

Objet : compte -rendu par Hélène Devaux

CONFERENCE REGIONALE DE SANTE ET DE L'AUTONOMIE

Assemblée plénière

date et lieu	service organisateur
<p align="center">Jeudi 13 décembre 2018 à Nantes 10h00 à 16h00</p>	<p>ARS – Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement Mission démocratie sanitaire et usagers</p>
<p>date d'approbation : compte-rendu approuvé lors de la CRSA du 19 mars 2019</p>	

Participants membres de la CRSA :

Dr Denis LEGUAY, président de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
 Dr François ADES, représentant des ADOPS collège 7 j
 M. Gérard ALLARD, représentant des associations agréées collège 2 a
 M. Marc MARHADOUR, représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes handicapées collège 7 e
 M. Serge CASIMONT, représentant des URPS collège 7 o
 Mme Véronique BORRIELLO, représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes âgées collège 7 f
 Dr Jean-Baptiste CAILLARD, représentant des URPS collège 7 o
 Mme Sylvie CHAPELAIS, représentant des associations œuvrant dans le champ de la lutte contre la précarité collège 5 a
 Dr Philippe DELORME, représentant des URPS collège 7 o
 M. René MEISNEROWSKI, représentant des conseils territoriaux de santé collège 3
 Dr Dominique FRADIN, représentant des établissements publics de santé collège 7 a
 Mme Marie-Cécile GESSANT, conseillère régionale collège 1
 M. Pierre GIRAUD, représentant des associations de personnes handicapées collège 2 c
 M. Mamady KABA, représentant des associations de personnes handicapées collège 2 c
 M. Gaël GOURMELEN, représentant des associations agréées collège 2 a
 M. Claude GUIHENEUF, représentant des organisations syndicales de salariés collège 4 a
 M. Alain GUILLEMINOT, représentant des URPS collège 7 o
 M. Georges HAMONET, représentant des organisations professionnelles d'employeurs collège 4 b
 M. René DEMEULEMEESTER, représentant des organismes œuvrant dans le champ de la promotion de la santé, la prévention ou l'éducation pour la santé collège 6 d
 M. André HERVOUET, représentant des associations agréées collège 2 a
 Mme Anne HIEGEL, représentant des associations agréées collège 2 a
 Mme Françoise GUERIN-GIACALONE, représentant des associations agréées collège 2 a
 M. Ludovic HUSSE, représentant des conseils territoriaux de santé collège 3
 Mme Corinne WILLIAMS-SOSSLER, représentant des conseils territoriaux de santé collège 3
 Dr Philippe FRADIN, médecin responsable d'un SAMU ou d'un SMUR collège 7 k
 M. Gilles LATOURNERIE, représentant des organisations syndicales de salariés collège 4 a
 Mme Denyse LE BERRE, représentant des associations de personnes handicapées collège 2 c
 M. François LEGENTILHOMME, représentant des associations agréées collège 2 a
 M. Jean-Michel LERAY, représentant de la mutualité française collège 5 d

Mme Christine POULIQUEN SINA, représentant de la mutualité française collège 5 d
Mme Marie-Christine LARIVE, représentant des associations agréées collège 2 a
M. Alain MOREAU, représentant de l'ordre des médecins collège 7 p
M. René PAVAGEAU, représentant des associations de retraités et de personnes âgées collège 2 b
Mme Agnès PICHOT, représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile collège 7 d
M. Bernard MORICEAU, représentant des personnes morales gestionnaires d'institutions accueillant des personnes âgées collège 7 f
M. Pierre VOLLOT, représentant des établissements publics de santé collège 7 a

Participants non membre de la CRSA :

Mme Stéphanie RABAUD, Mutualité française

Personnel de l'ARS présent :

M. Christophe DUVAUX, directeur général adjoint
Dr Pierre BLAISE, directeur du Projet Régional de Santé
Mme Laurence BROWAEYS, directrice de la Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement
M. Benoît JAMES, directeur adjoint de la Direction de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement
Mme Séverine BLANC, responsable du département communication
M. Michel POUPON, responsable du département veille, observation et analyse
Mme Charlotte SIMONNEAU, département veille, observation et analyse
Mme Evelyne RIVET, responsable du département accès aux soins primaires
M. Antoine AUGER, chargé de mission démocratie sanitaire et usagers

La séance est ouverte à 10h00 par M. Denis LEGUAY, président de la CRSA.

L'ordre du jour est le suivant :

1. Approbation du compte-rendu de la CRSA du 16 octobre 2018
2. Le budget de la démocratie sanitaire
3. Présentation du site internet « sante.fr »
4. Les dépenses de santé 2017 en Pays de la Loire
5. Les indicateurs du Projet Régional de Santé
6. Démocratie sanitaire et démographie des offreurs de soins : le point sur la réflexion
7. Présentation des propositions de zonages des masseurs-kinésithérapeutes (MK) et orthophonistes
8. Le cahier des charges régional des CPTS, présentation d'Evelyne RIVET
9. Le compte-rendu des travaux des commissions spécialisées et des groupes permanents

1. Approbation du compte-rendu de la CRSA du 16 octobre 2018

Mme WILLIAMS-SOSSLER souhaite informer l'assemblée que le projet territorial de santé mentale (PTSM) de la Vendée a été approuvé par le Directeur Général de l'ARS le 3 décembre 2018. Il est remarqué que cela ne peut être indiqué dans le compte-rendu de la CRSA qui s'est tenue le 16 octobre 2018.

Mme WILLIAMS-SOSSLER rappelle que l'objectif des PTSM est de faciliter les parcours de soins, les prises en charge et de réduire les ruptures dans les parcours de soins des personnes concernées. L'élaboration du PTSM a été conduite entre novembre 2016 et juin 2018 et pour ce faire le Conseil Territorial de Santé s'est appuyé sur une méthodologie du type Contrat Local de Santé.

M. LEGUAY propose à Mme WILLIAMS-SOSSLER de rédiger un document d'une page sur ce PTSM qui pourrait être intégré sur le site de la CRSA et dans une prochaine newsletter de la CRSA.

Le compte-rendu de la CRSA du 16 octobre 2018 est adopté à l'unanimité.

2. Le budget de la démocratie sanitaire du Fonds d'Intervention Régional, présentation de Benoît JAMES, Directeur adjoint de la Direction de l'Appui de la Transformation et de l'Accompagnement

Le budget Démocratie sanitaire est une ligne spécifique dans le Fonds d'Intervention Régional, il existe des recommandations d'usage du niveau national pour l'utilisation de ces crédits :

- la formation des représentants des usagers (RU)
- le processus de recueil de l'expression des attentes et besoins de tous les acteurs de santé, et en particulier des usagers et des citoyens
- aider et mettre en place certaines actions des Conseils Territoriaux de Santé.

Il faut noter qu'avec la mise en place de l'Union Nationale des Associations Agréées d'Usagers du Système de Santé (UNASS) il n'y a plus de financement des formations de base des RU, lesquelles sont désormais menées par les Unions régionales (URASS). De plus les crédits ne peuvent être utilisés pour financer le fonctionnement même de la CRSA (exemple : location de salle).

Budget 2018 : le budget initial était de 297 622 Euros et le budget rectificatif est de 336 222 Euros car certaines actions budgétées ne sont pas immédiatement mises en œuvre.

La répartition des dépenses est la suivante :

- 42 % pour la formation des RU
- 2 % pour le droit des usagers (la rédaction du rapport droits des usagers)
- 5 % pour la communication CRSA (le site internet et les newsletters)
- 50 % pour le recueil des attentes et besoins des usagers (accompagnement de la démarche de démocratie en santé dans le castelbriantais, études ORS sur les perceptions des personnels des urgences, diagnostic santé de Châteaubriant).

Le reliquat de 78 000 Euros est reporté sur l'année suivante, il y a un report d'année en année du fait du démarrage tardif des activités au lancement du FIR.

Le budget prévisionnel 2019 est de 267 246 Euros.. La somme exacte sera connue au printemps 2019.

Pour cette année 2019 sont prévues :

- la formation des représentants des usagers qui représente 50% des dépenses prévisionnelles. la CRSA a la volonté de poursuivre la formation des représentants des CVS (un comité de pilotage va se constituer pour y réfléchir). De plus les RU dans les Commissions des Usagers des établissements de santé vont être renouvelés fin 2019 donc il y a un besoin et une volonté d'agir auprès des associations agréées du système de santé pour qu'elles aient des représentants des usagers investis et formés ;
- en 2019 aura lieu la journée spéciale dédiée aux RU qui se tient tous les deux ans ;
- le recueil des besoins et attentes se poursuit avec une légère diminution du budget mais qui représente tout de même une part importante dédiée à la poursuite de l'accompagnement local des actions de la CRSA à Châteaubriant.

M. LEGUAY indique que la démocratie sanitaire consomme tous les ans l'ensemble des crédits avec un décalage. Une bonne part ne sont pas des dépenses récurrentes et il y a des moyens pour engager des études et des actions sur des sujets que la CRSA choisirait.

M. GUILLEMINOT demande dans quel cadre se fait la formation des usagers et par quelles structures.

M. LEGUAY répond qu'il s'agit de la formation des représentants des usagers (RU) dans le cadre d'une action co-conduite par l'URIOPPS et le CREAL pour les Conseils de la Vie Sociale.

M. JAMES rappelle que depuis 2018 la formation de base des RU est déléguée à France Asso Santé avec des crédits nationaux. Auparavant les formations étaient menées par le CISS qui était financé par l'ARS. Désormais l'ARS ne finance plus directement les formations de base des RU mais le budget FIR permet des formations complémentaires pour accompagner les associations agréées du système de santé.

M. LATOURNERIE indique que des rencontres régionales de la santé sont prévues pour 2019 par le Conseil Régional et une réflexion au sein du CESER est en cours à ce sujet. **M. LATOURNERIE** demande s'il serait envisageable d'avoir une action dans ce cadre pour valoriser, communiquer sur le rôle de la démocratie sanitaire.

M. DUVAUX indique que l'ARS n'est pas encore au courant de ces rencontres.

Pour **M. LEGUAY** la CRSA est preneuse des informations concernant ces rencontres régionales.

M. PAVAGEAU précise que ces rencontres régionales ont pour objet le suivi du Projet Régional de Santé, à l'initiative du Conseil Régional. L'ARS et les Conseils Départementaux seront invités. L'objectif est de mettre en cohérence les actions des différents acteurs.

M. MARHADOUR précise qu'un avis a été émis par le CESER sur le budget 2019 pour mener cette action dont l'objectif serait d'assurer la cohérence des actions et des acteurs.

M. DUVAUX dit qu'une action de visibilité sur les liens et la cohérence entre les acteurs peut être intéressante et il rappelle que ces liens entre les acteurs existent. Notamment dans le domaine de la formation des paramédicaux qui impliquent l'ARS, le Conseil Régional, Pôle Emploi etc. ainsi que dans le domaine des addictions en lien avec le Conseil Régional qui a la compétence des lycées.

C'est bien l'ARS qui est au cœur du pilotage global et qui assure la coordination des acteurs.

Le Conseil Régional a un plan régional santé qui est articulé avec le Projet Régional de Santé.

Mme GESSANT, Conseillère régionale affirme qu'il n'y a aucun conflit mais au contraire une cohérence totale notamment pour travailler sur les problématiques de la désertification médicale, de la formation des aides-soignantes. Le Plan régional santé du Conseil Régional vient bien en appui au Projet Régional de Santé.

M. LEGUAY indique qu'il existe aussi de nombreux lieux d'échange comme les réunions informelles, les Commissions de Coordination des Politiques Publiques etc.

M. DUVAUX précise que depuis la création de l'ARS il y a une convention de partenariat qui stabilise ce cadre d'échange et de compétences partagées. L'ARS est tout à fait favorable à ce que le CESER travaille à montrer la cohérence et la complémentarité des actions et la nécessité de partager avec tous les acteurs de la santé, qui vont de la prévention jusqu'à l'accompagnement en fin de vie, en passant par la politique de l'emploi, la protection de la ressource en eau etc.

M. MARHADOUR informe que le CESER émettra un avis sur les budgets examinés le 20 et 21 décembre 2018 (1 600 000 Euros) par le Conseil Régional. Le CESER est organisé en plusieurs commissions dont chacune émet un avis et c'est à ce niveau là qu'a été examiné le sujet des rencontres régionales en santé.

M. PAVAGEAU : Les membres du CESER sont attentifs à porter le message de la nécessité de la cohérence des actions avec l'ARS comme chef de file. Les membres du CESER veulent aussi soutenir les actions volontaristes des collectivités locales qui contribuent à la santé. Les actions autour du logement, de la mobilité sont importantes aussi pour la santé.

M. DUVAUX est tout à fait favorable à la proposition des membres du CESER d'une rencontre régionale permettant la visibilité des acteurs.

M. LATOURNERIE : c'est la 1ère fois que la Commission Santé Sociale du CESER donne un avis sur le budget primitif du Conseil Régional, cela permet de réfléchir au positionnement du CESER.

Il faut suivre les lignes directrices du PRS et le Conseil Régional n'est certes pas chef de file mais pour agir sur les déterminants de santé ce sont davantage les collectivités locales qui peuvent agir.

Il faut saisir les opportunités qui existent pour faire connaître les actions de la CRSA, notamment celle menées sur Châteaubriant.

M. GUIHENEUF informe que se tient le 7 février 2019 la Journée des acteurs de santé en Pays de la Loire organisée par l'ARS, il convient d'y inviter les partenaires sociaux et les responsables des organismes de formation.

M. ALLARD rappelle que concernant les crédits de la démocratie sanitaire, les objectifs sont bien encadrés et doivent concerner des actions vers les représentants des usagers et l'expression des usagers, en lien avec les Conseils Territoriaux de Santé également. Les crédits doivent être utilisés dans ce sens. Ainsi les formations des membres des CVS ne remplacent pas les formations que doivent faire les établissements de santé mais doivent cibler les RU des CVS. Il faut mesurer l'impact des formations des CVS, la CSDU avait émis des recommandations à ce sujet.

Pour **M. Allard** il est important de rappeler que ce sont là des actions de la CRSA. Comme l'est la journée des représentants des usagers qui aura lieu le 25 juin 2019 sur la qualité, les indicateurs, le rôle des RU dans le suivi des indicateurs, la maltraitance dans les ESMS ; cette journée est menée conjointement avec l'ARS.

Le Président rappelle qu'il faut des idées nouvelles de champs à investiguer.

3. Présentation du site internet « sante.fr » par Séverine Blanc, responsable du service communication de l'ARS

M. DUVAUX rappelle que c'est un chantier de transformation important. Le 1^{er} PRS avait identifié l'enjeu de mettre en place un système d'informations orienté patients. Plusieurs régions s'étaient lancées sur le sujet, c'est désormais un pilotage national.

Mme BLANC rappelle le contexte de création du site sante.fr : il est issu de la loi de modernisation du système de santé dont un des objectifs est de « Mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leur parcours de santé ». A alors été créé le Service Public d'informations en santé qui a la charge de développer le site internet et l'application mobile, pour diffuser gratuitement et largement des informations relatives à la santé et aux produits de santé.

Le site et l'application répondent aux objectifs de la Stratégie nationale de santé : faciliter la mise en œuvre des actions de promotion de la santé dans tous les milieux de vie, promouvoir le bon usage des médicaments, généraliser les usages du numérique en santé pour abolir les distances, accompagner le recours aux services de santé des personnes vulnérables ou qui en sont éloignées, renforcer la protection vaccinale de la population.

Il y a deux raisons à la création de ce site : une attente forte des usagers qui sont nombreux à rechercher des informations sur internet et notamment via leur smartphone, et la nécessité d'avoir des contenus produits par des acteurs publics pour un accès facile à des données fiables et pertinentes, locales et localisées ; il s'agit également d'un outil de valorisation des bonnes pratiques.

A ce jour : 4 000 contenus ont été validés et 100 000 données répertoriées sur l'offre de soins, 3 régions sont couvertes : Ile de France, Grand Ouest, Pays de la Loire.

Il y a un standard de l'information en santé pour filtrer les informations à mettre sur le site pour qu'elles soient de qualité et accessibles aux usagers. Les critères ont été conçus avec des associations d'usagers notamment : l'information doit être transparente, indépendante, pertinente, claire, actualisée, visible. L'utilisateur peut s'exprimer sur le site sante.fr.

Tous les partenaires de la région et de l'ARS doivent être partie prenante du projet. L'ARS doit identifier les partenaires et auditer les contenus proposés. Ces contenus peuvent concerner les offres de soins, les informations sur les pathologies, les produits de santé, les droits des usagers...

Plusieurs campagnes de publicité sont en cours pour inciter le public à télécharger l'application.

M. LEGUAY voit que l'enjeu est de figurer en premier sur les recherches internet pour être une source qui fait référence. Il demande quelle est la plus value du site par rapport aux sites déjà existants ?

Mme BLANC répond que c'est la géolocalisation avec la possibilité d'avoir une réponse géolocalisée et le fait que l'utilisateur peut intégrer son profil et avoir une information personnalisée, et dont la qualité est garantie. L'objectif est d'avoir une information accessible à tous, par l'écrit, l'image... L'ARS PdL participe à l'alimentation du site et au comité de pilotage au niveau national ; concernant les partenaires l'ARS est à l'étape de la construction de la méthodologie puis elle réunira les partenaires qui ont vocation à alimenter le contenu.

M. ALLARD s'interroge sur la façon dont cela va être construit en PdL. **M. Allard** souhaite l'implication des représentants des usagers et des informations pratiques pour les usagers (exemple : médecin avec tarif pratiqué).

M. Allard souhaiterait la constitution d'un groupe d'usagers qui pourrait donner son avis.

Mme WILLIAMS-SOSSLER demande si le site est bien orienté grand public ou s'il y aura des modules développés pour les professionnels.

M. LEGUAY dit que le succès d'un site se construit dans la durée, avec des évolutions régulières.

M. MARHADOUR trouve le site ergonomique et remarquable. La question se pose de faire connaître le site. Des relais d'informations sont présents à la CRSA.

Mme BLANC a conscience des efforts à faire sur l'accessibilité. Il y a un travail énorme à faire avant de mettre les informations régionales sur le site. Il y a beaucoup d'informations qui existent déjà mais qui ne sont pas orientées utilisateurs. L'ARS construit une méthodologie pour construire le site avec les partenaires (RU, URPS, Centres hospitaliers, Collectivités locales...). La campagne de communication est 100% digitale, elle est pour l'instant modeste. Les partenaires seront incités à communiquer lorsque le site sera plus nourri.

M. PAVAGEAU félicite la démarche. Il faudra renforcer encore le rôle des usagers. La fracture numérique existe, certaines personnes se tournent vers les réseaux de proximité (pharmacie, CCAS...), une action serait donc à mener vers ces lieux de proximité pour que les personnes trouvent l'information dans ces lieux là avant de pouvoir eux-mêmes sur le site.

M. LERAY est sensible aux populations précaires. La fracture numérique n'est pas en termes d'outils mais d'appropriation et d'utilisation de l'outil. Il va falloir trouver des relais (travailleurs sociaux etc) pour trouver des moyens et des lieux, y compris collectifs pour utiliser les applications santé.

Lors d'un travail sur les applications smartphones et la promotion de la santé numérique il a été rappelé en groupe de travail santé-précarité de la CRSA que dans 70% des cas au bout de trois mois les personnes n'utilisent plus l'application chargée ; la question se pose donc de fidéliser le public. De plus il ne faut pas s'illusionner sur le fait que les comportements des personnes seront modifiés après deux clics.

Mme BLANC a conscience que le site ne résoudra pas tous les problèmes. Mme Blanc se fera le relais au niveau national des remarques des membres de la CRSA. Elle rappelle que le site permet aussi aux utilisateurs de s'exprimer.

M. FRADIN, estime que pour qu'il soit utilisé il faut qu'un site soit actualisé avec une offre réelle.

M. DUVAUX confirme qu'il faut que les établissements référencés soient partie prenante pour qu'ils actualisent leurs informations, il faut pour cela que les professionnels aient un intérêt à agir. Il y a une concurrence forte sur internet, des sites de consultation à distance se mettent en place également.

Mme LEBERRE demande si l'information concernant l'accessibilité physique des professionnels est prévue.

M. DUVAUX répond que cette information est prévue mais il faut que les professionnels s'impliquent pour que les informations soient à jour et adaptées.

4. Les dépenses de santé 2017 en Pays de la Loire, présentation de Michel Poupon, responsable du département observations et analyses, et Charlotte Simoneau, statisticienne

L'ondam pour 2017 était fixé à 2,1% : 2,1% pour les soins de ville, 2% pour les établissements de santé, 2,9 % pour les établissements médico sociaux.

Le montant des dépenses pour la région en 2017 est de 10,4 milliards d'euros, soit une croissance de 2,2%.

La dépense par habitant en Pays de la Loire est de 2817 Euros (3147 Euros au national), c'est la 2ème région la moins coûteuse et de manière générale le grand ouest a des dépenses plus basses que la moyenne nationale

Qui finance ? L'Assurance Maladie pour 86%, la CNSA pour 12 %, le FIR pour le reste.

Qui reçoit ? Les soins de ville 42%, les établissements de santé pour 48%, les établissements sociaux et médico-sociaux (hors financements Conseils Départementaux) pour 6%.

Il y a eu un effet rattrapage dans les années 2011-2016, pour 2017 la croissance est équivalente à celle du niveau national. En 2014 il y avait eu une croissance de 3,1% du fait de dépenses importantes concernant les médicaments (notamment antiviraux Hépatite C), puis ce poste a été régulé suite à la passation de contrats entre l'Etat et les laboratoires

Les soins de ville sont en croissance de 2,8% = les honoraires privés représentent 25%, les médicaments 25%, les indemnités journalières 19 %, puis viennent les honoraires paramédicaux, les dispositifs, le transport .

Les dépenses des établissements de santé ont une croissance inférieure à l'ondam : les dépenses Médecine-Chirurgie-Obstétrique représentent 78% des dépenses, la psychiatrie 11%, les Soins de suite et de réadaptation 10%. La croissance s'est ralentie car le secteur est plus contraint par la T2A et il y a moins d'hospitalisations du fait du développement de l'ambulatorio.

Les dépenses des établissements sociaux et médico-sociaux (hors Conseil Départemental) : 50% concernent les établissements pour personnes âgées, 40% les établissements pour personnes handicapées, 10% les dotations de fonctionnement aux ESAT et autres établissements (addictions...).

Les dépenses de santé publique s'élèvent à 36 millions d'Euros : l'accès santé, l'éducation à la santé, l'éducation thérapeutique du patient représentent 36% des dépenses ; la prévention VIH et les vaccinations 24 %, la prévention des maladies chroniques 25 %, le pilotage des actions 10, la prévention des risques du travail et de l'environnement 3%.

Les données démographiques des Pays de la Loire :

La Loire-Atlantique comprend 37% des habitants de la région, le Maine-et-Loire 22% des habitants.

La part des plus de 60 ans est de 22% en Vendée avec une croissance importante (3,2%) des plus de 60 ans chaque année. La Sarthe et la Mayenne ont une population de plus de 60 ans supérieure à 20%. La population de la Sarthe serait en tassement voire en diminution.

La répartition des dépenses de santé suit la répartition de la population. Il y a plus de dépenses en 44 et 49 car il y a une plus grande offre hospitalière dans les centres de Nantes et Angers.

La moitié de la croissance des dépenses de santé est due aux effets démographiques : 25% est due au vieillissement, 25% est due à la croissance en volume.

La répartition des dépenses en Pays de la Loire :

- **Les dépenses des établissements de santé** augmentent moins rapidement que les dépenses de soins de ville. L'activité Médecine-Chirurgie- Obstétrique est plus représentée en 44 et 49 du fait de la métropolisation de l'offre. Les dépenses de psychiatrie sont plus homogènes sur l'ensemble de la région.
- **Concernant les ESMS** : les dépenses en Vendée, en Mayenne, en Sarthe sont plus importantes car l'offre y est plus élevée que dans le 44.
- **Concernant les dépenses de soins de ville** : en Mayenne, Vendée et Sarthe les dépenses de transport sont plus élevées que dans les autres départements.

M. VOLLOT trouve qu'il manque une information sur l'évolution des déficits hospitaliers. Les dépenses ont baissé mais par une augmentation importante des déficits. La moitié des établissements publics serait en déficit. Côté recettes il y a une baisse importante des tarifs de séjour sur des volumes d'activités qui baissent, côté dépenses la masse salariale a augmenté de 2%. Les capacités d'autofinancement s'effondrent, les hôpitaux ne peuvent plus investir alors qu'ils doivent se transformer, il y a là une alerte majeure. Le secteur hospitalier public et privé est le seul secteur régulé par les tarifs, la mise en gel des crédits, et c'est le seul secteur qui respecte l'ondam.

M. LEGUAY suggère que pour une bonne lecture il faudrait intégrer ce qui n'est pas financé.

Mme WILLIAM-SOSSLER remarque que la Vendée a la plus forte évolution démographique annuelle, et pas seulement concernant les personnes âgées. Il faudrait aussi intégrer la démographie médicale : le manque de professionnels peut faire baisser les dépenses de santé mais le non soin ou le mauvais soin peuvent aussi générer des dépenses de santé.

M. LEGUAY demande pourquoi il faut distinguer l'effet du vieillissement et l'effet de l'augmentation démographique : quels sont les facteurs spécifiques à l'avancée en âge qui expliquent l'augmentation des dépenses de santé ?

M. MARHADOUR affirme que l'ondam des ESMS est aussi contraint. Par ailleurs l'évolution des dépenses ne dit rien sur les besoins. Concernant les personnes âgées il faudrait voir si l'on retrouve la corrélation augmentation du vieillissement/augmentation des dépenses des soins de villes en étudiant l'augmentation des dépenses des ESMS parallèlement au vieillissement.

M. ADES demande quelle est la répartition des personnes âgées par département.

M. LATOURNERIE demande un focus sur les montants des dépenses de prévention. Par ailleurs la question du budget hospitalier est problématique concernant le sous-financement de l'investissement, les établissements doivent s'autofinancer, or l'autofinancement repose sur la productivité de l'établissement, qui pèse sur les personnels et il y a des impacts très concrets sur les conditions de travail. La masse salariale avait diminué par blocage des salaires pendant plusieurs années, il y avait donc une légitimité à l'augmentation de la masse salariale de 2%. Le plan « Ma santé 2022 » parle beaucoup des professionnels de santé de ville mais très peu des professionnels de santé des établissements. Un focus sur les dépenses hors ARS serait intéressant : les dépenses de PMI, de santé au travail...

Concernant les transports : il s'agit des transports remboursés et ce n'est pas la réalité des dépenses de transport. Les établissements doivent désormais payer les transports inter établissements, et pour M. LATOURNERIE l'évaluation des coûts a été sous estimée.

M. LERAY dit qu'il faut faire passer budgétairement les discours volontaristes sur la prévention et la promotion de la santé.

M. DUVAUX répond qu'il faut en effet faire un effort sur la visibilité des dépenses de prévention mais c'est difficile à mesurer car la prévention universelle est dépendante de l'ensemble des politiques publiques. Les ligériens ne sont

pas en si mauvaise santé que cela d'après les données de l'Observatoire Régional de la Santé. Un effort de visibilité pourrait être fait sur les dépenses d'Assurance Maladie sur la prévention secondaire (diabète, vaccination...).

Ce volet dépenses ne dit pas tout sur les besoins.

M. POUPON rappelle que sont présentées ici sont les dépenses des régimes obligatoires donc hors mutuelles. Les dépenses de santé sont bien plus importantes.

Concernant la démographie : la Vendée a la plus forte croissance démographique, et pas seulement des retraités, il y a aussi un solde migratoire positif dû aux actifs dans le nord-est de la Vendée qui a un tissu industriel dynamique. Sur le nord de la Vendée on est désormais dans la 2ème couronne nantaise et la pression démographique est importante.

La part du vieillissement est en effet distingué dans le volume des dépenses de santé car une hypothèse est émise selon laquelle le vieillissement de la population va provoquer un affolement des dépenses de santé. Mais cette hypothèse est controversée car les personnes vieillissent en meilleure santé et la transformation du système de santé sera déterminante dans l'évolution des dépenses liées au vieillissement et leur soutenabilité.

M. BLAISE fait référence aux échanges qui ont eu lieu lors de l'élaboration du PRS et aux travaux du Haut Conseil de l'Assurance Maladie : la marge de manœuvre est sur une plus grande coordination et un plus grand décloisonnement entre le sanitaire et le médico-social pour mieux maîtriser la croissance des dépenses de santé.

M. ADES rappelle que l'on parle de « personnes âgées » à partir de 65 ans mais il serait plus intéressant de s'intéresser aux dix dernières années de vie pour voir véritablement l'évolution des dépenses de santé des personnes âgées.

M. DUVAUX confirme que c'est en effet un sujet intéressant pour voir comment la dynamique populationnelle influe sur les dépenses de santé. Concernant le déficit des hôpitaux : il faut agir dans la coopération pour avoir une vraie plus value, optimiser les dépenses de santé et s'assurer du parcours de la personne. Il faut responsabiliser les acteurs par rapport aux dépenses globales, avec la Permanence d'accès aux soins cela a marché. Les déficits des hôpitaux se sont creusés, certains établissements se créent aussi leurs difficultés dans des problèmes de management. Il y a certes l'effet structurel des tarifs mais pas uniquement. Il faut trouver des solutions pour voir comment les établissements pourraient, par le biais des financements au forfait, prendre en charge les pathologies chroniques.

M. POUPON répond sur la problématique des transports : la problématique de l'accessibilité est toujours présente et l'ARS a produit le nouveau zonage des zones fragiles. La question de l'accessibilité a un effet de demande induite de transports mais aussi un effet lié à une trop grande raréfaction de l'offre de soins.

Pour **M. DELORME** le sujet de la pertinence a peu été évoqué. Il est dommage que l'Assurance Maladie ne soit pas présente à cette réunion. Les libéraux ont bien cet objectif prioritaire de pertinence et de maîtrise des dépenses.

Pour **M. DUVAUX** tous les acteurs sont responsables de la pertinence dans les parcours.

5. Les indicateurs du Projet Régional de Santé, présentation de Pierre BLAISE, directeur du Projet Régional de Santé

Lors de l'élaboration du PRS rendez-vous avait été pris pour échanger sur les indicateurs.

Les indicateurs sont à ce jour beaucoup plus nombreux que ce qui avait été imaginé et souhaité : 168 indicateurs ont été définis (il y en avait 125 dans le premier PRS). Lors des discussions sur le 1^{er} PRS des difficultés avaient été soulevées, avec les membres de la CRSA notamment, pour échanger sur les indicateurs du fait de leur nombre, de

la difficulté à expliquer certains d'entre eux. Plusieurs formules avaient échoué et il faut désormais trouver une bonne approche, répondre à la volonté de transparence, d'exhaustivité, prendre du temps pour débattre, travailler l'appropriation des indicateurs.

Un important problème est celui de la disponibilité des sources, des modalités de collecte, de calcul de la valeur de départ de l'indicateur : certains indicateurs semblent simples mais sont très difficiles à compiler, pour d'autres les sources existent déjà, sont ouvertes et disponibles pour être utilisées dans des tableaux de traitement de données mais ces sources indiquent parfois des indicateurs qui ne sont pas les plus fins ni les plus intéressants, certains indicateurs dépendent d'opérateurs qui collectent des données tous les cinq ans par exemple. Enfin il faut aussi arbitrer avec le coût de la collecte.

Il faut donc débattre pour définir comment on s'y prend pour échanger efficacement sur les indicateurs, plusieurs options sont possibles :

- on peut cibler un nombre très réduit d'indicateurs et choisir de regarder uniquement ceux qui ne vont pas. On peut discriminer certains indicateurs mais dans ce cas comment s'y prend-on ?

- une autre possibilité est de demander aux commissions spécialisées de la CRSA et à ses groupes de travail de faire le travail de suivi des indicateurs qui les concernent puis d'en faire le rapport en plénière de la CRSA pour avoir une approche plus spécialisée. La discussion a eu lieu en commission permanente le 4.12.2018 et cette proposition de mandater les groupes de travail et commissions pour faire un travail sur le choix des indicateurs à suivre a été faite. La question n'est pas de refaire le travail sur les indicateurs mais bien de savoir sur quels indicateurs on débat et comment.

Un suivi annuel des 5 grandes priorités du PRS (santé des jeunes, santé mentale, addiction, personnes en situation de perte d'autonomie et personnes en situation de précarité) est aussi possible par les chefs projets ARS de chaque priorité, lesquels pourraient faire un compte-rendu annuel à la CRSA sur un certain nombre d'indicateurs qui auraient été sélectionnés par les groupes de travail et commissions.

Il sera aussi possible de permettre à chacun de consulter les indicateurs en ligne sur le mini-site de la CRSA.

M. ALLARD signale que les indicateurs sont des indicateurs choisis par l'ARS qui n'ont pas fait l'objet de débat en commissions. M. ALLARD est d'accord avec les objectifs de la transparence et d'accessibilité des indicateurs sur le mini-site de la CRSA. Les commissions peuvent prendre en charge certains indicateurs et avoir aussi un droit de regard sur les indicateurs travaillés par d'autres commissions lorsque ces indicateurs les concernent également. Pour la CSDU les indicateurs sont ceux repris dans le rapport annuel relatif au respect des droits des usagers.

M. HERVOUET demande ce qu'il en sera du suivi des indicateurs qui ne seront pas pris en charge par certaines commissions.

M. BLAISE précise que l'objectif n'est pas de se répartir les indicateurs par commission ou groupe de travail mais de voir quels sont les indicateurs les plus intéressants à débattre. Cela n'empêche pas chaque groupe et commission de regarder les indicateurs qui l'intéressent. M. BLAISE parle de cinq à dix indicateurs à choisir, il y a d'abord un premier travail de tri à faire parmi les 168 indicateurs puis il faut choisir les plus efficaces. Le département Analyse de l'ARS peut ensuite aider à comprendre la signification de l'indicateur, à étudier sa pertinence, son mode de collecte.

M. LEGUAY précise que le travail demandé ce jour est de réfléchir aux indicateurs qui intéressent le plus la démocratie sanitaire.

M. DUVAUX précise que ce travail sera fait avec un apport d'expertise des personnes de l'ARS pour étayer les choix d'indicateurs, car pour certains sujets il faut dix ou quinze ans pour changer les choses donc le suivi dans le PRS est

difficile, d'autres indicateurs ne sont pas disponibles, d'autres sont disponibles mais la charge de travail est contre-productive.

Pour **M. BLAISE** il ne s'agit évidemment pas de cacher les choses mais certaines informations sont difficiles à récolter. Par exemple sur l'évaluation des besoins le recueil d'informations a été difficile.

M. MARHADOUR dit qu'on peut avoir tendance à souhaiter mesurer le maximum de choses mais suivre 168 indicateurs sera très difficile. Aussi **M. MARHADOUR** demande s'il est possible de faire « des indicateurs d'indicateurs », c'est-à-dire des indicateurs synthétiques qui correspondraient aux priorités du PRS. Il ne faut pas seulement regarder les indicateurs qui « sont dans le rouge » mais aussi tirer des conclusions positives de ce qui fonctionne.

M. LEGUAY confirme qu'il faut aller dans le détail des indicateurs dans un premier temps puis avoir un dialogue ARS CRSA qui débouche sur un arrêté des choses.

M. ALLARD demande quel est le calendrier de travail ?

M. BLAISE donne l'information suivante : la DREES (Direction de la Recherche des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) vient de présenter aux ARS une bande de données de 18000 indicateurs avec la possibilité d'accéder à une bande d'indicateurs avec des filtres de tri. Pour chaque indicateur on peut effectuer un premier tri sur ceux qui existent en routine, on sait donc qui produit la donnée, à quelle fréquence et à quel endroit. L'indicateur n'est pas calculé dans la base de données mais celle-ci dit où sont les données et peut donc aider à faire le tri.

Dans les mois qui viennent les groupes de travail et commissions peuvent partir des indicateurs du PRS, voir sur lesquels ils veulent travailler ; puis quand la base de données de la DRESS sera disponible on pourra regarder si les indicateurs choisis sont bien pertinents et faciles à calculer.

M. LEGUAY demande si c'est aux groupes et commissions de sélectionner les indicateurs que la CRSA souhaiterait suivre ou bien si c'est l'ARS qui va faire une proposition à chacun des groupes et commissions.

M. POUPON peut proposer des premières extractions. La question des indicateurs est à débattre : il faut voir la faisabilité technique, la robustesse (l'indicateur est-il sensible à des facteurs exogènes ?), la sémantique (que signifie exactement l'indicateur ?). **M. POUPON** propose de partir de la base de données qui sera fournie par la DREES qui permet de voir à quoi correspondent les indicateurs, puis ensuite d'engager la discussion technique pour choisir des indicateurs producteurs.

M. BLAISE propose de partir de la liste des 168 indicateurs du PRS et de faire une sélection pour chaque commission ; certains indicateurs peuvent en effet être suivis par plusieurs commissions/groupes de travail. L'ARS mettra de côté les indicateurs qu'elle doit revoir de son côté. Les commissions et groupes peuvent commencer à travailler sur ceux qu'elles veulent retenir (5 par exemple).

M. LERAY est d'accord sur la méthode proposée par **M. BLAISE** car il ne voit pas comment une commission peut faire un choix à partir des 168 indicateurs, ni comment les commissions vont travailler sur les indicateurs. En effet un indicateur ne donne pas une explication sur la situation, l'indicateur n'a de sens que s'il permet d'apporter des éléments d'action, de réflexion, de problématique. **M. LERAY** a une réserve sur cette notion mathématique d'indicateur qui est trop réductrice.

Pour **M. LEGUAY** il s'agit ensuite de faire un autre travail sur le sens que l'on donne à l'évolution de l'indicateur.

Pour **M. ALLARD** un indicateur donne tout de même des informations.

Pour **M. DUVAUX** le suivi des indicateurs est un enjeu. Lorsqu'elle remettra la liste des indicateurs l'ARS pourrait fournir une note de méthode aux groupes de travail et commissions pour stabiliser dès le départ le cadre de travail et ses attendus.

6. Démocratie sanitaire et démographie des offreurs de soins : le point sur la réflexion

M. LEGUAY pensait pouvoir présenter en cette réunion plénière, avec l'agence Missions Publiques, un contenu et une proposition sur ce thème de la démocratie sanitaire et de la démographie des offreurs de soins, mais le bureau de la CRSA n'a pas pu être réuni pour faire ce travail. Il n'y a donc pas eu d'avancée depuis les derniers échanges en CRSA en juin 2018 et cette question demeure. Elle s'intègre dans une matrice plus générale, dont il y a eu une expression avec la mobilisation récente des « gilets jaunes », qui révèle les tensions entre la France urbanisée et la périphérie, avec les zones plus vulnérables qui prennent de plein fouet les tensions et difficultés de répartition des ressources.

La proposition est de définir une méthode que la CRSA pourrait suivre pour contribuer à cette dynamique de réduction des tensions et des écarts (aspirations des professionnels versus attentes des usagers sur la question de l'implantation du 1^{er} recours).

(Une vidéo de la DREES sur l'évolution du nombre de médecins dans les années à venir est projeté, elle peut être visionnée ici : https://www.youtube.com/watch?time_continue=22&v=7Qnhn3lqMZU)

Cette présentation de la DREES donne une idée de la complexité de la situation, avec le fait qu'il y a beaucoup de déterminants démographiques, une disparition du numerus clausus mais avec une nouvelle méthode de calcul de médecins à former, et certainement pas une ouverture totale des vannes mais évidemment le maintien d'une certaine régulation.

La question à laquelle la CRSA s'intéresse est la suivante : « Qu'est-ce que la dynamique de démocratie participative pourrait apporter à la résolution de problèmes concrets de dispensation des soins et services de santé ? ».

D'où l'analogie avec le mouvement des « gilets jaunes » car se manifestent des tensions sociétales avec des constats de différence d'opportunités, de présence de ressources dans certaines zones, qui peuvent générer des difficultés objectives de recours. Il n'y a pas que la question du nombre de professionnels disponibles mais il y a aussi le problème des choix de carrière (choix du salariat, de la spécialisation, l'hôpital public attire aussi). C'est davantage la question de l'accessibilité que de la répartition qui semble se poser. Que peut faire la démocratie sanitaire pour l'amélioration ou le contrôle des effets trop négatifs des tendances d'installation, notamment des médecins ?

Partant des réalités globales concernant l'installation des médecins et qui vont avoir un impact sur certains territoires plus vulnérables (« la périphérie »), comment penser la dynamique collective locale pour s'y préparer ? L'expérience menée à Châteaubriant est-elle répliquable ? Que peut promouvoir la CRSA ? Que peut-elle porter ? Une démocratie sanitaire représentative peut-elle se décliner en incitations de démocratie sanitaire participative ancrée dans le local ? Comment penser cette dynamique collective potentiellement locale pour pallier aux évolutions négatives ?

Avec une population de médecins dont 47% a plus de 55 ans on entrevoit la possibilité d'une catastrophe qui peut advenir si cette réalité ne rencontre pas une certaine forme de propositions d'une autre organisation.

Quelles sont les alliances locales à constituer pour faire évoluer le système pour un meilleur service rendu ? Qui sont les interlocuteurs ? Quels sont les leviers utilisables par cette dynamique locale : la réorganisation ? L'attractivité financière ? Le travail sur la qualité de vie ? Un travail sur les pratiques avancées, les transferts de tâches peuvent-ils se constituer, se penser et s'organiser sur le terrain ? Quid du tutorat, de la télé médecine, de l'allègement des tâches administratives, des assistants médicaux ? Qui peut faciliter les évolutions de pratiques ? Cette dimension d'excellence démocratique peut-elle produire un effet au niveau local ? Concernant les médecins généralistes qui représentent le point fixe, quels sont les sujets sur lesquels il faut avancer pour qu'ils puissent pallier les manques liés à la décrue médicale, provisoire certes, mais qui sera plus durable dans certains territoires ?

La CRSA peut-elle se mettre en situation de produire des recommandations en matière de démocratie sanitaire au niveau local ?

M. LERAY indique qu'il y a eu une nouvelle rencontre participative à Châteaubriant le 10.12.2018 avec une cinquantaine de personnes dont principalement des professionnels de santé de tous horizons. Le but était de définir les pistes à travailler pour que se concrétise un CLS que les acteurs réclament désormais.

Pour **M. LERAY** il y a 2 enseignements à tirer de cette expérience :

- il y a sur le terrain cette attente de mieux se connaître et il faut qu'il y ait des lieux où les gens puissent le faire.

- la démocratie participative permet de dépasser les intérêts particuliers pour tenter de cerner l'intérêt général : un jeune médecin veut s'installer dans un territoire où les acteurs se parlent, les usagers veulent l'accessibilité mais comprennent qu'ils n'auront pas obligatoirement dans leur commune le médecin généraliste et qu'il faudra se

déplacer et donc quid de la mobilité, de l'investissement des collectivités ? Les élus au 1^{er} abord veulent pallier au départ du médecin dans leur commune mais désormais ils savent que c'est une situation qui est dépassée et ont la volonté de trouver des solutions collectives. Les pistes concrètes travaillées à Châteaubriant mettent en évidence qu'une démarche de démocratie participative locale a réussi à faire en sorte que les acteurs se parlent et dépassent des faux clivages. Il y a maintenant des attentes vis-à-vis de l'ARS et vis-à-vis de la CPTS, qui est très vivante et très bien ancrée, concernant le maillage territorial.

M. LEGUAY précise qu'il s'agissait ici de faire un point d'étape et que le sujet sera de nouveau évoqué lorsqu'un point aura été fait en bureau de la CRSA avec les présidents de CTS.

Pour **M. DELORME** tous les axes évoqués méritent d'être réfléchis. La solution simpliste n'existe pas, il faut agir sur tous les leviers pour faire émerger un mode modifié d'exercice. Il va falloir que les usagers réfléchissent aussi à leurs besoins, à leurs usages, et s'approprient la prévention, l'éducation à la santé.

Pour **M. ALLARD** cette dernière expression du Dr Delorme inquiète, il est peu probable que les usagers aient recours à des actes de soins pour le plaisir. Il est par contre certain que l'on peut gagner en pertinence dans l'organisation. Selon l'Assurance Maladie, en Pays de la Loire, 10% des habitants n'ont pas de médecin traitant et dans certaines zones ce chiffre monte à 18%. L'accessibilité aux soins primaires est difficile or le plan « Ma santé 2022 » affirme que chaque Français aura un médecin traitant en 2022 et que chaque français pourra avoir accédé à des soins dans la journée, est-ce vraiment possible ?

Pour **M. ALLARD** l'exemple de Châteaubriant est très positif. Il faut à la fois une CPTS qui fonctionne et un CLS qui fonctionne. La mobilisation doit se faire autour d'un projet de santé et les associations des usagers et de leurs représentants doivent être impliqués.

M. ADES donne une explication au fait que les médecins sont désormais attirés par le service hospitalier : c'est parce qu'ils y sont dans les actes, dans leur métier. Tous les jeunes médecins passent en stage chez un généraliste et voient que le généraliste est à un carrefour et qu'il gère énormément de choses, et pas seulement des actes de médecine. De plus la disponibilité du médecin est aussi désormais différente puisqu'il souhaite avoir davantage de temps libre que par le passé.

Pour **M. DELORME** certaines personnes n'ont pas de médecin traitant car elles ne souhaitent pas en avoir et/ou n'en ont pas besoin. La vraie question est pour les personnes porteuses de maladie chronique qui elles ont bien un médecin traitant. Les données concernant le nombre de ligériens sans médecin traitant ne sont donc pas forcément pertinentes. Ensuite ce n'est pas parce qu'il y a une demande de soins qu'il doit y avoir un soin, il faut donc une régulation de la demande de soins ; toute demande de soins ne doit pas forcément aboutir à une consultation.

M. LATOURNERIE rejoint **M. ALLARD** sur les statistiques de zone sous-dense et sur le fait que le ressenti des personnes ne rejoint pas ce que disent les chiffres. Certaines personnes parlent bien de leur difficulté d'accès à un

généraliste et pas seulement en zone sous dotée. L'étude de la MNH dit que 18% des infirmier.es n'ont pas de médecin traitant, cela interroge quand on parle de la nécessité de l'appropriation des questions de santé par l'ensemble de la population.

Concernant les maladies chroniques, elles touchent beaucoup les personnes d'une cinquantaine d'années, et cela rejoint les problèmes de santé au travail.

Pour **M. LATOURNERIE** on sous-estime le problème de l'accès au médecin.

Pour **M. LEGUAY** c'est pour cela qu'il faut en parler, au niveau de la CRSA, et au niveau local. Il y a un problème d'adéquation de l'offre avec les attentes, qui peut évoluer si on regarde dans le détail les difficultés réelles et les solutions qui sont à notre disposition et qu'on utilise pas forcément.

7. Présentation des propositions de zonages des masseurs-kinésithérapeutes (MK) et orthophonistes, présentation d'Evelyne RIVET

Les objectifs de la définition des zonages sont d'inciter les professionnels à s'installer dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante et de concentrer les aides sur les territoires les plus fragiles.

Il y a 5 catégories de zones:

- les zones sur-dotées et très sur-dotées
- les zones intermédiaires
- les zones sous-dotées et très sous-dotées

Le cadrage est national et la maille utilisée est celle définie par l'INSEE : le bassin de vie pour les zones rurales, et le canton et la ville pour les zones de plus de 30 000 habitants.

Les indicateurs:

- pour les masseurs-kinésithérapeutes c'est l'accessibilité potentielle localisée (APL), qui va au-delà du simple calcul de professionnels disponibles sur le territoire. L'APL prend en compte l'activité des MK, la population, le nombre d'actes consommés, la distance (un professionnel est non accessible si situé à plus de 20mn).
- pour les orthophonistes c'est la densité pondérée standardisée, soit le nombre d'équivalents temps plein rapportés à la population.

Pour les orthophonistes :

En Pays de la Loire il y a très peu de zones sur dotées par rapport au national (1,4% contre 12%) et peu de zones très sur dotées (7,7% contre 10%). Il y a par contre beaucoup de zones intermédiaires. Et plus de zones très sous dotées par rapport au national (13,4% contre 12,8%). Il y a donc des difficultés d'accès aux orthophonistes dans la région. Les zones sous dotées se situent en Mayenne, en Sarthe et aussi en Vendée.

Pour les MK c'est encore plus net :

Il y a très peu de zones sur dotées par rapport au national et peu de zones très dotées (2,2% contre 22%). Il y a par contre beaucoup de zones intermédiaires, et beaucoup de zones très sous dotées par rapport au national (19% contre 13%). Ces zones se situent en Mayenne et en Sarthe.

Les marges de manœuvre possibles au niveau local concernaient l'inversion des zones : pour les orthophonistes il était possible de changer des zones sous dotées en zones très sous dotées. Pour les MK de changer des zones entre zones sur dotées et zones intermédiaires. Par contre le nombre de zones par catégorie doit rester le même donc si on ajoute des zones dans une catégorie il faut aussi en retirer.

Les contrats d'aides de l'Assurance Maladie aux professions ont été renégociés. Les montants ont été nettement revus. Pour les orthophonistes pour une installation en zone sous-dotée il y a une aide de 30 000 Euros contre 5 ans d'engagement. Il y a le contrat d'aide à l'installation pour les professionnels déjà installés qui iraient dans une zone sous-dotée (19 500 Euros). Il y a des aides si les professionnels des zones sous-dotées prennent des stagiaires, des aides pour maintenir les professionnels, pour favoriser la transition. Les orthophonistes peuvent voir les aides augmenter de 20 % dans les zones très sous-dotées sur certains territoires en Sarthe, Vendée et Mayenne.

Pour les MK pour une installation en zone sous-dotée il y a une aide de 49 000 Euros contre 5 ans d'engagement. Il y a le contrat d'aide à l'installation pour les professionnels déjà installés qui iraient dans une zone sous-dotée (34 000 Euros). Il y a des aides si les professionnels des zones sous-dotées prennent des stagiaires, des aides pour maintenir les professionnels.

Il y a eu le cadrage national puis un comité technique régional s'est mis en place pour voir quelles zones pouvaient être aussi soumises à échange et cela a été soumis aux comités d'accès territorial aux soins de premiers recours. Dans les échanges les zones de la Sarthe et de la Mayenne ont été priorisées. Les zonages ont été validés en novembre et présentés à la Commission Spécialisée Organisation des Soins de la CRSA le 29.11.2018. Il reste des avis officiels à recueillir : avis des URPS et avis de la CRSA. L'idéal est d'arrêter le zonage d'ici le 31 décembre pour une application dès que possible.

M. LEGUAY demande qui vote pour l'avis sur ce zonage au sein de la CRSA.

Ce sont tous les membres titulaires de la CRSA qui votent, par voie électronique, pour le vendredi 21 décembre 2018.

M. LEMERLE (président de l'URPS des MK absent ce jour) a envoyé un message dont M. LEGUAY fait part à l'assemblée :

« L'URPS a donné un avis favorable aux conclusions du zonage avec les observations importantes suivantes : les conclusions du zonage ne répondront pas aux inégalités d'accès aux soins de la population, la méthodologie avec les indicateurs d'APL est inadaptée à notre région et ne correspond pas aux réalités de terrain, ces conclusions pénaliseront fortement certains professionnels qui ne bénéficieront plus des aides et ne faciliteront pas les installations de professionnels dans les zones sous-dotées et très sous-dotées. Ce zonage retenu devra évoluer avec une méthodologie révisée et adaptée.

La proposition de zonage n'a pas été présentée à la commission professionnelle régionale des MK. »

Malgré ces réserves **M. LEMERLE** a indiqué qu'il votera pour l'avis de zonage.

Mme RIVET précise qu'il existe une obligation de présenter la proposition de zonage à la commission professionnelle s'il y a une majoration du nombre de communes dans chaque zone de plus de 20%, ce qui n'est pas le cas. Elle note que c'est la méthode nationale que M. LEMERLE remet en cause.

Les prochains zonages, en 2019, concerneront les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes et les infirmiers.

8. Le cahier des charges régional des CPTS, présentation d'Evelyne RIVET

Il s'agit de la constitution d'un cahier des charges élaboré par l'ARS en concertation avec les professionnels.

La CPTS est un espace d'organisation et de coordination de professionnels au service d'une population. C'est une autre échelle que celles des maisons de santé, d'une patientèle.

L'objectif est la coordination des prises en charge au niveau d'un territoire, cela dépasse les professionnels du 1^{er} recours.

L'initiative doit venir des professionnels de ville. Elle doit intégrer les autres acteurs du sanitaire, du social, du médico-social.

En Pays de la Loire le choix a été fait d'établir un cahier de charges régional car les orientations nationales étaient très larges.

Le cahier des charges est désormais rédigé. Il y a eu un groupe de travail issu du comité régional de coordination des soins de premiers recours, regroupant les URPS, les maisons de santé, l'Assurance Maladie, les fédérations des centres de santé, le Conseil Régional. Le rapport de l'IGAS sur le déploiement des CPTS et les annonces du plan Ma santé 2022 ont aussi eu un impact sur le cahier des charges ; de plus le cahier des charges évoluera à l'avenir puisqu'il y aura des précisions nationales et un accord conventionnel avec l'Assurance Maladie qui prévoira une rémunération pour la coordination comme cela existe pour les Maisons de Santé Pluri professionnelles.

Dans le cahier des charges le choix a été fait de ne pas imposer de territoires, car le territoire doit avant tout avoir un sens pour les professionnels. Le minima est de 20 000 ha, il n'y a pas de maximum.

La gouvernance est laissée à l'appréciation des professionnels, il faut au moins un comité de pilotage. Beaucoup de CPTS se forme sous le statut d'association loi 1901.

Le cahier des charges préconise d'associer les usagers et les élus.

Un projet de santé doit être rédigé, il doit être concret, évolutif, il est proposé de le rédiger sous forme de fiche projet ; des thématiques sont proposées et les CPTS doivent traiter au moins deux thématiques pour démarrer, les objectifs sont de permettre de résoudre un problème organisationnel ou un problème de santé. Le projet de santé doit aussi préciser le système d'information envisagé (messagerie sécurisée, DMP...), la structuration juridique et la gouvernance.

Les thèmes proposés dans le cahier des charges sont les suivants :

- améliorer l'accès aux soins (premiers recours et spécialités)
- organiser les soins non programmés (également en journée)
- favoriser les parcours et protocoles de prise en charge (transition ville-hôpital, maintien des personnes âgées à domicile...)
- développer les actions de santé publique et de prévention.

Le cahier des charges évoluera certainement. Dans la stratégie nationale de santé l'objectif est de constituer 1000 CPTS d'ici 2022 et d'atteindre un maillage complet du territoire national. Les négociations entre les professionnels et l'Assurance Maladie sur l'accord conventionnel démarrent début 2019, il y aura donc ce cadre de financement en 2019 et il sera d'application immédiate.

Au niveau des Pays de la Loire l'ARS veut compléter le cahier des charges notamment concernant l'axe e-santé (les systèmes d'information partagée, la télé médecine, l'accompagnement des professionnels sur ces sujets, notamment par le GCSI-santé) et surtout l'ARS veut travailler sur l'articulation avec les autres dispositifs existants que sont les maisons de santé, les MAIA, les plates-formes territoriales d'appui, d'autant plus qu'existe l'objectif de convergence de ces dispositifs.

L'ARS a proposé que les porteurs de projets puissent envoyer une lettre d'intention dès qu'un groupe veut travailler à la mise en place d'une CPTS, pour éviter les chevauchements car il n'est pas possible d'avoir deux CPTS sur un même territoire, et pour orienter et accompagner dès le démarrage. L'accompagnement peut être fait par l'association des pôles et maisons de santé qui a élargi son champ d'intervention, et/ou par l'inter-URPS qui s'est dotée d'un chargé de mission dédié à l'accompagnement des projets, en lien avec la DT ARS concernée.

Un comité de suivi régional a été mis en place, il réunit l'inter-URPS, l'Assurance Maladie, l'association des pôles et maisons de santé, l'ARS, et suit les projets.

Au niveau des financements et en attendant les financements de l'accord conventionnel, l'ARS a prévu une aide de 15 000 Euros à l'élaboration des projets de santé, puis pour le fonctionnement 50 000 Euros par an pendant deux ans.

Quelque soit la structure sollicitée en premier par les professionnels il y aura une information à la délégation territoriale de l'ARS et des informations régulières au niveau des CATS. Quand le projet aura été validé et reconnu il y aura une présentation au niveau des CTS.

Des lettres d'intention ont déjà été transmises à l'ARS pour les territoires de Montaigu-Fontenay en Vendée, Becon-les-granits-Châteauneuf en Maine-et-Loire et le sud-ouest mayennais. D'autres lettres d'intention sont en cours de rédaction.

M. DELORME fait un point de vigilance sur le fait qu'on voit apparaître des cabinets, suscités par des élus locaux et/ou d'autres structures inconnues jusques là, qui voudraient organiser et mettre en ordre des CPTS. L'URPS sera vigilante car il faut que la CPTS soit à l'initiative des professionnels et non pas d'autres structures qui piloteraient un projet pour capter les financements. M. DELORME appelle aussi à la vigilance des élus locaux.

Mme RIVET ajoute qu'il est en effet prévu de contacter une structure dont il semble être question ici et qui est une structure privée, cette démarche ne va pas dans le sens souhaité.

M. ALLARD rappelle que le rôle des usagers n'est pas d'être présents dans les CPTS, mais par contre d'être présents dans les projets de santé. M. ALLARD ne souscrit pas à la formulation suivante présente dans le cahier des charges : « dans la mesure du possible l'avis des usagers du territoire est recueilli ». Pour M. ALLARD on doit trouver des associations d'usagers sur les territoires qui donneront leur avis. La discussion est en cours à France Asso Santé qui regroupe de nombreuses associations et pourra aider à trouver des représentants d'usagers (RU) sur les territoires. Le terme « recueilli » sous-estime aussi l'apport possible des usagers et de leurs représentants, une participation active des RU est possible. Les RU souhaitent être présents dans les projets de santé mais n'ont pas de velléité à rentrer dans l'organisation des CPTS.

M. ADES demande si la volonté des usagers est d'accéder aux choix des fiches actions ou bien à la mise en œuvre des actions ?

M. ALLARD répond que l'avis des usagers et de leurs représentants doit être recueilli lors de l'élaboration des fiches actions, sous une forme à déterminer. Par exemple ils peuvent donner leur avis sur l'organisation des soins non programmés et suivre l'action mais sans rentrer dans le fonctionnement de la CPTS. Il s'agit pour eux d'exprimer des attentes et des solutions, sans décider.

M. LEGUAY demande s'il y a une représentation instituée des usagers dans tous les périmètres concernés par les CPTS.

M. ALLARD indique que les associations d'usagers, de patients, ont bien des représentants dans tous les territoires et il faut qu'au niveau du travail avec les CPTS ce soit des usagers du territoire concerné qui participent, et pas des institutionnels. France Asso Santé va travailler sur cette question.

9. Le compte-rendu des travaux des commissions spécialisées et des groupes permanents

M. LEGUAY indique que l'objectif est de rendre compte des travaux des commissions et groupes de travail de façon plus exhaustive afin de ne pas être simplement dans une posture de délégation de certaines attributions de la CRSA aux groupes et commissions mais de s'approprier la dynamique des travaux choisis par la CRSA.

M. LERAY a proposé une grille pour que chaque commission rende compte de ses travaux.

M. ALLARD rapporte les travaux de la Commission Spécialisée Droits des Usagers. C'est une commission composée de 12 personnes : 6 représentants des usagers (RU) et 6 des autres collèges. Le quorum est pour l'instant facilement atteint. En général il y a 7 ou 8 présents. Les représentants des collectivités ne sont jamais présents. La prise de parole est libre et la participation des membres est active. Le vice-président désigné qui était absent depuis deux ans vient de démissionner et un.e nouveau va être élu.e. L'ordre du jour est fait 2 semaines à l'avance par le président en collaboration avec l'ARS. Le calendrier est fait à l'avance également. Le compte-rendu est succinct. Le problème est que les compte-rendus sont envoyés tardivement, les compte-rendus (même non validés) devraient être envoyés dans les quinze jours suivant la réunion afin que les absent.es soient informés de ce qui s'est dit lors de la réunion.

Les temps forts de la CSDU sont autour du rapport relatif aux droits des usagers qui prend 5 à 6 mois de travail. Le fonctionnement de la CSDU tourne autour de ce rapport puisque ce dernier émet des recommandations que la CSDU suit. La journée des RU aura lieu en juin 2019. Tous les ans la CSDU donne son avis sur les labels droits des usagers. En 2019 il y aura également le travail sur le suivi des indicateurs du PRS.

M. LEGUAY indique que le rapport relatif au respect des droits des usagers est bien le « produit amiral » de la CSDU qui contient beaucoup d'éléments et que celle-ci souhaite le faire évoluer.

M. ALLARD confirme le souhait de faire évoluer le rapport, la CSDU est en attente des décisions de la Conférence Nationale de Santé sur ce sujet. Le rapport contient trop d'indicateurs ; ce que souhaiterait la CSDU c'est qu'un sujet commun soit défini chaque année au niveau national et que toutes les régions y travaillent.

M. CAILLARD rapporte les travaux de la Commission Spécialisée Organisation des Soins (CSOS). La CSOS a pour mission de suivre et de donner son avis sur l'offre et l'organisation des soins. La participation à la CSOS est satisfaisante et il y a une bonne répartition de la prise de parole parmi tous les intervenants. Les ordres du jour sont surtout faits avec l'ARS, la CSOS a ainsi travaillé récemment sur la définition des zonages et sur le cahier des charges des CPTS.

La CSOS a beaucoup travaillé l'an dernier sur le PRS, notamment sur les équipements et activités de soins soumis à autorisations

La CSOS ne va pas inventer de nouvelles pistes de réflexion. M CAILLARD ne sait pas si la démocratie sanitaire s'exprime vraiment dans une commission comme la CSOS mais elle continuera à s'exprimer sur les éléments pour lesquels elle a été créée.

M. LEGUAY demande s'il y a eu des auto saisines.

M. CAILLARD indique qu'il y en a eu sur l'accès aux soins spécialisés mais faute de leviers les propositions n'ont pas abouti. Il s'interroge sur la pertinence de s'auto saisir, d'autant plus que la disponibilité des membres de la CSOS est restreinte.

M. ALLARD confirme que la CSDU n'a pas le temps de s'auto saisir non plus

M. LEGUAY demande si la CSOS s'est sentie contrainte de rester dans le périmètre des ordres du jour fixés par l'ARS.

M. CAILLARD répond que dans un sens c'est là sa mission principale (répondre aux demandes réglementaires de l'ARS sur les autorisations de soins, les zonages etc) mais par ailleurs lors de sa création en 2010 la CSOS avait envie d'imaginer d'autres manières d'agir sur le système de santé, mais cela paraît difficile, dans une commission pour la CSOS, d'innover. Ce n'est pas évident de trouver des pistes qui vont véritablement changer le système de santé.

Ceci étant et à travers tout ce qui est présenté et qui concerne tout le champ de l'offre de soins il y a une expression de nombreux avis sur de nombreux sujets, même si l'auto saisine est difficile. Cela pourrait faire partie d'une réflexion au sein de la CSOS. L'ordre du jour n'est décidé que quinze jours avant les réunions.

M. LEGUAY dit que les débats en CROS étaient (il y a vingt ans) très marqués par l'appartenance institutionnelle des représentants avec des logiques de vote très influencées par chaque secteur.

M. CAILLARD répond que cela n'a pas été éliminé par la création de la CSOS. Il y a évidemment des sujets et en particulier des sujets d'autorisation qui font polémique entre le secteur public et le secteur privé ; les membres de la CSOS savent qu'il y a encore des clivages sur la manière de voir le système de soins. Il y a parfois des avis très tranchés. Le président essaie d'aplanir les avis en amont de la réunion de la CSOS afin que les débats en CSOS soient constructifs.

M. LEGUAY demande si l'existence d'un niveau supérieur, d'un cadre comme le PRS fait que le processus est plus facile.

M. CAILLARD indique que le PRS contient des autorisations pour les cinq années à venir et que c'est fondamental. Mais il reste des manques et la CSOS a interpellé l'ARS à ce sujet.

M. LERAY pour la Commission Spécialisée Prévention. Cette mandature par rapport à la précédente montre une participation assez forte avec un quorum assez facilement atteint. Les relances effectuées par le secrétariat des instances y sont pour beaucoup car de plus en plus souvent à la première invitation il y a très peu de réponses des membres.

Il y a un noyau régulier de personnes qui fréquentent la commission et c'est sans doute ce qui lui donne une tonalité très active au niveau de la participation. La commission est très vivante. L'ordre du jour est défini en comité restreint qui se réunit avant chacune des réunions, avec des membres de la CSP et du département prévention de l'ARS. Est aussi travaillée en amont la façon dont le sujet va être abordé (avec un intervenant, une présentation, un travail en atelier). Chacun des membres se sent désormais en capacité d'apporter des sujets qui peuvent être traités en CSP.

Le souci est de donner du sens au travail de la commission, de se donner des objectifs, d'aboutir à du concret, des préconisations. Les sujets traités nécessitent un compte-rendu car ces derniers donnent une mémoire collective et permettent d'avancer. Les sujets abordés ont été : la notion de réduction des risques, la santé sexuelle et affective, les addictions en liaison avec le groupe de travail santé mentale-addictions-autisme, la promotion de la santé et le numérique, la santé communautaire. La difficulté sur ces deux derniers sujets est de parvenir à les traiter au sein des autres thématiques.

La limite d'une commission spécialisée est qu'elle ne se réunit que 4 fois par an donc l'apport ne peut pas être extrêmement important mais il y a un intérêt évident à permettre un recul, une réflexion.

La séance est levée à 16h00.

La prochaine assemblée plénière de la CRSA se tiendra le mardi 19 mars 2019

Annexe au compte-rendu de l'assemblée plénière de la CRSA du 13 décembre 2018

2 pouvoirs valides :

Pouvoir donné à M. Alain GUILLEMINOT (présent le matin) par M. le docteur Dominique BRACHET

Pouvoir donné à M. Pierre VOLLOT (présent toute la journée) par Mme Céline MONTIGNY-FRAPY

Titulaires et suppléants pouvant prendre part à un vote (y compris les pouvoirs valides)		MATIN	APRES MIDI
Collège 1 : Représentants des collectivités territoriales du ressort de l'Agence	(14 membres)	1	0
Collège 2 : Représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux	(16 membres)	11	8
Collège 3 : Représentants des conférences de territoires	(4 membres)	2	0
Collège 4 : Représentants des partenaires sociaux	(10 membres)	3	3
Collège 5 : Représentants des acteurs de la cohésion et de la protection sociale	(6 membres)	2	1
Collège 6 : Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé	(10 membres)	2	1
Collège 7 : Offreurs des services de santé	(34 membres)	13 dont 2 pouvoirs donnés	9 dont 1 pouvoir donné
Collège 8 : Personnalités qualifiées	(2 membres)	0	0
TOTAL :	(96 membres)	34	22