

# SYNTHÈSE DES DÉBATS REGIONAUX

Delphine CORLAY,  
Abdelkrim KIOUR

Inspection générale des affaires sociales

STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ

# SYNTHÈSE DES DÉBATS RÉGIONAUX

Mai 2014





---

# SOMMAIRE

---

## INTRODUCTION

<b>FAIRE LE CHOIX DE LA PRÉVENTION ET AGIR TÔT ET FORTEMENT SUR CE QUI A UNE INFLUENCE SUR NOTRE SANTÉ</b>	<b>9</b>
<b>1_ Développer des actions ciblées, coordonnées et territorialisées pour lutter contre les inégalités de santé</b>	<b>10</b>
■ Des politiques ciblées, coordonnées et territorialisées pour réduire les inégalités de santé	11
<b>2_ Renforcer la place de la prévention et développer la coordination interministérielle et les études d'impact pour agir sur les déterminants de santé</b>	<b>12</b>
■ Renforcer la culture de prévention et développer la coordination interministérielle	13
■ Santé au travail, environnement, urbanisme	13
<b>3_ Des thématiques et des populations prioritaires</b>	<b>14</b>
■ La santé de la période périnatale à l'entrée dans la vie active	15
■ Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie	15
■ Le handicap psychique et la santé mentale	15
■ La nutrition	17
<b>4_ Développer l'éducation pour la santé, renforcer et soutenir les acteurs de la prévention</b>	<b>18</b>
■ Améliorer les messages d'éducation pour la santé	18
■ Mobiliser une variété de vecteurs d'éducation pour la santé.	19
<b>5_ Mieux coordonner les interventions, évaluer les stratégies d'action et redéployer les financements</b>	<b>20</b>
■ Adapter les politiques nationales et coordonner les acteurs et les financeurs de la prévention	21
■ Mobiliser et coordonner l'ensemble des acteurs de la prévention.	24
■ Professionnaliser et contractualiser les acteurs de la prévention	22
■ Assurer le financement et l'accompagnement de la prévention	23
■ Évaluer les stratégies de prévention	24
<b>ORGANISER LES SOINS AUTOUR DES PATIENTS ET EN GARANTIR L'ÉGAL ACCÈS : LA RÉVOLUTION DU PREMIER RECOURS</b>	<b>25</b>
<b>1_ L'organisation des parcours de soins et le service territorial de santé</b>	<b>26</b>
■ Des modalités de travail en commun diversifiées	27
■ Faciliter l'installation et le montage de projets pluriprofessionnels	28
■ Assurer la coordination des parcours de santé	28

■ Organiser l'offre de service pour faciliter les parcours de santé au niveau des territoires	29
■ Organiser le service territorial de santé de proximité en développant les contrats locaux de santé	32
<b>2_ Améliorer l'accessibilité financière aux soins</b>	<b>33</b>
■ Généralisation du tiers payant et limitation des dépassements	33
■ Accès aux droits pour les populations les plus fragiles et revalorisation de certains remboursements	33
■ D'autres obstacles à l'accès aux soins	34
■ Étudier et suivre l'évolution de l'accès aux soins	35
<b>3_ Promouvoir une recherche adaptée aux besoins de la société</b>	<b>36</b>
■ Développer la recherche en santé sur la prévention et sur le premier recours	37
<b>4_ Revoir la formation initiale et continue des professionnels de santé et créer de nouveaux métiers</b>	<b>38</b>
■ Revoir la formation initiale et continue des professionnels de santé pour faciliter le travail en commun	38
■ Promouvoir le développement de nouveaux métiers et compétences, permettre la délégation de tâches	40
<b>5_ Des systèmes d'information accessibles et partagés : développer la télémédecine, accélérer le déploiement du dossier médical partagé et créer un service public d'information en santé</b>	<b>41</b>
■ Développer la télémédecine	42
■ Assurer le partage de l'information en accélérant le déploiement du DMP2 et en assurant l'interopérabilité des systèmes d'information	42
■ Système public d'information en santé	44
<b>APPROFONDIR LA DÉMOCRATIE SANITAIRE ET MISER SUR LA DÉCONCENTRATION</b>	<b>45</b>
<b>1_ Le patient acteur de sa propre prise en charge</b>	<b>46</b>
■ L'éducation thérapeutique du patient	46
■ Personne de confiance et aidants	47
<b>2_ Impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé</b>	<b>48</b>
■ Statut, formation et implication des usagers et de leurs représentants	49
■ Structuration de la représentation des usagers	49
■ Représentation des usagers au niveau des territoires	50
■ Le financement de la démocratie sanitaire	51
<b>3. Valoriser le débat public</b>	<b>52</b>
■ Communiquer et valoriser le débat public sur la politique de santé	52
<b>Annexes</b>	<b>55</b>



© Thibaud MAZEN pour l'ARS Auvergne

La ministre des Affaires sociales et de la Santé, Marisol TOURAINE, a publié le 23 septembre 2013 la feuille de route de la Stratégie nationale de santé. 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.**

Afin de conduire avec l'ensemble des acteurs de la santé une concertation large 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. Près de 200 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.





## MÉTHODOLOGIE

Cette synthèse est établie sur la base de fiches réalisées par les Agences régionales de santé, visant à structurer en diagnostic et propositions, les éléments majeurs qui sont ressortis des débats. Certaines conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) ont choisi en outre d'élaborer des avis formels, ou des propositions structurées.

Cette synthèse rassemble les principaux éléments qui ressortent de l'ensemble des 250 propositions transmises par les ARS. Ces éléments sont regroupés dans des « focus » spécifiques venant éclairer certaines parties de la feuille de route. Cette méthodologie permet de montrer les réflexions en cours, mais aboutit inévitablement à ne pas reprendre toutes les spécificités régionales.

Pour compléter la prise de connaissance des débats locaux, il pourra donc être utile de se reporter au site Internet de la Stratégie nationale de santé (<http://www.social-sante.gouv.fr/strategie-nationale-de-sante,2869/>) qui donne à voir certains débats et contributions.





© Thinkstock

1

**FAIRE LE CHOIX  
DE LA PRÉVENTION  
ET AGIR TÔT ET FORTEMENT  
SUR CE QUI A UNE INFLUENCE  
SUR NOTRE SANTÉ**

# 1

## Développer des actions ciblées, coordonnées et territorialisées pour lutter contre les inégalités de santé

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé souligne l'importance des inégalités sociales et territoriales de santé : « La situation française est en effet également marquée par des inégalités sociales et territoriales de santé persistantes. Ces inégalités traversent l'ensemble de la population et elles vont bien au-delà du constat d'un état de santé dégradé et de difficultés d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. Les facteurs explicatifs de la surmortalité qui frappe les catégories les moins favorisées interviennent pour l'essentiel en amont de la prise en charge proprement médicale des différentes pathologies. Ces catégories cumulent en effet les facteurs de risque : expositions plus fréquentes aux risques environnementaux (toxiques en milieu professionnel, polluants de l'habitat, pollution urbaine), prévalence plus élevée des facteurs de risque comportementaux liés aux modes de vie, moindre accès au dépistage précoce et diagnostic plus tardif des pathologies graves. »

Elle met l'accent sur la nécessité d'adapter les politiques de prévention aux territoires et populations : « L'efficacité de la mise en œuvre des mesures de prévention est conditionnée par leur adaptation aux caractéristiques spécifiques des groupes concernés. »

### Résumé

Les débats régionaux mettent l'accent sur le besoin de politiques de proximité déclinées au niveau des territoires pour prendre en compte les inégalités de santé au niveau infrarégional, en s'appuyant sur une connaissance fine des spécificités des territoires et des indicateurs de santé.

Plusieurs régions soulignent que certaines populations plus vulnérables doivent faire l'objet d'une attention accrue.

Elles insistent également sur la nécessité de mobiliser et de renforcer l'ensemble des acteurs qui interviennent au plus près de la population : la santé scolaire, la protection maternelle et infantile (PMI), les parents, les professionnels de proximité, les acteurs de la santé au travail, etc. La nécessité du renforcement des compétences des acteurs et de leur contractualisation autour de projets de prévention est mise en avant.



## Des politiques ciblées, coordonnées et territorialisées pour réduire les inégalités de santé

En **Franche-Comté**, les débats ont mis en avant un accroissement des inégalités sociales et géographiques en relevant notamment que certaines catégories de la population plus vulnérables ne sont pas dans le circuit « classique » des actions de prévention.

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.

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 de la politique de la ville, réfléchit déjà à une observation des besoins et un déploiement de son schéma régional de prévention plus territorialisé : 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). 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.

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).

# 2

## Renforcer la place de la prévention et développer la coordination interministérielle et les études d'impact pour agir sur les déterminants de santé

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé rappelle que «une approche uniquement curative ne permet pas de répondre aux enjeux que sont le développement des pathologies chroniques et le vieillissement de la population», les inégalités sociales et territoriales de santé et les contraintes financières. Elle ne prend pas non plus en compte la nécessaire maîtrise des risques sanitaires, en particulier des épidémies et des risques environnementaux, ce qui demande d'étendre le champ des politiques de santé publique; alimentation, environnement ou sécurité des milieux, comportements à risque sont dorénavant l'objet d'une veille attentive pour répondre au mieux aux besoins de protection des populations.

Elle souligne l'importance de «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...».

La feuille de route insiste sur la nécessité de renforcer l'efficacité de la coordination interministérielle et annonce la création d'un comité interministériel placé auprès du Premier Ministre, qui réunira tous les ministres. Il assurera la coordination de l'action du Gouvernement dans ces domaines, avec une attention particulière aux questions relatives à la santé-environnement, à la santé scolaire et à la santé au travail.

### Résumé

Les débats conduits dans certaines régions ont spécifiquement porté sur les actions à mener vis-à-vis des déterminants de santé (environnement, travail, nutrition, etc.). Sans aborder de manière systématique l'ensemble des éléments, ils alertent ou formulent des préconisations précises dans différents domaines. De manière générale, les régions convergent pour souligner l'importance d'une concertation interministérielle avant toute décision relative à une politique publique sectorielle pouvant avoir un impact sur la santé. La nécessité de généraliser et systématiser les études d'impact des politiques publiques sur la santé est évoquée dans plusieurs régions.



## Focus

### Renforcer la culture de prévention et développer la coordination interministérielle

La commission « Prévention » de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Aquitaine considère que le développement insuffisant de la prévention en France 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 indispensable pour réduire les inégalités sociales de santé et favoriser l'accès à la santé des personnes en situation de handicap.

Les débats conduits en **Languedoc-Roussillon** demandent 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 (agriculture, industrie, urbanisme, etc.).

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.



## Focus

### Santé au travail, environnement, urbanisme

Les débats conduits en **Bretagne** font émerger des propositions pour favoriser les échanges de bonnes pratiques entre les entreprises et pour mieux accompagner les entreprises qui souhaitent investir dans la santé de leurs salariés. En matière d'environnement et de projets d'urbanisme, la prise en compte, très en amont, de problèmes de pollution (anciens sites industriels) permettrait, à moindre coût, de prévenir la survenue ultérieure de problèmes de santé réels ou redoutés.

Dans le **Limousin**, les débats portent sur 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. Deux types de propositions sont formulés : 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.

En **Guyane**, qu'il s'agisse de la prévention ou de l'accès aux soins, de multiples questions concernent des domaines de politique publique qui dépassent celui de la santé : 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'État et des collectivités territoriales, ainsi que la mise en place de logiques interministérielles.

# 3

## Des thématiques et des populations prioritaires

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé souligne l'importance de définir de grandes priorités de santé publique (santé des jeunes, tabagisme, obésité, santé mentale, cancers, maladies dues au vieillissement...) mobilisant tous les acteurs autour de prises en charge globales (promotion de la santé, éducation thérapeutique, dépistage, parcours pour maladies chroniques, prise en charge de l'entourage, recherche coordonnée...).

### Résumé

Selon les régions, les débats ont porté particulièrement sur des populations ou thématiques spécifiques : santé des jeunes, de la période périnatale à l'adolescence, personnes âgées en risque de perte d'autonomie, handicap psychique et santé mentale, nutrition, etc. Les propositions formulées portent sur l'amélioration des stratégies et des dispositifs de prévention et de prise en charge, mais aussi sur la production des connaissances sur lesquelles doivent pouvoir s'appuyer les décisions et les actions.



### Focus

#### La santé de la période périnatale à l'entrée dans la vie active

En **Martinique**, les participants aux débats publics ont rappelé que la région est au premier rang des accouchements prématurés et de la mortalité périnatale. La mise en place d'un observatoire de la périnatalité, en collaboration avec les équipes de l'Inserm (Institut national de la santé et de la recherche médicale), permettrait d'analyser les données existantes et de proposer des études complémentaires à visée étiologique. D'autres propositions concernent : le développement de 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 ; le renforcement du dépistage et du suivi des enfants à risque de handicap, par une organisation des soins déployée au plus près de leurs lieux

de vie ; le renforcement du niveau technique des maternités adapté à l'état de l'enfant à naître, afin de sécuriser les conditions de la naissance.

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 favoriser un accompagnement des jeunes « au plus près ».

Comme dans la plupart des régions, les débats en **Île-de-France** ont mis en avant l'importance de la « citoyenneté en santé chez les jeunes », constatant, entre autres, que les jeunes ne se sentent ou ne sont pas suffisamment impliqués en matière de santé, notamment dans le cadre de la vie sco-

laire. Il conviendrait donc 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.

En **Lorraine**, les jeunes interrogés 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-Éducation nationale a été signée et des conventions ARS-conseils généraux sont en préparation.



## Focus

### Les personnes âgées en risque de perte d'autonomie

En **Aquitaine**, les services regroupant l'ensemble des intervenants (aides à domicile ; aides à la vie quotidienne ; soins à domicile) sont évoqués pour privilégier le maintien à domicile des personnes âgées.

En **Basse-Normandie**, un travail mené avec les caisses de retraite et l'Assurance maladie doit permettre d'engager des plans de prévention sur le vieillissement (en particulier au moment du départ à la retraite). La revalorisation du métier d'aide à domicile, qui doit être soutenu de façon coordonnée, est par ailleurs mise 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 également 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).

La CRSA du Nord Pas-de-Calais souligne l'impact des chutes des personnes âgées et l'impératif d'adapter leurs logements, et formule des propositions pour éviter la iatrogénie médicamenteuse (qui fait aussi l'objet de propositions concernant le rôle du pharmacien en **Pays de la Loire**).



## Focus

### Le handicap psychique et la santé mentale

En **Auvergne**, des propositions visent à améliorer le dépistage des facteurs de risque du suicide, en allant au devant des publics les plus fragiles qui souvent n'utilisent pas spontanément l'offre mise à leur disposition, et en organisant la veille et le repérage dans la proximité, sans que cela ne se traduise par des comportements intrusifs dans la vie des personnes. Ces propositions visent en particulier les agriculteurs isolés, mais pourraient être généralisées. Parmi les moyens à mettre en œuvre 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. Il est proposé de renforcer ces équipes mobiles, considérées comme trait d'union entre le centre hospitalier, le lieu de vie de la personne et les soins ambulatoires, en particulier dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale et pour les populations en situation de précarité. La création de dispositifs locaux de veille active est aussi suggérée : ils associent les élus et les associations de proximité pour le repérage des situations à risque. Par ailleurs, l'organisation de rencontres entre les acteurs de proximité intervenant sur les territoires concernés

favoriserait la connaissance réciproque des missions, conditions de sollicitation, modalités d'intervention et difficultés rencontrées.

Une proposition émise notamment en **Bourgogne** vise à 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 en mettant en place un accompagnement modulable adapté (accompagnement infirmier ou social). Les conclusions des débats préconisent par ailleurs 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.

Les débats organisés en **Midi-Pyrénées** évoquent les difficultés inhérentes à la prise en charge de patients souffrant de troubles psychiques. Des parents ont fait part de leur désarroi 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 sont préconisées : rendre plus lisible 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.

La CRSA des **Pays-de-la-Loire** a constitué en son sein un groupe de travail permanent, tenu un débat public, et produit à l'intention de l'ARS une recommandation portant sur la question des urgences psychiatriques. Elle estime par ailleurs nécessaire que la mission sociétale de la psychiatrie soit clarifiée, en la cantonnant à la réponse aux besoins de santé médicalement constatés. Son organisation doit être redéfinie, du niveau de proximité assurant un premier recours spécialisé, à un niveau d'intersectorialité organisé au niveau de chaque territoire pour assurer des missions particulières (problématiques d'ur-

gence et d'orientation, situations de crises à l'adolescence, géronto-psychiatrie, etc.), enfin à un troisième niveau de structures «ressources» pour traiter de situations complexes, en réaffirmant la place du secteur libéral ambulatoire et hospitalier dans le cadre des missions de service public que doit assurer l'ensemble du système de soins, notamment pour permettre un accès rapide aux réponses thérapeutiques. Des objectifs doivent être formulés en termes d'amélioration de l'accès aux soins, de diminution de la surmortalité et des comorbidités, de diminution des invalidités et de la désinsertion consécutive aux situations de «handicap psychique». La mise en œuvre de la politique de santé mentale doit mettre l'accent sur une logique de parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques pour assurer une prise en charge plus précoce, et plus réactive, mieux articulée avec l'aide sociale ou médico-sociale et avec le milieu naturel de la personne, donc plus fluide et plus efficiente. L'État doit favoriser et multiplier les expérimentations sur l'organisation des soins, en les évaluant, et en donnant aux ARS la latitude de les conduire à partir d'un cahier des charges national.

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. Les liens entre troubles mentaux et précarité accroissent par ailleurs les difficultés à élaborer et à mettre en œuvre un projet thérapeutique qui puisse avoir une chance de parvenir à une réinsertion. Les difficultés de financement impliquent aussi des risques de rupture de parcours, et de continuité entre la prise en charge sanitaire et médico-sociale. Les propositions comprennent : le développement des conseils locaux de santé mentale ; une amélioration de l'évaluation de l'accès aux soins, en développant les études en santé publique ; le financement des périodes d'essai en établissements et services sociaux et médico-sociaux, le développement de structures d'aval, et la clarification des modalités de financement des transports lors des périodes de retour progressif en structure médico-sociale après une hospitalisation ;

le développement de structures de répit pour les familles.

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.



## Focus

### La nutrition

En **Outre-mer**, la santé alimentaire est une préoccupation des 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<sup>er</sup> rang national), diabète (1<sup>er</sup> rang national), insuffisance rénale chronique – IRC- (4<sup>e</sup> rang national), accidents vasculaires cérébraux – AVC – (2<sup>e</sup> 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**.

La prévention est donc essentielle, avec notamment les recommandations suivantes :

**Développer l'activité physique et 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.

**Mettre 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.

**Développer 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 par des problèmes d'obésité et de santé bucco-dentaire.

# 4

## Développer l'éducation pour la santé, renforcer et soutenir les acteurs de la prévention

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé souligne l'importance de l'éducation pour 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. »

### Résumé

Les débats organisés sur le thème de la prévention font ressortir l'impératif de revoir les messages et les vecteurs d'éducation pour la santé, qu'elle porte sur les comportements à risques (alcool, drogue, etc.) ou sur les déterminants de santé.



### Focus



#### Améliorer les messages d'éducation pour la santé

Concernant les messages d'éducation pour la santé, 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**),
- de refonder la politique de prévention vis-à-vis des jeunes en évitant les messages trop culpabilisants (**Corse**) ;
- de 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 (**Île-de-France**) ;
- d'améliorer la perception et l'appropriation par la population des messages de prévention (**Océan indien**).



## Focus

### Mobiliser une variété de vecteurs d'éducation pour la santé

À l'école : l'**Auvergne**, les débats concluent que l'éducation à la santé doit commencer très tôt, et l'école apparaît comme un des lieux privilégiés pour l'apprentissage. Les thématiques « santé » doivent être intégrées 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. En **Lorraine**, une convention ARS-Éducation nationale a été signée pour définir les axes d'éducation à la santé dans les établissements scolaires. Les débats de la région **Océan indien** 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'Éducation nationale.

**Valorisation des pairs** : (patient expert, ou simplement un autre 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**.

**Réseaux sociaux** : en **Auvergne**, **Bourgogne**, comme en **Île-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.

**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, paramédicaux, sociaux et médico-sociaux.



# 5

## Mieux coordonner les interventions, évaluer les stratégies d'action et redéployer les financements

La feuille de route de la Stratégie nationale de santé souligne qu'il est nécessaire de coordonner les interventions des différents acteurs sanitaires et sociaux. « 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. »

La feuille de route relève par ailleurs que « 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 ».

### Résumé

Les débats qui ont eu lieu en régions concernant les politiques de prévention confirment le diagnostic établi par la feuille de route. Les régions ayant débattu sur le thème de la prévention évoquent le morcellement des politiques au niveau régional, et la coordination souvent insuffisante de projets conduits sur les mêmes territoires par les services des différents ministères (Santé, Environnement, Éducation nationale, etc.) ou par les organismes d'assurance maladie.

Le développement de la prévention suppose de mobiliser de façon coordonnée l'ensemble des acteurs de proximité, notamment le médecin généraliste et les autres professionnels de santé de proximité (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues, pharmaciens...), le cas échéant regroupés au sein de maisons de santé, les services de PMI, de santé scolaire et de médecine du travail, ainsi que les associations. Il faut toutefois développer une politique de professionnalisation et de contractualisation, dans le cadre de projets territoriaux de prévention, permettant d'asseoir un socle de compétences solides au niveau de chaque territoire en matière de prévention.

La consolidation d'un pilotage régional interministériel et avec l'ensemble des acteurs pourrait s'appuyer sur les dispositifs de coordination déjà existants. 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. Plusieurs débats en région ont également souligné le besoin d'évaluation des stratégies et des interventions de prévention.

Par ailleurs, si les acteurs de la santé au niveau des territoires partagent largement le constat de la feuille de route d'un renforcement nécessaire de la prévention dans la politique nationale de santé, ils soulignent le besoin de moyens financiers dédiés à la prévention sur la base d'une réorientation de ressources existantes.



## Focus

### Adapter les politiques nationales et coordonner les acteurs et les financeurs de la prévention

Les débats menés en région **Nord Pas-de-Calais** expriment la volonté d'adapter au niveau régional les politiques ou programmes de prévention définis à un niveau national par l'État et/ou les organismes d'assurance maladie, mais en insistant sur la nécessité de rendre effective et opérationnelle, au niveau régional, la coordination entre les différents services de l'État ainsi qu'entre les services de l'État 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.

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**, 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. Pour chacun, il existe une multitude de partenaires et une forte complexité à mettre en œuvre la transversalité, même si le travail partenarial semble bien fonctionner au niveau régional. Le travail effectué dans les différentes commissions de l'ARS (par exemple les commissions de coordination des politiques publiques – CCPP) a permis aux partenaires de mieux se connaître, de partager leurs expériences, et de travailler 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. Les débats concluent que l'approche interministérielle des politiques de santé doit être organisée, 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.



## Focus

### Mobiliser et coordonner l'ensemble des acteurs de la prévention

Parmi les acteurs de la prévention, le rôle du médecin généraliste est rappelé dans plusieurs régions, dont l'**Alsace**. 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 par ailleurs 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).

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.

En **Lorraine**, il est 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 infirmiers, partager l'information entre infirmier scolaire,

médecin scolaire, médecin de la protection maternelle et infantile (PMI) et médecin traitant, conforter le rôle et la présence des infirmiers scolaires dans les établissements scolaires, et renforcer le rôle de prévention des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Dans **l'Océan indien**, il est 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.



## Focus

### Professionaliser et contractualiser les acteurs de la prévention

La CRSA **Nord Pas-de-Calais** propose d'élaborer pour chaque territoire un projet de prévention, basé sur un conventionnement entre acteurs. Elle 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 **Picardie**, il est relevé que la diversité des acteurs et de leurs pratiques, de qualité parfois inégale, ainsi que la précarité liée aux modalités actuelles de financement et de reconnaissance des acteurs associatifs ne permettent pas d'asseoir un socle solide de compétences en matière de prévention sur les territoires. Contrairement aux professionnels de santé ou aux intervenants en éducation thérapeutique, les acteurs du

secteur de la prévention sont insuffisamment reconnus et pris en compte dans les financements. Les débats font apparaître la nécessité d'une meilleure territorialisation des politiques de prévention conçues en liaison avec un service territorial en santé (STS), en utilisant les modalités de financement comme levier pour structurer l'intervention des acteurs. Une proposition vise 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 programmes de grande taille ou l'appui méthodologique apporté aux autres acteurs (associations expertes, collectivités, etc.) et des spécialistes thématiques (addictions, VIH, etc.).

En **Poitou-Charentes**, les acteurs constatent, comme en **Picardie**, que le secteur de la prévention est historiquement constitué de multiples acteurs. La

réalisation de leurs actions est insuffisamment concertée et organisée pour mettre en place une politique de santé pilotée et qui pourrait être évaluée.

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. L'organisation proposée pour professionnaliser la prévention repose sur la mise en place d'un interlocuteur institutionnel unique, chargé de programmer, financer et d'évaluer une politique de prévention en santé régionale globale. Il s'agit de créer des plateformes agencées en mode « projet » qui portent les politiques publiques de prévention. La mise en place de partenariats doit être le leitmotiv de cette évolution, partenariats qui sont de deux ordres :

 **Entre Institutions** : 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.

 **Entre acteurs** : 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.



## Focus

### Assurer le financement et l'accompagnement de la prévention

Les débats tenus dans la région Centre 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 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 (appels à projets, annuité, plusieurs financeurs), qui 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 évaluées. 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.

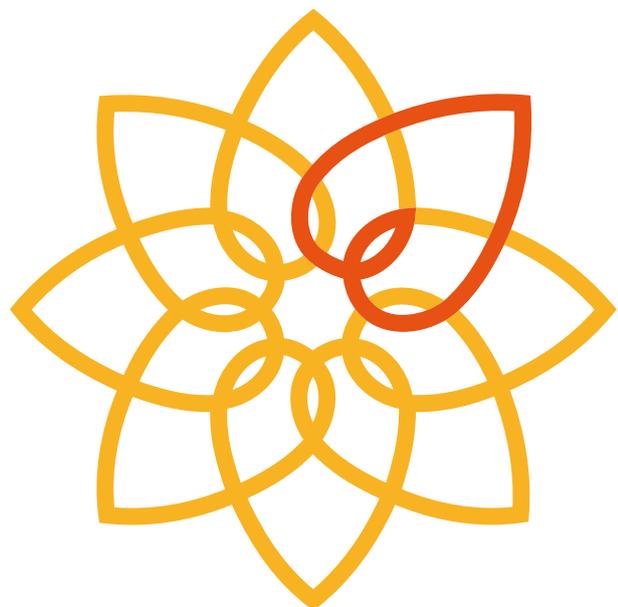


## Focus

### Évaluer les stratégies de prévention

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.

D'autres régions évoquent la nécessité 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**) et de généraliser ces démarches à l'ensemble des politiques de santé.





© MSP de Pont d'Ain

2

**ORGANISER LES SOINS AUTOUR  
DES PATIENTS ET EN GARANTIR  
L'ÉGAL ACCÈS : LA RÉVOLUTION  
DU PREMIER RECOURS**

# 1

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

La feuille de route mentionnait notamment les éléments suivants :

« 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. »

« 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. »

« 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. »

### Résumé

Dans l'ensemble des régions où l'organisation du premier recours et l'articulation des acteurs entre eux ont été débattus, l'aspiration des professionnels de santé en ville à travailler de manière pluridisciplinaire et groupée est affirmée, sans pour autant que cela implique systématiquement un exercice regroupé dans les mêmes murs. 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, pour les professionnels et pour la population. L'enjeu est également de répondre aux attentes des jeunes professionnels de santé, et de rendre plus attractive l'installation en libéral, particulièrement en milieu rural, en facilitant également les démarches d'installation.

Les débats régionaux n'ont pas porté sur le secteur hospitalier, le service public hospitalier, ni la gouvernance interne de l'hôpital, qui ont par ailleurs fait l'objet de travaux spécifiques dans le cadre du pacte de confiance pour l'hôpital et les 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.

La structuration d'un service territorial de santé est abordée par les régions sur différentes thématiques. Les débats régionaux insistent sur l'importance de 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 par un travail de proximité, fondé sur la coordination des acteurs. 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.

Le développement des modalités de coordination professionnelles et multiprofessionnelles nécessite toutefois un modèle économique et juridique adapté : 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. À 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



## Focus

### Des modalités de travail en commun diversifiées

En **Alsace**, 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.

À 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, des inquiétudes liées à l'âge des praticiens et au faible nombre d'installations en libéral et notamment en milieu rural apparaissent. Dans ce contexte, les modalités de travail pluriprofessionnelles pourront répondre aux demandes des jeunes professionnels et 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).

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. Le développement des équipes pluridisciplinaires, dans les centres de santé et des maisons de santé de proximité, apparaît comme une des solutions pour faciliter l'accès aux soins de premier recours pour toute la population, en particulier pour les personnes en situation de précarité, et pour désengorger les hôpitaux.

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 proposé 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.

Plusieurs voix s'expriment, notamment dans les **Pays de la Loire**, 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.



## Focus

### Faciliter l'installation et le montage de projets pluriprofessionnels

Les débats en **Picardie** comme en **Poitou-Charentes** évoquent la nécessité de simplifier les démarches administratives et de réduire les délais d'instruction pour développer des modes d'exercice regroupés et coordonnés, avec notamment 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.

En **Aquitaine**, une proposition porte sur la promotion de l'exercice pluriprofessionnel organisé, de manière à ce qu'une offre de maisons de santé pluriprofessionnelles et/ou de pôles de santé / centres de santé soit accessible sur tous les territoires. Des pistes sont évoquées pour faire évoluer les modes de rémunération de manière à ce qu'ils incitent 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.

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.



## Focus

### Assurer la coordination des parcours de santé

En Aquitaine, si la coordination, notamment pour les situations complexes (maladies graves, handicap, polyopathologies des personnes âgées, etc.), apparaît comme un impératif, la gouvernance des modalités de coordination elles-mêmes est interrogée : il semble nécessaire 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. Il existe en effet un grand nombre de dispositifs et d'acteurs chargés de missions de 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. Ces dispositifs de coordination sont eux-mêmes plus ou moins bien articulés 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 paraissent hétérogènes, peu lisibles, souvent non coordonnés entre eux, et semblent en définitive peu efficaces pour répondre aux situations de crises ou de rupture, ni pour assurer l'optimisation des moyens. Il paraît donc nécessaire de structurer une gouvernance partagée assurant la coordination collective des acteurs et la coordination opérationnelle des parcours individuels, et de faire évoluer les dispositifs vers plus d'homogénéité, de lisibilité, d'efficacité.

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) fera 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.

Une proposition analogue est notamment reprise en **Martinique**, où les conclusions des débats préconisent de contribuer, dans chaque réseau, à la généralisation du concept du professionnel de santé coordinateur ou de case management, ainsi qu'en Lorraine, où plusieurs propositions visent à faciliter la coordination des professionnels de santé en ville, notamment par la création de nouveaux métiers comme la coordination des soins autour des personnes à risque ou en perte d'autonomie.

Pour les participants aux débats de **Franche-Comté**, reconnaître une fonction de coordination du parcours nécessite d'adapter 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, et en renforçant les 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.

De même, en Lorraine, il est proposé de créer un acte forfaitisé de coordination pour les professionnels de santé.

En **Guadeloupe**, il est proposé de conférer un statut aux gestionnaires de parcours, qui peuvent être le généraliste mais aussi le centre communal d'action sociale (CCAS) ou une association agréée dans le domaine de la santé et de promouvoir un guichet unique dans le cadre du parcours de santé (sanitaire, social, médico-social). 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.

Dans le **Nord Pas-de-Calais**, les débats rappellent 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, le cas échéant adossées aux maisons de santé.

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.





## Focus

### Organiser l'offre de service pour faciliter les parcours de santé au niveau des territoires

Les débats qui se sont tenus en **Alsace** ont notamment porté sur la possibilité pour les praticiens de ville d'avoir un recours possible et simple à l'expertise hospitalière, de pouvoir le cas échéant adresser un patient sans passage aux urgences. Plusieurs propositions sont 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 1er recours : ces équipes mobiles peuvent apporter un appui aux professionnels de premier recours par projection de moyens d'expertise et d'évaluation, notamment en gériatrie ou en psychiatrie ;
- 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.

En **Aquitaine**, la structuration des équipes pluridisciplinaires 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 intersecto-

riels, la mise en place d'instances de mise en commun, de gouvernance de l'interprofessionnalité. Par ailleurs, elle propose 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 **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.

Les difficultés d'accès aux médecins spécialistes sur certains territoires sont mentionnées en Lorraine où il est proposé de développer les consultations avancées et créer des espaces de proximité accessibles aux jeunes avec consultations avancées et des équipes mobiles.

En **Midi-Pyrénées**, la place des hôpitaux de territoire dans la gradation des soins est soulignée. 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. Les partenariats et les coopérations interprofessionnelles/hospitalières,

notamment avec le CHU, doivent être développés.

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.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, dans le Limousin, une diminution des passages aux urgences est considérée comme possible avec un déploiement de la télémédecine, et un dispositif d'anticipation en lien entre EHPAD et hôpitaux.

Dans le champ de la santé mentale, en **Lorraine**, un débat spécifique a porté 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 : il est préconisé de créer des unités mixtes de psychiatrie adolescents-jeunes adultes 16-25 ans.

En région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, Il est notamment proposé de créer un conseil territorial de santé pour la gouvernance du service territorial de santé. Afin de favoriser la coordination des acteurs sur les territoires, il est proposé 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.

La CRSA **Rhône-Alpes** appelle par ailleurs à la généralisation du modèle du secteur développé dans le domaine de la psychiatrie publique 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 médico-social ».





## Focus

### Organiser le service territorial de santé de proximité en développant les contrats locaux de santé

Dans la région **Centre**, la méthodologie d'élaboration du programme territorial de santé 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-mêmes 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, qu'il s'agisse de prévention, de soins en établissements de santé et/ou des accompagnements et collaboration des ESSMS, en mettant l'accent sur la coordination des acteurs pour promouvoir et optimiser la santé au sens large. Des forums de santé locaux sont organisés par territoire de projet en constituant 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.) afin 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 **Franche-Comté**, les CLS sont également considérés comme de véritables outils de territorialisation de la politique de santé, qui permettent de décliner au niveau local les priorités du projet régional de santé, avec une réelle coopération entre les politiques et les professionnels de santé. Ils favorisent le décloisonnement entre les professionnels de santé et tiennent compte des besoins identifiés sur les territoires au plus près des populations.

Dans le **Limousin**, le dispositif des CLS est également évoqué pour renforcer l'offre de premier recours et faire partager des objectifs de santé publique sur les territoires de proximité prioritaires. Il s'agit de créer une synergie entre les différents acteurs présents sur chaque territoire de proximité pour les faire converger vers l'atteinte d'objectifs permettant de garantir un accès à une offre complète de premier recours pour la population. 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 **Poitou-Charentes**, les débats font apparaître l'impératif de subsidiarité au profit des territoires pour la mise en œuvre des parcours de soins. La mise en place de comités d'acteurs en santé à l'échelle de ces territoires permet de mener les réflexions nécessaires pour la mise en œuvre de parcours de soins adaptés aux besoins de la population.

## 2

## Améliorer l'accessibilité financière aux soins

La feuille de route de la SNS prévoit plusieurs mesures structurantes pour améliorer l'accessibilité aux soins, mesures 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.

## Résumé

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

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.

Certains débats régionaux évoquent aussi la nécessité d'améliorer l'accès des patients aux droits sociaux et de simplifier les procédures, l'intérêt d'une revalorisation des remboursements des soins dentaires, et l'intérêt d'études ou d'observatoires sur l'accès aux soins.

Au-delà de la problématique financière, les débats en région font également parfois émerger des problématiques plus larges d'accessibilité liées à la démographie médicale et à l'accessibilité physique des services de soins.

Plusieurs régions évoquent enfin la nécessité de se doter d'une base d'études et d'observation permettant de déterminer l'évolution et les causes des difficultés d'accès aux soins.



## Focus

## Généralisation du tiers payant et limitation des dépassements

En **Basse-Normandie**, le constat posé est le suivant : « 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.

Lors des débats en **Midi-Pyrénées**, des acteurs du territoire ont appelé de leurs vœux, outre la généralisation du tiers payant, des outils approfondis pour limiter les dépassements d'honoraires, notamment dans des grandes villes comme Toulouse.



## Focus

### Accès aux droits pour les populations les plus fragiles et revalorisation de certains remboursements

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, mais chronophage pour les acteurs du système de santé, des préconisations émises en Aquitaine demandent de procéder à une forte simplification, en supprimant les procédures redondantes, en simplifiant les modalités de financement, et en développant le tiers-payant et toute procédure pouvant être dématérialisée.

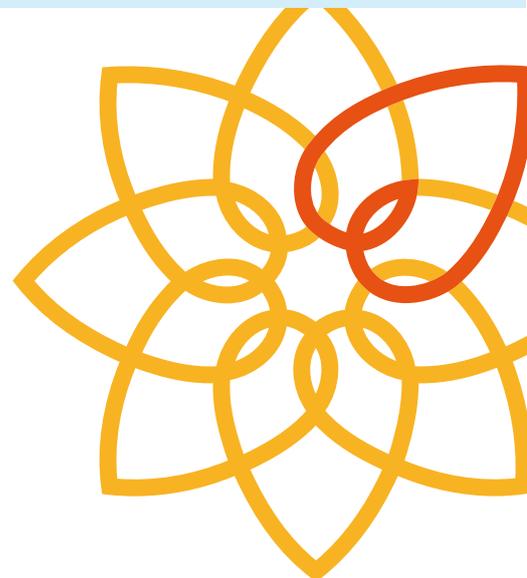
En **Basse-Normandie**, les débats évoquent la nécessité d'une réflexion sur les tarifs des prothèses dentaires, des lunettes et des appareils auditifs. En outre, il apparaît nécessaire d'assurer une communication grand public sur les droits en matière de prise en charge (aide à la complémentaire santé, tarifs opposables).

Les débats régionaux en **Guyane** et en **Guadeloupe** rappellent la grande précarité de certaines populations d'Outre-mer pour lesquelles la renonciation aux soins peut



s'avérer importante ; de plus, les difficultés d'accès aux soins sont aggravées par les problèmes 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 interpellent 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.

Dans le **Languedoc-Roussillon**, plusieurs axes d'action sont 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).





## Focus

### D'autres obstacles à l'accès aux soins

En **Picardie**, la CRSA évoque, outre des aspects financiers, de démographie ou de communication, la nécessité de prendre en compte des questions d'accessibilité physique. 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 ;
- de rendre accessible les cabinets médicaux ou paramédicaux aux personnes à mobilité réduite (application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005). Communiquer pour clarifier les démarches que doivent mener les professionnels de santé pour réaliser la mise aux normes de leurs cabinets, constat fait qu'il existe un flou à ce niveau pour les professionnels et envisager un outil permettant aux professionnels de santé de pouvoir réaliser une autoévaluation de leur cabinet en matière d'accessibilité.



## Focus

### Étudier et suivre l'évolution de l'accès aux soins

Dans le **Nord Pas-de-Calais**, la CRSA préconise 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'offres de 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 ses populations. Elle préconise également de réaliser une étude pilote sur les 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

# 3

## Promouvoir une recherche adaptée aux besoins de la société

La feuille de route insiste sur la promotion de la recherche en matière de santé, en proposant un copilotage 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.

Elle propose également de faire de la recherche un instrument d'aide aux décisions politiques en matière de santé, en apportant «des éléments aux débats sur l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de santé et des politiques de santé publique et de prévention».

### Constats et propositions

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 portent sur la nécessité de développer la recherche sur le champ de la prévention et des déterminants de santé d'une part, sur le champ du premier recours d'autre part.

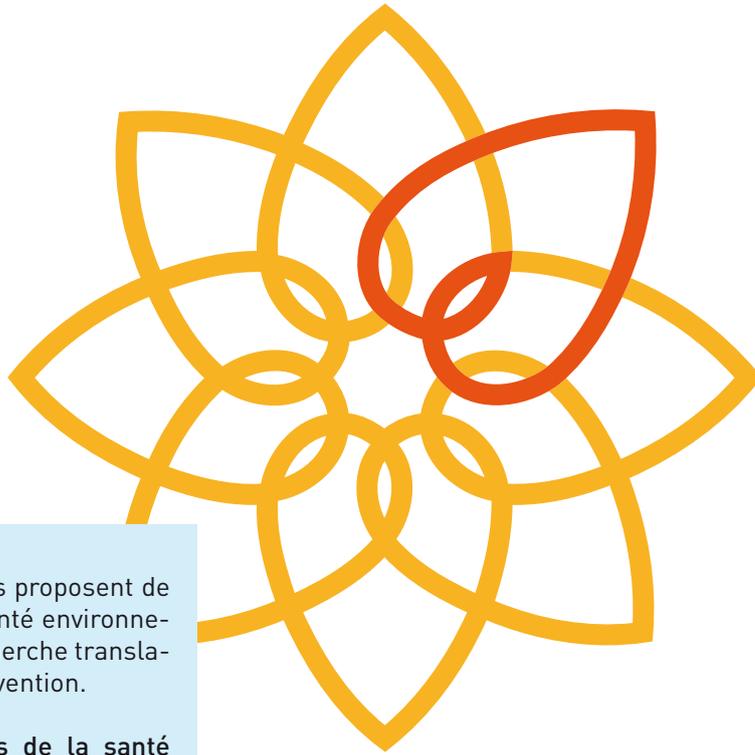


### Focus

#### Développer la recherche en santé sur la prévention et sur le premier recours

En matière de prévention, l'ARS d'**Alsace** propose que les centres hospitaliers universitaires puissent mettre au service de la prévention les compétences et outils capitalisés sur d'autres disciplines, en incluant ce domaine dans leur mission de recherche et de formation.

En **Auvergne**, les débats appellent en conséquence à la promotion et au soutien de programmes de recherche portant sur la prévention et la promotion de la santé : 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 **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 région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, des débats ont conclu sur une proposition de développer la recherche clinique dans les centres hospitaliers non universitaires et en médecine de ville, afin de promouvoir la prévention et l'éducation à la santé, de 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.

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.

# 4

## Revoir la formation initiale et continue des professionnels de santé et créer de nouveaux métiers

La feuille de route préconise d'adapter les formations des professionnels de santé : « 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. »

### Résumé

Un très grand nombre d'acteurs en régions rappellent qu'au-delà des aspects juridiques et financiers visant à structurer et faciliter le parcours de soins et les pratiques pluri-professionnelles, c'est dans le cadre de la formation initiale et continue que se constituent les habitudes de travail en commun. Les propositions pour faire évoluer la formation des professionnels de santé visent aussi à améliorer la prise en compte des besoins des malades (notamment chroniques) et des aidants. Outre la question de la formation éventuelle des professionnels en matière de prévention, l'évolution de certains métiers pour accentuer leur rôle dans ce domaine est préconisée par différents intervenants. Dans le cadre du travail en équipes pluri-professionnelles, ou pour lutter contre les déserts médicaux, de nombreuses interventions appellent à faciliter la délégation de compétences et l'évolution des métiers.



### Focus

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

En **Alsace**, des formations et des séminaires pluriprofessionnels sont proposés pour faciliter le décloisonnement des relations entre les professionnels de santé.

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 tenus en **Haute-Normandie** fixent notamment comme objectifs au renforcement de la formation de consolider les nouvelles modalités des pratiques professionnelles et le «travailler ensemble», de faciliter le repérage puis l'orientation vers la bonne ressource, de renforcer la formation aux risques, en particulier pour les managers.

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 «socio-logiques» qui permettent le partage d'information et promeuvent les habitudes de travailler ensemble autour de la même personne et de son parcours de santé», notamment en renforçant la connaissance des compétences respectives de chaque professionnel.

En **Picardie**, dans le contexte d'une réflexion plus large sur l'attractivité du territoire et la démographie des professionnels de santé, 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.

Les débats en **Rhône-Alpes** proposent 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.

Ce besoin de formations croisées ou communes est 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.

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, publics précaires, etc.

Enfin, en **Île-de-France**, il est préconisé d'instituer des formations croisées « professionnels de santé – usagers » sur les droits des malades pour aider les professionnels de santé à « rentrer » dans la relation de soin et améliorer leurs connaissances sur les droits des usagers. De même dans l'**Océan indien**, ressort le principe d'intégrer les associations de patients porteurs de maladies chroniques au sein des formations des professionnels de santé.





## Focus

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

En **Aquitaine**, pour favoriser l'exercice en équipes, il est indiqué qu'il serait nécessaire de faire évoluer l'exercice infirmier, et ses 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 **Pays de la Loire**, les possibilités de transfert de compétences sont notamment envisagées 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, et où celle-ci est d'accès libre, facile, et constitue 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 : 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 polymédication 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 ; la rémunération pourrait notamment dépendre de l'ordonnance et être graduée selon les niveaux de complexité de cette dernière.

En matière de délégations de tâches, les propositions sont nombreuses :

- en **Basse-Normandie**, il est proposé de cadrer et faciliter les possibilités de délégations de tâches et/ou les transferts de compétences ;
- en région **Centre**, il est proposé 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 ;
- en **Pays de la Loire**, il est proposé 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 ;
- en **Picardie**, il est proposé, pour améliorer la coordination des soins, de mettre en place un groupe de travail chargé de réfléchir à l'expérimentation, sur des territoires ciblés, à des délégations de certaines tâches, avec les représentants des professionnels de santé concernés et des professionnels de santé du territoire choisi ;
- en région **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, il est proposé d'alléger les conditions de mise en œuvre des dispositifs expérimentaux (nouvelles modalités de coopération et transfert de compétence entre professionnels, nouvelles rémunérations, etc.).

## 5

## Des systèmes d'information accessibles et partagés : développer la télémédecine, accélérer le déploiement du dossier médical partagé et créer un service public d'information en santé

« 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. »

« 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. »

« 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 (de la prévention à l'orientation dans le système). »

### Résumé

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.

La coordination des parcours de santé repose par ailleurs sur le partage de l'information entre les différents acteurs de ce parcours de santé. Les débats régionaux insistent d'une part sur l'impératif d'interopérabilité des systèmes d'information entre eux, d'autre part, sur la nécessaire relance du DMP pour doter les professionnels de santé des outils et leviers nécessaires au déploiement d'actions de prévention et de structuration des parcours de soins.

Le besoin d'une meilleure information de la population est enfin souligné dans l'ensemble des débats en région.



## Focus

### Développer la télémédecine

En **Aquitaine**, si les atouts de la télémédecine sont soulignés, il n'en demeure pas moins une inquiétude quant à son coût. Son déploiement devra veiller à préserver 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. La question du modèle économique de la télémédecine est également soulevée en Lorraine.

En **Basse-Normandie**, la télémédecine est considérée comme un atout potentiel 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, téléradiologie, etc.

En **Pays-de-la-Loire**, les atouts de la télémédecine sont soulignés dans le cadre d'une coopération entre médecins de premier recours et spécialistes : 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 outil complémentaire de la mise en place des consultations avancées de spécialistes dans les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), de la constitution d'un répertoire des ressources pour les professionnels et d'un accès différencié aux spécialistes hospitaliers pour les professionnels du premier recours.



## Focus

### Assurer le partage de l'information en accélérant le déploiement du DMP2 et en assurant l'interopérabilité des systèmes d'information

Les débats qui se sont tenus 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.

En **Aquitaine**, plusieurs propositions portent sur le contenu et l'utilisation du DMP, notamment : automatiser son alimentation, 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, la nécessité d'avoir une politique publique forte en matière de systèmes d'information en santé est soulignée, de manière à aider les structures dans les choix technologiques et logiciels les plus efficaces, et garantissant l'interopérabilité ; le déploiement du dossier pharmaceutique doit être poursuivi, en permettant sa consultation par les médecins, services d'urgence et établissements de santé et en prévoyant son utilisation pour des objectifs de santé publique (veille et sécurité sanitaire notamment).

Les débats en **Martinique** font ressortir l'impératif du développement du DMP parmi les outils utiles aux professionnels de santé pour se coordonner.

En **Midi-Pyrénées**, les débats ont conclu à la nécessité de « 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 du DMP 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 **Picardie**, où le déploiement du DMP est avancé, des propositions ressortent pour optimiser son développement, notamment pas une réflexion sur l'ergonomie qui pourrait être menée sous la responsabilité du groupement de coopération sanitaire (GCS) e-santé.

Les débats en **Poitou-Charentes** concluent que ce n'est que par la mise en œuvre de systèmes d'information (SI) communs ou pour le moins intercompatibles, 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 systèmes d'information dédiés. Il est en conséquence préconisé de créer une norme permettant de construire des outils de SI communs et obligatoirement intercompatibles, et dont l'application serait obligatoire pour obtenir une aide ou un financement public (cette proposition est également exprimée en Rhône-Alpes), et de rendre l'alimentation du DMP obligatoire par les professionnels de santé lorsque le patient accepte sa création.

En région **Rhône-Alpes**, 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. L'intérêt de développer les outils qui fournissent une information sur les parcours est rappelé. 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. La CRSA rappelle l'importance des outils de partage d'information, indispensables au développement des coopérations, et « se félicite de voir que le développement du DMP est inscrit dans la Stratégie nationale de santé ».



## Focus

### Système public d'information en santé

En **Champagne-Ardenne** où les débats se sont centrés sur le sujet de l'information du public, les constats partagés par les participants aux débats (usagers, professionnels de santé libéraux, entreprises, élus, personnels des administrations publiques, etc.) sont les suivants :

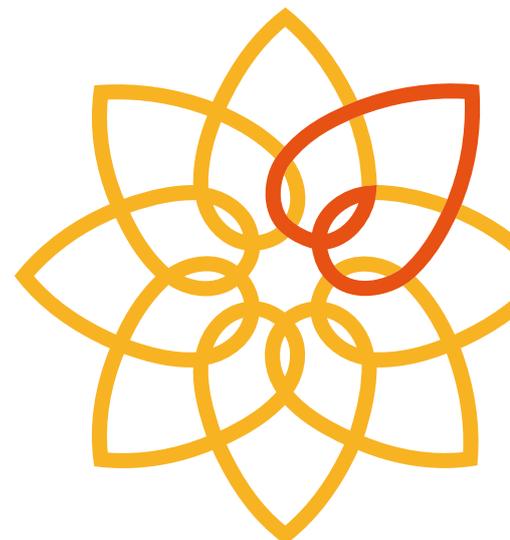
- l'offre Internet dans le domaine de la santé est plein essor ;
- la qualité des différents sites du marché est très hétérogène, et préoccupe l'utilisateur ;
- les sites publics sont reconnus comme fiables et sûrs, mais peinent à être connus ;
- il est désormais nécessaire d'intégrer Internet dans la 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 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 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 parties 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.





© Dicom/Jacky D. Freney

3

**APPROFONDIR LA DÉMOCRATIE  
SANITAIRE ET MISER SUR  
LA DÉCONCENTRATION**

# 1

## Le patient acteur de sa propre prise en charge

« L'éducation thérapeutique sera davantage valorisée et identifiée comme un outil majeur de réussite de la prise en charge globale avec une participation entière et éclairée de patients, acteurs de leur santé. »

### Résumé

L'éducation thérapeutique du patient est identifiée dans de nombreuses régions comme un levier d'action majeur en matière de prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Dans plusieurs régions, les débats portant sur des thèmes spécifiques, comme les personnes âgées ou la santé mentale, ont, au-delà du rôle des usagers au sens large, abordé la question du soutien aux aidants.



### Focus



#### L'éducation thérapeutique du patient

En **Languedoc-Roussillon**, il a été constaté que les actions d'éducation thérapeutique du patient sont 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. À 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.



## Focus

### Personne de confiance et aidants

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 **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).

En **Lorraine**, le sentiment d'isolement des aidants est souligné et il est en conséquence préconisé de leur créer un véritable statut social.

De même en **Midi-Pyrénées**, il est recommandé de prendre en compte et former les aidants tout en veillant à ne pas les surcharger (aide aux aidants, structures de répit, etc.).



# 2

## 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...). »

### Résumé

De nombreuses régions se sont saisies des enjeux de la démocratie sanitaire en appelant à la création d'un statut de l'utilisateur, couvrant ses droits et ses devoirs. Certaines constatent aussi 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, difficultés de fonctionnement des associations représentant les usagers.

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 est soulignée, en rappelant, en miroir, l'intérêt d'associer les usagers aux formations des professionnels de santé, sur l'ensemble des champs : représentation collective des usagers, patients experts, etc.

Le renforcement des démarches participatives et des actions de médiation est évoqué comme un moyen d'atteindre tous les publics et de les impliquer dans des démarches de coconstruction et « d'empowerment » collectif et individuel, au-delà des barrières sociales et culturelles.

Différentes propositions portent sur la structuration de la représentation des usagers et sur le financement de la démocratie sanitaire.



## Focus

### Statut, formation et implication des usagers et de leurs représentants

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.

En **Île-de-France**, outre l'intervention des usagers dans les formations des professionnels de santé, 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.

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.



## Focus

### Structuration de la représentation des usagers

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

**Le renforcement d'instances existantes**, dont il conviendrait éventuellement de clarifier le rôle (**Pays de la Loire**) afin d'éviter les risques de redondances : entre CRSA, comité départemental des retraités et personnes âgées – CODERPA –, commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées – CDAPH –, commissions gérontologiques.

**Le renforcement de la représentation des usagers dans le secteur médico-social**. En **Auvergne**, il est proposé d'étendre certaines dispositions de la loi du 4 mars 2002 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 CRU-QPC 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.

**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**).

**Le développement de démarches participatives.** En **Île-de-France**, il s'agit de valoriser les expériences de santé communautaire ou participative : 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 coconstruction, valoriser la parole des exclus, afin de développer les démarches de participation des publics vulnérables. Une proposition analogue est formulée en **Guyane**, pour une meilleure prise en compte des réalités culturelles, et dépasser la barrière de la langue, et en **Guadeloupe**, où le développement de programmes de santé communautaires est préconisé.



## Focus

### Représentation des usagers au niveau des territoires

De nombreuses propositions concernent la représentation des usagers au niveau des territoires :

- évaluer et valoriser les démarches expérimentales existantes au niveau de certains territoires (**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 ;
- 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. À 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 favoriser la mise en place de commissions d'usagers territoriales pour sortir de la logique de représentation d'usagers sectorielle (**Île-de-France**), de permettre de réunir les

représentants des usagers à l'échelle d'un territoire (**Pays-de-la-Loire**), 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 différentes manières :

- dans l'**Océan indien** et en **Rhône-Alpes**, il est suggéré de renforcer le rôle des instances de démocratie sanitaire dans les contrats locaux de santé (CLS) ;
- en **Rhône-Alpes** et en **Île-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 **Île-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 pourra se situer à l'échelle infra communale, communale ou intercommunale, aligné sur les contrats locaux de santé.



## Focus

### Le financement de la démocratie sanitaire

En **Aquitaine**, la création d'un fonds a été proposée pour permettre aux associations agréées l'indemnisation des frais des représentants des usagers.

Un meilleur financement de la démocratie sanitaire a été suggéré, notamment en **Île-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.

# 3

## Valoriser le débat public

« 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...). »

### Résumé

Au-delà de l'information de la population, et de la formation des représentants des usagers, l'importance de la communication et du débat public est soulignée dans de nombreuses régions.



### Focus

#### Communiquer et valoriser le débat public sur la politique de santé

En **Aquitaine**, l'idée d'une campagne grand public sur les droits des usagers et le rôle de leurs représentants est avancée.

En **Basse-Normandie**, 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 de nos concitoyens et d'éviter les renoncements aux soins encore trop fréquents, et d'organiser des « temps citoyens » qui soient des lieux de dialogue avec les associations d'usagers et les professionnels de santé sur des sujets santé (notamment sur la prévention des risques), ainsi que de promouvoir des groupes de parole et des réunions d'information à l'échelle communale et/ou intercommunale.

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.

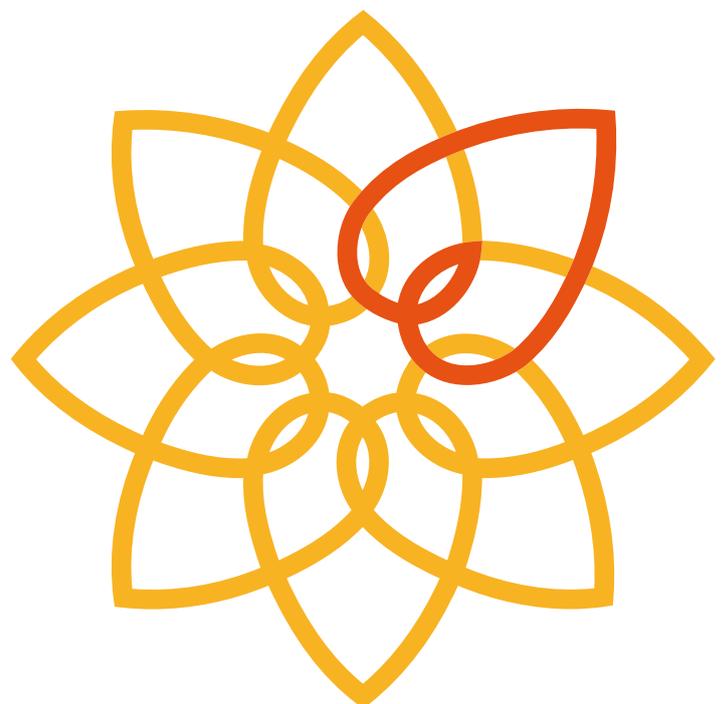
En **Île-de-France**, le constat est double : d'une part, les résultats sont inégaux selon la méthodologie utilisée pour organiser les différents débats ; d'autre part la richesse des échanges ne se traduit pas toujours par des actions concrètes ni par un suivi et un retour réguliers vers ceux qui y 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.

En **Martinique**, c'est une politique de communication globale qui 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 ;
- lancer et exploiter des enquêtes, en associant les représentants des usagers, afin d'évaluer les parcours de santé, les procédures et dispositifs en place ;
- organiser périodiquement des débats publics, pour inciter la population à s'approprier les questions de santé.

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.





# ANNEXES

## Annexe 1 **Calendrier des débats régionaux**

---



SNS débat général en présence de la Ministre

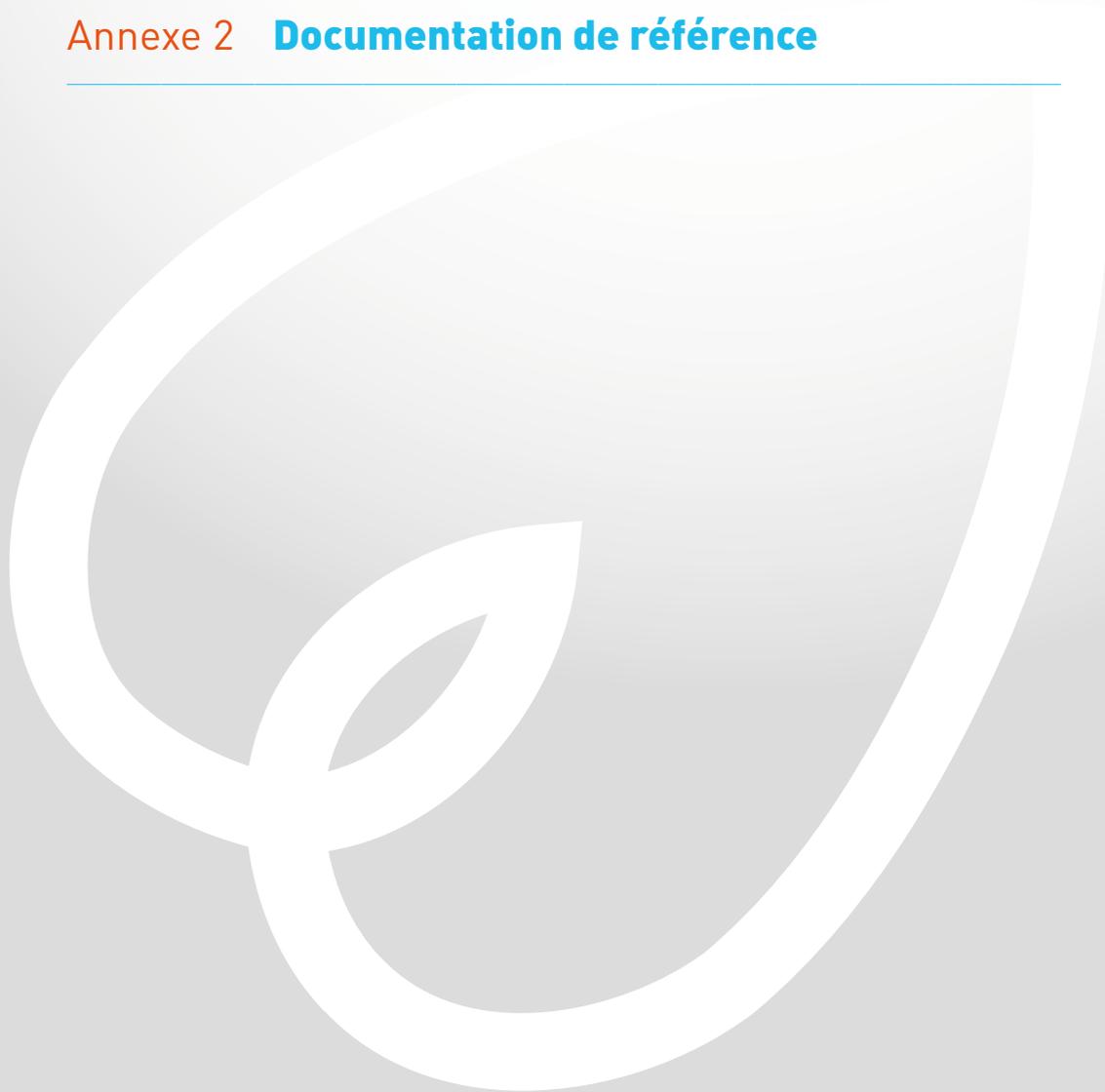


SNS débat général

- Prévention, inégalités sociales de santé
  - Organisation des soins, 1<sup>er</sup> recours
  - Démocratie sanitaire, droits collectifs, rôle des acteurs
- 

## Annexe 2 **Documentation de référence**

---



## Annexe 1

### SEPTEMBRE 2013

---

■ **24/09** : débat public : *La santé mentale, parcours de vie, parcours de soins*  
ARS Franche-Comté

■ ■ **24/09** : séminaire : *Améliorer le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de santé n°4*  
ARS Alsace

■ ■ **29/09** : *Agir vite pour le cerveau*  
ARS Alsace

### OCTOBRE 2013

---

■ **1<sup>er</sup>, 2, 8, 10 et 15/10** : débats publics : *Moi, ma santé et mes soins de proximité*  
ARS Picardie

■ **1-3/10** : séminaire sur les *urgences*  
ARS Franche-Comté

■ **2/10** : conférence régionale MSP  
ARS Centre

■ **3/10** : forum *santé vaccination*  
ARS Nord Pas-de-Calais

■ **7/10** : rencontre *Qualité Efficience sur Risques Sanitaires*  
ARS Pays de la Loire

■ **8/10** : signature de la convention *Culture et Santé*  
ARS Franche-Comté

■ **9/10** : rencontre régionale *Alzheimer et maladies apparentées : quel parcours pour le malade et son proche aidant en Franche-Comté ?*  
ARS Franche-Comté

■ **10/10** : débat *Les urgences, pour qui ? Pour quoi ?*  
ARS CRSA Poitou-Charentes

■ **10/10** présentation du *Plan urgence*  
ARS Lorraine

■ **10/10** : débat public *Les conduites addictives : parlons-en !*  
ARS Basse-Normandie

■ **11/10** : journée *Addictions, accueillir les jeunes et leur entourage*  
ARS Corse/MILDT

■ **14, 21, 28 et 30/10** : échanges sur *l'organisation de l'urgence pré-hospitalière en Franche-Comté à l'échelle des territoires*  
ARS Franche-Comté

■ **15/10** : journée régionale des *infirmières-coordinatrices en EHPAD : un réseau en marche*  
ARS Franche-Comté

■ **15/10** : journée régionale *ALes activités physiques et sportives comme facteur de santé adaptées aux malades chroniques*  
ARS Centre

■ **17/10** : conférence de territoire Meuse  
ARS Lorraine

■ ■ **21/10** : débat public *Prévention, environnement, parcours*  
ARS Limousin

■ **21/10** : débat public *Prévention, environnement, parcours*  
ARS Limousin

■ **22/10** : rencontre à mi-parcours sur le *Plan régional santé environnement (PRSE)*  
ARS Bretagne

■ ■ **14/10** : débats publics sur *la prévention, le dépistage et la prise en charge du diabète*  
ARS CRSA Alsace

■ ■ **14/10** : conférence de presse/signature du *plan Sport, santé, bien-être*  
ARS Franche-Comté

■ **15/10** : colloque *Précarité*  
ARS Franche-Comté

■ **25/10** : débats *Quels sont les enjeux du «faire ensemble» dans les activités de soins en addictologie*  
ARS Lorraine, réseau régional Loraddict

■ **29/10** : débat public sur la *prise en charge de l'AVC aux malades chroniques*  
ARS Alsace

## NOVEMBRE 2013

---

■ **5 et 28/11** : débats publics sur *La télémédecine : enjeux, apports et limites*  
ARS CRSA Bretagne

■ **13/11** : forum *Santé diabète*  
ARS Nord Pas-de-Calais

■ **13/11** : débat *Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires*  
ARS CRSA Centre

■ **13/11** : débat public *Les conduites addictives : parlons-en !*  
ARS Basse-Normandie

■ **13, 19, 21, 26, 28/11** : débats publics sur *les maladies cardiovasculaires*  
ARS Centre

■ **14/11** : conférence de territoire Vosges  
ARS Lorraine

■ **14/11** : journée départementale *Prévention du suicide*  
ARS Centre

■ **14/11** : débat *Réduction des risques liés à la consommation de produits psycho-actifs*  
ARS Poitou-Charentes

■ **14/11** : symposium sur *les maisons de santé pluridisciplinaires*  
ARS Champagne-Ardenne

■ ■ **14/11** : débat public *150 000 diabétiques en Alsace et moi ? Et moi ! et moi...*  
ARS Alsace

■ ■ ■ **18/11** : séminaire départemental du Cantal sur *la Stratégie nationale de santé*  
ARS Auvergne

■ ■ **18/11** : débat *La santé près de chez vous – territoire de proximité d'Aubusson*  
ARS Limousin

■ ■ ■ **18, 19, 20 et 21/11** : réunions départementales sur *la Stratégie nationale de santé*  
ARS Bourgogne



■ **19/11** : Forum régional sur *les parcours de santé, parcours de vie : de quoi parle-t-on ?*  
ARS Bretagne

■ **19/11** : RDV santé : *le futur médecin généraliste*  
ARS Aquitaine

■ **20/11** : journée d'échanges sur *la sécurité des patients*  
ARS Aquitaine

■ **20/11** : rencontre régionale *des usagers du système de santé*  
ARS Champagne-Ardenne

■ **21/11** : colloque régional sur *les maladies rares*  
ARS Bretagne

■ **22/11** : journée régionale *Les usagers, acteurs du système de santé*

ARS Océan indien

■ ■ ■ **22/11** : séminaire départemental de l'Allier sur *la Stratégie nationale de santé*

ARS Auvergne

■ ■ ■ **25/11** : séminaire départemental de Haute-Loire sur *la Stratégie nationale de santé*

ARS Auvergne

■ **25/11** : débat *sécurité des patients : pharmaciens d'officine et OMEDIT : retours d'expériences*

ARS Franche-Comté

■ ■ ■ **25/11** : *La sante près de chez vous, territoire de proximité de Brive / Avezère*

ARS Limousin



■ ■ ■ **27 et 28/11** : débats régionaux *Jeunes et santé, comment être plus solidaires ?*

ARS Corse

■ **27/11** : forum *Santé sécurité du patient*

ARS Nord Pas-de-Calais

■ ■ ■ **25/11** : *La sante près de chez vous, territoire de proximité de Monts et Barrages*

ARS Limousin

■ **29/11** : journée régionale consacrée aux ELSA (*équipes de liaison des soins en addiction*)

ARS Bretagne

■ **29/11** : journées de la prévention et de l'éducation pour la santé *Promotion de la santé et jeunesse : à votre santé les jeunes*

ARS Océan indien

## DÉCEMBRE 2013

---

■ **2/12** : débat public *Les jeunes et la santé : comment être plus solidaires ?*

ARS IDF

■ ■ ■ **2/12** : séminaire départemental du Puy-de-Dôme sur la *Stratégie nationale de santé*

ARS Auvergne

■ ■ ■ **2/12** : *La sante près de chez vous : territoire de proximité de l'Ouest Limousin (Haute-Vienne)*

ARS Limousin

■ **3/12** : colloque *Équipes spécialisées Alzheimer*

ARS Pays de la Loire

■ **4/12** : débat public *Innovation médicale et accès aux soins*

ARS CRSA Champagne-Ardenne

■ ■ ■ **5/12** : séance publique *La santé en proximité : l'affaire de tous*

ARS Languedoc-Roussillon

■ **5/12** : débat *Prévention et prise en charge des maladies cardiovasculaires*

ARS CRSA Centre

■ **5/12** : CRSA plénière, suivie d'un séminaire sur *l'accès aux soins*

ARS CRSA Nord Pas-de-Calais

■ **5/12** : débats publics sur *La télémédecine : enjeux, apports, limites*

ARS CRSA Bretagne

■ ■ ■ **5/12** : forum sur la *Stratégie nationale de santé dans les Alpes Maritimes Agir ensemble pour réduire les inégalités de santé*

ARS PACA

■ ■ **5/12** : débat *La santé près de chez vous – territoire de proximité de Guéret/Boussac*

ARS Limousin

■ ■ ■ **6/12** : forum sur la *Stratégie nationale de santé dans les bouches du Rhône « L'innovation, la formation et la recherche : les enjeux pour l'avenir de notre système de santé*

ARS PACA

■ **9/12** : débat *Ça déborde aux urgences ! Que pouvons-nous faire ?*

ARS CRSA Rhône-Alpes

■ **9/12** : débat sur *le parcours de santé de la personne âgée : Bien vieillir et prévenir la perte d'autonomie de la personne âgée*  
ARS Midi-Pyrénées



■ **10/12** : débat public *Adaptons notre société au vieillissement : Agissons dès maintenant*  
ARS Basse-Normandie, CRSA.

■ ■ **10/12** : débat *La santé près de chez vous – territoire de proximité du Haut Limousin*  
ARS Limousin

■ ■ **11/12** : séance publique *La santé en proximité : l'affaire de tous*  
ARS Languedoc-Roussillon

■ ■ **11/12** : réunion : *La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : jeunesse et inégalités sociales de santé - réunion du territoire de Rouen*  
ARS Haute-Normandie

■ **11/12** : forum *Travailler en équipe pour mieux soigner : enjeux et pratique des équipes pluriprofessionnelles*  
ARS PACA

■ **12/12** : 4<sup>e</sup> journée des *représentants des usagers*  
Pays de la Loire

■ **12/12** : journée *Bilan 2012 et perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire*  
ARS Océan indien

■ **13/12** : journée *d'Addictologie du Grand Est*  
ARS Lorraine

■ **13/12** : débat SNS *Le patient, acteur de son parcours de santé et/ou de vie : vers quelle coordination ?*  
ARS PACA

■ **14/12** : débat public sur *Les coopérations interprofessionnelles*  
ARS Midi-Pyrénées

■ **16/12** : conférence de territoire Dieppe *De la prévention à la prise en charge et à l'accompagnement médico-social*  
ARS Haute-Normandie

■ **16/12** : forum : *Agir ensemble pour faire de la prévention la priorité de notre système de santé : quelle place pour quels acteurs ?*  
ARS PACA

■ ■ ■ **17/12** : débats territoire Nord-Atlantique  
ARS Martinique

■ ■ ■ **17/12** : débat public sur la *Stratégie nationale de santé de la Gironde*  
ARS Aquitaine

■ **17/12** : débat : *Organisation du parcours du patient atteint de maladie chronique : l'exemple du cancer*  
ARS Midi-Pyrénées

■ **18/12** : *La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : inégalités sociales et cancer - réunion du territoire du Havre*  
ARS Haute-Normandie

■ **19/12** : débat : *La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé : service public territorial et santé - réunion du territoire d'Evreux*  
ARS Haute-Normandie

■ ■ ■ **19/12** : débat SNS – Territoire Nord-Caraïbe  
ARS Martinique

■ **19/12** : débat : *Organiser des soins de proximité autour du patient. Coopération entre professionnels et coordination ville Hôpital*  
ARS Midi-Pyrénées

## JANVIER 2014

■ ■ ■ **7/01** : débat sur la *Stratégie nationale de santé – Territoire Sud*  
ARS Martinique

■ ■ ■ **7/01** : débat : *La santé en proximité : l'affaire de tous*  
ARS Languedoc-Roussillon

■ ■ ■ **9/01** : débat public sur la *Stratégie nationale de santé dans les Landes*  
ARS Aquitaine

■ ■ ■ **9/01** : débat SNS – Territoire Centre  
ARS Martinique

■ **9/01** : débat public *La jeunesse, la santé mentale, les addictions*  
ARS Aquitaine



■ ■ ■ **10/01** : forum régional sur

*la Stratégie nationale de santé*  
ARS Auvergne

■ ■ ■ **10/01** : débat public du territoire de santé de Béarn Soule pour la Stratégie nationale de santé  
ARS Aquitaine

■ ■ ■ **10/01** : débat public du territoire de santé Navarre-Côte Basque pour la Stratégie nationale de santé  
ARS Aquitaine

■ ■ ■ **13/01** : débat public sur la *Stratégie nationale de santé du Lot-et-Garonne*  
ARS Aquitaine



■ **15/01** : forum régional : *Ma santé demain : la démocratie sanitaire pivot de la Stratégie nationale de santé*  
ARS PACA

■ **15/01** : débat public SNS Côte-d'Or  
ARS Bourgogne



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

■ ■ ■ **16/01** : débat régional sur  
la Stratégie nationale de santé  
ARS Aquitaine

■ **16/01** : débat SNS *Jeunesse en Meuse : quelle politique pour demain ?*  
ARS Lorraine

■ **16/01** : débat public : *Jeunesse et prévention - La Flèche*  
ARS Pays de la Loire

■ ■ ■ **18/01** : *La santé en Guyane ? Votre avis nous intéresse !*  
ARS – CRSA Guyane

■ ■ ■ **20/01** : *Quelle médecine de proximité pour demain ?*  
ARS Pays de la Loire

■ ■ ■ **20/01** : débat public *Parcours des Aînés à Laval*  
ARS Pays de la Loire



■ ■ ■ **21/01** : débat régional sur *la Stratégie nationale de santé*  
ARS Limousin

■ **21/01** : débat public / ateliers de réflexion - Saint-Nazaire  
ARS Pays de la Loire

■ ■ ■ **21/01** : débat public autour de la *Stratégie nationale de santé* à Mayotte  
ARS Océan indien

■ ■ ■ **21/01** : débat public départemental de Meurthe et Moselle - *Santé mentale : enjeux et perspectives*  
ARS Lorraine

■ **22/01** : débat public départemental des Vosges - *Bien vieillir demain ?* ARS Lorraine

■ **23/01** : débat du territoire de santé Nord - *Le parcours de la personne âgée : du changement des pratiques à l'adoption d'une approche intégrée*  
ARS Rhône-Alpes



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

■ ■ ■ 23/01 : débat régional -

*la Stratégie nationale de santé en Nord-Pas-de-Calais*  
ARS Nord-Pas-de-Calais



■ ■ ■ 23/01 : débat régional sur *la Stratégie*

*nationale de santé*  
ARS Martinique

■ 23/01 : débat - *Les addictions : prévenir et accompagner en Moselle*  
ARS Lorraine

■ ■ ■ 23/01 : débat public *Territoire des îles du Nord*  
ARS Guadeloupe

■ ■ ■ 23/01 : débat public sur *la Stratégie nationale de santé dans l'Yonne*  
ARS Bourgogne



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

■ ■ ■ 23/01 : forum régional -

*Organiser les soins autour des patients et en garantir l'égal accès : la révolution du premier recours*  
ARS Poitou-Charentes



■ ■ ■ 25/01 : débat public régional - *Commission relation usagers : usagers et système de santé / les droits à l'épreuve des faits*  
ARS Guadeloupe

■ ■ ■ 25/01 : débat - *La santé en Guyane ? Votre avis nous intéresse !*  
ARS - CRSA Guyane



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

■ ■ ■ 27/01 : forum régional sur

*la Stratégie nationale de santé*  
ARS Pays de la Loire

■ ■ ■ 27/01 : débat public *Territoire Sud Basse-Terre*  
ARS Guadeloupe



■ ■ ■ 29/01 : débat public régional - *La prévention au coeur de la Stratégie nationale de santé*  
ARS Franche-Comté



■ ■ ■ 29/01 : réunion de synthèse régionale *sur la Stratégie nationale de santé*  
ARS Haute-Normandie

■ ■ ■ 30/01 : débat du territoire de santé Sud - *Le parcours de la personne handicapée psychique adulte en Ardèche et Drôme*  
ARS Rhône-Alpes

■ ■ ■ 30/01 : débat public *sur la Stratégie nationale de santé en Saône-et-Loire*  
ARS Bourgogne



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

■ 30/01 : débat régional -

*Mon médecin demain : quelle organisation de la santé de proximité ?*  
ARS Alsace

■ ■ ■ 31/01 : débat public *Territoire Centre*  
ARS Guadeloupe

## FÉVRIER 2014

---



**04/02** : débat régional sur la *Stratégie nationale de santé en Picardie*  
ARS Picardie



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

**6/02** : débat public autour  
de la *Stratégie nationale de santé à La Réunion*  
ARS Océan indien

**6/02** : débat public sur la *Stratégie nationale de santé dans la Nièvre*  
ARS Bourgogne



**10/02** : débat régional *la Stratégie nationale de santé*  
ARS Bourgogne



**11/02** : forum régional - *Devenir acteur de sa santé : avec Internet ?*  
ARS Champagne-Ardenne



**12/02** : débat - *La démocratie en santé : quelles réalités ?*  
ARS Île-de-France



**12/02** : débat régional - *Parcours de santé, parcours de vie ? Soyez acteurs de votre santé*  
ARS Lorraine



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

**13/02** : débat régional sur la  
*Stratégie nationale de santé*  
ARS Centre

**14/02** : débat public sur *les addictions*  
ARS Pays de la Loire



STRATÉGIE  
NATIONALE  
DE SANTÉ

**17/02** : forum régional sur *les parcours de soins en Rhône-Alpes*  
ARS Rhone-Alpes



**25/02** : débat régional - *Les déterminants sociaux de la santé : comment agir ?*  
ARS Bretagne

## ET AUSSI

---

**04/04** : séminaire - *Améliorer le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de santé n° 3*  
ARS Alsace

**13/05** : séminaire - *Améliorer le parcours de santé des personnes âgées sur le territoire de santé n° 1*  
ARS Alsace

## Annexe 2

■ *Rapport des conférences hospitalières sur le fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé*  
Mars 2014

---

■ *Pour l'An II de la démocratie sanitaire*  
Rapport présenté par Claire COMPAGNON en collaboration avec Véronique GHADI  
14 février 2014

---

■ *Rapport sur Santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*  
Rapport présenté par Denys Robillard, député  
18 décembre 2013

---

■ *Gouvernance et utilisation des données de santé*  
Rapport présenté par Pierre-Louis Bras, IGAS, avec le concours d'André LOTH, administrateur général  
Septembre 2013

---

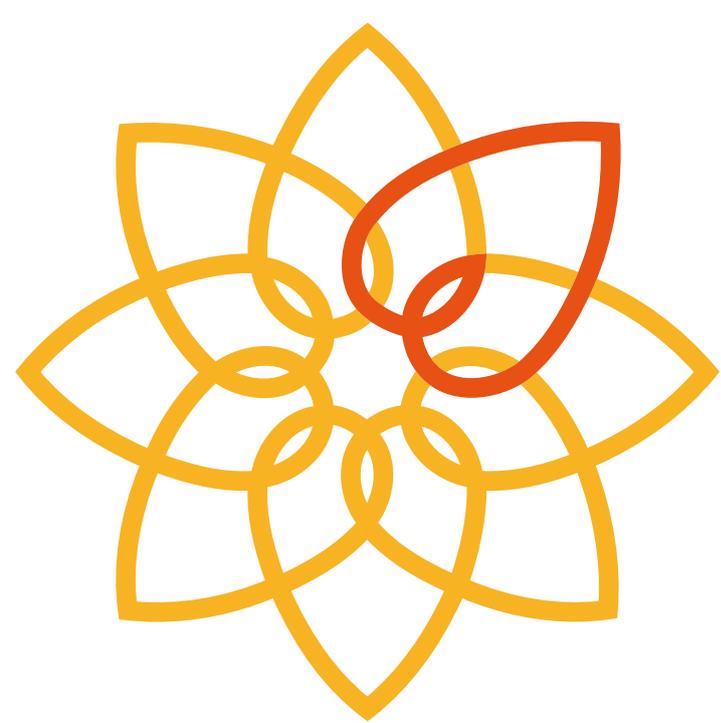
■ *Le tiers payant pour les consultations de médecine en ville*  
Rapport présenté par Étienne MARIE et Juliette ROGER, IGAS  
Juillet 2013

---

■ *Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle de santé publique*  
Rapport présenté par le Pr Serge Hercberg et le Pr Arnaud Basdevant  
28 janvier 2013

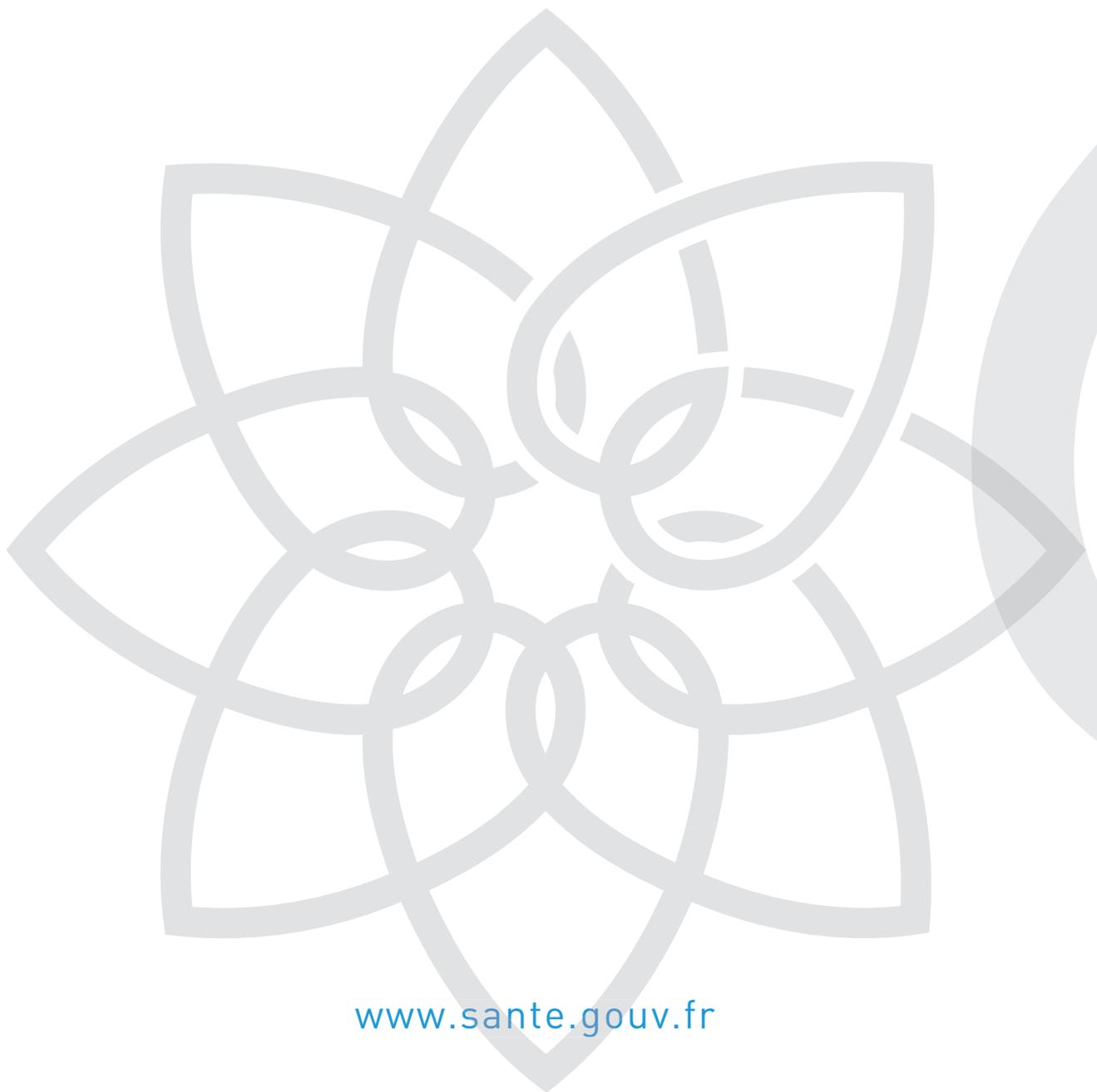
---

■ Le cycle de formation LMD pour les professions médicales et les sages-femmes  
Juillet 2008



## Remerciements

aux agences régionales de santé, aux conférences régionales de la santé et de l'autonomie et à l'ensemble des acteurs locaux qui ont organisé et participé activement aux débats.



[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)