire associant praticiens du secteur public et praticiens libéraux en charge de couvrir la totalité des besoins d'un territoire.

A titre d'exemple une équipe de territoire de pédiatrie devrait :

- assurer les soins les plus spécialisés dans l'établissement de recours du territoire (cette formule permet aux praticiens d'exercer leur sur spécialité et garantir l'attractivité de la structure) ;
- assurer les soins spécialisés les plus courants en proximité, soit sous la forme de consultations avancées dans les hôpitaux de proximité, soit au sein de maison de santé, soit en cabinet libéral (dans le cadre d'un pôle de santé) ;
- assurer des missions spécifiques comme la couverture pédiatrique de l'ensemble des maternités, notamment de niveau 1, du territoire ;

- améliorer la qualité de la prise en charge des enfants dans les sites d'urgences d'hôpitaux ne disposant pas de service de pédiatrie par une astreinte téléphonique et la diffusion de protocoles.

Il conviendrait alors d'adapter le modèle financier et juridique d'une telle équipe mixte. Pour une équipe purement publique, le modèle de communauté hospitalière de territoire (CHT) peut être utilisé.

En **Aquitaine**, la structuration des équipes pluridisciplinaire fait l'objet de propositions dont certaines concernent plus spécifiquement les personnes âgées : il est suggéré de créer des équipes pluridisciplinaires d'appui aux sorties d'hospitalisation.

En **Guadeloupe**, la conférence de la santé et de l'autonomie préconise, pour développer l'exercice pluriprofessionnel, notamment autour de projets collectifs et intersectoriels, la mise en place d'instances de mise en commun, d'une gouvernance de l'inter professionnalité.

Revoir le modèle économique et juridique des modalités de coordination professionnelle et pluri-professionnelle

Comme le rappellent les débats en **Poitou-Charentes**, la pérennisation des dispositifs de pratique pluriprofessionnelle doit passer par la mise en place de modèles : juridiques (reconnaissance par la législation et la réglementation en vigueur de ces dispositifs comme mode rénové d'exercice), et financiers (construire un modèle économique pérenne permettant la généralisation de ces dispositifs et la sortie de la phase d'expérimentation). En **Haute-Normandie**, les acteurs soulignent que le 1^{er} recours est un levier majeur dans la lutte contre les inégalités sociales de santé mais que le dispositif actuel manque de structuration et de lisibilité, les outils nécessaires (juridiques et financiers notamment) étant insuffisant. Pour faire du pôle de santé la maille de l'organisation en santé, il conviendrait alors, selon les propositions, d'en tirer les conséquences juridiques, financières, contractuelles à inscrire dans des dispositions réglementaires et conventionnelles, d'en préciser la mise en œuvre et l'ingénierie de développement et de fonctionnement, et de réviser les conventions nationales professionnelles: passer d'un modèle de conventions nationales et individuelles à un modèle intégrant une dimension collective contractualisable.

Dans un contexte où le temps médical est compté, et le temps passé à se coordonner n'est pas toujours considéré comme un temps au service du patient, plusieurs propositions ressortent pour faciliter les démarches des professionnels de santé, et valoriser le temps consacré à la coordination.

En premier lieu, les acteurs demandent de **faciliter l'installation**. Les débats en **Picardie** comme en **Poitou-Charentes** ont fait émerger la nécessité de simplifier les démarches administratives et réduire les délais d'instruction pour développer des modes d'exercice regroupés et coordonnés, avec notamment, en premier lieu, une simplification des déclarations d'installation des professionnels de santé en libéral par la création d'un guichet unique. Plusieurs régions indiquent mettre en place un accompagnement spécifique à l'installation des jeunes médecins dans l'objectif final de créer un guichet unique.

Ensuite, il conviendrait d'**aider au montage des projets**, et à l'organisation du partage de l'information. C'est notamment, une proposition en **Aquitaine** pour promouvoir l'exercice pluriprofessionnel organisé, de manière à ce qu'une offre de MSP et/ou pôle de santé / centre de santé soit accessible sur tous les territoires.

Par ailleurs, un **nouveau métier de coordination administrative** pourrait être créé. En **Lorraine**, plusieurs propositions visent à faciliter la coordination des professionnels de santé en ville notamment la création de nouveaux métiers comme la coordination des soins autour des personnes à risque ou en perte d'autonomie. En **Guadeloupe**, il a été proposé de conférer un statut aux gestionnaires de parcours (médecins et infirmiers) et de promouvoir un guichet unique dans la cadre du parcours de santé (sanitaire, social, médico-social). En **Alsace**, l'enjeu est de permettre de dégager du temps en allégeant les tâches administratives (ce qui pose la question de la structure qui permettrait cette délégation de tâches administratives) ; de déléguer des activités non médicales à des collaborateurs dans ou hors cabinet et d'obtenir des moyens financiers conséquents.

Enfin, des propositions consistent à **créer un nouveau mode de financement de la coordination**. En **Lorraine**, il a été proposé de créer un acte forfaitisé de coordination pour les professionnels de santé. En **Rhône-Alpes**, une forte demande s'exprime pour donner aux modalités innovantes de travail pluridisciplinaire, un cadre juridique et financier solide. Il s'agit notamment de créer pour le médecin généraliste un environnement propice afin qu'il se place lui-même naturellement dans l'organisation et l'animation des parcours. Cela suppose la mise en place d'un modèle économique adapté. En **Franche-Comté**, il est demandé de reconnaître une fonction de coordination du parcours : en adaptant les modes de rémunération des professionnels ; en amplifiant les initiatives déjà prises en ce sens, en particulier par le biais de l'Assurance maladie dans le cadre conventionnel ; en renforçant des leviers des ARS en matière de financement pour soutenir des actions de transformation du système de santé par le biais du fonds d'intervention régional (FIR), ou pour expérimenter de nouveaux modes d'organisation.

A plusieurs reprises dans les régions, est revenu l'enjeu de **création d'un modèle économique** qui permette, notamment, à la coordination de se mettre réellement en place mais aussi de financer des organisations des soins et accompagnements médico-sociaux innovants. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, il est appelé à un choc de coordination, et à mettre en place des solutions réglementaires et financières pour les trois niveaux de coordination autour du parcours du patient : administrative, médicale, coordination territoriale d'appui. En **Aquitaine**, des pistes sont évoquées pour faire évoluer les modes de rémunération de manière à ce qu'ils soient incitatifs à une prise en charge collective adaptée : rémunération mixte, au parcours, à la capitation, rémunération d'équipes sur les résultats en termes d'objectifs de santé publique, etc.

Plus spécifiquement, plusieurs voix s'expriment sur la nécessité d'associer les pharmaciens dans les organisations pluridisciplinaires et les parcours de soins, avec pour corollaire de permettre une évolution de leurs modes de rémunération. Cette proposition a notamment été formulée dans les **Pays de la Loire**. Dans le champ de la santé mentale, l'exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles est aussi donné en **Lorraine**, où pour permettre un recours facilité aux professionnels, il est demandé de mieux associer les psychologues, en mettant en place un conventionnement et la possibilité de bénéficier de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), ainsi que la cotation à la classification des actes médicaux (CCAM) des actes de psychologue, psychomotricien et diététicien.

En **Midi-Pyrénées**, faisant le constat d'une désertification des territoires, et d'importantes difficultés d'accès aux soins, il est demandé d'établir une définition claire de l'organisation de l'offre de soins entre le premier recours et les divers niveaux de recours spécialisés en lien avec l'aménagement du territoire.

Mettre en place un appui aux équipes de proximité

La feuille de route indiquait : « afin de leur permettre d'exercer correctement leurs missions et d'assurer l'articulation avec les soins plus spécialisés et l'hôpital, ainsi que le secteur médico-social, les équipes pluri-professionnelles de proximité auront ainsi besoin d'un appui au niveau d'un territoire de proximité. Cet appui pourra prendre la forme d'un coordonnateur/animateur de territoire. ».

Dans le **Nord Pas-de-Calais**, il est souligné que les médecins généralistes sont souvent déjà surchargés de tâches administratives et qu'il semble difficile d'augmenter encore les tâches qui ne soient pas directement en lien avec le patient. Ainsi, dans le cas d'initiatives visant à la coordination entre professionnels de santé, des fonctions de coordination et d'appui pourraient être créées dans le cadre du service territorial de santé, elles pourraient être adossées aux maisons de santé. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, Il est notamment proposé de créer un conseil territorial de santé pour la gouvernance du service public territorial de santé.

Au-delà d'un appui immédiat, c'est la connaissance même des parcours des usagers qui fait défaut. Dans ce contexte, En région **Rhône-Alpes**, il a été rappelé l'intérêt à développer les outils qui fournissent une information sur les parcours. Le projet : « Les usagers construisent leur parcours de santé » (UCPS) est considéré comme un observatoire futur des parcours et devrait donner de l'information sur les freins et les leviers pour les populations les plus vulnérables qui doivent être les premières accompagnées sur le parcours de santé. En **Guadeloupe**, la conférence de la santé et de l'autonomie propose de pallier la discontinuité des parcours de prise en charge du patient par la mise en place d'une coordination de terrain interinstitutionnelle.

En **Auvergne**, l'action sur les parcours passerait, selon la conclusion des débats, par une extension à toutes les situations complexes, des gestionnaires de cas (proposition partagée avec la **Haute-Normandie**). Le constat posé est que le développement des maladies chroniques demande une prise en charge au long cours, mobilisant autour de la personne malade de multiples acteurs de qualification différente, pouvant exiger accompagnement et actions répétées d'éducation, alternant prises en charge hospitalière et ambulatoire. Cela suppose une organisation assurant une interface performante ville-hôpital et ville-ville pour un parcours du patient sans rupture, qui pourrait s'inspirer du dispositif « gestionnaire de cas » mis en œuvre dans le champ de la gériatrie. Cette généralisation à toutes les situations complexes (patient atteint d'accidents vasculaires cérébraux, personnes âgées, patients en oncologie, patient souffrant de problèmes psychiatriques), entraînerait de faire appel à l'ensemble des leviers évoqués dans la Stratégie nationale de santé : financement du temps de coordination, interventions des personnels hospitaliers à domicile en cas d'absence de services à domicile, formation initiale et continue avec évolution des métiers, transferts de compétences. En **Martinique**, il est préconisé de contribuer, dans chaque réseau, à la généralisation du concept du professionnel de santé coordonnateur ou de *case management*. En **Guadeloupe**, le terme utilisé est le gestionnaire de parcours, qui peut être le généraliste mais aussi le CCAS ou une association agréée dans le domaine de la santé.

2.1.1.2 S'appuyer sur une gouvernance associant tous les acteurs et sur un service territorial de santé

Les débats régionaux n'ont pas porté sur le secteur hospitalier, le service public hospitalier, ni la gouvernance interne de l'hôpital, qui ont cependant fait l'objet de travaux spécifiques dans le cadre du pacte de confiance pour l'hôpital et des groupes de travail qui ont suivi. En revanche, les débats ont largement abordé la question des articulations entre les différents segments de l'offre de soin, médico-sociale et même sociale, dans une ambition d'améliorer l'accès aux soins de qualité sur l'ensemble du territoire. C'est donc sur les différentes modalités de travail en commun que se déclinent les préconisations issues des débats.

Assurer une meilleure articulation ville / hôpital / médico-social / social

Lors des débats en **Alsace**, la possibilité pour les praticiens de ville d'avoir un recours simple à l'expertise hospitalière, de pouvoir le cas échéant adresser un patient sans passage aux urgences, fait partie des demandes clairement identifiées de la part de ces médecins. Plusieurs propositions ont été formulées :

- identifier les spécialistes hospitaliers et permettre au médecin traitant un accès privilégié à ces spécialistes (annuaire des professionnels de second recours et hospitaliers);
- valoriser les équipes mobiles de proximité en articulation avec les professionnels de 1^{er} recours ;
- s'appuyer sur la capacité de l'hôpital à structurer des filières et réguler de la ressource rare ; identifier qui anime la filière ;
- travailler sur la coopération et la complémentarité des professionnels pour assurer la continuité des soins (lors du retour au domicile par exemple) ;
- recentrer l'hôpital sur les soins de second recours, le rôle de l'hôpital n'étant pas de gérer ce qui peut être géré en ambulatoire.

Concernant les équipes mobiles, comme appui des professionnels de premier recours par projection de moyens d'expertise et d'évaluation, il est rappelé que l'Alsace dispose de cinq équipes mobiles de gériatrie, et souligné que la demande d'appui en expertise de psychiatrie pourrait justifier l'existence d'équipes mobiles intervenant en appui des professionnels de ville d'un secteur (psychiatrie de l'âge avancé par exemple). Les difficultés d'accès aux médecins spécialistes sur certains territoires sont aussi mentionnées en **Lorraine** où il est proposé de développer les consultations avancées, de créer des espaces de proximité accessibles aux jeunes avec consultations avancées et des équipes mobiles.

Outre ce besoin d'appui des professionnels de premier recours par l'hôpital, les acteurs en **Alsace** rappellent qu'une bonne articulation entre les offreurs de soin, et la structuration des parcours de soin, passe par le partage d'information au sujet des patients. Cela implique un meilleur déploiement du dossier médical personnel (DMP), mais l'objectif pourrait aussi être d'améliorer prioritairement la disponibilité des comptes-rendus de passage aux urgences et des comptes-rendus de sortie d'hospitalisation. La conférence de la santé et de l'autonomie de la **Guadeloupe** a une proposition similaire. Il s'agit de rendre le compte rendu de sortie disponible le jour même, mais aussi d'organiser la sortie de l'hôpital dès l'entrée du patient (par exemple en valorisant le rôle du centre communal d'action sociale - CCAS) et en proposant aux patients s'ils le souhaitent, d'informer le CCAS de la sortie afin d'assurer un suivi social à domicile si cela s'avère nécessaire. Cela peut aussi passer par le développement de possibilités d'intervention des assistantes sociales des centres hospitaliers vers la ville pour l'organisation du retour

En **Pays de la Loire**, il est aussi proposé de développer la coordination entre maisons de santé et établissements sanitaires : *« Les parcours de santé sont constitués d'épisodes où se succèdent des passages chez le médecin traitant, chez le spécialiste ou encore en établissement de santé. Si une dichotomie ville/hôpital a pu exister, il est désormais nécessaire de penser la responsabilité des acteurs à l'échelle d'un territoire et de sa population. Le développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constitue un renouveau de l'offre de soins de proximité et les interactions avec les autres offreurs de soins se modifient. Parallèlement, donner sa juste place à l'hôpital, c'est accroître la pertinence du recours au système de santé pour éviter tout risque évitable et permettre la réponse aux nouveaux besoins de la population ».*

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, afin de favoriser la coordination des acteurs sur les territoires, l'idée serait de faire de l'hôpital local et des maisons de service public des plateformes d'intégration des services sanitaires, médico-sociaux et sociaux et de prévention. Dans le même ordre d'idée, en **Picardie**, pour favoriser la coordination des soins, il est proposé d'adosser les centres médico-sociaux aux cabinets locaux (notamment MSP, mais aussi cabinets de groupe ou autres volontaires) pour une meilleure information tout en veillant à ce que le principe de liberté de choix du patient soit maintenu.

Enfin, en **Midi-Pyrénées**, l'enjeu de conforter la place des hôpitaux de territoire dans la gradation des soins est souligné. L'existence d'une offre spécialisée et d'un plateau technique au sein des hôpitaux de proximité concourt à l'attractivité des territoires vis-à-vis de jeunes médecins et à l'accès aux soins de la population. Pour de nombreuses spécialités, et sur le vaste territoire de la région, se pose aujourd'hui la question du maillage territorial optimal aux niveaux d'équipements « socles » et aux missions communes à proposer. Il en est conclu que les partenariats et les coopérations interprofessionnelles/hospitalières, notamment avec le CHU, doivent être incitées.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, dans le **Limousin**, c'est une nouvelle approche des soins gériatriques qui est demandée avec une diminution des passages aux urgences considérée comme possible avec un déploiement de la télémédecine, et un dispositif d'anticipation entre EHPAD et hôpitaux.

Sur le champ de la santé mentale, en **Lorraine** (à l'instar de la Picardie –cf. encadré –), une alerte est donnée sur la démographie médicale insuffisante et mal répartie en psychiatrie et pédopsychiatrie. Un focus est par ailleurs fait sur le cloisonnement de l'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile et adulte : les services de pédopsychiatrie prennent en charge les adolescents jusqu'à 16 ans et la psychiatrie adulte prend en charge les personnes à partir de 16 ans avec risque de rupture de prise en charge lors du passage d'un secteur à l'autre. C'est pourquoi il est préconisé de créer des unités mixtes de psychiatrie adolescent-jeunes adultes 16-25 ans.

Propositions sur le champ de la santé mentale par la CRSA de PICARDIE

En **Picardie**, la CRSA a souhaité, dans le cadre d'une assemblée générale, contribuer à la réflexion sur le thème de la santé mentale. Elle constate :

- Les liens entre trouble mental et précarité. Le trouble mental concourt à la précarisation des personnes en altérant leurs aptitudes sociales, économiques, relationnelles. A l'inverse, la situation d'exclusion et de précarité entraîne souvent l'apparition de troubles mentaux et la prévalence de la souffrance psychique. La précarité sociale des personnes prises en charge accroît les difficultés à élaborer et mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de déboucher sur une réinsertion en milieu ordinaire.
- Les aménagements de parcours nécessaires. Les personnes prises en charge nécessitent souvent des aménagements dans leur parcours. Cela inclut les périodes d'essai en établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) et le besoin de les répéter avant une admission hypothétique. En cas de non admission, ces périodes ne sont pas financées ce qui induit une réticence parfois des ESSMS à les multiplier.
- Les difficultés de financement qui impliquent des risques de rupture de parcours : manque de clarté dans le « qui finance quoi », notamment dans les situations d'accueils pluriels de mineurs en institutions. Quand il y a hospitalisation et que le retour en structure se fait progressivement (de jour et retour hôpital le soir) aucun des établissements d'accueil du jeune dit pouvoir financer le transport. Dans ce type de situation, il y a risque de rupture de continuité entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale.

- La connaissance limitée des étiologies des maladies mentales.

Parmi les propositions de la CRSA afin d'améliorer la prise en charge des patients, figurent :

- l'augmentation du nombre de postes d'internes offerts en psychiatrie ;
- le développement des conseils locaux de santé mentale ;
- une amélioration de l'évaluation de l'accès aux soins en développant le recueil d'information et les études en santé publique ; il s'agit notamment d'encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies ;
- l'identification d'un professionnel de l'établissement ESSMS référent des suivis médicaux et repérable pour les acteurs du sanitaire.
- le financement des périodes d'essais, le développement de structures d'aval, et une réponse aux problématiques de transport rencontrées par les familles,
- le développement de structures de répit pour les familles,
- la création d'un observatoire du public accueilli et des besoins à l'échelle du département et de la région, permettant une visibilité des places disponibles dans les structures, ainsi que les agréments.

En **Lorraine**, de manière transversale sur les champs du vieillissement et de la santé mentale, il est proposé de développer des modalités innovantes de prise en charge et d'accompagnement. Les constats portent notamment :

- sur l'hébergement : la prise en compte de l'ensemble des populations implique d'adapter leur logement actuel ou futur, en privilégiant un habitat intergénérationnel, il s'agit notamment : des personnes handicapées au-delà de 60 ans, des personnes présentant des pathologies psychiatriques nécessitant parfois un accompagnement lors du retour à domicile après hospitalisation, ainsi que des personnes âgées exprimant le souhait d'être maintenues dans leur logement.
- sur l'accès aux soins : dans les territoires ruraux, de démographie médicale fragile, l'accès aux médecins généralistes, ou spécialistes est difficile, nécessitant parfois un déplacement pour le patient vers des zones mieux dotées ; ces déplacements sont d'autant plus délicats que les personnes sont en situation de perte d'autonomie.
- sur des structures innovantes en matière d'addictologie permettant d'« aller vers » les usagers.

Les objectifs et propositions d'action consistent à anticiper la problématique des personnes handicapées vieillissantes en supprimant la barrière d'âge de 60 ans afin d'assurer la continuité de leur parcours de vie (structure d'hébergement ou services) ; à accompagner la mutation sociétale en respectant la volonté des personnes de rester à domicile (création de logement adaptés intergénérationnels en proximité de l'offre de soins et de services) et en faisant des EHPAD des plateformes de services ouvertes à la ville, en s'appuyant sur les nouvelles technologies ; et enfin, à améliorer l'accès au logement des personnes souffrant de pathologies psychiatriques.

L'accompagnement social est un des piliers de la prise en charge des personnes âgées. En **Aquitaine**, pour privilégier le maintien à domicile des personnes âgées, les services regroupant l'ensemble des intervenants (aides à domicile ; aides à la vie quotidienne ; soins à domicile) sont mentionnés parmi les outils possibles. En **Basse-Normandie**, c'est la revalorisation et le soutien de façon coordonnée au métier d'aide à domicile qui sont mis en avant. En **Bourgogne**, il est proposé de développer la coordination fluide de structures d'aide à domicile dotées de personnel qualifié en nombre suffisant, de promouvoir un habitat adapté aux personnes âgées et de créer un service de veille itinérant la nuit. Dans le **Limousin**, une adaptation de l'habitat est aussi préconisée avec notamment la promotion d'un nouveau modèle de structures intermédiaires avec des financements adaptés (logement avec panel de services permettant un maintien à domicile).

Créer un service territorial de santé fondé sur un diagnostic territorial et une gouvernance partagée entre l'ensemble des acteurs

La feuille de route préconisait la création d'un service public territorial de santé : «Au-delà de la nécessité de développer localement des organisations adaptées, l'ambition de la SNS est de définir un service public territorial de santé qui conduit les acteurs à remplir de manière solidaire un certain nombre d'objectifs de santé publique, ainsi que le propose le rapport du comité des sages.»

La structuration d'un service public territorial de santé est abordée par les régions sur différentes thématiques. Ainsi, dans le **Nord Pas-de-Calais**, il est proposé de mettre en place une organisation territoriale structurée de la prévention sous forme d'un service territorial en prévention (cf. 1.1.2.3). Plus largement, les débats régionaux montrent la préoccupation des acteurs sur l'urgence à structurer des parcours de soins pour des personnes vulnérables par leur situation personnelle ou leur pathologie (santé mentale, âge, exclusion sociale). L'action sur les parcours passe, selon les conclusions des débats régionaux, par un travail de proximité, fondé sur la coordination des acteurs.

En **Picardie**, il est souligné qu'une meilleure territorialisation des politiques de prévention devrait être pensée en liaison avec un service territorial de santé. L'ARS, en collaboration avec les acteurs et en articulation avec les dispositifs en réforme de la politique de la ville, réfléchit déjà à une observation des besoins et un déploiement de son schéma régional de prévention plus territorialisé. Cette dynamique est ainsi décrite : « *les spécificités territoriales obligent à reconsidérer les moyens déployés, les thèmes, les modalités de collaboration entre acteurs, territoire par territoire, dans le cadre d'un projet de territoire dont la gouvernance, en particulier avec les collectivités, restent à construire* ». De même, dans le **Centre**, il est proposé d'organiser un service public territorial de la prévention (dans le cadre plus général d'un service public territorial de santé).

La démarche ascendante, fondée sur une dynamique territoriale où les acteurs partagent un diagnostic et une méthodologie commune pour aborder certaines difficultés dans le parcours de santé des usagers, est mise en avant dans de nombreuses régions. Pour ce faire, le contrat local de santé apparaît être un outil souple et utile mentionné par de nombreux intervenants.

Dans la région **Centre**, la méthodologie d'élaboration du programme territorial de santé (PTS) du Loiret est donnée en exemple. Il est élaboré sous l'égide de la Conférence de territoire et en lien avec la délégation territoriale du Loiret de l'ARS. La méthode consiste à :

- porter et faire porter d'une part l'aménagement de proximité en termes de santé par les partenaires de santé eux même au sein de contrats tels qu'un CLS (contrat local de santé) ;
- définir d'autre part des territoires infra départementaux permettant de prioriser les zones cibles et prioritaires de projet (croisement des indicateurs médico-sociaux et déterminants sociaux et environnementaux les plus défavorables) ;
- s'appuyer sur les initiatives locales ou rechercher les appuis locaux et les fédérer dans une volonté de construction d'un projet de santé.

La méthodologie vise explicitement à développer l'aménagement santé des territoires ciblés au regard des parcours de vie et de santé des personnes, que ce soit de la prévention, ou les soins en établissements de santé et/ou les accompagnements et collaboration des ESSMS en mettant l'accent sur la nécessaire coordination, primordiale et incontournable, des acteurs pour promouvoir et optimiser la santé au sens large. Il est organisé, par territoire de projet des forums de santé locaux pour faire vivre la démocratie sanitaire et constituer des groupes de travail thématiques axés sur la coordination par parcours (personnes âgées, premier recours, personnes en situation de précarité, personnes handicapées, patients souffrant de problème psychiatriques, patients atteints de plusieurs pathologies, etc.) aux fins de structurer l'ossature de contrats locaux de santé (CLS) engageant les acteurs du territoire sur des objectifs communs de santé dans l'intérêt de leur population.

En **Poitou-Charentes**, les débats ont fait apparaître l'impératif de subsidiarité au profit des territoires pour la mise en œuvre de parcours de soins. Partant du constat que la mise en œuvre de parcours de soins doit être adaptée au territoire le plus pertinent pour l'organisation de la prise en charge du patient en fonction de la thématique étudiée, il est souligné que la mise en place de comités d'acteurs en santé à l'échelle de ces territoires permet de mener les réflexions nécessaires et de construire les parcours de soins les plus adaptés, en fonction des besoins de la population. L'objectif serait donc de définir un cadre permettant aux acteurs en santé d'innover dans l'organisation des prises en charge proposées conformément aux besoins territoriaux et locaux. Il s'agirait donc d'engager la réflexion sur la reconnaissance de l'intérêt de ces comités d'acteurs, et au-delà, de la création d'un cadre juridique permettant d'institutionnaliser leur exercice.

En **Aquitaine**, c'est toute la gouvernance des modalités de coordination qui est interrogée. En effet, la coordination, notamment pour les situations complexes (maladies graves, handicap, polyopathologies des personnes âgées, etc.), apparaît comme un impératif. Or la difficulté de coordination des différents intervenants apparaît comme une problématique majeure malgré un grand nombre de dispositifs et d'acteurs en charge de cette coordination, à de multiples niveaux (Centre local d'information et de coordination – CLIC -, Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer - MAIA -, réseaux, médecins traitants, infirmiers coordonnateurs des services de soins infirmiers à domicile - SSIAD-, médecins coordonnateurs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes - EHPAD-, etc.), articulés plus ou moins bien avec des dispositifs d'évaluation (CLIC, MAIA, équipes « allocation personnalisée d'autonomie », maison départementale des personnes handicapées – MDPH -, équipes mobiles gériatriques, consultations d'évaluation gérontologiques, etc.). Les dispositifs sont dits hétérogènes, peu lisibles, souvent non coordonnés, et semblent peu efficaces pour répondre à la problématique des situations de crises, de rupture, et d'optimisation des moyens. D'où la nécessité de structurer une gouvernance partagée assurant la coordination collective des acteurs et la coordination opérationnelle des parcours individuels. Il conviendrait donc d'identifier la structure responsable d'organiser cette coordination, d'une part, et de faire évoluer les dispositifs cités au titre des constats vers plus d'homogénéité, de lisibilité, d'efficacité, d'autre part. Les débats en Aquitaine aboutissent à demander de préciser la mission, l'organisation, le financement et les modalités de contrôle des dispositifs de coordination, en veillant à en réduire le nombre et à en clarifier la place pour les usagers, les aidants, les professionnels.

Dans le **Limousin**, une des propositions émises est de développer le dispositif Contrat Local de Santé pour renforcer l'offre de 1^{er} recours et faire partager des objectifs de santé publique sur les territoires de proximité prioritaires. A l'instar des Contrats Locaux de Santé, il s'agit, sur chaque territoire de proximité fragile, de créer une synergie entre les différents acteurs qui le composent pour les faire converger vers l'atteinte d'objectifs permettant de garantir un accès à une offre complète de 1er recours pour la population. Cette généralisation des contrats locaux de santé à chaque territoire de proximité prioritaire permettrait par les projets de santé qui en découlent une prise en compte de chacune des dimensions du 1er recours. La mise en commun des leviers détenus par chacun des acteurs permettrait notamment d'améliorer :

- l'impact de l'action en prévention santé (action sur les déterminants de santé par la convergence de l'action publique) ;
- l'attractivité du territoire et la mise en place des conditions favorables à l'installation des médecins ;
- l'accessibilité à la santé par le développement du numérique et l'organisation du transport des personnes ;
- la coordination de la prise en charge et du suivi des usagers.

En **Franche-comté** aussi, les Contrats locaux de santé sont mis en avant. Ils sont considérés comme de véritables outils de territorialisation de la politique de santé qui déclinent d'ailleurs les priorités du Projet régional de santé au niveau local. En Franche-Comté, 8 CLS, deux par département qui permettent une réelle coopération entre les politiques et les professionnels de santé. Ils favorisent le décroisement entre les professionnels de santé et tiennent compte des besoins identifiés sur les territoires au plus près des populations.

Améliorer le parcours de santé en matière de santé mentale : une préoccupation récurrente

En matière de santé mentale, plusieurs régions donnent les conseils locaux de santé mentale comme modèle pour l'ensemble de la structuration de l'offre de soin et de la prévention, mais appellent parallèlement à renforcement de la coordination entre les acteurs, et un meilleur traitement de l'urgence :

- la CRSA **Rhône-Alpes** s'appuie sur le modèle du secteur dans le domaine de la psychiatrie publique pour appeler à la généralisation du modèle sur l'ensemble des parcours : *« il y a lieu de développer en santé, comme c'est déjà le cas en psychiatrie publique (à partir de l'expérience du secteur), la notion de responsabilité populationnelle qui signifie que les acteurs de santé partagent la responsabilité de la réponse à apporter aux besoins de santé de la population sur le territoire. Ils sont ainsi incités à « aller vers » les populations en particulier, les plus fragiles. La démarche de coordination doit se traduire par une amélioration entre la ville et l'hôpital, du lien entre le social, le sanitaire et le médicosocial ».*
- l'ARS de Midi-Pyrénées souligne qu'un débat est revenu sur la quasi-totalité des territoires, celui des difficultés inhérentes à la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiques. Des parents ont fait part de leurs désarrois face aux contraintes administratives et juridiques concernant le transport d'un adolescent en crise vers une structure, ainsi que le temps d'attente à l'arrivée. Plusieurs solutions ont été préconisées : rendre plus lisibles le parcours de santé mentale et en particulier la prise en charge en situation de crise (transport, accès à un professionnel formé en particulier aux services des urgences), développer les dispositifs d'intégration et de coordination tels que les conseils locaux de santé mentale, répondre aux enjeux de cette problématique en élaborant un plan national spécifique.
- En **Bourgogne**, les acteurs appellent à prévenir les situations de crise et limiter le recours à l'hospitalisation des personnes concernées par les problèmes de santé mentale, et pour cela, préconisent d'améliorer la coordination entre les partenaires (médecins généralistes,

infirmiers, travailleurs sociaux, psychiatres, psychologues, etc.) par des formations croisées et des réunions pluridisciplinaires pour les cas complexes.

- En **Martinique**, il est constaté une absence de prise en charge psychiatrique des personnes âgées de manière générale et en institution en particulier, et la méconnaissance des lieux de soins, des plages d'ouverture au public insuffisantes. Dans ce contexte, il est préconisé de positionner les centres médico-psychologiques comme « pivot » de la psychiatrie de proximité et de développer la psycho-gériatrie et la pédo-psychiatrie. En outre, l'idée de créer des centres de postcure de désintoxication et des services de traitement des comorbidités est avancée.

2.1.2 Améliorer l'accessibilité financière aux soins

La feuille de route de la SNS prévoyait plusieurs mesures structurantes pour améliorer l'accessibilité aux soins qui sont en cours de mise en œuvre :

- *La généralisation du tiers payant pour tous les assurés d'ici 2017, et dès 2015 pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ;*
- *L'extension à tous les salariés de la complémentaire d'entreprise avec l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013 transposé par la loi du 17 juin 2013 sur la sécurisation de l'emploi ;*
- *L'évolution de la réglementation des contrats solidaires et responsables suite à l'avis et au rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) du 18 juillet 2013.*

Lors des débats régionaux, la généralisation du tiers payant, mesure-phare de la Stratégie nationale de santé, constitue une proposition largement partagée par les acteurs de santé, qui soulignent l'importance de l'avance de frais dans la renonciation aux soins.

En **Basse-Normandie**, le constat a ainsi été posé : « *si les dépassements tarifaires sont relativement limités [seuls 21 généralistes sur près de 1200 généralistes libéraux sont en secteur 2 ; pour les 25% de spécialistes en secteur 2, le dépassement moyen est de 20 euros pour une consultation (toutes spécialités confondues)], la question de la dispense d'avance de frais et de l'accès aux soins des plus démunis reste posée.* ». Les acteurs de la santé se positionnent en faveur d'une généralisation du tiers payant et d'une réflexion sur les tarifs des prothèses dentaires, des lunettes et des appareils auditifs. En outre, il apparaît nécessaire d'assurer une communication grand public sur les droits en matière de prise en charge (aide à la complémentaire santé, tarifs opposables).

Il en va de même de la limitation des dépassements d'honoraires, qui a fait l'objet d'un accord entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie fin 2012 et commence à produire ses effets. Lors des débats en **Midi-Pyrénées**, les acteurs de terrain ont souligné, outre la nécessité d'une généralisation du tiers payant, le besoin d'une modération des dépassements d'honoraires, notamment dans des grandes villes comme Toulouse. L'accord signé fin 2012 devra donc continuer à porter ses fruits.

Les débats régionaux en **Guyane** et en **Guadeloupe** ont permis de mettre en évidence la grande précarité de certaines populations d'outre-mer pour lesquelles la renonciation aux soins peut s'avérer importante, aggravée par les difficultés en termes de démographie médicale dans les territoires isolés. En **Guyane**, le premier pas vers un meilleur accès aux soins consisterait dans un meilleur accès aux droits : les interventions lors des débats interpellaient plus particulièrement sur le « parcours du combattant » des usagers pour l'ouverture de droits, les délais importants, pour les femmes enceintes et le rattachement des enfants, la nécessité d'améliorer l'accueil avec la présence de personnel parlant créole. Des préconisations émises en **Aquitaine** vont dans le même sens : face au constat de la très grande complexité des dispositifs et de la réglementation concernant la protection sociale et l'assurance maladie, source d'exclusion ou de difficulté pour les populations les plus fragiles, et chronophage pour les acteurs du système de santé, il a été demandé de procéder à une forte simplification, en supprimant les procédures redondantes, en simplifiant les modalités de financement ainsi qu'en développant le tiers-payant et toute procédure pouvant être dématérialisée.

Dans le **Nord Pas-de-Calais**, la CRSA formule deux préconisations en matière d'accessibilité financière aux soins et d'égalité d'accès. Il s'agit de généraliser les observatoires régionaux d'accès aux soins avec une cartographie actualisée des restes à charge (et notamment des dépassements d'honoraire) dans chaque région (étude qui serait menée avec les services de l'Assurance maladie) et d'établir un rapport annuel sur les délais d'accès au système de santé dans le système ambulatoire, le système hospitalier public (en différenciant le secteur privé), privé et médico-social (enquête annuelle sur échantillon d'offreurs de soins).

Dans le **Languedoc-Roussillon**, plusieurs axes d'action ont été suggérés pour agir sur la difficulté financière d'accès aux soins : la revalorisation des remboursements des actes indispensables tels que soins et prothèses dentaires, optiques (cette revalorisation est aussi demandée par les acteurs du Limousin), l'établissement d'un dispositif transparent et progressif de contractualisation avec les mutuelles, l'organisation de la mise à disposition automatique des informations relatives aux dépassements d'honoraires auprès des ARS, et l'élargissement de l'option conventionnelle (avenant N°8) des spécialistes en secteur 2 (contrat d'accès aux soins).

En **Picardie**, la CRSA préconise de réaliser de manière conjointe avec l'Assurance maladie et l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) médecins libéraux, en associant tout acteur qui le souhaiterait, une étude sur la question du renoncement aux soins pour des motifs financiers. Parallèlement, la communication pourrait être renforcée sur les droits et les démarches à accomplir pour accéder aux soins en ciblant certains territoires, en particulier ceux où l'on retrouve le plus généralement les populations fragiles (travailleurs pauvres, retraités, étudiants, etc.), et en adaptant le message aux caractéristiques de ces populations.

L'accessibilité des soins, des propositions de la CRSA de Picardie

Au-delà de la problématique financière, les débats en région ont parfois fait émerger des problématiques plus larges d'accessibilité. C'est le cas en **Picardie, Limousin, Lorraine, Guyane et Martinique**. En **Picardie**, la CRSA a émis un avis sur l'accessibilité des soins, comprenant, outre des aspects financiers, de démographie ou de communication, des questions d'accessibilité physique sont évoquées, il s'agit notamment :

- de limiter les déplacements des patients en mixant cabinet principal en ville et cabinet secondaire pour assurer une plus grande proximité dans certains territoires afin de limiter les déplacements des patients
- de rendre accessible les cabinets médicaux ou paramédicaux aux personnes à mobilité réduite (loi de 2005) ; de communiquer pour clarifier les démarches que doivent mener les professionnels de santé pour réaliser la mise aux normes de leurs cabinets (face au constat fait qu'il existe un flou à ce niveau pour les professionnels) et d'envisager un outil permettant aux professionnels de santé de pouvoir réaliser une autoévaluation de leur cabinet en matière d'accessibilité

- d'objectiver les données relatives à la problématique des délais de rendez-vous. Il s'agirait de réaliser une étude pilote sur la problématique des délais de rendez-vous en suivant les recommandations de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) qui travaille actuellement sur ce sujet.

2.2 Promouvoir une recherche de pointe lisible par tous, reconnue à l'international et adaptée aux besoins de la société

La feuille de route insistait sur la promotion de la recherche en matière de santé. Elle faisait le constat suivant en matière de pilotage de la recherche en santé : « la France s'est dotée dans les dernières années de nombreux outils au service de la recherche en santé, elle l'a fait de façon trop cloisonnée. » La feuille de route proposait ainsi un co-pilotage des ministères des affaires sociales et de la santé et de l'enseignement supérieur et de la recherche dans le cadre de la stratégie nationale de la recherche pour favoriser une meilleure organisation des structures de la recherche en santé, d'une part, et pour assurer la cohérence et la complémentarité des dispositifs et des financements de la recherche clinique et translationnelle, d'autre part.

Aucun débat régional n'a porté spécifiquement sur la recherche en santé. Cependant, à l'occasion du traitement de certaines thématiques reprises dans cette synthèse, quelques propositions ont émergé en matière de recherche sur le champ de la prévention et des déterminants de santé d'une part, et sur le champ du premier recours d'autre part.

Les acteurs de santé ont mis en avant, lors des débats régionaux, l'utilité d'un développement de la recherche en santé dans un cadre rénové. En région **Centre**, les acteurs proposent de renforcer la recherche en santé environnementale et de faciliter la recherche translationnelle, notamment en prévention. En **Guadeloupe**, les acteurs de la santé veulent stimuler la recherche sur les liens entre situation épidémiologique et facteurs environnementaux. En matière de prévention, l'ARS d'**Alsace** propose que les centres hospitaliers universitaires puissent inclure le domaine de la prévention dans leur mission de recherche et de formation et mettre au service de cette dernière les compétences et outils capitalisés sur d'autres domaines. En **Auvergne**, les débats ont conclu à la nécessaire évaluation scientifique de l'éducation à la santé pour améliorer l'impact des actions mises en œuvre. En effet, peu de programmes d'éducation à la santé sont assortis d'une évaluation permettant de confirmer la pertinence des messages. Les acteurs en Auvergne appellent en conséquence à la promotion et au soutien de programmes de recherche : recherche fondamentale pour mesurer et comprendre les déterminants et les possibilités de modifications de comportements individuels et collectifs, faisant intervenir sciences humaines et épidémiologie ; recherche interventionnelle pour mettre au point, avant généralisation, les interventions en prévention innovantes dont on a démontré l'efficacité. En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, afin de promouvoir la prévention et l'éducation à la santé, développer et diffuser des techniques et de nouveaux modes de prise en charge, et faire en sorte que l'innovation irrigue l'ensemble du champ de la santé. Des débats ont conclu sur une proposition de développer la recherche clinique dans les centres hospitaliers non universitaires et en médecine de ville. Dans **l'Océan Indien**, les acteurs souhaitent promouvoir une recherche en santé adaptée aux besoins des populations à travers le développement de la recherche sur les soins de premier recours. Cela impliquera de s'appuyer sur le secteur libéral, d'élargir le champ de la recherche en santé sur les modalités et les freins à l'entrée dans les parcours de santé, et d'y associer les problématiques portées par des chercheurs en sciences sociales.

2.3 Ces orientations nécessitent l'adaptation des formations et la création de nouveaux métiers

2.3.1 Revoir la formation initiale et continue des professionnels de santé pour faciliter le travail en commun

La feuille de route préconisait : « Les formations des professionnels de santé (champs sanitaire et social) doivent être décloisonnées notamment pour favoriser la culture de travail en équipe multi-professionnelle. Elles doivent être plus cohérentes avec la réalité de leur futur exercice. L'attractivité de certaines formations notamment non médicales doit être renforcée en développant des perspectives de réorientation ».

Un très grand nombre de régions constate qu'au-delà des aspects juridiques et financiers visant à structurer et faciliter le parcours de soins et les pratiques pluriprofessionnelles, c'est dans le cadre de la formation initiale et continue que se constituent les habitudes de travail en commun. Ainsi, la CRSA des **Pays de la Loire** souligne que le travail pluriprofessionnel doit être reconnu et enseigné. Il convient donc de « *créer les conditions techniques et « sociologiques » qui permettent le partage d'information et promeuvent les habitudes de travailler ensemble autour de la même personne et de son parcours de santé* », il est ainsi préconisé de renforcer la connaissance des compétences respectives de chaque professionnel. Au terme des débats en **Haute-Normandie**, il apparaît que l'objectif du renforcement de la formation est double : il s'agit de renforcer la citoyenneté en santé (cf. Axe III), d'une part, et de renforcer la formation des professionnels de santé, d'autre part. Les quatre objectifs du renforcement de la formation sont : renforcer les nouvelles modalités des pratiques professionnelles et le « travailler ensemble » ; faciliter le repérage puis l'orientation vers la bonne ressource ; refonder la médecine générale ; renforcer la formation aux risques notamment des managers.

En **Alsace**, les débats ont conclu au nécessaire décloisonnement des relations entre les professionnels de santé grâce à des formations et des séminaires pluriprofessionnels. En **Franche-Comté**, plusieurs pistes sont évoquées : le développement de passerelles, la sensibilisation précoce des futurs professionnels à l'exercice en équipe, voire même la possibilité d'expérimenter une première année commune aux études de santé. Les débats en **Rhône-Alpes** aboutissent à une préconisation triple. En effet, la bonne mise en œuvre des parcours suppose une nouvelle culture professionnelle, ainsi qu'une autre culture de pratiques professionnelles, et donc d'inscrire dans les cursus de formation initiale et continue :

- sur le fond, une sensibilisation à la notion de parcours de santé et à ce que cela signifie en termes d'impact dans leur pratique ;
- sur la forme, des temps de formation commun aux différentes catégories professionnelles afin qu'ils apprennent à connaître le métier de l'autre ;
- plus de moments d'échanges ainsi que des temps d'analyse de la pratique professionnelle.

En **Picardie**, dans le contexte d'une réflexion plus large sur l'attractivité du territoire et la démographie des professionnels de santé sur celui-ci, la CRSA préconise de permettre le développement de stages pluriprofessionnels croisés (étudiant infirmier/médecin ; externe /infirmier, etc.). Ces stages devraient permettre de mieux appréhender les pratiques et cultures des différentes professions et favoriser à termes les coopérations professionnelles.

Ce besoin de formations croisées ou communes, est d'autant plus souligné dans le cas de situations ou pathologies particulières. Dans le domaine de la santé mentale, en **Bourgogne** et en **Lorraine**, c'est non seulement la nécessité de bénéficier d'un appui d'un spécialiste qui est soulevée, mais aussi, le défaut d'information claire et lisible sur l'environnement et l'organisation des dispositifs de prise en charge dans le domaine sanitaire et social dans lequel les professionnels de santé interviennent. Dans ce contexte, il est proposé de faire évoluer à la fois la formation initiale et la formation continue, notamment des médecins généralistes, mais aussi des pharmaciens, infirmières, diététiciennes et psychologues.

Enfin, des propositions émanent des régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et **Océan indien** pour que le décroisement n'intervienne pas seulement entre professionnels de santé, mais aussi entre professionnels de santé et professionnels du social concernant des publics spécifiques : personnes handicapées, personnes souffrant de problèmes psychiatriques, personnes en situation de précarité, etc.

En **Aquitaine**, outre le fait d'inscrire l'exercice pluri-professionnel dans les cursus de formation, c'est aussi l'utilisation des systèmes d'information qui semble devoir être intégrée dans les dispositifs de formation des professionnels. Il en est de même en **Martinique** où il est demandé, par ailleurs, d'établir un plan à long terme (3 fois 5 ans) avec la Faculté de Médecine, afin de former de nouveaux professionnels de santé dans des conditions satisfaisantes.

Les propositions pour faire évoluer la formation des professionnels de santé visent aussi à la prise en compte des besoins des malades (notamment chroniques) et des aidants. L'**ARS Ile-de-France** préconise ainsi la mise en place d'un « Bureau des Patients » en collaboration avec les Universités, ainsi que d'instituer des formations croisées « professionnels de santé-professionnels du social-usagers » sur les droits des malades pour aider les professionnels de la santé à "rentre" dans la relation de soin et améliorer la connaissance des professionnels de santé sur les droits des usagers. Les propositions émanant de la région **Océan Indien** vont dans ce sens puisqu'il est proposé d'intégrer les associations de patients porteurs de maladies chroniques au sein des formations des professionnels de santé.

Dans deux régions, la question de la réforme de l'examen classant national est spécifiquement évoquée : le **Nord Pas-de-Calais**, et la **Picardie**. En Picardie, la CRSA a émis un avis face au constat de la difficulté à conserver des internes de spécialité formés en Picardie. Il est demandé, d'une part, de revenir à un examen classant interrégional par grande Inter-région comme cela avait lieu auparavant, d'autre part, d'autoriser, alors que des postes d'internes restent vacants après le choix des internes de la région, un deuxième tour de choix de ces postes restés vacants aux internes de la région voisine. Cela nécessiterait des négociations interrégionales entre ARS, Doyens de Faculté de Médecine et directeurs d'hôpitaux.

Enfin, pour redonner de l'attractivité à la médecine générale, notamment aux installations collectives dans les zones sous-dotées, des idées ont été exprimées dans le **Limousin** en faveur de travaux conjoints CHU / Faculté de médecine / ARS pour la création de nouveaux postes de chefs de clinique de médecine générale, et l'accompagnement des projets d'universitarisation de structures MSP ou pôles de santé, favorisant ainsi les liens entre soins ambulatoires et université pour rendre l'exercice plus attractif (Projet Réseau Millesoins).

2.3.2 Promouvoir le développement de nouveaux métiers et compétences, permettre la délégation de tâches

Des régions ont appelé, dans le cadre du travail en équipes pluriprofessionnelles, ou bien pour lutter contre les déserts médicaux, à faciliter la délégation de tâches et l'évolution des métiers.

Concernant l'évolution des métiers, en **Aquitaine**, pour favoriser l'exercice en équipes, il est indiqué qu'il serait nécessaire de faire évoluer l'exercice infirmier, et les modes de rémunération, avec d'une part, une évolution des décrets de compétences, d'autre part, la création d'un métier d'infirmier clinicien, avec des spécialités.

En matière de délégations de tâches, les positions sont nombreuses, il s'agirait, selon les cas, de :

- Développer les expérimentations de délégation de tâches au sein des maisons de santé pluridisciplinaires et définir un cadre réglementaire et un financement pérenne pour ces nouveaux modes d'exercice et de rémunération. Le protocole ASALEE est dans ce contexte, cité en exemple. C'est une proposition en **Pays de la Loire** où il a été exprimé que les déséquilibres constatés dans la démographie médicale nécessitent de recentrer les justes compétences sur les besoins de santé : réserver les expertises médicales pour les prises en charges les plus complexes et « protocoliser » certaines modalités de suivi dans le cadre de maladies chroniques.
- Cadrer et faciliter les possibilités de délégations de tâches et/ou les transferts de compétences. C'est une demande en **Basse-Normandie**, de même en **Picardie** où il a été souligné que pour améliorer la coordination des soins, il conviendrait de disposer d'un groupe de travail permettant de réfléchir à l'expérimentation, sur des territoires ciblés, à des délégations de certaines tâches. Ce travail devant se faire, obligatoirement, avec les représentants des professionnels de santé concernés et des professionnels de santé du territoire choisi.
- Alléger les conditions de mise en œuvre des dispositifs expérimentaux (nouvelles modalités de coopération et transfert de compétence entre professionnels, nouvelles rémunérations, etc.). C'est une demande émise en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.

En **Pays de la Loire**, cette optique de transfert de compétences est notamment envisagée concernant les pharmaciens, dans un contexte où la loi a reconnu le rôle du pharmacien dans l'éducation thérapeutique du patient, la prévention, le dépistage, et les missions d'information à l'officine ; sachant que l'officine est d'accès libre, facile, et une porte d'entrée naturelle, proche et identifiée dans le parcours de soins. Il s'agit notamment :

- De faciliter l'accès à des gestes simples de prévention (vaccination) ou à des soins en proximité ne présentant pas de risques pour la population : délivrance de médicaments (après validation d'un protocole) dans le cas de certaines pathologies aiguës telles que les infections urinaires ; renouvellement de la vaccination antigrippale au sein de l'officine (après une formation adéquate et sur le fondement du carnet vaccinal partagé avec les autres professionnels de santé).
- D'utiliser les compétences du pharmacien afin de favoriser le bon usage du médicament, en faisant réaliser, par exemple, des bilans de poly-médication qui consistent en un entretien avec un patient au cours duquel le pharmacien fait le point sur les médicaments qui lui sont prescrits, et à l'issue duquel, il envoie un avis au médecin traitant, la stratégie thérapeutique restant du domaine exclusif du médecin.
- De faire évoluer le mode de rémunération en conséquence de l'évolution de leur rôle ; elle pourrait notamment dépendre de l'ordonnance et être graduée selon les niveaux de complexité de cette dernière.

Outre la question éventuelle de la formation des professionnels en matière de prévention, certaines régions préconisent l'évolution de certains métiers pour accentuer leur rôle en la matière. Ainsi, il est proposé en région **Centre** de rendre possible la délégation des actes de prévention à d'autres professionnels et de modifier les textes législatifs et réglementaires pour autoriser l'accomplissement de ces actes de prévention par des auxiliaires médicaux : par exemple, élargir le décret de compétences des infirmiers et envisager la possibilité d'une consultation infirmière de premier recours.

2.4 Des systèmes d'information accessibles et partagés

Les attentes au sein des régions, sont nombreuses en matière d'outils et leviers d'action pour l'ensemble des professionnels qui souhaitent structurer le parcours de soin. Ainsi, les débats en **Aquitaine** ont fait ressortir la très forte attente de l'ensemble des usagers et des professionnels de la santé en matière de systèmes d'information et d'usage numérique qui peuvent être un outil majeur du développement du parcours de soin. La CRSA transmet la perception d'une absence de clarté et d'efficacité des politiques et actions mises en œuvre, alors que des avancées semblent possibles rapidement, (cf. le dossier pharmaceutique, le projet PAACO¹, l'expérimentation de téléconsultation en EHPAD) et que les jeunes professionnels et usagers naturellement « connectés », ont des difficultés à comprendre les multiples freins. Il est appelé à déployer rapidement 3 dispositifs indispensables : le DMP, la messagerie sécurisée et tout dispositif de coordination autour du patient de type « PAACO » en Aquitaine, en privilégiant des utilisations simples et en mobilité (des tablettes par exemple), et enfin le dossier pharmaceutique.

2.4.1 Relancer le Dossier médical personnel

Dans la feuille de route, il était clairement inscrit : « Il convient de changer radicalement de stratégie en tirant les leçons des échecs successifs des différents modèles de développement du dossier médical personnel (DMP). Ceci conditionne en large part la possibilité d'atteindre les objectifs définis dans la présente feuille de route, car, à l'image de l'ensemble des systèmes d'information, il ne s'agit pas d'un simple outil de la politique de santé mais désormais de l'un de ses enjeux décisifs ».

¹ <http://www.tsa-esante.fr/projets/paaco-la-plateforme-aquitaine-daide-la-communication-sante>

Nombreuses sont les régions qui interpellent sur la nécessité de relancer le dossier médical partagé pour doter les professionnels de santé des outils et leviers nécessaires au déploiement d'actions de prévention et de structuration de parcours de soins. Les acteurs insistent d'une part sur l'impératif d'interopérabilité des systèmes d'information entre eux, d'autre part, sur la nécessaire relance du DMP. En **Midi-Pyrénées**, il est ainsi appelé à « sortir de l'ambiguïté ». En effet, le constat est sans appel : « multiplication des dossiers sectorisés (propres aux établissements, aux professionnels et/ou à certains types de pathologies : cancer notamment) générant des problèmes majeurs de coordination, entre la ville et l'hôpital et entre établissements ». Le double objectif est rappelé par la CRSA: disposer d'un outil de communication protégé de toute intrusion hors professionnel de santé autorisé afin de préserver les libertés individuelles ; exhaustif et accessible aux professionnels de santé afin d'assurer la sécurité des prises en charge. En **Rhône-Alpes**, comme en Poitou-Charentes, le modèle de développement des systèmes d'information en silos, cloisonnés selon les acteurs, est considéré comme très pénalisant pour la construction du parcours de soins. Les débats en Poitou-Charentes ont conclu que ce n'est que par la mise en œuvre de systèmes d'informations communs ou pour le moins inter-compatibles, que l'ensemble des professionnels de santé trouveront un intérêt majeur à utiliser ces outils et qu'au-delà, la mise en place d'un dossier médical personnel (DMP) à alimentation obligatoire doit permettre d'apporter une plus-value à l'utilisation de ces SI dédiés. Il est en conséquence préconisé de construire des outils de SI communs et obligatoirement inter-compatibles (avec une norme qui serait créée) pour obtenir une aide ou un financement public (cette proposition est commune aux deux régions); et de rendre l'alimentation du DMP obligatoire par les professionnels de santé lorsque le patient accepte sa création.

Les débats en **Martinique** font ressortir l'impératif du développement du DMP parmi les outils utiles aux professionnels de santé pour se coordonner. En **Picardie**, où le déploiement du DMP est avancé, des propositions ressortent pour optimiser son développement, notamment par une réflexion sur l'ergonomie qui pourrait être menée sous la responsabilité du groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé.

En **Aquitaine**, plusieurs propositions portent sur le contenu et l'utilisation du DMP notamment : automatiser l'alimentation du DMP, rendre son utilisation obligatoire par les professionnels de santé dès lors que le patient ne s'y oppose pas, inclure un volet prévention, dont la vaccination. Au-delà du DMP, il est souligné, en Aquitaine, la nécessité d'avoir une politique publique forte en matière de systèmes d'information en santé, de manière à aider les structures dans les choix technologiques et logiciels les plus efficaces, et garantissant l'interopérabilité. Il est aussi demandé de poursuivre le déploiement du dossier pharmaceutique, de permettre sa consultation par les médecins, services d'urgence et établissements de santé et de prévoir son utilisation pour des objectifs de santé publique (veille et sécurité sanitaire notamment).

2.4.2 Créer un service public d'information en santé

La feuille de route fixait l'objectif de création d'un service public d'information de santé : « Dans un contexte où le patient est de plus en plus acteur de sa propre prise en charge et où l'accès à l'information publique de santé est à la fois limité et inégalitaire, il est de la responsabilité de la puissance publique d'organiser un véritable service public d'information global sur la santé. ».

Si dans les débats en région, le besoin d'une meilleure information ou de création d'un service public d'information en santé est souligné (en **Guadeloupe**, la Conférence de la santé et de l'autonomie parle de la nécessité d'un « **GPS sanitaire** »), seuls les acteurs de **Champagne-Ardenne** se sont penchés spécifiquement sur ce sujet. Les constats partagés par les acteurs (usagers, professionnels de santé libéraux, entreprises, élus, personnels des administrations publiques, etc.) sont les suivants :

- L'offre internet dans le domaine de la santé est plein essor depuis deux années,
- La qualité des différents sites du marché est très hétérogène, et préoccupe l'utilisateur,
- Les sites publics sont reconnus comme fiables et sûrs, mais peinent à être connus,
- Il est désormais nécessaire d'intégrer internet dans la relation médecin-patient,
- Certains sites spécialisés sont très utilisés par les usagers concernés : AFM-Théléton, Orphanet pour les maladies rares, Sophia pour le diabète.

Le forum « Devenir acteur de sa santé : avec internet ? » s'est intéressé à ce que internet apporte dans le domaine de la santé, mais également à ce que le Service Public d'Information en Santé (SPIS) pourrait amener aux acteurs, qu'ils soient professionnels de santé, usagers, ou offreurs de service. De nombreuses propositions ont émergé :

- Tenir compte des sites existants, l'objectif n'étant pas de doubler les sites publics, associatifs et de l'assurance maladie et ne pas fixer comme ambition de créer un site exhaustif, mais recenser les sites, les faire se connecter entre eux et les compléter si nécessaire par des informations qui ne sont pas accessibles par ailleurs.
- Rendre le SPIS attractif en associant les usagers à son élaboration pour qu'il réponde à leurs besoins. Il conviendrait de se soucier spécifiquement des patients atteints de maladies chroniques pour qu'ils trouvent les informations individualisées qui les aident à devenir acteurs de leur santé, de veiller à l'accessibilité pour les personnes handicapées notamment, et éventuellement d'intégrer au SPIS un espace forum-blog, modéré par un professionnel de santé.
- Créer sur le SPIS un espace réservé aux professionnels de santé, qui seraient en conséquence associés à son élaboration, pour répondre à leurs besoins spécifiques et contribuer, via cet outil, à leur formation continue qui est un besoin immédiat.

Au-delà des propositions relatives au SPIS en lui-même, il ressort aussi des débats la nécessité d'offrir des garanties aux utilisateurs d'internet en recherche d'information en santé. Ces garanties pourraient être en partie offertes par un dispositif public de certification des sites sur la santé, sur le fondement d'un cahier des charges établi en collaboration avec des usagers, des professionnels et des gestionnaires de sites.

2.4.3 Développer la télémédecine

La feuille de route promeut la télémédecine : « Le développement de la télémédecine permet la mise en réseau des professionnels de santé autour de la prise en charge d'un patient. Elle substitue le transport d'images de haute qualité au déplacement du patient ou du professionnel, en rapprochant le premier du second, ou bien en rassemblant des professionnels de santé distants. »

Dans le cadre de leurs propositions visant à favoriser l'accès aux soins, notamment de spécialistes, une grande partie des régions considère la télémédecine comme une opportunité, et un outil complémentaire aux autres propositions d'ores et déjà évoquées. Quatre ARS développent plus spécifiquement des attentes précises :

- En **Aquitaine**, si les atouts de la télémédecine sont soulignés, il n'en demeure pas moins une inquiétude quant à son coût: il est demandé de permettre le déploiement de la télémédecine, en veillant à un modèle économique équilibré et non inflationniste pour les

dépenses de santé, mais permettant de répondre aux besoins prioritaires : territoires mal couverts, gains significatifs en termes de sécurité et d'accès aux soins, suppression de transports ou d'hospitalisation évitables, etc. En **Lorraine** aussi, la question du modèle économique de la télésanté a été soulevée.

- En **Pays de la Loire**, les atouts de la télémédecine sont soulignés dans le cadre d'une coopération entre médecins de premier recours et spécialiste : il s'agit de favoriser l'accès aux soins spécialisés pour les professionnels du premier recours dans la mesure où la pérennité et la sécurité de l'organisation des soins de premier recours dépendent des conditions d'accès aux soins spécialisés. La télémédecine est alors un des outils en parallèle de la mise en place des consultations avancées de spécialistes dans les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), d'un répertoire des ressources pour les professionnels et d'un accès différencié aux spécialistes hospitaliers pour les professionnels du premier recours.
- En **Basse-Normandie**, il est notamment souligné que la télémédecine pourrait être un atout pour éviter les hospitalisations des personnes âgées. Il s'agirait en conséquence de développer l'informatisation du dossier patient dans les EHPAD pour permettre d'y déployer de la télémédecine. Une réserve est émise sur la télémédecine dans le champ de la santé mentale car les patients peuvent éprouver des difficultés à appréhender cette nouvelle relation « technologique » avec le médecin.
- En **Martinique**, c'est dans une logique de développement de « l'hôpital hors les murs » qu'est envisagée la télémédecine, conjointement avec la création d'équipes mobiles de territoire déployées par les Professionnels de santé libéraux. Il s'agit alors de mettre en place des modes d'exercice innovants : télédiagnostic, télé radiologie, etc.

AVIS DE LA CRSA RHONE ALPES

AXE 2 - la révolution du premier recours, l'approche parcours

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Rhône Alpes a pris connaissance avec beaucoup d'intérêt de la « Feuille de route de la Stratégie nationale de santé ». Réunie en Commission permanente le 12 février 2014, elle a adopté l'avis suivant, enrichi des propositions des débats publics organisés en région.

1 - Faire en sorte que se mette en place une véritable coordination des acteurs sur les territoires de proximité

Les acteurs du premier recours sont multiples : médecins généralistes et pédiatres, infirmiers, pharmaciens, acteurs du domicile, travailleurs sociaux ... Ils ont tous leur rôle à jouer dans le parcours de santé des personnes. Un véritable changement culturel est nécessaire pour sortir de la conception solitaire et concurrentielle de l'exercice de l'offre en santé pour aller vers une approche concertée, coordonnée des interventions dans l'objectif partagé de l'amélioration du service à la population.

Il y a lieu de développer en santé, comme c'est déjà le cas en psychiatrie publique (à partir de l'expérience du secteur), la notion de responsabilité populationnelle qui signifie que les acteurs de santé partagent la responsabilité de la réponse à apporter aux besoins de santé de la population sur le territoire. Ils sont ainsi incités à « aller vers » les populations en particulier, les plus fragiles.

La démarche de coordination doit se traduire par une amélioration du lien entre la ville et l'hôpital, du lien entre le social, le sanitaire et le médicosocial. Un premier signal tangible pour les usagers serait la création de guichets uniques d'information et d'orientation au niveau des territoires de proximité, car c'est à ce niveau que l'organisation en coordination doit se mettre en place.

2 – Modifier de manière significative les modalités de financement

Si l'on veut réellement voir se développer le mode coopératif et les coordinations entre acteurs, les modalités de financement doivent être profondément modifiées. La rémunération à l'acte, la tarification à l'activité jouent très fortement dans le sens d'une concurrence entre les acteurs, établissements ou professionnels. Il ne s'agit pas simplement d'ajouter un surplus « coopération » ou « coordination » mais de « repenser en profondeur » les modalités de financement.

3 – Développer des outils de partage d'information

Les outils de partage d'information sont indispensables au développement des coopérations. La CRSA se félicite de voir que le développement du DMP est inscrit dans la stratégie nationale de santé. La CRSA Rhône Alpes rappelle ici les termes du vœu qu'elle a adopté lors de sa séance plénière du 13 juin 2013 :

« La CRSA Rhône Alpes formule le vœu que ce DMP deuxième génération :

- Soit développé pour permettre le décloisonnement et la coopération des acteurs du sanitaire et du médicosocial au service de la fluidité des prises en charge et accompagnements et de la réduction des ruptures dans les parcours de santé.
- Garantisse aux usagers le respect de la confidentialité des données qui seront partagées. Cela passe en particulier par la mise en place de vraies habilitations gérées par les usagers eux-mêmes (ou avec l'aide de leurs médecins traitants). L'harmonisation entre les différentes modalités de consentement de l'utilisateur pour les différents dossiers informatisés existants devrait être recherchée. Un répertoire national des personnes refusant que leur soit ouvert un dossier partagé pourrait être constitué.
- Permette aux usagers d'accéder électroniquement à leurs dossiers médicaux
- Soit accompagné de l'organisation d'un dispositif de contrôle de la pertinence des accès aux dossiers (au lieu de faire reposer la charge de ce contrôle sur les seuls usagers), tout en donnant aux usagers la traçabilité de ces accès.
- Se développe en s'appuyant sur ce qui a déjà fait la preuve de son adaptation aux attentes des professionnels et aux besoins des usagers en l'occurrence la plate forme SISRA de Rhône Alpes. »

4 - Reconnaître les aidants de proximité comme des acteurs de santé, membres de l'équipe, dans le respect des choix de l'aidé

La CRSA Rhône-Alpes a, dès son premier avis sur le PSRS, souligné l'importance de la reconnaissance des « aidants de proximité » comme des acteurs de santé. Lorsque les orientations de la politique nationale de santé vont dans le sens du développement de la santé à domicile, dans la perspective d'améliorer la qualité de vie, de limiter les hospitalisations ou les entrées en établissements de long séjour, il y a lieu de tenir compte de ces « veilleurs au quotidien » selon l'expression de l'UNAFAM que sont les proches, familiaux ou de voisinage.

Cela nécessite que les notions de partage d'information soient revues au-delà de ce qui a été fait dans le cadre des expérimentations PAERPA. L'inclusion de l'aidant à domicile dans l'équipe de prise en charge ou d'accompagnement, dans le respect des choix de l'aidé ainsi que des possibilités et de la volonté de l'aidant doit être le principe retenu par tous.

La CRSA comme la Conférence nationale de santé –CNS- l'a exprimé dans son avis de juin 2013, est très attachée à la complémentarité des solidarités, solidarité nationale et solidarités de proximité.

5 – Développer les services publics territoriaux de santé

La CRSA Rhône-Alpes insiste sur le fait que le développement des services publics territoriaux de santé ne signifie en rien l'étatisation de l'offre en santé, et qu'il doit se faire dans le respect et en partenariat avec les acteurs en présence et notamment les acteurs libéraux.

L'objectif poursuivi doit être celui de l'amélioration du service en termes d'égalité d'accès, d'accessibilité et de continuité, caractéristiques du service public qu'il y a lieu de promouvoir.

Dans sa démarche « parcours » au niveau des territoires, l'ARS Rhône Alpes met déjà en œuvre une approche développée à partir du diagnostic partagé, du projet local. Les services publics territoriaux de santé viendront généraliser cette démarche en insistant sur l'engagement contractuel des acteurs.

La CRSA insiste plus particulièrement sur :

- Le nécessaire accès aux données de santé du territoire dans le respect des règles éthiques, déontologiques et juridiques pour permettre aux acteurs de partager les diagnostics, et d'élaborer des tableaux de bord. L'ouverture de l'accès aux données de santé est un pilier nécessaire de la SNS ;
- La mise en place de Conseils Locaux de Santé permettra de fixer entre les professionnels et avec les usagers, les modalités de coopération ; ils permettront par ailleurs de mettre du lien, de faire en sorte que les acteurs se connaissent. Les conseils locaux de santé viendront prolonger les conseils locaux de santé mentale quand ils existent.

3 AXE 3. MISER SUR LA DECONCENTRATION ET RENFORCER LA DEMOCRATIE SANITAIRE

3.1 Impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé

« La loi du 4 mars 2002 qui a consacré la notion de droit des malades a permis des avancées importantes en instaurant une meilleure représentation des usagers, [...]. Les droits collectifs des usagers sont notamment à renforcer. [...]. La représentation des usagers du système de santé doit encore progresser. Au niveau local, cette représentation doit être davantage organisée sur une base transversale, rapprochant prévention, soins et médico-social, et territoriale. Au niveau régional, le rôle des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) doit être conforté. [...] Des modes complémentaires d'expression de la parole de tous les usagers et de leurs proches seront recherchés, au-delà du seul cadre des associations ou des instances de démocratie sanitaire (enquêtes, débats publics, forums citoyens...).»

De nombreuses régions se sont saisies des enjeux de la démocratie sanitaire et la plupart ont une approche globale, à la manière des participants aux débats à la **Réunion** qui appellent à la création d'un statut de l'usager, couvrant ses droits et ses devoirs, notamment en termes de formation, et de restitution. En **Aquitaine**, il est constaté que si des progrès indéniables ont eu lieu au cours des dernières années en matière de promotion des droits individuels et collectifs des usagers, un écart important demeure entre les droits théoriques et les droits réels : accès difficile à l'information, méconnaissance des dispositifs existants par les usagers, méconnaissance des droits des patients par les professionnels, difficulté de fonctionnement des associations représentant les usagers. Les acteurs de la région Aquitaine appellent à la création d'un véritable statut des usagers (notamment en matière de déclaration publique d'intérêt), rejoignant ainsi les acteurs de la Réunion, qui demandent à garantir l'indépendance et l'expression des usagers au sein des instances de démocratie sanitaire (Chartes pour les associations, les institutions et les collectivités ; encadrement de l'utilisation des fonds privés et régulation des relations avec l'ensemble des financeurs).

3.1.1 La formation des citoyens et usagers

Les participants aux débats dans les régions rappellent l'importance de la formation des représentants des usagers pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle dans l'ensemble des instances existantes ou à créer (cf. 3.3.3).

En **Ile-de-France**, outre l'intervention des usagers dans les formations des professionnels de santé (cf. 2.3.1), il est proposé de promouvoir la formation des usagers :

- dans les lieux de soins : faire des lieux de soins des lieux d'apprentissage pour les usagers du système de santé et les aidants mais aussi pour les citoyens au travers la mise en place d'un « Bureau des patients » dont l'objectif sera de « faire de l'hôpital un lieu apprenant » en développant des programmes d'information et de formation en collaboration avec les professionnels de santé ;
- pour devenir des patients ressources/experts : former des patients intervenants (ressources/experts) qui seront des appuis aux professionnels de santé dans leur relation avec les patients et mettre en avant les patients formateurs.

A la **Réunion**, il est préconisé de conforter la légitimité des représentants d'usagers par la formation continue aux droits des usagers et l'élaboration d'un socle de connaissances des logiques, enjeux et attentes des autres acteurs du système de santé. Les acteurs en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et **Rhône-Alpes** appellent à reproduire et généraliser le modèle de l'université des usagers ou université de la démocratie en santé permettant aux usagers de se former sur leurs droits.

En miroir de la formation des usagers, plusieurs régions soulignent l'impératif d'associer les usagers aux formations des professionnels de santé, sur l'ensemble des champs : représentation collective des usagers, patients experts, etc. (cf. 2.3.1.).

3.1.2 Le financement de la démocratie sanitaire

Dans plusieurs régions un meilleur financement de la démocratie sanitaire a été suggéré, notamment en **Ile-de-France** :

- en soutenant la formation de patients experts, de patients chercheurs, de patients ressources, nécessaire à la construction des parcours ;
- par la promotion des moyens d'indemniser les représentants des usagers, d'accorder des congés représentation aux représentants des usagers salariés dans les établissements de santé et dans les instances de démocratie sanitaire (sur le modèle du congé citoyen en cours de réflexion au Conseil économique social et environnemental -CESE) ou

promouvoir la reconnaissance d'un statut administratif d'expert sur le modèle des usagers de la Haute autorité de santé -HAS.

En **Aquitaine**, pour indemniser les usagers, il a été proposé de créer un fonds pour permettre aux associations agréées l'indemnisation des frais des représentants des usagers.

3.1.3 La structuration de la représentation et le rôle des usagers au niveau des territoires

La structuration de la représentation des usagers recouvre plusieurs types de propositions.

- Le renforcement d'instances existantes. Il conviendrait éventuellement de clarifier leur rôle : entre CRSA, comité départemental des retraités et personnes âgées –CODERPA-, Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées –CDAPH-, Commissions gérontologiques, en **Pays de la Loire**, notamment, il a été considéré qu'une telle clarification permettrait de supprimer les doublons.
- Le renforcement de la représentation des usagers dans le secteur médico-social. En **Auvergne**, il est constaté que certaines dispositions de la loi du 4 mars 2002 pourraient être étendues aux secteurs social et médico-social ; en particulier, les conseils de la vie sociale ne comprennent pas de représentants des usagers et leur fonctionnement est éloigné des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), concernant le traitement des plaintes ; il est donc proposé d'unifier dans un seul texte les droits des personnes au sein du système de santé, quelles que soient les modalités juridiques et financières de prise en charge (libérale, ambulatoire, hospitalière, médico-sociale, à domicile).
- Le renforcement de la représentation des usagers au sein des instances et des institutions. En **Languedoc-Roussillon**, il est proposé de confier la présidence des CRUQPC à un représentant des usagers. En **Aquitaine**, la proposition est plus générale, il s'agit de veiller à ce que la composition des instances de démocratie sanitaire permette une proportion suffisante d'usagers afin qu'elles soient plus représentatives.
- Renforcer le pouvoir des instances et la co-construction des politiques. A la **Réunion**, les acteurs préconisent la mise en place dans les instances de gouvernance des collèges de représentants d'usagers avec avis obligatoire ; dans la région **Centre**, il est suggéré d'intégrer systématiquement des représentants d'usagers dans la définition et l'organisation des politiques et programmes de prévention, et de développer les espaces de concertations avec les citoyens et les représentants d'usagers sur les politiques de prévention. En **Île-de-France**, l'objectif de co-construction et de démocratie participative est aussi fortement avancé.
- Le renforcement du pouvoir d'alerte des usagers. Il s'agit de donner la possibilité aux patients de déclarer directement des événements indésirables graves (selon le modèle du site de pharmacovigilance d'Île-de-France).

Au niveau des territoires, de nombreuses propositions ressortent, il s'agit :

- d'évaluer et valoriser les démarches expérimentales existantes au niveau de certains territoires (proposition en **Île-de-France**), comme la mise en place de réseaux de conseils de la vie sociale (lieux d'échanges de bonnes pratiques, liens entre une culture de bientraitance et une culture collective de dialogue, laboratoires de promotion des conseils de la vie sociale dans les structures d'aides à domicile), ou les « commissions des usagers » communes aux secteurs sanitaire et médicosocial ;
- d'assurer une représentation des usagers en lien avec les parcours de santé : en **Aquitaine**, il est proposé de mettre en place sur chaque territoire de santé une instance dotée d'un rôle d'alerte, de veille et d'accompagnement à la qualité. A la **Réunion**, il est

suggéré de mettre en place un dispositif législatif pour assurer la représentation des usagers dans le secteur ambulatoire.

En matière d'instance de représentation territoriale, le vocabulaire choisi au sein des régions est parfois hétérogène, mais les idées sont convergentes : il s'agit de permettre de réunir les représentants des usagers à l'échelle d'un territoire (**Pays de la Loire**), de favoriser la mise en place de commissions d'usagers territoriales pour sortir de la logique de représentation d'usagers sectorielle (**Ile-de-France**), de mettre en place des conseils territoriaux de relation avec les usagers (**Rhône-Alpes**). En **Basse-Normandie**, c'est le renforcement des liens entre la CRSA et les conférences de territoire qui est prôné pour créer une meilleure synergie et renforcer la démocratie sanitaire.

Le modèle du conseil local de santé est repris de manière diverse :

- dans l'**Océan indien** et en **Rhône-Alpes**, il est suggéré de renforcer le rôle des instances de démocratie sanitaires dans les contrats locaux de santé (CLS) ;
- en **Rhône-Alpes** et en **Ile-de-France**, c'est le principe de la création d'un conseil local de santé, ou conseil local pour la santé et l'autonomie (CLSA), sur le modèle des conseils locaux de santé mentale, qui est défendu.

Selon les acteurs en **Ile-de-France**, ce CLSA aurait comme objectif la construction d'un parcours de santé global de la prévention à la réhabilitation. Ce conseil local de santé pourrait être un véritable espace de défense des droits commun aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux et à la médecine ambulatoire. Il pourrait se situer à l'échelle infra communale, communale, ou intercommunale, aligné sur les contrats locaux de santé.

3.1.4 Le patient acteur de sa propre prise en charge

Au confluent entre une plus grande reconnaissance du rôle des usagers dans la gouvernance des politiques de santé et une intégration des usagers dans la formation des professionnels de santé, et le développement de la promotion de la santé, l'éducation thérapeutique du patient a été relevée à de nombreuses reprises dans les régions comme un levier d'action majeur en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire. En **Languedoc-Roussillon**, il a été constaté qu'elle se présente sous forme d'actions relativement nombreuses mais plutôt réservées au secteur hospitalier. L'objectif serait donc de promouvoir une éducation thérapeutique mieux répartie sur le territoire et d'encourager son développement dans le secteur ambulatoire. A cette fin, une des propositions serait d'intégrer celle-ci dans le panier de services et de créer une tarification adaptée, notamment dans le cadre des nouveaux modes de rémunération. De même, la conférence de la santé et de l'autonomie en **Guadeloupe** préconise d'inscrire la rémunération de l'éducation thérapeutique dans la réglementation et de valoriser l'acte d'éducation par le professionnel de santé.

Plusieurs régions ayant choisi de débattre sur d'éventuelles priorités de la politique de santé (les personnes âgées, la santé mentale) ont, au-delà du rôle des usagers au sens large, souhaité abordé la question spécifique des aidants. Ainsi, en **Bourgogne**, sur le sujet de la santé mentale, il est préconisé d'associer davantage la famille au parcours de vie, de développer une meilleure articulation entre le travail des médecins et des familles et de favoriser les dispositifs d'aides aux aidants (structures de répit). De même en **Midi-Pyrénées**, il s'agirait de prendre en compte et former les aidants tout en veillant à ne pas les surcharger (aide aux aidants, structures de répit, etc.). En **Lorraine**, le sentiment d'isolement des aidants est souligné et il est en conséquence préconisé de leur créer un véritable statut social.

En **Auvergne**, les débats ont conclu que le dispositif de la personne de confiance n'est pas connu et que le code de la santé publique ne décrit sa mise en œuvre qu'en cas d'hospitalisation. Pourtant, lorsque la personne de confiance est désignée, sa présence permet le plus souvent d'améliorer la relation soignant/soigné. Concernant les personnes âgées, il est considéré que la personne de confiance pourrait donner un avis sur les prises en charge et sur les décisions d'institutionnalisation. Concernant les personnes handicapées, elle pourrait faciliter l'accueil à l'hôpital et la communication avec les professionnels de santé. Il est ainsi préconisé de créer un chapitre sur la personne de confiance dans une loi de santé.

En **Ile-de-France**, dans le cadre d'une proposition relative à la territorialisation de la démocratie en santé, il est proposé de renforcer les démarches participatives et d'"aller vers" tous les publics :

- valoriser les expériences de santé communautaire ou participative, éléments indispensables de réussite de la mise en œuvre des actions de promotion de la santé qui permettent de faire participer les « exclus » du système de santé : travailler avec l'ensemble de la communauté en intégrant et mettant en valeur les différences, favoriser l'implication de tous les acteurs concernés dans une démarche de co-construction et d'*empowerment* individuel et collectif, favoriser un contexte de partage de pouvoirs et de savoirs, etc. ;
- favoriser les actions de médiation sanitaire et s'appuyer sur les expériences de médiation existantes visant à recueillir la parole des « exclus » afin de développer de véritables démarches de participation des publics vulnérables.

L'approche participative proposée en **Ile-de-France** fait écho à des préconisations formulées en **Guyane**, permettant une meilleure prise en compte des réalités culturelles, et de dépasser la barrière de la langue, et en **Guadeloupe** où le développement de programmes de santé communautaires est préconisé.

Axe 3 : "miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire" **AVIS CRSA NORD PAS-DE-CALAIS**

La Stratégie Nationale de Santé soumise à concertation insiste dans son troisième axe sur le renforcement de la démocratie sanitaire. Au-delà des débats thématiques organisés en régions, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du Nord Pas-de-Calais se devait de faire écho à cette proposition et présenter ici son avis sur cette stratégie. Une instance comme la notre ne peut être que favorable à une telle proposition dans une région où le dialogue entre la CRSA et l'ARS a été exemplaire.

1 - Miser sur la déconcentration et renforcer la démocratie sanitaire

Habitué à l'expression de l'expertise profane au sein de notre Conférence nous souhaitons que cette expertise soit reconnue. Nous approuvons pleinement le renforcement du rôle des usagers qui souhaitent être réellement associés aux décisions qui les concernent, en particulier dans les domaines où ils peuvent apporter une valeur ajoutée.

Dans le champ médico-social le renforcement des droits collectifs des usagers de structures médico-sociales n'implique pas tant la modification de la loi du 2 janvier 2002 les consacrant que le renforcement de son application en assurant les moyens matériels et humains nécessaires par la sensibilisation et la formation des usagers et des professionnels, ou encore l'accompagnement à l'exercice du mandat de représentation.

Assurer la participation des personnes au fonctionnement de la structure qui les accompagne, c'est agir pour qu'elles s'expriment par elles-mêmes pour elles-mêmes. Par contre, le renforcement de l'effectivité des droits individuels des usagers du médico-social nécessite de revoir la seule procédure

de médiation existante, celle de la personnalité qualifiée. Ce recours, resté théorique, est en plus très imparfait compte tenu de ses modalités de nomination et de l'absence de moyens afférents. En remplacement, une instance territoriale pourrait être créée. Voie de recours pour faire respecter les droits individuels, elle assumerait le traitement des réclamations par une médiation, collégiale et détachée de la structure impliquée pour en renforcer l'objectivité. La représentation des usagers du médico-social y serait assurée. La CRSA souhaite également rappeler l'expérimentation menée dans la région Nord Pas-de-Calais de représentants d'associations agréées d'usagers au sein des établissements médico-sociaux dans les Conseils de Vie Sociale.

2 - Sur la nécessité d'une régionalisation de la Stratégie Nationale de Santé

Si le pilotage national doit concerner des enjeux globaux (protection sociale solidaire, égalité de traitement), la mise en application régionale doit tenir compte des spécificités territoriales. La Stratégie Nationale, dans son diagnostic, a pointé l'accroissement des inégalités sociales et géographiques de santé. Elle met également l'accent sur l'importance et les différences de répartition territoriale de la mortalité prématurée et évitable.

3.2 Le pilotage de la politique de santé

3.2.1 Le renforcement du pilotage national

La feuille de route établissait le constat suivant en matière de pilotage national de la politique de santé : « alors qu'avec les ARS, le pilotage des politiques de santé a gagné en cohérence en région, le niveau national n'a pas engagé d'évolution équivalente. Certes, le comité national de pilotage des ARS (CNP), qui regroupe l'État et les caisses d'assurance maladie, ainsi que la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a trouvé sa place, mais dans les limites assignées par les textes. »

C'est pourquoi, la feuille de route considérait que le « pilotage national doit être repensé sur plusieurs points » : organiser la dimension interministérielle des politiques de santé, développer davantage les liens entre l'État et l'Assurance maladie, redessiner l'architecture de la politique nationale de santé et ses conditions d'élaboration et poursuivre la réflexion sur une meilleure articulation entre les administrations centrales, les opérateurs nationaux et les opérateurs régionaux.

Ces orientations de la feuille de route ont été largement partagées par les acteurs de terrain lors des débats régionaux, qui souhaitent en particulier une gouvernance plus cohérente au niveau national entre l'Etat et l'assurance maladie dans le pilotage de la politique de santé.

Santé mentale - Avis CRSA PAYS DE LA LOIRE

La Stratégie Nationale de Santé retient parmi ses priorités la question de la Santé mentale. Il est annoncé que devrait lui succéder une loi de Santé Publique qui comprendrait également un volet spécifique portant sur la santé mentale.

La CRSA des Pays de la Loire, souvent interpellée par différents acteurs et partenaires du système de santé sur cette question, a constitué en son sein un groupe de travail permanent, tenu un débat public, et produit à l'intention de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire une recommandation portant sur la question de la gestion des urgences psychiatriques. Cette recommandation a une portée générale et la Conférence souhaite la communiquer aux pouvoirs publics. Elle souhaite également formuler à leur intention les réflexions suivantes :

1 – Une clarification de la mission sociétale de la psychiatrie est nécessaire

On peut estimer que beaucoup des dysfonctionnements imputés au système de soins psychiatriques dans notre pays relèvent de l'ambiguïté des missions qui semblent lui être implicitement confiées par la société. Il est donc souhaitable que ces dernières soient réglementairement (re)définies, et cantonnées à la réponse aux besoins de soins de santé, médicalement constatés.

Ces besoins ne s'expriment pas nécessairement par une demande, ce qui implique que soit particulièrement facilité l'accès à ses services. Le système de soins n'est pas en charge de l'ordre public, ni de la gestion préventive de dangers liés aux registres relationnels ou aux troubles du comportement liés aux addictions en dehors de celles liées couramment aux pathologies psychiques, ni de la suppléance des carences des dispositifs sociaux ou medico---sociaux.

Si des soins sans consentement s'avèrent nécessaires, ils ne peuvent être assumés par les structures de soins qu'au titre d'une réponse à une pathologie.

2 – Une redéfinition de son organisation est nécessaire pour améliorer sa lisibilité pour tous les partenaires

Il est aujourd'hui très généralement admis que cette organisation peut reposer sur une structuration en trois niveaux. Un niveau de proximité, de « premier recours spécialisé », que constitue le secteur psychiatrique, remplit un rôle auquel tous les partenaires (usagers, familles, professionnels) sont attachés. Un deuxième niveau « d'intersectorialité » organisée sur chaque territoire de santé apparaît utile pour des missions particulières (dispositifs de prise en charge des problématiques d'urgence et d'orientation, de situations de crises à l'adolescence, de réponse aux problématiques suicidaires, de réhabilitation psychosociale, de gérontopsychiatrie, de soins spécialisés pour les problèmes d'addiction...).

Un troisième niveau de structures « ressources », ou « expertes », pour traiter de situations complexes, nécessitant des bilans approfondis, partenaires de réseaux de recherche, et développant une fonction de formation et d'observation des besoins et des pratiques apparaît également souhaitable à l'échelon régional.

La place du secteur libéral, ambulatoire et hospitalier doit être également réaffirmé, dans le cadre des missions de service public que doit assumer l'ensemble du système de soins, notamment pour permettre un accès rapide aux réponses thérapeutiques, aujourd'hui très compromis sur une bonne partie du Territoire national.

3 – Des objectifs de progrès de santé publique en santé mentale doivent être formulés.

Des progrès thérapeutiques sont aujourd'hui disponibles et ne sont pas systématiquement mis en œuvre. Les stratégies qui permettent de les obtenir sont pourtant documentées. Des objectifs de santé publique devraient être affirmés tels que l'amélioration de l'accès aux soins, permettant une plus grande précocité et qualité des soins, la diminution de la surmortalité et des comorbidités, la diminution des invalidités et de la désinsertion consécutives aux situations de « handicap psychique », conséquences des pathologies, l'augmentation du taux d'emploi, la diminution du nombre des suicides. La formulation de ces objectifs, suivis à l'aide d'indicateurs prédéfinis, permettrait d'évaluer la pertinence et l'efficacité des politiques conduites.

4 – La politique de santé mentale devrait mettre un accent particulier sur une logique de parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques.

La prise en charge sanitaire des personnes présentant des pathologies psychiatriques pêche actuellement par plusieurs aspects, et pas uniquement pour des questions de moyens :

- elle intervient trop tardivement : elle n'est souvent déclenchée qu'à partir de manifestations « bruyantes », (la pathologie s'aggrave de façon souterraine avant ces

premières manifestations et contraint cette prise en charge à une lourdeur ultérieure illégitime) ;

- elle est la plupart du temps déconnectée d'une aide sociale ou medico---sociale pourtant nécessaire à l'insertion, (facteur de prévention des rechutes)
- elle n'est pas assez articulée au milieu naturel de la personne (famille, médecin généraliste, milieu de travail, ou scolaire, cité...).

L'objectif que pourrait se donner la construction de « parcours de santé mentale » serait de rendre cette prise en charge plus précoce, plus réactive, plus articulée, et donc plus fluide et plus efficiente.

Le « secteur » psychiatrique avait l'ambition de constituer à lui seul ce maillage du soin. La spécificité nécessaire de certaines prises en charge, l'émergence de nouveaux acteurs, la complexité de la société ne lui permettent plus de se maintenir en « modèle unique ». Toujours incontournable pour le premier recours (des soins spécialisés), il doit maintenant s'ouvrir à des partenariats. Quels que soient ses moyens, il doit travailler de façon ouverte avec tous les acteurs de la prise en charge : aidants naturels, institutions, structures associatives, collectivités territoriales, hôpital général, praticiens libéraux... Le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) semble être le lieu adéquat pour structurer ces partenariats. Ils doivent être installés dans tous les territoires.

Les personnes victimes de troubles psychiatriques présentent en effet des caractéristiques propres, qui doivent influencer sur l'organisation des soins qui leur sont proposés :

- elles n'ont pas forcément conscience de leur maladie, et dans ce cas ne sont pas demandeuses de soins ;
- leur pathologie est très souvent chronique (même quand elle se présente sous une forme aiguë), génère une situation de handicap (dit « psychique », désormais reconnu par la loi du 11 février 2005) et des difficultés d'insertion sociale,
- la gravité de ces pathologies n'est pas immédiatement perceptible et leur ampleur est donc méconnue.

La création des ARS et les successives préconisations des pouvoirs publics au travers des plans de santé mentale vont dans le sens de ces décloisonnements et de ces articulations, mais :

- les logiques de financement entre collectivités territoriales et Etat,
- les différences de culture, de formation, de réseaux, et de statut entre les professionnels des hôpitaux, des structures associatives, les collectivités locales et les services de l'Etat,
- la distinction toujours prégnante entre soins de santé d'un côté et aide sociale et compensation du handicap de l'autre, aboutissent encore trop souvent à une répartition des populations plutôt qu'à une articulation et une complémentarité des actions, les intervenants préférant s'en tenir à un partage des missions de prise en charge globale plutôt qu'à une véritable mise en complémentarité tout au long du « parcours » de la personne.

Compte tenu des caractéristiques de cette population évoquée plus haut, il faudrait pouvoir :

- effectuer un dépistage plus précoce des troubles, notamment lorsque les difficultés psychiques se manifestent sous forme d'échec à l'insertion (scolaire, citoyenne, professionnelle...), afin de les traiter en amont,
- effectuer initialement et en proximité des bilans médicaux et sociaux, susceptibles d'enclencher des prises en charge adaptées à la situation de la personne,
- permettre une intervention précoce et conjointe (et non successive et avec de longues solutions de continuité) des acteurs du soin et de l'insertion,
- effectuer des recherches évaluatives sur les résultats de ces politiques mises en Œuvre qui devraient se choisir des priorités pouvant constituer des objectifs de santé publique tels ceux évoqués plus avant.

5 – Dans cet esprit elle devrait faire la place aux réponses medico---sociales, dédiées ou non.

La place et les missions des réponses d'accompagnement medico-social en santé mentale n'ont pas fait jusqu'à présent l'objet d'une incitation réglementaire suffisamment résolue, alors que la loi du 11 février 2005 a reconnu les situations de handicap liées aux maladies psychiques.

De vraies marges de progrès existent. Il appartient à l'Etat de s'en saisir, par exemple en favorisant/multipliant les expérimentations sur l'organisation des soins, en les évaluant, et en donnant latitude aux ARS de les conduire, à partir d'un cahier des charges national

3.2.2 La valorisation du débat public sur la politique de santé

Outre la nécessaire formation des représentants des usagers, c'est un déficit global de communication et de débat qui est souligné par les acteurs dans les territoires. En **Guyane**, les synthèses des tables rondes et l'exploitation des retours d'un questionnaire test « *La santé en Guyane : votre avis nous intéresse* » insistent sur le fait que les questions de santé concernent toute la population, et ne sont pas uniquement l'affaire du médecin et de l'agence régionale de santé. Les débats ont ainsi permis une appropriation des sujets et suscité un besoin d'information sur la santé. Une meilleure communication passe parfois simplement par un service public d'information en santé (SPIS). Mais, le plus souvent, comme en **Martinique**, toute une politique de communication est suggérée :

- réaliser et diffuser des supports de communication (bulletins d'information, spots télévisés, etc.), contribuant à l'information des usagers et des partenaires de la politique de santé ; en **Aquitaine** aussi, l'idée d'une campagne grand-public sur les droits des usagers et le rôle de leurs représentants, est avancée.
- lancer et exploiter des enquêtes, en associant les représentants des usagers, afin d'évaluer les parcours de santé, les procédures et dispositifs en place ; en **Basse-Normandie**, de même, il est proposé de mener des enquêtes de proximité à grande échelle, dans tous les milieux et auprès de toutes les catégories sociales afin notamment, d'identifier les impossibilités de recours aux soins, les attentes des usagers et d'éviter les renoncements aux soins encore trop fréquents.
- organiser périodiquement des débats publics, pour inciter la population à s'approprier les questions de santé ; en **Basse-Normandie**, il est de manière similaire, proposé d'organiser des temps citoyens en lien avec les associations d'usagers et les professionnels de santé qui soient des lieux de dialogue sur des sujets santé (notamment sur la prévention des risques), et de promouvoir des groupes de parole et des réunions d'information à l'échelle communale et/ou intercommunale. En **Rhône-Alpes** aussi, il est préconisé que la CRSA développe les débats publics.

La question des débats publics est spécifiquement abordée en **Midi-Pyrénées** et **Ile-de-France** où il a été préconisé de les professionnaliser. En Midi-Pyrénées, l'ARS constate que la concertation menée autour de la Stratégie nationale de santé a permis de donner une meilleure place à l'expression de la démocratie sanitaire en région, démontrant qu'une démocratie sanitaire dite participative (et non représentative comme pour les instances officielles) répondait aux besoins d'expression de la population (la reconduite annuelle de ces rencontres étant plébiscitée). Cependant, il est souligné que la démocratie participative, admise par tous sur le principe, peut parfois s'avérer délicate à appréhender sur son rôle et ses missions réelles. Ainsi, le recueil des besoins de la population ou d'avis sur des projets thématiques voire techniques imposent aux pouvoirs publics ou aux animateurs de la démocratie sanitaire de disposer d'interlocuteurs sensibilisés aux différentes questions et enjeux. Ces personnes relais, expert, et en capacité d'interpellation des pouvoirs publics doivent être formées, au même titre que les représentants des usagers.

En **Ile-de-France**, il a été constaté, d'une part, que selon la méthodologie utilisée pour organiser les différents débats, les résultats sont inégaux, d'autre part que la richesse des échanges ne se traduit pas toujours par des actions concrètes ni par un suivi et un retour réguliers vers ceux qui y ont contribué. Il s'agit donc de professionnaliser la méthodologie et le suivi des recommandations à l'issue des débats. Le Web permettrait éventuellement de nouvelles formes de consultation.

Delphine CORLAY

Abdelkrim KIOUR

LETTRE DE MISSION



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Directeur de Cabinet

Paris, le 31 JAN. 2014


CAB-FC/DR/Me D14-622

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission d'appui au secrétaire général sur la préparation de la loi de santé

Le secrétariat général a été chargé de coordonner les travaux de préparation de la loi de santé, qui traduira les orientations de la stratégie nationale de santé. Ils impliquent l'ensemble des directions du ministère ; sont également concernés d'autres ministères, compte tenu du caractère interministériel de l'exercice.

Il est souhaitable que l'IGAS apporte son appui au secrétariat général dans l'élaboration du projet de loi et je vous demande de bien vouloir désigner un membre du service à cette fin. Sa mission est prévue pour durer six mois.


Bruno MAQUART

SIGLES UTILISES

ALD	Affection longue durée
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCAM	Cotation à la classification des actes médicaux
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCPP	Commission de coordination des politiques publiques
CDAPH	Commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CESE	Conseil économique social et environnemental
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CLS	Contrat local de santé
CLSM	Conseil local de santé mentale
CNP	Comité national de pilotage
CNS	Conférence nationale de santé
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CRSA	Conférences régionales de la santé et de l'autonomie
CRUQPC	Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSAPA	Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier médical personnel/partagé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ESPE	Ecole supérieure du professorat et de l'éducation
ESSMS	Etablissements et services sociaux et médico-sociaux
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAS	Haute autorité de santé

HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP	Haut conseil de la santé publique
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
IRC	Insuffisance rénale chronique
IREPS	Instance régionale en éducation et de promotion de la santé
MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSP	Maison de santé pluridisciplinaire
NMR	Nouveau mode de rémunération
PAERPA	Personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PMI	Protection maternelle et infantile
PRGDR	Programme régional de gestion du risque
PRS	Projet régional de santé
PTS	Programme territorial de santé
SI	Système d'information
SNS	Stratégie nationale de santé
SPIS	Service public d'information en santé
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
STS	Service territorial en santé
TMS	Troubles musculo-squelettiques
URML	Union régionale des médecins libéraux
URPS	Union régionale des professionnels de santé
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

