

La mobilisation de tous
pour construire

un service de santé



Mars 2006

Conseil économique et social Poitou-Charentes

La mobilisation de tous pour construire un service de santé

Ce rapport a été adopté à l'unanimité, en séance plénière, le lundi 20 mars 2006 :

67 votants

MM. Delaune, Fougère, Rougier (CCI)
MM. Baguet, Fritsch, Garofalo, Guénant (Medef)
M. Gris (Banques)
M. Rogeon (Aquaculture – Conchyliculture)
MM. Baulier, Hurtaud, Simon (Chambres de métiers)
M. Roy (UPAR)
MM. Bouvier, Maroteix (Chambres d'agriculture)
M. Guilbaud (Jeunes agriculteurs)
M. Roulleau (Elevage)
M. Lacarrière (BNIC)
MM. Langlois, Moinard (Professions libérales)
Mmes Boixière, Deborde et MM. Cardin, Emon, Giraudeau, Grenon, Levasseur (CGT)
Mmes Berthier, Lacarrière, Malka, MM. Bodet, Joubert, Vandermeersch (CFDT)
MM. Bodin, Dessed, Mahaud, Patrac (FO)
MM. Dupont, Lartigue (CFTC)
MM. Bénéteau, Marx (CFE-CGC)
MM. Larquey, Texier (UNSA)
M. Tournier (FSU)
Mme Talbot (URAF)
Mme Pétreau (Organismes de sécurité sociale)
M. Hinerang (Caisses d'assurance maladie)
M. Vinet (Fédération du bâtiment)
M. Barré (URIOPSS)
M. Mousnier (Personnes âgées)
MM. Bonnin, Cézard (Parents d'élèves)
M. Prouzat (Coopération, mutualité, associations)
Mme Thomas, M. Couillaud (Mutualité, coopération et crédit agricoles)
Mme Logereau (Jeunes chambres économiques)
Mme Vigneron (GIP Qualité de la formation)
M. Gesson (Enseignement supérieur et recherche)
M. Saizeau (Culture et éducation populaire)
M. Bonnet (Sport)
M. Potennec (Tourisme)
M. Levraut (Locataires)
M. Sibert (Logement)
M. Brie (Environnement)
Mme Métayer (Consommation)
Mmes Bimes, Chaumet (Personnalités qualifiées)

SOMMAIRE

La mobilisation de tous pour construire un service de santé : préalable	5
--	---

Première partie :

Les faits marquants de la santé en Poitou-Charentes et de son organisation	7
---	---

<i>Les spécificités régionales</i>	7
------------------------------------	---

1.1 De l'inégalité sociale à l'exclusion	8
---	---

1.1.1 Des inégalités sociales avérées...	8
---	---

1.1.2 ... combinées à des inégalités territoriales dans l'offre de soins	11
---	----

<u>Les enjeux</u>	15
--------------------------	----

1.2 Le « parapluie horizontal »	16
--	----

1.2.1 Deux acteurs « historiques » : Etat, Assurance Maladie	16
---	----

1.2.2 Une nouvelle organisation régionale	18
--	----

- Missions régionales santé
- Conférences régionales de santé
- Groupements régionaux de santé publique

1.2.3 De nouveaux rôles pour les collectivités territoriales	21
---	----

- Compétences territoriales
- Nouvelles possibilités pour les Régions

1.2.4 Nouveaux programmes et schémas	22
---	----

- Plan régional de santé publique (PRSP)
- Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)
- Programme régional commun de l'Assurance Maladie (PRC)

<u>Les enjeux</u>	25
--------------------------	----

1.3 Une démocratie sanitaire en panne	26
--	----

<u>Les enjeux</u>	28
--------------------------	----

Deuxième partie :

29

L'accès de tous aux soins et à la santé ... par la mobilisation de tous

2.1	<i>Tout miser sur la prévention</i>	29
2.2	<i>Passer du réseau de soins au réseau de santé</i>	31
2.3	<i>Adapter les projets aux spécificités locales (territoriales, populationnelles)</i>	34
2.4	<i>Associer les usagers / citoyens à leur santé et au fonctionnement du système</i>	37

Troisième partie :

40

La Région : passer d'un rôle « d'échelon d'organisation sanitaire » à celui d'acteur

	<i>Préalable</i>	40
3.1	<i>Veiller à un équilibre territorial pour l'accès à la santé et aux soins</i>	41
3.1.1	<i>Promouvoir la territorialisation des politiques de santé</i>	41
3.1.2	<i>Participer à l'organisation de l'offre</i>	43
3.2	<i>Contribuer à apporter une réponse aux besoins de la population</i>	45
3.2.1	<i>Développer une culture de santé publique en Poitou-Charentes</i>	45
3.2.2	<i>Recueillir les besoins et le vécu des populations</i>	45
3.2.3	<i>Accompagner la structuration de la représentation des usagers/citoyens...</i>	46
3.3	<i>Favoriser l'organisation collective du système de santé autour de l'individu</i>	46
3.4	<i>Intégrer la santé dans le développement durable</i>	47

Conclusion

49

Annexes

50



Ce dossier a été conduit par la commission « Développement des territoires et cohésion sociale » du conseil économique et social régional, sous l'animation de :

- ▶ **France Joubert**, Président de la commission ;
- ▶ **Gérard Hinerang**, membre du CESR et Président de l'URCAM.

- Les membres de la commission « Développement des territoires et cohésion sociale » :

Jean-Marie Barré	Albert Etien	Georges Mousnier
Philippe Bénéteau	Joël Godu	Gérard Potennec
Robert Berger	Jean-Pierre Grenon	Alain Proux
Marie-Jeanne Berthier	Christian Langlois	Jean Rogeon
Nanou Bimes	Jean-Jacques Lartigue	Jean-Michel Saizeau
René Bonnet	Gérard Levasseur	Jean-Pierre Sibert
Jacques Brie	Alain Levrault	Marc Vandermeersch
Michèle Chaumet	Frédéric Mahaud	
Patrick Couillaud	Bernadette Métayer	

- Les services du conseil économique et social régional :

Valérie Bernard, Chargée de mission
Angélique Bosquet et Muriel Macorat, Assistantes

- Auditions :

Gilles Adam, Proviseur du Lycée Aliénor d'Aquitaine de Poitiers

Evelyne André, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

Denise Audidier, Présidente de l'association « Vivre comme avant »

Béatrice Balley, Chef de projet Promotion santé de La Rochelle

Céline Biche, Adjointe au Délégué régional de la Fédération hospitalière de France

Philippe Bodet, Membre du CESR - Président de l'Observatoire régional de la santé au travail

Stéphane Bouges, Directeur de l'Union régionale des médecins libéraux

Yann Bourgueil, Directeur de recherche à l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Sophie Bros, journaliste

Sylvie Brossard, Services du conseil régional

Eric Bures, Docteur – Président de SOS Douleur à Domicile

Michèle Cals, Directrice du Centre hospitalier de Jonzac

Francis Chabaud, Directeur de l'Observatoire régional de la santé

Monsieur Clavurier, Comité de défense et de développement de l'Hôpital de Cognac

Gérard Deborde, Directeur régional des affaires sanitaires et sociales

Jean-Pierre Dewitte, Délégué régional de la Fédération hospitalière de France

Michel Faucher, Président de France Alzheimer des Deux-Sèvres

Monsieur Frémy, représentant le Medef à l'Observatoire de la santé au travail

Jean Gauthier, Docteur – Initiateur de l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)

Jean-Michel Gernais, Directeur délégué ARCSMA – Directeur adjoint de la MSA de Charente-Maritime

Bénédicte Gohin-Perriot, Médecin inspecteur régional – Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Poitou-Charentes

Patrick Grégory, Infirmier de secteur psychiatrique – Educateur de rue

Véronique Hérault, Docteur – Directrice du Service de santé publique de l'hygiène et de l'environnement de La Rochelle

Laurent Hervier, Services du conseil régional

Madame Mandea, Comité de défense et de développement de l'Hôpital de Cognac

Colette Marchand, Présidente de France Alzheimer de Charente-Maritime

Laurence Mornet, IAAT

Monsieur Nicolas, représentant la CFE/CGC à l'Observatoire de la santé au travail

Madame Palau, Directrice de l'UDAf de la Vienne

Joëlle Perrin, Directrice adjointe de l'Agence régionale de l'hospitalisation

Jean-Pierre Robelet, Directeur de l'URCAM

Pierre Surault, Socio-économiste et démographe – Professeur des universités

Françoise Talbot, membre du CESR – Représentante de l'URAF

Le conseil économique et social régional tient à remercier tous les différents acteurs pour leur participation aux travaux ; leur contribution a été particulièrement enrichissante et éclairante pour l'élaboration de ce rapport.

La mobilisation de tous pour construire un service de santé

Le monde de la santé est en pleine évolution : progrès scientifiques et techniques, dans le même temps des crises sanitaires successives, et une organisation institutionnelle en mutation.

La santé est aussi l'une des préoccupations majeures de nos sociétés et à l'heure où se pose la question récurrente du financement de la sécurité sociale, différentes mesures adoptées par les gouvernements successifs ont modifié sensiblement les conditions d'accès aux soins de l'ensemble des citoyens.

Dans le cadre de ses orientations générales en 2004, le conseil régional Poitou-Charentes a affiché sa volonté d'investir ce nouveau champ d'action.

Dans ce contexte et dans la mesure où de nombreux partenaires sont d'ores et déjà, de par leurs compétences, chargés d'organiser le fonctionnement et de définir les axes des politiques de santé, le CESR a souhaité apporter sa contribution à la diffusion des connaissances sur les questions de santé pour, dans un second temps, proposer des leviers d'actions à la Région.

Les objectifs initiaux de ce travail visaient à :

- construire une « culture commune » et rendre lisible l'organisation du système par le plus grand nombre ;
- inscrire cette organisation dans le cadre du développement durable et donc dans les interdépendances ; interdépendances et interconnexions qui font la légitimité de la représentation du CESR ;
- écouter les acteurs locaux pour recueillir le témoignage de leur action, de leurs difficultés et leurs propositions pour améliorer le système régional ;
- se positionner dans le débat régional (au sein de la conférence régionale de santé en particulier) ;
- proposer des pistes d'actions à la Région pour qu'elle se positionne moins sur la direction du système que sur son organisation au service du citoyen.

Dans une première approche, la commission a constaté que l'organisation du système de soins actuel, malgré sa qualité reconnue, ne parvenait pas à résoudre les inégalités, tant sociales que géographiques d'accès aux soins.

Elle a donc fait le choix de concentrer ses travaux sur les inégalités, les usagers, les « organisations régionales » pour apporter les éléments qui permettent de travailler de manière transversale et durable sur les tendances lourdes à l'exclusion, la difficulté de représenter les malades, l'indispensable responsabilisation du citoyen, pour rendre plus performante l'organisation professionnelle, administrative et politique du système.

Des réunions d'auditions ont donc été organisées sur 4 thèmes :

- les inégalités sociales de santé ;
- les inégalités territoriales de santé ;
- la place des usagers dans le système de santé ;
- l'organisation régionale et le rôle de la Région.

La commission n'a bien évidemment pu auditionner de façon exhaustive les acteurs de la santé tant le système est complexe mais c'est à partir de cette diversité de témoignages d'horizons différents, voire de nature différente que s'est construit ce rapport.

Si la commission n'a pas souhaité dresser un panorama de la santé dans la mesure où de nombreux bilans et états des lieux ont été réalisés et diffusés, en particulier le panorama de la santé réalisé par les services de l'Etat, l'URCAM, l'Observatoire Régional de la Santé et l'IAAT (Institut Atlantique d'Aménagement des Territoires), elle a souhaité mettre en évidence :

- le maintien, voire l'aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé ;
- une organisation du système renouvelée qui rend difficiles la compréhension du système et l'identification du qui fait quoi, qui est responsable de quoi, qui finance et où tout ça peut aller.

Dans un deuxième temps, la commission est partie du principe que la santé ne devait pas être abordée sous le seul angle de la pathologie et du recours aux soins.

Elle a alors proposé de promouvoir une approche globale de la personne et de l'environnement dans lequel elle vit et qui conditionne son état de santé.

Enfin, dans ses conclusions, la commission a souhaité proposer des pistes d'actions sur lesquelles le conseil régional pourrait se positionner.

Il s'agit là de pistes, d'orientations qui demanderont un travail complémentaire avec les élus pour un choix stratégique et des modalités d'actions. Dans un premier temps, la santé doit être abordée transversalement dans l'ensemble des politiques régionales.

Ce rapport s'inscrit dans une forte volonté du CESR d'être présent dans le débat régional de santé publique, dans un contexte où la santé est au centre des préoccupations des citoyens et des pouvoirs publics.

Les propositions du CESR s'inscrivent dans le contexte législatif et réglementaire actuel dont la rénovation passe avant tout par le débat parlementaire.

« Ceux qui décident de dialoguer entre eux ne se comprennent l'un l'autre et ne se comprennent eux-mêmes que jusqu'à un certain point.

Le but du processus est d'arriver à un accord mais aussi, pour chaque partenaire, d'accroître la connaissance de soi et la clarté de ses propres idées. »

Socrate

Première partie :

Les faits marquants de la santé en Poitou-Charentes et de son organisation

Les spécificités régionales

(extraits du « panorama de la santé » en Poitou-Charentes)

- La population de Poitou-Charentes est souvent qualifiée en « bonne santé » ; le taux de mortalité de la région est significativement inférieur à celui de la France, pour les hommes comme pour les femmes ; ces dernières détiennent le record des régions françaises pour l'espérance de vie (83,3 années).

Poitou-Charentes est l'une des régions les plus âgées de France (avec le Limousin et la Corse). D'ores et déjà, la part des plus de 60 ans dépasse celle des moins de 20 ans et les effectifs de plus de 75 ans sont de plus en plus nombreux (+ 17 % depuis 1999).

Ce vieillissement de la population, que l'on peut qualifier de progrès, interroge la puissance publique, notamment en terme d'accès aux services et en premier lieu, d'accès aux soins : la proportion de personnes âgées, souvent des femmes, vivant seules, en milieu rural, nécessitera des aménagements spécifiques (maintien d'un service de proximité et développement de la mobilité).

Cette forte proportion de personnes âgées est liée pour une part à une forte migration en Poitou-Charentes (taux annuel de migration des personnes âgées de 60 à 74 ans de 63,8 pour 10 000 habitants).

En outre, ces nouveaux entrants appartiennent pour une large part à une catégorie socioprofessionnelle « cadres, employés et professions intermédiaires » ; ce qui participe, statistiquement, à une vie plus longue. La mortalité prématûrée (avant 65 ans) représente 17 % de l'ensemble des décès en Poitou-Charentes contre 20 % en France.

En Poitou-Charentes, les années potentielles de vie perdues sont expliquées pour 38% des cas par des morts violentes : accidents de la circulation (15 %), suicides (12 %) et accidents de la vie courante (2 %).

- En terme d'offre de soins, la région se distingue par 2 éléments :
 - une sous-dotation en terme de lits et places de courts séjours, de soins de suite et réadaptation ;
 - un temps moyen d'accès aux services d'urgence et aux maternités supérieur à la moyenne nationale (22 minutes en Poitou-Charentes contre 12 minutes en France pour les services d'urgence, 28 minutes en Poitou-Charentes contre 12 minutes en France pour l'accès aux maternités)

La densité moyenne de médecins généralistes libéraux est sensiblement la même en Poitou-Charentes qu'en France (102 pour 100 000 habitants contre 103 en France) ; 20 % de l'ensemble de la profession a aujourd'hui 55 ans ou plus et cette proportion pourrait atteindre 42 % à l'horizon 2013.

Quel que soit le type de spécialités, les densités de professionnels sont plus faibles en Poitou-Charentes qu'en France (70 spécialistes pour 100 000 habitants en Poitou-Charentes contre 89 en France).

(cf. « Les médecins spécialistes de Poitou-Charentes » réalisé par l'IAAT, l'ORSPEC et la DRASS Poitou-Charentes – Avril 2005).

1.1 De l'inégalité sociale à l'exclusion

Dans l'ensemble, l'état de santé des populations s'est amélioré (avec une augmentation de l'espérance de vie) mettant en évidence les progrès médicaux, les améliorations de la prise en charge et de la couverture maladie... mais dans le même temps, les inégalités sociales se sont amplifiées.

1.1.1 Des inégalités sociales avérées ...

- Les inégalités sociales de santé ont notamment été mises en évidence dans le rapport du Haut Comité de Santé Publique et par l'INSE

Elles sont aujourd'hui mieux décrites et un chapitre leur est consacré dans le rapport annuel annexe au projet de financement de la sécurité sociale « *Données sur la situation sanitaire et sociale en France* ».

L'INSEE¹ a mis en évidence que les différences sociales de mortalité sont en augmentation chez les hommes : l'espérance de vie « à 35 ans » a augmenté pour toutes les catégories sociales mais ce sont les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue.

Les hommes inactifs non retraités, dont la situation est souvent liée à des problèmes de santé, n'ont que peu profité de l'allongement de la durée de vie.

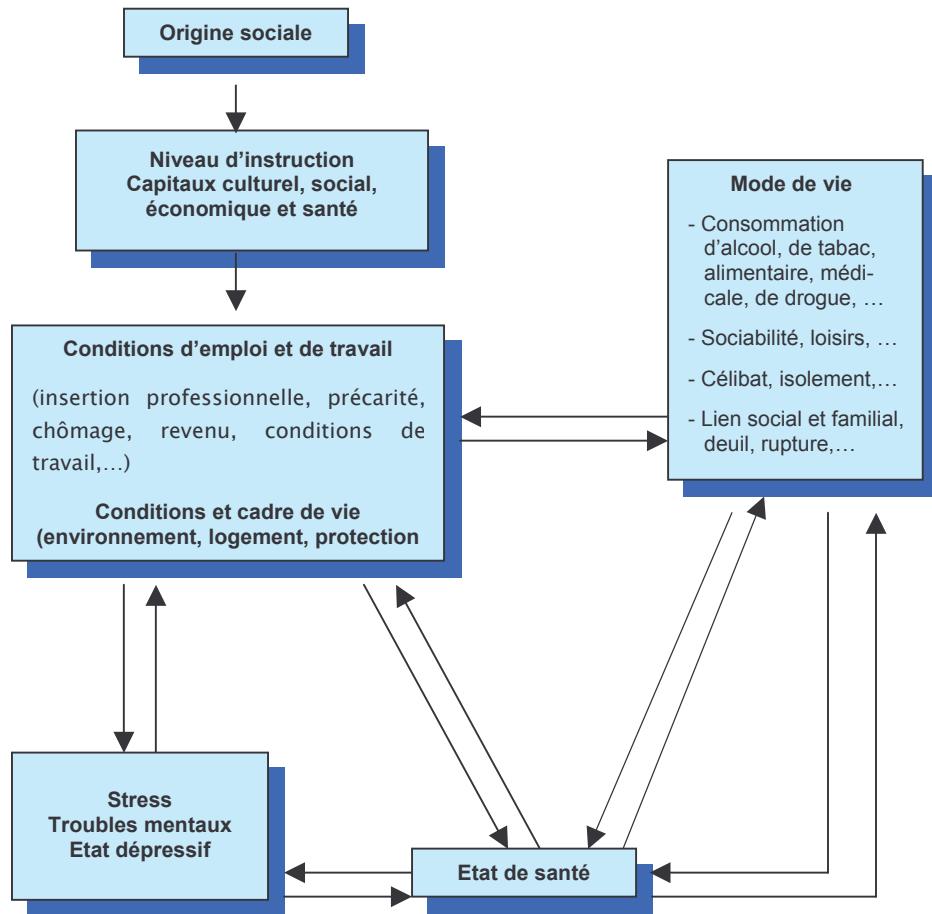
Quelques indicateurs :

- la mortalité des ouvriers et des employés est aujourd'hui près de 3 fois supérieure à celle des cadres supérieurs et professions libérales ;
- l'espérance de vie à la naissance varie de plus de 10 ans en France entre les zones d'emplois du nord et du sud de la France ;
- la différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre atteint 6,5 années ;
- le « score » de risque d'invalidité d'un ouvrier non qualifié est de 113 quand celui du cadre supérieur est de 89 (moyenne française 100) ;
- pour de nombreux indicateurs, comme la mortalité prématurée avant l'âge de 65 ans, la France connaît une situation plus défavorable que la plupart de ses grands voisins européens.

Ainsi, l'espérance de vie suit un continuum selon la situation sociale.

¹ INSEE Première « Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes » - n° 1025 - Juin 2005.

- Pour la plupart des analystes, ces inégalités sont moins le fait d'une inégalité d'accès aux soins que la résultante d'un ensemble d'inégalités économiques, sociales et culturelles dont l'effet cumulatif négatif est d'autant plus marqué que la catégorie sociale est défavorisée.



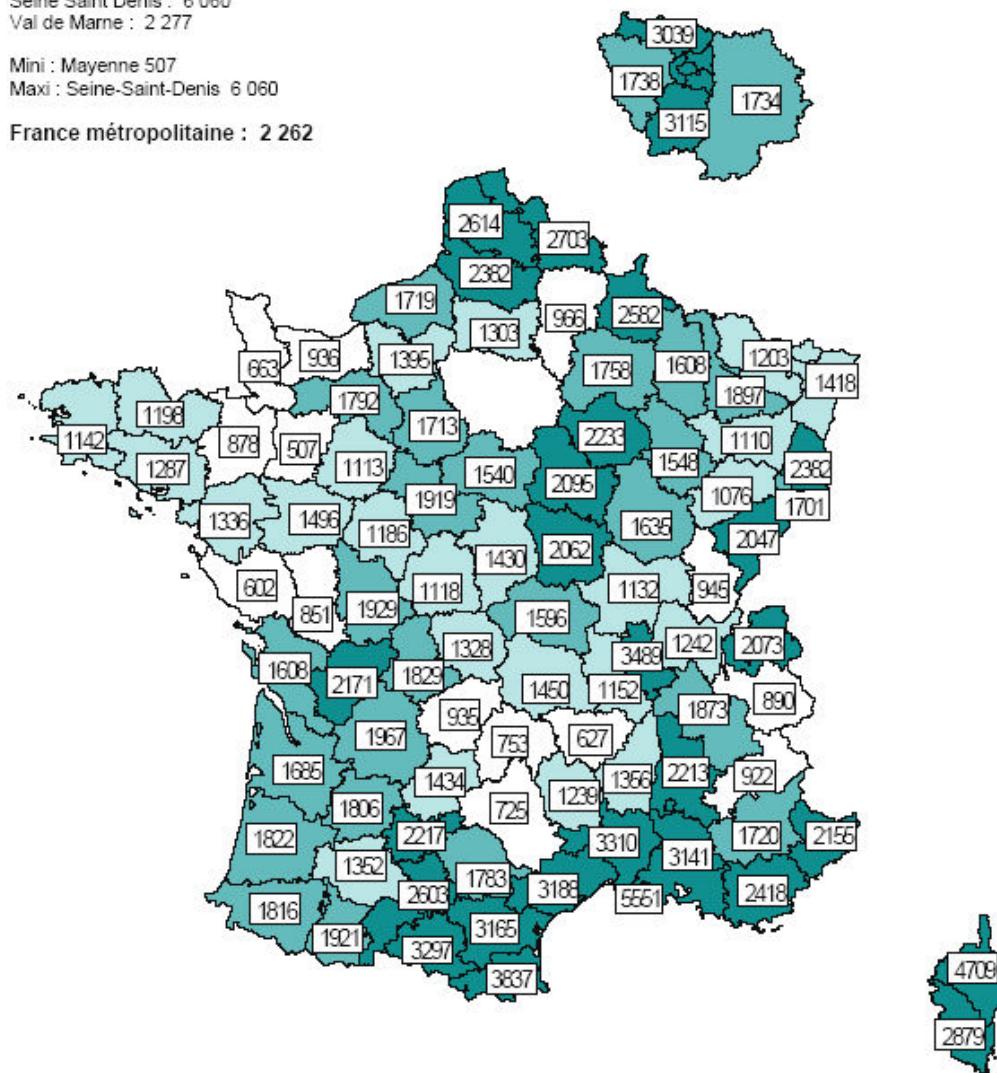
Des outils pour l'accès aux soins des plus démunis existent, en particulier **la Couverture Maladie Universelle (CMU)** qui cependant ne règle pas tous les problèmes d'accès aux soins ; il y a les exclus du système, ceux qui y auraient droit et n'en bénéficient pas, ceux dont les ressources dépassent les plafonds... Ce n'est pas tant le droit qui fait obstacle mais l'utilisation de ce droit et nombreux sont les publics souffrant d'isolement social et de précarisation matérielle, qui connaissent de réelles difficultés d'accès aux soins, ne serait-ce que primaires.

Malgré la mise en place de la CMU (réponse financière pour l'accès aux soins), les inégalités sociales de santé se sont creusées.

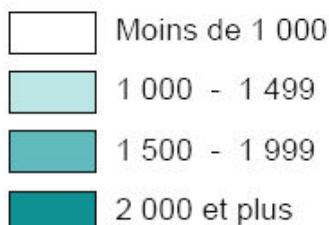
BENEFICIAIRES DE LA CMU AFFILIES SUR CRITERE DE RESIDENCE AU 30 JUIN 2005 DENSITE DEPARTEMENTALE

Paris : 5 149
Hauts de Seine : 2 891
Seine Saint Denis : 6 060
Val de Marne : 2 277

Mini : Mayenne 507
Maxi : Seine-Saint-Denis 6 060
France métropolitaine : 2 262



Densité pour 100 000 habitants



Source : Assurance Maladie – ameli.fr

- En Poitou-Charentes, les déterminants sociaux de la santé sont encore méconnus, les outils d'observation et d'analyse sanitaire et sociale n'étant pas mutualisés et limitant le croisement des analyses.

Le panorama de la santé en Poitou-Charentes tente une approche de la précarité qualifiée comme « l'absence d'une ou plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, de jouir de leurs droits fondamentaux » et la quantifiant de prestations : Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ou Allocations de Parent Isolé (API) ou Allocations aux Adultes Handicapés (AAH).

Il en ressort que Poitou-Charentes est moins marqué par la précarité que d'autres régions françaises malgré de fortes disparités par canton (les plus forts « taux de précarité » sont observés en Charente et en Charente-Maritime).

Une étude sur « *l'analyse socio économique des disparités territoriales des taux de mortalité en Poitou-Charentes* » conduite par l'Observatoire régional de la santé permet d'affiner le constat :

- le lien entre les zones de pauvreté et les territoires où la mortalité est élevée est mis en évidence ;
- pour toutes les causes de mortalité, l'espace périurbain correspond aux territoires les moins touchés en terme de mortalité ;
- les zones en « sous mortalité » par rapport à la moyenne présentent une proportion de cadres ou chefs d'entreprises et chefs de ménages exerçant une profession intermédiaire importante.

A l'inverse, les cantons en « surmortalité » ont une proportion d'agriculteurs et chefs de ménages sans profession « élevée ».

1.1.2 ... combinées à des inégalités territoriales dans l'offre de soins

- Poitou-Charentes dispose d'une densité moyenne de médecins généralistes proche de la moyenne nationale (102 médecins pour 100 000 habitants en Poitou-Charentes contre 103 en France) mais d'une densité de spécialistes moindre et d'un taux d'équipements en lits et places de médecine, chirurgie et gynécologie obstétrique inférieurs à la moyenne nationale.

En terme d'aménagement du territoire, 20 cantons picto-charentais présentent un temps d'accès moyen au service d'urgence le plus proche supérieur à 30 minutes (pour une moyenne nationale de 12 minutes) et 14 cantons ont un temps d'accès à la maternité la plus proche supérieur à 45 minutes (pour une moyenne nationale de 12 minutes).

Cette présentation globale de densités moyennes ne peut permettre à elle seule de juger de l'adéquation entre offre de soins et besoins de santé.

Certains cantons cumulent faible densité et forte consommation de consultations et de visites, ce qui peut traduire des problèmes pour les médecins généralistes à faire face à la demande de soins.

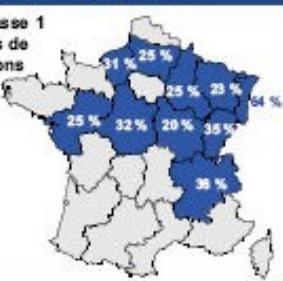
Une étude de la Fédération des observatoires régionaux de la santé² met en évidence que l'état de santé des populations est plus lié aux déterminants sociaux qu'à l'offre de soins. Elle met aussi en évidence un clivage rural / urbain avec des inégalités plus marquées en milieu rural qu'en milieu urbain.

² Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé - « Inégalités cantonales de santé » - Mai 2004

Classe 1 : Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité prématuée, avec une offre de soins libérale peu élevée

- 729 cantons (20 % des cantons français) regroupant 10,3 millions d'habitants
- classe présente dans toutes les régions, mais prédominante en Alsace (64 % des cantons de la région relèvent de cette classe), puis en Rhône-Alpes, Franche-Comté, Centre, Haute-Normandie (plus de 30 % des cantons)

Régions où la classe 1 représente plus de 20 % des cantons



Classe 3 : Villes-centres, avec un mode de vie isolée fréquent et de forts contrastes sociaux, en surmortalité prématuée, bien dotées en équipements de santé

- 285 cantons (8 % des cantons français) regroupant 15 millions d'habitants
- classe présente dans toutes les régions, mais davantage dans le Sud (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon, Corse, Aquitaine) et en Ile-de-France

Régions où la classe 3 représente plus de 8 % des cantons



Classe 5 : Cantons avec proportion importante d'agriculteurs et d'ouvriers, une population relativement âgée, en sous-mortalité, avec une offre de soins réduite

- 555 cantons (15 % des cantons français) regroupant 3,3 millions d'habitants
- classe prédominante dans les Pays de la Loire (41 % des cantons de la région en relèvent) puis en Poitou-Charentes (32 %), et qui représente 20 à 26 % des cantons dans cinq autres régions
- classe totalement absente des régions Alsace et Ile-de-France

Régions où la classe 5 représente plus de 15 % des cantons



Classe 7 : Cantons socialement défavorisés, avec un mode de vie isolée fréquent, une surmortalité très marquée, notamment prématuée

- 259 cantons (7 % des cantons français) regroupant 7,0 millions d'habitants
- classe largement prédominante en Nord-Pas-de-Calais (62 % des cantons de la région en relèvent) puis dans plusieurs régions du Nord du pays
- classe totalement absente des régions Corse et Poitou-Charentes

Régions où la classe 7 représente plus de 7 % des cantons



Classe 8 : Cantons avec une forte proportion d'ouvriers, en surmortalité générale et prématuée, peu dotés en équipements de santé

- 659 cantons (18 % des cantons français) regroupant 5,9 millions d'habitants
- classe particulièrement présente au Nord de la Loire (sauf en Ile-de-France), avec plus de 50 % des cantons de Picardie et de Bretagne et plus de 40 % en Lorraine et Champagne-Ardenne
- classe totalement absente des régions Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Midi-Pyrénées

Classe 2 : Cantons socialement favorisés, avec un mode de vie isolée fréquent, en sous-mortalité, bien dotés en équipements de santé

Régions où la classe 2 représente plus de 10 % des cantons



Classe 4 : Cantons avec une population relativement âgée, bien dotés en professionnels de santé libéraux

Régions où la classe 4 représente plus de 13 % des cantons



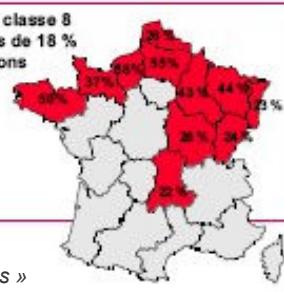
Classe 6 : Cantons avec de fortes proportions d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement peu favorisés, en sous-mortalité générale, éloignés des services d'urgences et des maternités

- 392 cantons (11 % des cantons français) regroupant 1,6 million d'habitants

Régions où la classe 6 représente plus de 11 % des cantons



Régions où la classe 8 représente plus de 18 % des cantons

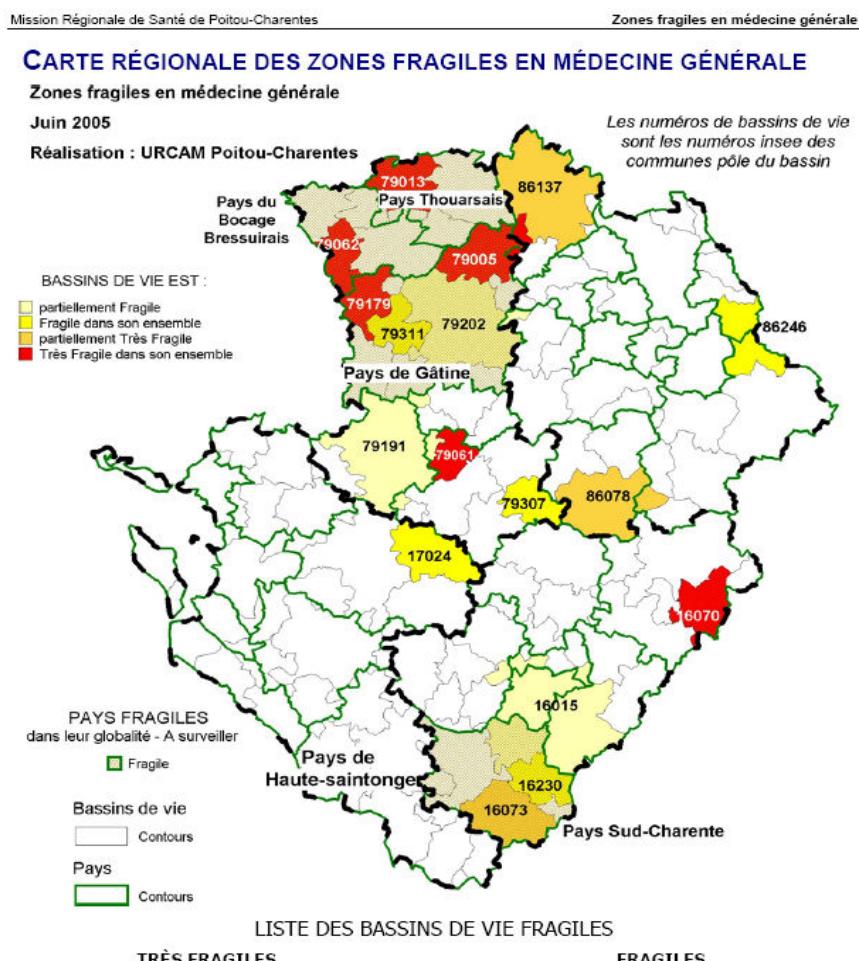


Source : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé – « Inégalités cantonales » Mai 2004

Pour Poitou-Charentes :

- 32 % des cantons présentent une proportion importante d'agriculteurs et d'ouvriers, une population relativement âgée, en sous mortalité, avec une offre de soins réduite (classe 5) ;
- 20 % des cantons présentent de fortes proportions d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement peu favorisées, en sous mortalité générale, éloignés des services d'urgence et des maternités (classe 6) ;
- 14 % des cantons avec une population relativement âgée, bien dotés en professionnels de santé libéraux (classe 4) ;
- 9 % des villes-centres avec un mode de vie isolé fréquent et de forts contrastes sociaux, en surmortalité prématuée, bien dotées en équipements de santé (classe 3).

La Mission Régionale de Santé (ARH/URCAM) a ainsi identifié des « zones fragiles en médecine générale » qui déterminent les territoires prioritaires des actions de la Mission Régionale de Santé. Ces zones de fragilités sont une photographie à un moment donné ; elles sont susceptibles de changements rapides dans la mesure où l'arrivée d'un professionnel, ou à l'inverse un départ, peut changer la situation d'un canton. Cette carte a donc vocation à être actualisée en permanence.



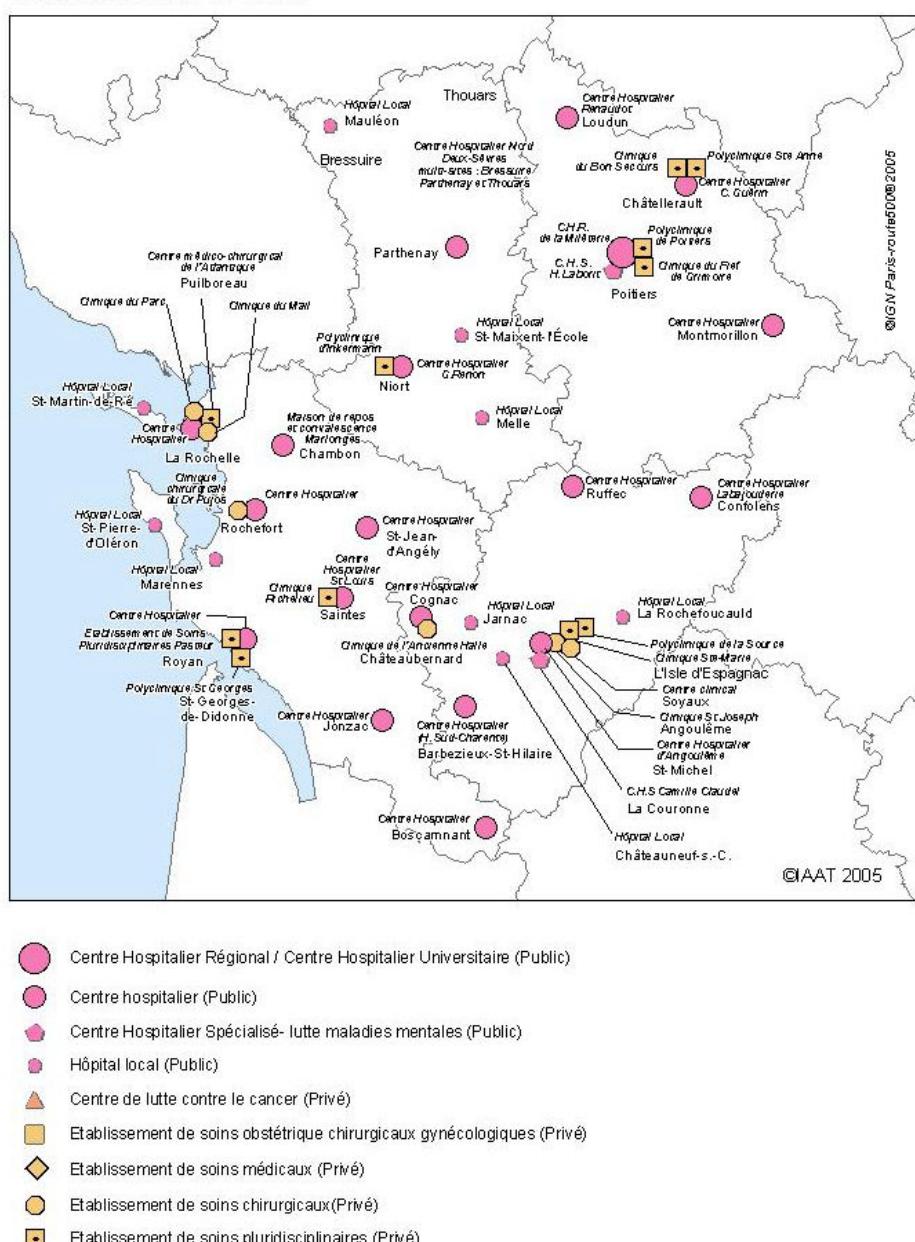
Source : URCAM/LF – 29 juin 2005

- En terme de perspectives pour l'accès aux soins, plusieurs paramètres sont à prendre en compte :

- l'âge des professionnels : près de 20 % de la profession avait 55 ans ou plus en 2003 et cette proportion devrait atteindre 42 % en 2013 (d'après les travaux conduits par l'URCAM) ;
- les modifications de la pratique professionnelle liées entre autres à la réduction de l'activité individuelle, à la féminisation, au vieillissement de la profession...;
- les évolutions techniques et de la science médicale ;
- la répartition des services hospitaliers sur les territoires.

Le SROS en cours va déterminer l'offre de soins hospitalière pour les cinq ans à venir.

Etablissements de santé



Source : fichier FINESS 01/2005
DRASS Poitou-Charentes

Les enjeux

- ↳ *La demande de soins des personnes en situation de précarité entre peu dans le schéma actuel de notre système de soins.*
La solvabilisation de l'accès aux soins (CMU) et le développement régulier de la consommation médicale n'ont pas réglé le problème des inégalités de santé.
Quelles peuvent être les réponses de l'offre de soins traditionnelle aux besoins spécifiques des populations précaires ?
Quelles nouvelles formes de prise en charge pourraient être proposées ? (réseaux, filières de soins, prise en charge médico-sociale...) ?
- ↳ *La répartition de l'installation du corps médical sur le territoire et des établissements de soins est déterminante : comment organise-t-on une permanence et une continuité de prise en charge sur un territoire ?*
- ↳ *Le paiement à l'acte des soins induit un certain type de comportement de part et d'autre (patient et soignant) ; comment adapter la rémunération des professionnels pour la prise en compte de la prévention ? Quel type de contractualisation envisager avec notamment les collectivités pour la prise en charge de ce volet préventif ?*
- ↳ *Comment sera prise en compte l'augmentation des populations âgées et en particulier en milieu rural (adéquation entre répartition spatiale des spécialités médicales en relation avec les structures d'âge de la population résidente) ?*
- ↳ *Comment concilier exigence de qualité des soins avec proximité ?*
- ↳ *Quels nouveaux rôles pour l'hôpital public en terme de services de santé à la population sur l'ensemble du territoire régional (partenariats entre établissements, entre secteurs sanitaire et social, entre médecine ambulatoire et établissements...) ?*

1.2 Le « parapluie horizontal »

L'organisation du système de santé est en profonde transformation suite, notamment, aux récentes Lois de santé publique, portant réforme de l'Assurance Maladie, de Décentralisation, et relative au Développement des territoires ruraux.

Ces réformes successives rendent difficile la compréhension globale du système et l'identification du « qui fait quoi, qui est responsable de quoi, qui finance... ».

Aux niveaux régional, départemental ou local, les processus de décentralisation et de déconcentration, puis les ordonnances de 1996 ont entraîné une **multiplication des structures et des intervenants sur un même champ**. Les différents intervenants déterminent leurs priorités, programmes d'actions selon des processus qui leur sont propres... aboutissant parfois à des **concurrences plutôt qu'à des coopérations**. Chacun cherche des partenaires mais peu d'acteurs veulent être partenaires.

Au cours de ses travaux, le CESR a souhaité établir un schéma de l'organisation du système de santé en région (qui fait quoi, qui finance quoi, les programmes en cours...) et les relations entre chacun ; la complexité du système et des interactions entre les différents acteurs et les programmes ne permet pas d'établir cette vision synthétique. Par conséquent, le CESR propose (*cf. schéma p. 20*) une typologie des différents acteurs et programmes ou schémas en cours sans tenter d'établir les liens entre eux...

Cette vision est partielle et probablement contestable : les organisations qualifiées de « pilotes » sont aussi parfois responsables de la mise en œuvre et inversement. En outre, tous les programmes ayant trait à la santé de près ou de loin ne sont pas mentionnés (contrat de plan Etat/Région, projet d'action stratégique de l'Etat en Région [PASER], actions sécurité routière...).

1.2.1 Deux acteurs « historiques » : Etat, Assurance Maladie

- Le Parlement fixe annuellement (depuis 1996, ordonnances Juppé) l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM - évolution des recettes et dépenses des régimes obligatoires par le vote d'une Loi de financement de la sécurité sociale).
- L'Etat est garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population. A ce titre, l'Etat :
 - assume la prise en charge des problèmes généraux de santé publique : prévention collective, veille sanitaire, lutte contre les grandes maladies et fléaux (toxicomanie, alcoolisme) ;
 - assure la formation des personnels de santé, participe à la définition de leurs conditions d'exercice, veille aux normes de qualité des établissements de soins et de la production pharmaceutique ;
 - exerce sa tutelle sur les Agences Régionales d'Hospitalisation ;
 - veille à l'adéquation des structures de soins et de prévention et régule l'offre de soins : personnels, établissements, équipements lourds ;
 - exerce la tutelle de la protection sociale dans le cadre de contrats d'objectifs et de gestion et intervient sur les modalités de son financement (assiette et taux de cotisations), sur les règles de la couverture de la population, sur ses relations avec les producteurs de soins, sur la prise en charge financière des soins (tarifs et taux de remboursement). Il veille également à l'équilibre des comptes sociaux.

Dans le cadre de la récente Loi relative à la santé publique, la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique est clairement affirmée : détermination des objectifs, conception des plans et programmes de santé, évaluations.

Au niveau local, les DRASS et DDASS (sous l'autorité du Préfet de région et du Préfet de département) assurent la mise en œuvre des politiques nationales, la définition et l'animation des actions régionales et locales.

Les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation créées en 1996 sous forme de Groupement d'intérêt public -GIP- entre l'Etat et les organismes d'Assurance Maladie) définissent et mettent en œuvre, dans le respect des orientations nationales, la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, analysent et coordonnent l'activité des établissements de santé publics et privés et déterminent leurs ressources.

Les ARH sont ainsi chargées de l'élaboration de schémas régionaux d'organisation sanitaire.

- **L'Assurance Maladie obligatoire**, assure la protection sociale des citoyens contre les risques financiers liés à la maladie, branche de la sécurité sociale, dispositif de type légal sous tutelle de l'Etat. L'Assurance Maladie est un ensemble d'organismes décentralisés et autonomes qui assurent une mission de service public. Chaque organisme est doté de financements et de structures de fonctionnement propres. Les organismes mutualistes ou les assurances privées offrent une protection complémentaire.

L'ensemble de la population est protégée par l'Assurance Maladie, le plus souvent sur une base professionnelle ou familiale (actifs et retraités ainsi que leurs ayants-droits). Les chômeurs ont également accès à la protection sociale en matière de maladie et la couverture universelle (CMU) permet aux plus démunis de bénéficier d'une prise en charge financière de leurs soins.

Différents régimes gèrent l'Assurance Maladie :

- **Le régime général de la sécurité sociale** est le plus important.
Il assure les salariés du commerce et de l'industrie ainsi que leurs familles, soit environ 85 % de la population. Il est géré au plan national par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et au plan local, par des caisses régionales (CRAM et URCAM) et des caisses primaires (CPAM).
- **La Mutualité Sociale Agricole (MSA)** couvre les exploitants et salariés agricoles ainsi que leurs familles.
- **La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM)** couvre les artisans, les commerçants et les membres des professions libérales.
- **D'autres régimes** numériquement moins importants couvrent, sur une base professionnelle, certaines catégories professionnelles (mines, SNCF, marins...).

Les Caisses Nationales de l'Assurance Maladie qui gèrent le régime général au plan national, sont responsables de l'équilibre financier général et assument certaines missions en matière de prévention et d'action sanitaire et sociale au sein de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). Elles organisent en outre le contrôle médical sur l'activité des professions et établissements de santé.

Le système français de sécurité sociale est financé en grande partie par les cotisations assises sur la rémunération des salariés, dont la cotisation sociale généralisée (CSG), ou le chiffre d'affaires des professions non salariées.

La part des différentes ressources dans le financement de la protection sociale évolue : la part des cotisations sociales (première ressource, près de 70 %) tend à diminuer tandis que la part des ressources fiscales tend à augmenter.

C'est un système à vocation universelle, volonté de départ des concepteurs de la sécurité sociale, ce pourquoi les administrateurs étaient élus.

1.2.2 Une nouvelle organisation régionale (suite à la Loi sur la santé publique)

Si la définition de la politique de santé relève du niveau national (constitutionnellement), l'histoire administrative a fait de la Région l'échelon de référence de sa mise en œuvre.

Centré au départ sur l'organisation sanitaire (mise en œuvre des SROS et création des Agences Régionales d'Hospitalisation en 1996), le processus de déconcentration et décentralisation s'est étendu à des enjeux de santé publique autour de l'élaboration de programmes régionaux de santé.

La récente Loi sur la politique de santé publique propose d'organiser la mise en œuvre de la politique de santé publique dans le cadre de Plans régionaux de santé publique (PRSP), élaborés en lien avec les Conférences régionales de santé et mis en œuvre par les Groupements régionaux de santé publique (*cf. annexe*).

■ Les Missions régionales de santé

Dans chaque région, la mission regroupe l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et l'Union régionale des caisses d'Assurance Maladie (URCAM). L'objectif de ce rapprochement est de favoriser la cohérence de l'offre de soins hospitalière et ambulatoire, en associant les deux principaux acteurs concernés : l'ARH (offre de lits et d'équipements, budgets des établissements de soins) et l'URCAM (financement des établissements et le suivi des professions de santé libérales).

■ Les Conférences régionales de santé

Les conférences régionales de santé sont des instances de concertation des acteurs de santé de la région qui contribuent à la définition et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé publique contenus dans le plan régional de santé publique.

En Poitou-Charentes, la conférence régionale a été installée en janvier 2006. Elle comprend 81 membres répartis en 6 collèges. Le mandat est de 3 ans renouvelable deux fois ; le Président est élu pour une durée de 3 ans, renouvelable une fois.

A cette occasion, la conférence régionale de santé a élu les membres du bureau et adopté les priorités régionales de santé publique.

■ Les Groupements régionaux de santé publique

« Le Groupement régional de santé publique est l'outil de mise en œuvre de la politique de santé nationale dans la Région, adaptée à ce niveau par le Plan régional de santé publique ».

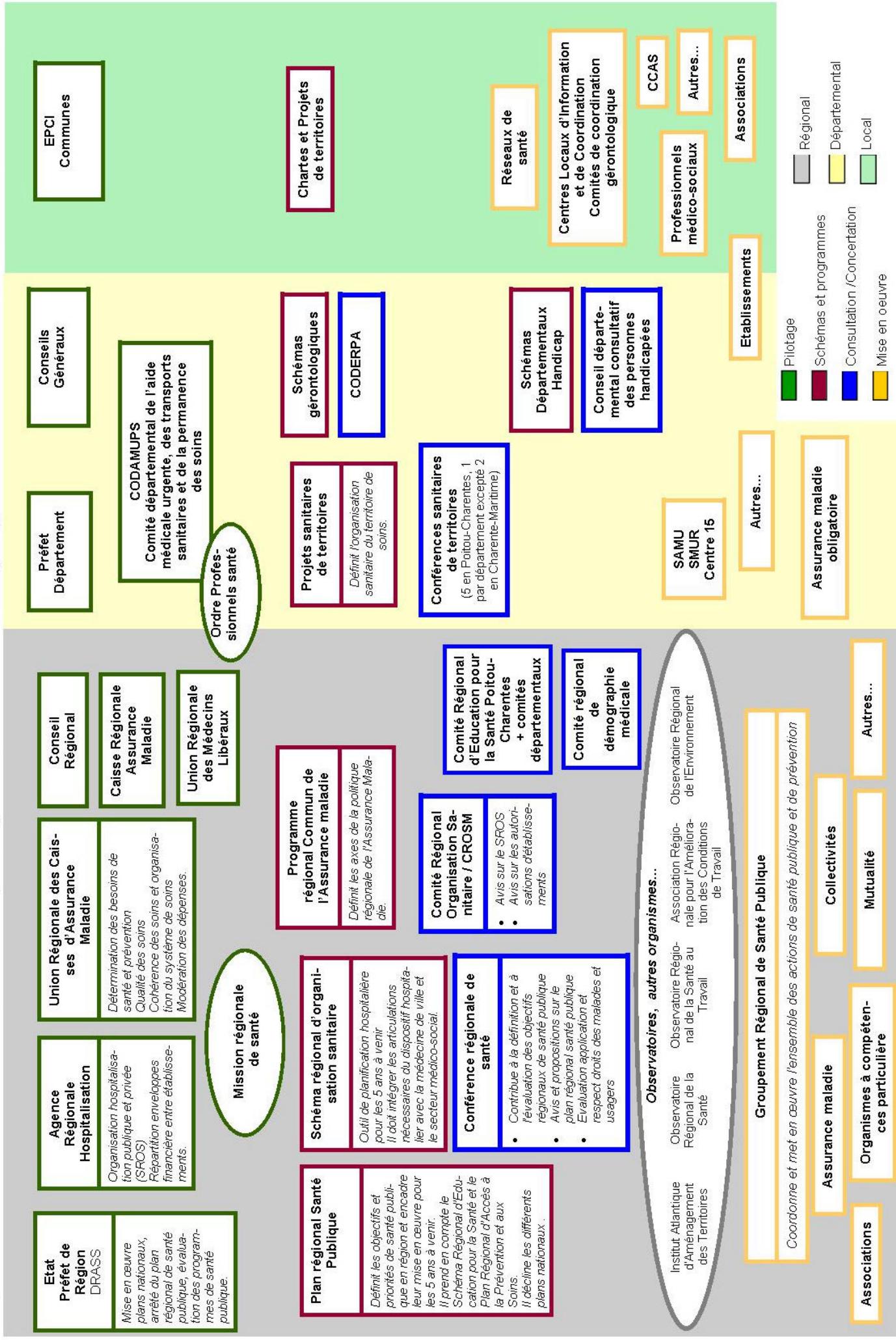
Il est autonome, sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP).

Il comprend obligatoirement l'Etat et ses établissements publics, l'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La responsabilité de l'Etat dans le Groupement est clairement affirmée : son représentant dispose de la moitié des voix, il est le Président de son conseil d'administration et il nomme son Directeur.

Le groupement régional de santé publique peut participer à des actions particulières du conseil régional.

Représentation non exhaustive des principaux intervenants et programmes de santé en Poitou-Charentes



1.2.3 De nouveaux rôles pour les collectivités territoriales

- Les lois successives consacrent la Région comme le niveau géographique de planification des actions et de coordination de l'ensemble des acteurs.

Elles donnent également aux régions, communes et départements, la possibilité d'exercer des activités en matière de vaccination, de lutte contre la tuberculose, la lèpre, le sida et les infections sexuellement transmissibles dans le cadre d'une convention conclue avec l'Etat.

Qui fait quoi ?	Les régions	Les départements	Les communes
Prévention	La région développe des actions de prévention dans le cadre de différents programmes ciblés : programmes régionaux de santé, programme d'éducation et de promotion de la santé...	Décentralisées au niveau départemental depuis 1982, les politiques de vaccination, de prévention de la tuberculose, de la lèpre, des infections sexuellement transmissibles et du cancer ont été recentralisées par la loi du 13 août 2004. Mais les départements qui le souhaitent peuvent poursuivre les actions engagées dans le cadre d'une convention signée avec l'Etat.	Actions ponctuelles ou plus pérennes dans le cadre d'ateliers santé-ville par exemple.
Formation	La loi du 13 août 2004 a transféré la gestion administrative des établissements de formation des paramédicaux et des travailleurs sociaux aux conseils régionaux.	La compétence formation dévolue aux régions peut être confiée à un ou plusieurs départements, à leur demande et par convention.	
Action sociale		Le département est le chef de file de l'action sociale (handicap, personnes âgées, enfance...) et a également depuis le 1 ^{er} janvier 2004 la responsabilité du Revenu minimum d'insertion (RMI).	<ul style="list-style-type: none"> Attribution de l'aide sociale facultative par le biais des CCAS et des CIAS (Centres communaux ou intercommunaux d'action sociale). Possibilité de créer un établissement social ou médico social.
Equipements	La loi du 13 août 2004 donne la possibilité, à titre expérimental, et pour une durée de 4 ans, de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires.	Présidence du conseil d'administration des établissements publics de santé spécialisés.	<ul style="list-style-type: none"> Services communaux d'hygiène et de santé. Présidence par le maire du conseil d'administration des établissements publics de santé.
Place dans les instances	<ul style="list-style-type: none"> Siège à la commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation avec voix consultative (voix délibérative si la région s'est lancée dans une expérience de financement). 2 places pour les élus régionaux au GRSP. 	Un siège par département au groupement régional de santé publique (GRSP).	4 places pour les représentants des communes ou groupements de communes au groupement régional de santé publique.

Source : « Le courrier des Maires » - Janvier 2006

■ Les nouvelles possibilités pour les régions

La dernière Loi de décentralisation modifie la composition de la commission exécutive des agences régionales d'hospitalisation pour y faire entrer deux représentants du conseil régional (voix consultative). La Loi laisse la possibilité aux régions candidates, dans le cadre d'une expérimentation, de participer au financement et à la réalisation d'équipements sanitaires (le conseil régional disposant alors d'1/3 des sièges avec voix délibérative).

Le conseil régional se voit conférer la possibilité de définir une politique régionale de santé en déterminant des objectifs particuliers à la région.

Il aurait la responsabilité de l'élaboration de ces objectifs mais également de la mise en œuvre des actions correspondantes et serait tenu d'informer le Préfet de ses initiatives.

Enfin, le conseil régional se voit conférer un rôle majeur pour la formation des personnels paramédicaux (infirmiers, sages-femmes...), des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des ambulanciers, des techniciens de laboratoire et des préparateurs en pharmacie hospitalière.

- L'enseignement et les diplômes restent de la responsabilité de l'Etat et la Région est consultée sur le nombre de postes offerts chaque année dans les différentes filières (décision appartenant aux Ministères de la Santé et de l'Enseignement Supérieur).
- Le conseil régional fixe, sur la base du schéma régional des formations sanitaires la répartition de ces quotas entre les différents instituts et écoles de formation.
- Le conseil régional est chargé de délivrer les autorisations de création des instituts et écoles après avis du représentant de l'Etat et en agrée les directeurs.
- Le conseil régional a en charge l'équipement et le fonctionnement des établissements de formation publics et peut participer aux dépenses des établissements privés.
- Le conseil régional a la compétence pour attribuer des aides aux élèves et étudiants inscrits dans les établissements relevant de sa compétence.

1.2.4 Nouveaux programmes et schémas

Des documents stratégiques en cours d'élaboration déterminent les priorités de santé publique, l'offre de soins, les priorités de l'Assurance Maladie.

Sont présentés ici les plans stratégiques régionaux ; pour mémoire le panorama de la santé a recensé 110 plans et programmes en cours (36 régionaux, 74 répartis entre les 4 départements).

■ Le Plan régional de santé public Poitou-Charentes

La réflexion sur le plan régional de santé publique en Poitou-Charentes a été initiée avec le lancement d'une consultation régionale en décembre 2004. A cette occasion, un bilan de l'état de santé des picto-charentais a été réalisé ainsi qu'un recensement des plans, programmes et actions de santé publique.

Le diagnostic ainsi établi doit alimenter les travaux du plan régional de santé publique mais aussi du Schéma régional d'organisation sanitaire 3^{ème} génération.

Il sera en outre enrichi et actualisé avec les données plus locales sur les pays.

A l'issue de la conférence régionale de santé, 4 priorités stratégiques ont été identifiées (cf. annexe) :

- renforcer la qualité de vie au quotidien en agissant sur les déterminants de santé ;
- favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents ;
- améliorer la santé au travail ;
- prévenir le bien vieillir en région.

Le CESR Poitou-Charentes a participé à l'élaboration de ce plan régional et dans un avis (octobre 2005 – cf. annexe) a proposé ses priorités : le cancer, le suicide, la santé au travail, la prévention.

En parallèle, il a identifié des pistes de travail pour la mise en œuvre de ces priorités :

- la prise en compte de la forte proportion de personnes âgées en région et l'ouverture d'une réflexion sur les coûts de prise en charge ;
- la pérennisation des réseaux de santé ;
- l'offre de soins ambulatoires.

Enfin, le CESR a souhaité que le plan de santé publique soit accompagné de ses volets opérationnels et d'indicateurs de suivi et d'évaluation.

■ Le Schéma régional d'organisation sanitaire Poitou-Charentes

L'élaboration du SROS Poitou-Charentes est en cours sous le pilotage de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Il couvre la totalité des activités de soins et doit tenir compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social.

Son élaboration a débuté fin 2004 pour être achevée en mars 2006.

En Poitou-Charentes, l'élaboration des différents volets du SROS a été confiée à des groupes de travail « techniques » chargés d'établir le bilan de l'existant, d'analyser les résultats du SROS précédent et les améliorations possibles.

La mise en œuvre concrète du SROS (à partir de 2006) se fera au travers :

- des autorisations d'établissements et de la dotation de moyens (qui prendront en compte les objectifs quantifiés mentionnés dans le SROS) ;
- de la contractualisation (ARH / établissements).

Le CESR Poitou-Charentes a souhaité apporter son analyse et formuler un certain nombre d'interrogations et de propositions avant l'adoption du schéma fin mars (avis adopté à l'unanimité du bureau le 7 février 2006 – cf. annexe).

Pour l'assemblée socioprofessionnelle, les conditions de réussite du schéma (élaboration concertée, approche basée sur les besoins des populations et prenant en compte l'aménagement du territoire, une organisation centrée autour du malade) n'étant pas réunies à ce jour, un temps de concertation supplémentaire au niveau régional et au sein des conférences sanitaires de territoires est nécessaire.

■ Le programme régional commun de l'Assurance Maladie

Un programme régional commun en collaboration inter-régimes a été défini par l'Assurance Maladie qui décline les orientations nationales de l'UNCAM.

Dans l'attente des négociations en cours au niveau national pour 2006-2009, le programme régional prévoit pour 2005-2006 :

- Des priorités transversales :
 - personnes âgées ;
 - bon usage des médicaments ;
 - santé publique ;
 - santé dentaire ;
 - adéquation entre l'offre et le recours aux soins.
- Des priorités pour la régulation des principaux postes de dépenses et le contrôle.
- Des modalités du travail partenarial au sein de la mission régionale de santé (programme commun ARH-URCAM) : définir des territoires de santé, participation des médecins libéraux à la permanence des soins, gestion de l'enveloppe Dotation Régionale de développement des réseaux de santé, gestion du risque commun aux soins ambulatoires et hospitaliers.

Dans ce programme, l'URCAM a souhaité mettre l'accent sur 4 priorités en 2005 pour :

- l'amélioration de la connaissance statistique et le contrôle ;
- la permanence des soins ;
- l'élaboration du SROS 3^{ème} génération ;
- les interventions et analyses buccodentaires au sein des établissements pour personnes âgées.

Les enjeux

- ↳ *L'analyse du système met en évidence des jeux de pouvoirs et de contre pouvoirs, chacun essayant de mettre en avant ses prérogatives, l'Etat ne jouant pas un rôle de régulateur mais participant au jeu...*

Le système se caractérise par un cloisonnement et un chevauchement de plus en plus prononcés des compétences et des champs d'action.

La réglementation et les procédures distinguent les champs sanitaire, médico-social ou social, le secteur public et le secteur privé, lucratif ou non, l'ambulatoire et l'hospitalier... ce qui ne favorise pas la lisibilité et la cohérence des actions.

Au plan régional, beaucoup d'acteurs interviennent sur des champs parfois similaires, ce qui soulève de nouvelles interrogations relatives à la cohérence des actions conduites et à terme à leur efficience.

Sans remettre en cause les bonnes volontés de chaque acteur et institution, le système apparaît aujourd'hui bloqué, répondant partiellement à l'intérêt général, peu visible par les non spécialistes... en somme ingouvernable.

- ↳ *Comment définir et mettre en œuvre des politiques de santé qui soient centrées autour des besoins de santé des populations, ne plus organiser l'offre par l'offre mais l'offre par les besoins ?*
- ↳ *Comment développer une nouvelle approche, plus globalisante afin d'intégrer aux politiques sanitaires la dimension sociale et médicosociale, les territoires et les politiques d'aménagement du territoire qui s'y développent et enfin, l'ensemble du champ de la prévention et de la promotion de la santé ?*
- ↳ *Comment mieux identifier les niveaux de responsabilité, les territoires d'action, les niveaux de financement et trouver le bon interlocuteur au bon moment ?*
- ↳ *Quel type de gouvernance mettre en place au niveau régional et pour le « dernier acteur » entrant dans le système, la Région, quel positionnement, quel rôle ?*

1.3 Une démocratie sanitaire en panne

- Depuis une vingtaine d'années, l'idée d'associer les usagers, les citoyens³ au système de santé, progresse en France.

Une des évolutions marquantes est concrétisée dans l'une des ordonnances du Plan Juppé (1996), les Conférences régionales de santé conçues comme un lieu de réflexions, d'échanges et d'apprentissage collectif pour évaluer les besoins et identifier les réponses à apporter dans la région.

La place de l'usager se formalise dans la participation à la définition de politiques régionales et notamment dans le processus d'identification des priorités de santé.

A l'occasion des Etats généraux de la santé (1998/1999), la nécessité de mieux prendre en compte les droits des malades est clairement affirmée ; 5 mots clés ressortent des débats « citoyens » : information et transparence, relation et respect de la personne, prévention, accessibilité, participation.

La Loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé vient renforcer, en plus des droits de la personne, la place des « droits collectifs » des usagers-malades à participer au fonctionnement du système de santé, à s'exprimer dans le débat public sur les questions de santé.

La Loi de Santé publique (août 2004) introduit « l'organisation de débats publics sur les questions de santé et de risques sanitaires » comme partie intégrante de la politique de santé publique (conférence nationale de santé, conférence régionale).

Ce contexte a contribué au développement d'un véritable mouvement associatif : des associations de malades ou d'usagers ont été bâties autour de pathologies, dans un cadre géographique ou encore pour la défense d'une institution ou de pratiques.

Au niveau national, un collectif formé de 24 associations nationales, le CISS (Collectif Interassociatif Sur la Santé) s'efforce de devenir un interlocuteur crédible représentant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé, au-delà de tous les particularismes.

Que ce soit au niveau national ou régional, les associations sont appelées à jouer un rôle de consultation et un rôle de terrain. Elles pourront notamment, si elles le souhaitent, faire partie du Groupement régional de santé publique et recevoir des moyens pour participer à la politique régionale de santé publique.

La question de la représentativité des associations et des modalités de leur structuration au niveau régional reste néanmoins posée.

³ Le Haut Comité de la santé publique propose une définition de différents termes utilisés :

- Le patient « subit ou va subir une opération chirurgicale ; malade qui est l'objet d'un traitement, d'un examen médical »... Il se définit plutôt par les soins qu'il va recevoir ou qu'il reçoit. Ce terme est utilisé essentiellement par les professionnels.
- L'usager est « celui qui a un droit réel d'usage », « une personne qui utilise un service public ». Derrière ce terme, se profilent donc les notions de droit et de service public. Employé par les associations qui défendent les droits des malades, il l'est également par les pouvoirs publics, garants de l'accessibilité aux services publics.
- Le citoyen est celui qui « appartient à une société civique ». Il se définit par ses responsabilités, ses droits et ses devoirs vis-à-vis de cette société. C'est une notion avant tout politique, qui désigne le statut de l'individu dans la communauté et non pas la fonction d'utilisateur des services.

- Un des pères fondateurs de la sécurité sociale, Pierre Laroque disait « ... nous voulons que demain, les travailleurs considèrent que les institutions de sécurité sociale sont des institutions à eux, gérées par eux et où ils sont chez eux... »..

Les fondateurs avaient ainsi voulu confier la gestion de la sécurité sociale aux représentants des assurés sociaux.

Depuis 60 ans, le fonctionnement et la gestion de la sécurité sociale ont fortement évolué et la question du partage des rôles entre l'Etat et les partenaires sociaux reste toujours en débat.

La Loi portant réforme de l'Assurance Maladie (2004 – cf. annexe) accroît le rôle de l'Etat dans la gestion du système de soins et modifie profondément la gestion de l'Assurance Maladie par le renforcement des prérogatives du Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), également Directeur de l'UNCAM, et donc, du pouvoir centralisé au détriment des conseils d'administration des caisses transformés en conseils.

Au niveau régional, c'est désormais le groupement régional de santé publique (où le représentant de l'Etat est majoritaire) qui déterminera les actions mises en œuvre et leur financement, en particulier dans le domaine de la prévention.

La performance des Caisses d'Assurance Maladie est jugée sur des indicateurs de respect des bonnes pratiques (diminution des prescriptions de certains médicaments par exemple) et non pas sur les programmes de prévention mis en place.

La clarification des missions et des responsabilités entre les différents acteurs : Etat, Parlement, administrations, partenaires sociaux, caisses nationales et locales d'Assurance Maladie, professionnels de santé reste une priorité.

La question d'un système permettant une représentation de l'ensemble des acteurs et en premier lieu les partenaires sociaux, et associant des représentants du monde associatif, du secteur sanitaire et social reste posée. Des débats au niveau national entre les différents acteurs sont en cours qui doivent se poursuivre pour réformer l'organisation du système de santé et d'Assurance Maladie.

En tout état de cause, il semble nécessaire de **définir un droit collectif de la population** à être formée et informée sur l'ensemble des questions de santé ; l'individu ne doit plus être considéré au seul moment où il devient patient.

L'information partagée et accessible au plus grand nombre est un moyen de responsabiliser l'ensemble des acteurs, de faire valoir les besoins, d'adapter l'organisation des services de santé mais également de mieux maîtriser sa propre santé.

Les enjeux

- ↳ Une des incompréhensions du système est liée au fait que le principal dépositaire et gestionnaire des fonds, l'Assurance maladie, est privé d'une partie de ses prérogatives, ce qui peut entraîner une certaine confusion de ses partenaires.

Comment remettre ces partenaires au premier plan et faire en sorte que les valeurs fondatrices du système (participation des citoyens à la gestion de leur système) soient transmises ?

Quel système est en mesure de représenter l'universalité de l'Assurance maladie associant les partenaires sociaux, les représentants du monde associatif, du secteur sanitaire et social... ?

- ↳ Comment faire évoluer les mentalités et pratiques dans le sens d'une meilleure responsabilisation des différents acteurs du système et une meilleure coordination entre eux ?
- ↳ Comment mettre en place une véritable démocratie sanitaire permettant la participation conjointe des professionnels, des usagers et des élus à la définition d'une politique de santé et une amélioration du fonctionnement et de l'efficacité du système ?
- ↳ Comment rendre les usagers et les organisations dont ils se dotent à même de débattre et de décider des orientations à prendre ?

Deuxième partie :

L'accès de tous aux soins et à la santé ... par la mobilisation de tous

Le constat dressé dans le chapitre précédent d'une croissance des inégalités sociales de santé dans un contexte global d'amélioration de l'espérance de vie, met en évidence que les déterminants d'une « bonne santé » se trouvent essentiellement dans les pratiques de la vie quotidienne des individus.

Aussi, la santé ne peut pas être abordée sous le seul angle de la pathologie et de l'accès aux soins mais dans une approche globale de la personne et de son environnement social, culturel, économique...qui conditionne son état de santé.

Partant de cette analyse, le CESR propose 4 principes d'action :

- la prévention,
- le réseau de santé autour de la personne,
- des réponses spécifiques et adaptées aux besoins (territoriaux et populationnels),
- la participation des citoyens.

2.1 Tout miser sur la prévention

■ Si aujourd'hui tout le monde s'accorde sur la nécessité de mettre en place une politique de prévention, elle occupe cependant une place secondaire dans le système de santé français qui s'est constitué autour d'une démarche essentiellement curative. **La préoccupation des différents acteurs est davantage d'assurer un accès aux soins que de favoriser une culture de prévention.**

Dans son rapport sur « *La prévention en matière de santé* »⁴, le CES de la République définit un certain nombre de freins à une véritable politique des préventions :

- des moyens financiers et humains limités (médecine scolaire, médecine du travail, médecine de prévention des personnels de l'Education Nationale, médecins de santé publique...) ;
- des difficultés à établir ou à faire appliquer des normes contraignantes à visée préventive (hygiène alimentaire, tabac, alcool, automobile...) ;
- l'absence d'une réelle continuité dans les politiques engagées ;
- les obstacles à une perception et à une hiérarchie raisonnées des risques : la question du rôle des médias. L'information des médias diffusée au grand public peut brouiller la perception des véritables enjeux en matière de prévention.

■ La prévention intégrant des déterminants non sanitaires (comportementaux, environnementaux, biologiques...) reste donc encore marginale ; pourtant, la prévention ne peut rester uniquement technique ou individuelle, elle doit être appréhendée aussi dans une dimension sociale et politique.

Elle implique une action globale de lutte contre la précarité (emploi, logement...), pour une qualité du milieu (eau, qualité de l'air...), sur les comportements (alimentation, consommations alcool, tabac...) et sur la santé au travail.

La prévention doit investir les lieux, les moments, les actes quotidiens des personnes.

⁴ CES de la République – « La prévention en matière de santé » - Décembre 2003

Dans ce secteur, une **clarification du qui fait quoi** est nécessaire et notamment la **rédefinition des rôles respectifs de l'Etat et de l'Assurance Maladie**.

Cette dernière, par sa qualité de principal financeur des soins et de la prévention, devrait par vocation participer davantage à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique de prévention.

De son côté, l'Etat pourrait être sollicité dans le financement de la prévention et déterminer la répartition entre les acteurs.

La proximité est une des conditions essentielles de l'efficacité d'une politique de prévention.

L'enjeu est alors de répondre aux besoins locaux de santé par un ensemble d'actions de proximité responsabilisantes, inscrites dans la durée et en y associant la population.

Les collectivités territoriales, de par leurs compétences en matière de transport, de logement, d'environnement, d'économie, d'aménagement du territoire, ont un rôle majeur à jouer.

La Région a été positionnée comme un échelon d'organisation du système de santé (déconcentration) et une dynamique régionale des différents acteurs peut émerger (notamment au sein de la conférence régionale de santé).

L'espace régional semble ainsi adapté à la coordination entre tous les acteurs de la prévention (ARH, URCAM, URML, CRAM, DRASS, CREPS...)⁵.

La prévention demande aussi une transversalité de l'action et de la réflexion en premier lieu au sein des administrations de l'Etat ; la santé publique et la prévention requièrent une approche interministérielle déclinée régionalement (Santé, Travail, Education Nationale, Environnement...).

Elle demande aussi et surtout une coordination des secteurs sanitaire et social. Enfin, le partage du savoir est indispensable. L'accès à la connaissance du plus grand nombre est tout aussi important que le progrès lui-même. La prévention, c'est aussi la démocratisation du savoir.

■ Mais la prévention implique que chacun soit acteur de santé.

A cet effet, il paraît nécessaire :

- de diffuser une information claire, hiérarchisée et adaptée aux publics visés. A cet égard, les caisses d'Assurance Maladie disposent d'un réseau de proximité : les missions de prévention des caisses dans les quartiers, les entreprises, les établissements d'enseignement pourraient être développées ;
- d'organiser des débats publics et contradictoires sur les risques en matière de santé (à l'exemple des conférences organisées à l'Espace Mendès-France) ;
- de promouvoir une éducation qui valorise l'apprentissage à la santé :
 - au sein de la famille en premier lieu en lien avec les associations familiales ;

⁵ ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

URML : Union régionale des médecins libéraux

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

CREPS : Comité régional d'éducation et de promotion de la santé.

- au sein de l'école en lien avec les partenaires de l'Education Nationale. Comme le souligne le CES national,⁶ « ...l'éducation à la santé ne saurait être réduite à une matière d'enseignement fondée essentiellement sur la transmission des savoirs. Elle doit combiner l'apport d'informations, la participation des élèves, ainsi que le développement de l'estime de soi et des capacités relationnelles... ». Des expériences en ce sens existent (*cf. fiche expérience lycée Louis Armand en annexe*) qu'il convient d'accompagner ;
 - dans le cadre des pratiques sportives ou de loisirs en lien avec notamment le mouvement sportif qui a d'ores et déjà engagé des initiatives (lutte contre le dopage, livret du sportif) ;
 - dans le cadre des structures d'accueil des jeunes (Permanences Accueil Information Orientation [PAIO], missions locales...), ce qui demandera une formation spécifique des « éducateurs ».
- de promouvoir une véritable politique de santé au travail.

L'amélioration de la prévention en milieu de travail est un facteur essentiel de la réduction des inégalités de santé et d'espérance de vie.

Une politique de prévention implique d'y associer l'observatoire régional de la santé au travail (ORST) (*cf. annexe*), l'association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) et les comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), et là où ils n'existent pas d'encourager leur création au niveau d'un territoire.

La santé au travail est encore trop considérée comme un monde à part. Or elle est plus que jamais un élément déterminant de la santé publique.

- Enfin, les professionnels de santé et en particulier le médecin généraliste doivent être un des premiers vecteurs d'une culture de la prévention parce qu'ils sont au cœur du système d'information et au plus près des patients.

Cette orientation est aujourd'hui peu compatible avec la rémunération des professionnels libéraux à l'acte ; des conventions spécifiques fondées sur un protocole et une rémunération forfaitaire inciteraient les professionnels à participer activement à une politique de prévention.

2.2 Passer du réseau de soins au réseau de santé

- L'ensemble des intervenants auditionnés dans le cadre du travail du CESR ont témoigné des difficultés rencontrées pour organiser une prise en charge « sans rupture » pour la personne :
 - entre professionnels de santé ;
 - entre établissements hospitaliers et médecine ambulatoire ;
 - entre le « soin » et l'accompagnement social, et l'emploi ;
 - entre le préventif et le curatif ;
 - ...

Le « parcours santé » des personnes, la recherche de solutions individualisées demande la participation de multiples acteurs et institutions pour une réponse adaptée (de la prévention au soin).

⁶ CES de la République – « La prévention en matière de santé » - Décembre 2003

Ceci est particulièrement le cas pour les pratiques innovantes (*exemple du traitement de la douleur à domicile en Charente*, cf. *fiche témoignage en annexe*), pour les « exclus » du système, pour la prise en charge de publics spécifiques (personnes âgées dépendantes)...

- Les réseaux de santé ont une base légale (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé) et sont financés par l'Etat et l'Assurance Maladie au titre de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux (DRDR) ou au titre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

17 réseaux sont ainsi recensés dans le panorama régional de la santé, la majorité d'entre eux visant à organiser la prise en charge globale autour d'une pathologie ou d'une population (réseau gérontologique).

D'autres, enfin, préfigurent une approche centrée autour de la personne et une prise en charge médico-sociale (à titre d'exemple, Réseau Santé Social Nord-Charente, Réseau SOS Douleur à Domicile à Angoulême).

Définition des réseaux de santé

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

« Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assument une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers. Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation (...) peuvent bénéficier de subventions (...) et de financements de l'Etat et de l'Assurance Maladie. »

L'existence et le développement de réseaux transversaux associant les services sociaux de l'emploi, les services de maintien à domicile, les praticiens libéraux, les établissements d'hébergement ou de soins, voire les associations d'usagers sont un élément essentiel permettant à chacun d'accéder à des soins de qualité, et de bénéficier d'une prise en charge cohérente, coordonnée et évolutive.

- Pour autant, des **difficultés** et des blocages restent à lever.

L'organisation et l'animation du réseau reposent sur des professionnels souvent déjà très occupés et un effort supplémentaire bénévole est à fournir : le réseau tient souvent par l'engagement personnel d'un professionnel... Il faut mobiliser les acteurs (libéraux, hospitaliers, sociaux...), rechercher les financements, lever les freins légaux liés à la mise en œuvre de nouvelles pratiques (intervention à domicile) ou l'utilisation de produits (distribution des analgésiques par exemple) ou à l'inverse, pallier le manque d'encadrement et de financement par des nouvelles pratiques (cotation des actes à domicile).

Le travail en partenariat, en réseau, ensemble, n'est pas encore dans les habitudes et le fonctionnement dans le monde de la santé ce qui demande une forte conviction des porteurs du projet... Enfin, le travail en réseau impose de nouvelles pratiques, voire de nouveaux métiers ; une formation continue des professionnels s'avère indispensable.

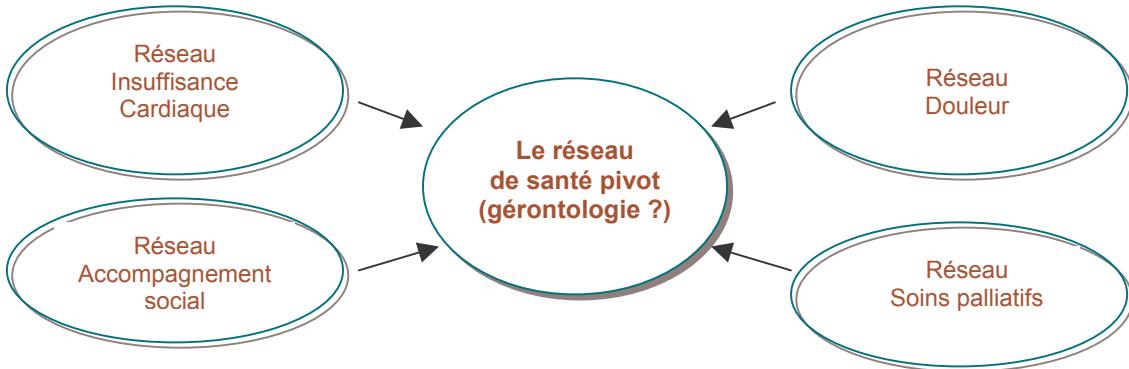
- Le travail en réseau sera certainement à terme une des réponses à la prise en charge de populations spécifiques : exclus du système, personnes âgées...

Cependant, le réseau ne se décrète pas, il se construit avec des professionnels ayant des objectifs similaires.

Le vieillissement de la population, en particulier en Poitou-Charentes, et les pathologies qui s'y associent, nécessiteront le développement de cette approche.

→ L'intervention auprès des personnes âgées à domicile est une bonne illustration de ce que peut être la prise en charge globale : l'organisation des « réseaux en réseau » :

- un réseau pivot « généraliste » avec réseaux thématiques ;
- une mobilisation des mêmes acteurs (eux-mêmes pivots) et des « spécialistes » au sens thématique.



En tout état de cause, le développement des réseaux passera par :

- la prise en compte de la dimension économique (tant publique que privée) et le temps passé par un praticien (ce que ne permet pas la tarification à l'activité) et par la sécurisation des initiatives dans le temps (pluriannualité des financements) ;
 - le développement des réseaux sous la forme Ville-Hôpital (les acteurs libéraux sont incontournables dès qu'il s'agit du domicile, l'hôpital est incontournable pour sa polyvalence et son plateau technique) ;
 - le passage des réseaux de soins aux réseaux de santé, avec des partenaires multiples, amenés à prendre en charge des pathologies multiples, sur un territoire géographique défini (en lien étroit avec le SROS).
- Autre secteur emblématique, de nombreux acteurs impliqués dans les dispositifs destinés aux publics en difficulté ne conçoivent pas de séparer les questions de santé et d'emploi.
 La démarche des acteurs locaux (relevant d'une institution et d'une profession) qui doivent alors intervenir sur plusieurs champs rend d'autant plus nécessaire une **coordination « inventive »** : en matière de santé, d'action sociale et d'insertion professionnelle, l'intervention obéit à plusieurs logiques et s'exerce sur des territoires qui ne se superposent pas.

Ce sont des **contraintes d'ordre institutionnel qui font obstacle à la convergence des actions en faveur de la santé et de l'insertion**. L'accès aux services de santé de ceux-là mêmes qui en auraient le plus besoin est perçu comme largement déficient ; les précaires ne rencontrent généralement pas la médecine du travail, des services tels que les permanences d'accès aux soins de santé (PASS créées au sein du service hospitalier afin d'améliorer l'accueil des personnes en situation de précarité dans le système de soins), sont décrits comme des « ghettos » accueillant une fraction très marginalisée de la population, les effectifs de la « médecine de main d'œuvre » attachée à l'Agence Nationale Pour l'Emploi sont jugés insuffisants.

Par conséquent, au niveau local, les réalisations communes les plus probantes relèvent davantage du bricolage et de l'inventivité dans la mise en œuvre des dispositifs que de la simple mécanique.

De fait, les dispositifs institutionnels n'ayant pas prévu ces initiatives, elles ne rentrent pas nécessairement dans une case préconstruite, ce qui complique leur financement et compromet leur pérennité.

L'accompagnement des personnes dans leur « projet de vie » et en premier lieu, l'amélioration de leur état de santé demandent pourtant une action globale sanitaire et sociale ; quelques pistes d'actions sont proposées :

- l'identification d'un lieu dans un secteur géographique concentrant les appels pour aiguiller les « accompagnants » dans leurs démarches de santé/social ;
- une réelle coordination de la prise en charge globale avec l'identification d'un interlocuteur unique ;
- pour les personnels sanitaires et sociaux, des groupes de parole sur des thèmes ou des pathologies spécifiques favoriseraient l'échange de pratiques et d'expériences ;
- enfin, la « valorisation d'expériences » serait sans doute le meilleur encouragement aux efforts des acteurs, par la définition et la présentation des résultats obtenus in situ par des partenaires ayant réussi la coordination.

2.3 Adapter les projets aux spécificités locales (territoriales, populationnelles)

- Pour le CESR, l'**approche liant santé et territoires** (et les populations qui y vivent) permet d'appréhender la santé au-delà de l'unique question des soins, elle permet de privilégier la demande par rapport à l'offre et aux structures.

Elle conforte le **passage d'une logique institutionnelle à une logique de service de santé**.

A l'échelle locale, de nombreuses initiatives voient le jour émanant des politiques locales et/ou d'initiatives communautaires.

La dimension santé, prise dans une acceptation plus transversale, est amenée à devenir un élément déterminant et structurant des projets de territoires qui se développent, et notamment dans le cadre des chartes de pays et projets d'agglomérations.

L'implication des pays ou des agglomérations reste, pour le moment, modeste dans le domaine de la santé, même si les questions d'implantation des professionnels peuvent amener une mobilisation accrue, et conduire les élus à intégrer les préoccupations d'accès aux soins dans les politiques de développement économique. De même, compte tenu des liens historiques entre l'hôpital et la commune (le maire étant président de droit du conseil d'administration), l'intercommunalité s'est engagée dans l'organisation hospitalière.

Que ce soit à travers des maisons de santé, l'amélioration des services de transports pour accéder à un cabinet ou un plateau technique, le financement de plateaux techniques mobiles..., les pays et les agglomérations ont un rôle majeur à jouer dans la **création d'une dynamique d'amélioration de l'accès aux soins** sur leurs territoires ; l'objet est avant tout de réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les territoires, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs pour les assurer vis-à-vis de la population résidente.

Les territoires peuvent être un levier pour fédérer les professionnels de santé libéraux mais aussi hospitaliers ainsi que les autres acteurs du service de santé : services sociaux, élus locaux, associations, usagers.

Dans cette conception, la Région, de par sa compétence dans le domaine de l'aménagement du territoire et d'accompagnement des projets de territoires, peut promouvoir une dynamique de santé publique dans les territoires et une mobilisation commune des acteurs pour y assurer le meilleur service à la population.

- Des initiatives existent d'ores et déjà en Poitou-Charentes, en majorité liées à l'offre de soins, à titre d'exemple :

- L'hôpital de Jonzac (*cf. annexe*) situé dans un bassin de population rurale, a adapté ses activités aux caractéristiques de la population (en majorité âgée), développé de nouveaux services (création d'une clinique ouverte en ophtalmologie) pour répondre aux besoins de la population et développé des partenariats avec d'autres établissements pour des investissements lourds.

L'hôpital ainsi conçu est un élément structurant du territoire ; les équipements publics se confortent les uns les autres et la disparition de l'un d'eux peut être lourde de conséquences en terme de services, d'emploi et d'aménagement du territoire.

- En Nord Deux-Sèvres, dans un contexte d'augmentation de la demande de soins et dans le même temps, d'une diminution du nombre de médecins, l'initiative ASALEE (*cf. annexe*) vise à expérimenter la délégation de tâches.

En pratique, une infirmière :

- réalise des consultations d'éducation à la santé (diabète, obésité, hypercholestérolémie, enquêtes alimentaires...), ces séances étant conseillées par les médecins selon des critères précis et programmés ;
 - développe le dépistage individualisé en intervenant dans un protocole défini collectivement permettant en amont l'identification de patients à risque ;
 - participe au fonctionnement du cabinet et à l'évaluation de l'expérimentation. Comme pour la plupart des expérimentations, le problème du financement et de la pérennisation de l'initiative est posé. A ce jour, l'URML finance en partie le projet (salaire d'une année pour une personne) et apporte le soutien méthodologique ; l'URCAM une autre partie (infirmières).
- Un travail de réflexion et d'animation pour le maintien d'une offre de santé de premier recours en milieu rural et l'accès de la population rurale aux services de soins a été conduit par l'association régionale des caisses de mutualité sociale agricole (ARCMSA) et l'URCAM en Poitou-Charentes (*cf. annexe*).

L'inventaire des différentes solutions à proposer aux acteurs locaux (basé sur 4 territoires expérimentaux) a donné naissance au concept de « boîte à outils » (base d'informations destinée à répondre aux multiples questions pour le maintien et/ou l'installation des professionnels de santé).

Les premières rubriques de cette « boîte à outils » (qui a vocation à s'enrichir) sont :

- les facteurs d'environnement à l'installation ;
- les maisons de santé ;
- le portage de médicaments, les transports.

Les projets des territoires expérimentaux s'orientent en priorité vers le concept de maisons de santé regroupant plusieurs professionnels de santé, avec partage d'un secrétariat, la possibilité d'accueil de médecins stagiaires. La mise

en réseau des professionnels de santé, le développement de nouveaux métiers de santé (assistant(e) de santé), l'éducation à la santé et la prévention font également partie des réflexions engagées sur ces secteurs.

■ Les différentes initiatives analysées mettent en évidence **qu'il n'existe pas de modèle standard applicable à l'ensemble des territoires de Poitou-Charentes.**

Il faut laisser une **large place à l'initiative locale** pour déterminer l'action la plus adaptée aux besoins du territoire : maison de santé ? création de réseau ? actions sur le transport ? portage des médicaments ?...

La question des transports dans le domaine de la santé est déterminante en milieu rural : elle l'est tout autant pour l'emploi, l'accès aux services...

Intégrer la question de la santé dans le projet global de mobilité des habitants ; il faut alors partir de l'existant et déterminer en quoi on peut améliorer le « service » transport.

■ En tout état de cause, chacun habite plusieurs territoires emboîtés et gradués au sein desquels il doit pouvoir trouver la réponse qui convient à son problème de santé.

L'ordonnance d'élaboration du SROS prévoit d'ailleurs ce découpage territorial : « ...le schéma détermine le découpage territorial, évalue et analyse les besoins dans chaque territoire sanitaire et de coopération, puis propose une organisation de l'offre hospitalière publique et privée qui réponde à ces besoins de manière optimale... ».

Les différents territoires s'entendent ainsi :

- Territoires de santé : « territoires pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives » (en Poitou-Charentes, 5 territoires, 1 par département, 2 en Charente-Maritime).
- Plateaux techniques (en Poitou-Charentes, 5 : Poitiers, Angoulême, Saintes, La Rochelle, Niort).

Accès 24h sur 24h avec l'organisation graduée pour :

- l'anesthésie, la réanimation,
 - la chirurgie,
 - l'obstétrique, la pédiatrie,
 - l'imagerie, la biologie,
 - les disciplines interventionnelles.
- Activité de proximité :
 - les soins ambulatoires,
 - la permanence des soins,
 - les prises en charge médicales et médico-sociales, notamment pour les personnes âgées, les personnes handicapées et la santé mentale. Les hôpitaux locaux et les établissements de santé de proximité y sont inclus.

■ Pour le CESR, l'intervention au niveau des pays ou agglomérations est un moyen :

- d'élaborer des projets transversaux de « services de santé » et la manière de les organiser et de mobiliser les acteurs ;
- de limiter les effets de dumping des aides à l'installation de professionnels entre communes voisines ;
- d'instaurer des partenariats réels (Etat, Assurance Maladie, collectivités) pour concentrer les aides sur les territoires les plus fragilisés, mutualiser les moyens et les compétences ;
- de s'appuyer sur une organisation de concertation locale : les conseils de développement.

2.4 Associer les usagers/citoyens à leur santé et au fonctionnement du système

- Selon la nouvelle approche de la santé intégrant de nouveaux déterminants et dans ses moyens d'actions, d'autres leviers, il est nécessaire d'intégrer de nouveaux partenaires en premier lieu les citoyens, usagers du système de santé.

La loi du 4 mars 2002 sur le droit des malades et la qualité du système de santé a pour ambition de donner une réponse politique au problème relatif à la place et au rôle à conférer à l'usager au sein du système de santé. Cette loi contient des dispositions portant non seulement sur les droits individuels des malades, mais aussi sur la participation collective des usagers aux diverses instances de régulation du système sanitaire. Il s'agit d'assurer la mise en œuvre effective de « la démocratie sanitaire », en créant les conditions d'une participation plus active des citoyens aux grands choix de santé.

Pour le CESR, la politique de santé (de la prévention aux soins) ne peut avoir d'effets que si elle est assimilée par tous et si elle prend en compte les aspirations mais aussi les réticences ou les refus de la population.

S'interroger sur la démocratie sanitaire, c'est aussi s'interroger sur la prise en compte des problèmes de santé par les instances représentatives démocratiquement élues : conseils régionaux, conseils généraux, conseils municipaux.

De même, **les organisations de la société civile organisée** et en premier lieu, au niveau régional, **le CESR**, peuvent jouer un rôle de veille, d'anticipation et d'alerte, sont capables de fournir une expertise tirée des compétences et de l'expérience d'acteurs proches du terrain ; elles peuvent aussi avoir un rôle de relais et de pédagogie collective.

Le CESR souhaite ainsi être associé le plus en amont possible à tous les débats préalables aux prises de décision en matière de santé publique.

- Les associations, par leur proximité des problèmes des citoyens sont des partenaires indispensables.

Cependant, compte tenu de leur très grand nombre [l'annuaire des associations de santé dénombre 480 contacts (associations ou contact réseau) en Poitou-Charentes qui interviennent de près ou de loin dans le secteur de la santé], de la disparité de leurs objectifs et de leur représentativité, il est indispensable qu'elles définissent elles-mêmes leur représentation.

Aujourd'hui, des représentants d'associations participent aux conseils d'administration des établissements à la conférence régionale de santé, aux conférences sanitaires de territoires... ou encore des usagers se sont constitués en comité de défense (le plus souvent pour le maintien d'un service de chirurgie publique), ou en associations pour l'accompagnement des patients...

De leur témoignage, il ressort (*cf. annexe*) :

- une difficulté de compréhension des « arcanes » du système de santé et du fonctionnement des établissements ;
- un manque d'information et de formation des habitants d'un territoire sur les conséquences de telle ou telle décision ;
- une différence de « culture » ;
- une difficulté de la représentation « des usagers » et une interrogation quant à leur légitimité ;

- une difficulté à se positionner sur les questions abordées :
 - de pratique professionnelle médicale,
 - d'organisation d'un établissement,
- et dans certains cas, un sentiment d'absence d'écoute, voire de rejet de la part des « instances publiques ».

■ Le CESR partage ces interrogations en soulignant que **la participation des usagers** est un atout pour le système de santé :

- par la confrontation d'expériences avec les professionnels de santé (pour une procédure de soins, pour une évolution de pratiques...);
- par la vision globale qu'elle peut apporter, et l'expression des besoins des citoyens ;
- par l'information qu'elle permet d'acquérir...

Restent posées les questions de moyens à disposition, du niveau géographique de participation, de la formation...

■ Globalement, il existe une vraie richesse dans la représentation, dans la diversité associative.

Comment peut-on organiser cet espace de parole ?

Il est nécessaire de trouver, construire une expression solidaire et efficace : au niveau des territoires, **les conseils de développement** peuvent être un lieu.

■ Au niveau régional, le groupement des associations, la mutualisation des compétences et la représentation régionale sont indispensables.

L'idée de **création d'un collectif régional d'usagers** (à l'exemple du CISS au niveau national) est avancée.

Le collectif doit alors favoriser la diversité d'usagers (individuels, émanant d'associations de malades et/ou généralistes), privilégier l'appel au volontariat, prévoir une compensation (pour élargir au plus grand nombre la participation), s'appuyer sur le travail d'associations de malades « plus rodées » aux pratiques et au secteur sanitaire (*cf. témoignage de France Alzheimer en annexe*).

■ La participation des usagers-citoyens au système de santé demande que leurs représentants bénéficient d'une formation / information et disposent de relais pour « faire remonter » les observations, commentaires, propositions... des usagers. Dans ce contexte, les représentants des usagers doivent à minima être issus d'associations agréées.

■ L'accès à l'information en toute indépendance (*cf. l'exemple du Magazine « Questions santé » en annexe*) est le corollaire d'une participation effective des citoyens au système. Cette information doit s'exercer dans certaines conditions :

► *Etre indépendante et homogène :*

- dans ce cadre, elle permet la comparaison : elle peut faire état des « bonnes pratiques » ou « bonnes démarches » et des « moins bonnes pratiques ou démarches » ;
- elle donne une information régulière et donc actualisée, élément fondamental dans le domaine de la santé dans la mesure où les techniques évoluent très rapidement et la réputation, les classements des établissements...varient rapidement (en fonction parfois de la présence ou non d'un professionnel de santé spécialisé).

► *Mutualiser des informations pour des messages clairs :*

Aujourd’hui, chaque établissement, chaque organisation professionnelle, chaque caisse, chaque association... mène sa propre politique de communication avec parfois, pour le bénéficiaire final, une difficulté de compréhension.

Si la communication de chacun a sa raison d’être, la recherche de ce que chacun peut faire ensemble, la constitution d’un réseau d’informations et d’échanges (pour les professionnels et pour les usagers) sont à encourager.

► *Informier et communiquer auprès des publics cibles :*

De nombreuses campagnes d’information et d’éducation sont aujourd’hui menées et financées par différents partenaires : les collectivités en fonction de leur public cible (jeunes et personnes âgées), l’Assurance Maladie, l’Etat (dans le cadre de la prévention) et les professionnels.

La tranche entre « jeunes et personnes âgées » est plus rarement visée (en particulier les femmes) : or, c’est cette population qui accompagne, et les jeunes, et ces personnes âgées.

► *La validité et la validation de l’information diffusée :*

« ...La rumeur se propage par le silence... »

L’information sur les questions de santé ne peut être traitée comme n’importe quelle information : les crises sanitaires de ces dernières années et les rumeurs qu’elles ont engendrées en attestent, les médias étant souvent mis en cause dans la diffusion rapide de cette information.

Il s’agit là d’une vraie difficulté : quelle hiérarchisation de l’information ? quelle diffusion ? par quels moyens ? quelle vulgarisation de l’information scientifique auprès du grand public ?

- Enfin, et pour que le citoyen soit acteur de sa santé et participe au système, des responsabilités nouvelles peuvent être déléguées aux associations, selon le principe de subsidiarité.

Les associations peuvent être un relais des politiques publiques sous réserve d’une définition du cadre de leur intervention (champs, limites, financements...).

C’est en particulier le cas pour tout ce qui concerne l’accompagnement : écoute des aidants, soutien psychologique aux familles, thérapies non médicamenteuses...

Ces besoins sont les mêmes pour l’environnement des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou des personnes plus jeunes atteintes de troubles mentaux.

Des projets communs inter-associations peuvent être définis.

Troisième partie :

La Région : passer d'un rôle « d'échelon d'organisation sanitaire » à celui d'acteur

En France, les politiques de santé publique visant l'égalité des droits dans l'accès aux soins se mettent en œuvre de manière « descendante » depuis le Ministère de tutelle dans le cadre d'une planification à l'échelle régionale.

La « régionalisation » de la santé a été confirmée et amplifiée avec les « ordonnances Juppé » de 1996 et la mise en place de structures déconcentrées ou décentralisées : Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) et de nouveaux outils et programmes régionaux : conférences régionales de santé, programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), schéma régional d'éducation et de promotion de la santé (SREPS).

La régionalisation de la santé fait aujourd'hui partie du paysage du système de santé et la région apparaît comme l'unité territoriale d'application des politiques de santé la plus adaptée.

Si on ne peut parler de réelle décentralisation en matière de santé, l'organisation actuelle tend cependant vers un développement du partenariat et une complémentarité Etat/Région (*cf. chapitre 1*).

Dans ce contexte, quel peut être le positionnement du conseil régional ? Quelle légitimité à agir ? Sur quels champs ? Avec quels moyens ?

Le parti pris du CESR de considérer la santé dans une approche globale de la personne et de son environnement social, culturel, économique..., le conduit à considérer le conseil régional légitime à intervenir dans ce secteur :

- la santé est en effet devenue une préoccupation première des citoyens (crises sanitaires et accès aux soins en particulier) et par conséquent, ils interrogent de plus en plus les élus (au premier rang les maires) sur l'offre de soins, de services... ;
- le conseil régional dispose de compétences en terme de pilotage des politiques de soutien au développement économique et à l'aménagement du territoire qui devront de plus en plus intégrer notamment un volet « prévention des risques sanitaires et collectifs » ;
- le conseil régional est responsable de la formation professionnelle et à ce titre, peut développer l'observation, les connaissances et savoir-faire en matière de santé publique ;
- le conseil régional dispose des compétences en matière de lycées, de vie lycéenne et à ce titre, peut promouvoir ou accompagner une éducation à la santé ;
- enfin, le conseil régional a fait de l'environnement et du développement durable une des priorités de ses politiques.

Pour autant, le conseil régional est le « dernier » acteur institutionnel entrant dans le jeu déjà complexe d'acteurs de la santé et à ce jour, ne dispose pas d'une compétence clairement affirmée assortie des moyens et de l'expertise.

Pour le CESR, **la Région est un niveau adapté pour la définition d'une politique régionale de santé (du préventif au curatif) et une mise en cohérence des actions et des partenaires au service des habitants.**

A cet effet, le conseil régional peut mettre en place des actions partenariales, s'impliquer aux côtés et avec les acteurs œuvrant déjà dans le domaine de la santé.

Dans cette perspective et sur la base des principes d'actions énoncés dans le chapitre 2, le CESR propose d'organiser l'intervention régionale autour de 4 objectifs :

- veiller à un équilibre territorial pour l'accès à la santé et aux soins ;
- contribuer à apporter une réponse adaptée aux besoins des populations ;
- favoriser l'organisation collective centrée sur l'individu ;
- intégrer la santé dans le développement durable.

3.1 Veiller à un équilibre territorial pour l'accès à la santé et aux soins

3.1.1 Promouvoir la territorialisation des politiques de santé

- Les caractéristiques géographiques, les moyens de communication et l'accessibilité des territoires ont, jusqu'à présent, été insuffisamment intégrés dans la planification sanitaire et l'organisation de l'offre de soins.

Le conseil régional peut promouvoir cette approche auprès de ses partenaires et veiller à l'aménagement sanitaire de son territoire.

Cette approche nécessite au préalable une connaissance du territoire régional et de son organisation en matière de service de santé.

Aujourd'hui, ce ne sont pas les données et les analyses statistiques qui font défaut, ce sont plus les éléments de contexte, même si un réel effort est à souligner dans le panorama de la santé.

Le conseil régional peut être à l'initiative de la **définition de tableaux de bords communs** aux différents partenaires.

Cet outil pourrait **intégrer à la dimension strictement sanitaire, la prévention, l'éducation à la santé, les besoins des populations, les facteurs socio-économiques et géographiques, voire les politiques sociales au sens large**.

Le conseil régional dispose en la matière d'outils d'analyses transversales performants et en premier lieu, l'IAAT, outil qui anime le système d'information régional et est centre de ressources pour les territoires (pays – agglomérations).

D'autres outils (sans les citer de façon exhaustive), l'ORS, l'ORST, l'ORE... auxquels il faut ajouter les « producteurs » de données : URCAM, INSEE, DRASS, ARH, DRTEFP⁷, Rectorat... mettent à la disposition de leur secteur des statistiques et analyses.

⁷ ORS : Observatoire régional de la santé

ORST : Observatoire régional de la santé au travail

ORE : Observatoire régional de l'environnement

URCAM : Union régionale des caisses d'assurance maladie

DRASS : Direction régionale des affaires sanitaires et sociales

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

L'ensemble de ces partenaires pourraient travailler à la réalisation de ce tableau de bord (intégrant les déterminants socioéconomiques de la santé et permettant une évaluation des actions conduites).

Si le CESR ne se positionne pas sur le financement, le statut et le pilotage de cette organisation, elle doit en tout état de cause être partenariale et rassembler l'ensemble des acteurs de la santé (sanitaire et social).

Cette mise en commun de données est un préalable essentiel à la définition d'une politique régionale de santé publique coordonnée et efficace sur l'ensemble des territoires.

Les travaux ainsi conduits pourront éclairer la réflexion des acteurs locaux au sein des pays et agglomérations, voire les sensibiliser à la prise en compte d'un volet santé dans leur projet de développement.

- L'exigence d'aménagement sanitaire du territoire n'implique pas que la proximité soit gage de qualité : elle implique **une organisation du « service de santé » maillée et hiérarchisée sur le territoire**.

L'approche territoriale de la santé se définit comme une approche de proximité des besoins et une organisation de l'offre en fonction de ces besoins qui dépasse certains découpages inadaptés et s'organise dans l'espace régional.

► Il est alors nécessaire de faire correspondre à chaque niveau de territoires un niveau de soins et développer les réseaux.

La « chaîne sanitaire » qui va de la prévention et des soins de premier recours aux soins les plus pointus en terme de technicité et de spécialisation doit également constituer un nouveau maillage territorial.

La réflexion régionale d'aménagement du territoire doit s'appuyer sur les travaux conduits par l'URCAM dans le cadre du SROS III « Territoires de santé » qui déterminent :

- les territoires de premier recours (bassins de vie) ;
- les territoires de proximité ;
- les territoires de plateau technique ;

ainsi que sur la détermination des zones fragiles en médecine libérale.

Ces analyses peuvent constituer une référence que prendrait en compte le conseil régional dans la conduite de ses politiques : transports, maisons de santé de proximité, accompagnement des projets associatifs de santé...

► Le développement des réseaux découle d'une graduation des soins.

Les réseaux sont particulièrement adaptés aux zones fragiles où des problèmes d'accès et de desserte existent.

Le conseil régional, comme il le fait par la création de maisons de santé, peut accompagner le développement de ces réseaux multiprofessionnels (sanitaires et sociaux) sous réserve d'une définition préalable des conditions de son intervention (en quoi le réseau répond aux priorités fixées par la Région ?)

- Les collectivités locales et les intercommunalités seront amenées à jouer un rôle de plus en plus important dans le domaine de santé.

L'exemple de l'engagement de la ville de La Rochelle dans le réseau villes-santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (cf. annexe) est significatif en terme notamment de projet global (prévention santé) associant les habitants d'un quartier.

La prochaine génération des contrats de territoires de la Région devrait prévoir un volet santé :

- Les conseils de développement seraient mobilisés pour un « recensement » des besoins (à l'exemple des travaux conduits par le conseil de développement du Pays Thouarsais), et associés à la construction des réponses.
- Les projets de territoire de proximité pourraient prévoir un volet promotion de la santé et prévention.
- Les animateurs de pays peuvent être des acteurs et des promoteurs de la santé publique ; des actions d'échanges entre animateurs sur les questions de santé seraient alors à mettre en place.

3.1.2 Participer à l'organisation de l'offre

Le conseil régional a d'ores et déjà pris des initiatives en la matière avec les maisons de santé de proximité, les stages d'étudiants en milieu rural...et en se positionnant sur le SROS III en cours.

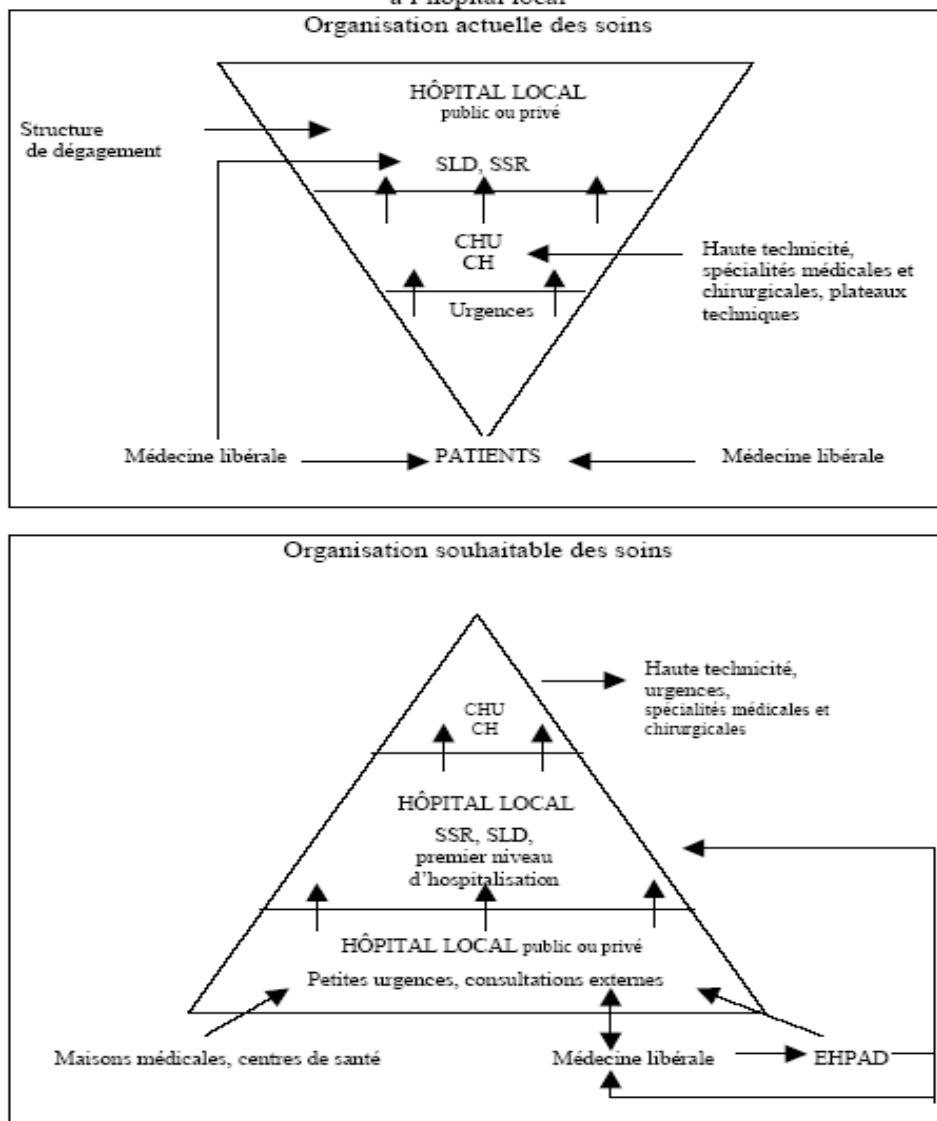
L'offre de soins est essentiellement du ressort de l'agence régionale de l'hospitalisation (établissements hospitaliers) et des professionnels eux-mêmes (liberté d'installation).

Le conseil régional ne dispose en la matière que du pouvoir de persuasion et d'incitation ; il peut dans ce cadre :

- attirer et fidéliser les professionnels de santé (par l'attractivité du territoire régional, par l'information...) ;
- compléter l'offre de formation régionale ;
- encourager les modes d'organisation collective des soins pour assurer une permanence des soins (maisons médicales, transfert de tâches...) ;
- encourager l'hospitalisation et les services à domicile en particulier pour les personnes âgées (achat matériel ? participation à la coordination ?) ;
- prendre en compte les besoins de santé dans l'organisation des transports ;
- faire valoir ses droits en terme de dotations au niveau national (la région étant encore sous dotée en lits et places de courts séjours, soins de suite et réadaptation)... .

Dans ce contexte d'organisation de l'offre de soins et reprenant les travaux du CES de la République « *L'hôpital public en France : bilan et perspectives* », le CESR propose une réflexion régionale sur la place de l'hôpital public de proximité et les missions qui pourraient lui être confiées pour devenir le « pôle santé » des bassins de vie.

Schéma 1 : Pour une gradation des soins qui fait une place plus large à l'hôpital local



Source : Conseil économique et social – « Aménagement du territoire et établissements de santé – Mai 2004

L'hôpital public de proximité est situé à l'articulation entre le médical et le social, la ville et l'hôpital, le curatif et le préventif, il pourrait jouer un rôle de premier plan dans le parcours du patient et la mise en place de réseaux de soins sur un territoire de santé.

Il peut être à la fois facilitateur dans le parcours de soins d'un patient (hébergement temporaire pour permettre aux familles d'organiser la prise en charge d'une personne en perte d'autonomie, séjours de répit – aide aux aidants...) et comme réponse aux urgences médicales de premier niveau.

Il peut, encore, exercer une mission de prévention, être une plate-forme de services pour les professionnels libéraux d'un territoire, peut participer à l'attractivité des professionnels en leur offrant un statut mi-libéral, mi-hospitalier.

Des expérimentations en lien avec les différents partenaires pourraient être conduites en ce sens.

3.2 Contribuer à apporter une réponse aux besoins des populations

Les déterminants sociaux de santé, le creusement des inégalités sociales de santé et la faible part des dépenses en matière de prévention démontrent que cette prévention n'est pas encore appréhendée comme une priorité dans les politiques nationales de santé.

C'est donc un champ où le conseil régional, de par sa proximité avec les habitants, peut jouer un rôle important en lien avec les institutions et acteurs existants en particulier le Comité régional d'éducation pour la santé.

3.2.1 Développer une culture de la santé publique en Poitou-Charentes

Un plan de sensibilisation et de communication transversal, adapté aux différents publics, pourrait être défini par le conseil régional vis à vis :

- des jeunes au sein des lycées et au titre de l'accueil, information/orientation des jeunes (PAIO, missions locales) ;
- du grand public, par l'affichage d'une volonté régionale sur la santé, par des campagnes de sensibilisation (sur telle ou telle question), par un partenariat avec la presse, par l'organisation de conférences débats sur le thème de la santé, par la diffusion d'informations santé sur le site Internet régional...
- des femmes par une information ciblée ;
- des acteurs économiques dans le cadre de la charte d'engagements réciproques Région/Entreprises, un volet santé prévention et santé au travail peut être défini en lien avec les différents partenaires ;
- des « emplois tremplins » financés dans les différents secteurs (environnement, sport, éducation populaire...) pourraient bénéficier d'une information et acquérir une compétence santé publique ;
- des acteurs associatifs dans le cadre des formations mises en place en lien avec la conférence permanente des coordinations associatives (CPCA).

Le conseil régional peut être à l'initiative d'une démarche de **création d'un site portail Internet « santé en Poitou-Charentes »**, fruit d'une collaboration avec l'Etat, l'Assurance Maladie, les observatoires, les professionnels, les collectivités... Ce site pourrait avoir pour vocation de fédérer et de promouvoir les actions d'informations sur la santé, de prévention et d'éducation à la santé, et apporter des renseignements sur la localisation des établissements et des professionnels de santé.

3.2.2 Recueillir les besoins et le vécu des populations

La participation des citoyens pourrait s'exercer dans le cadre des conseils de développement au niveau des pays, mais elle passe aussi par un recueil de témoignages sur le fonctionnement du système (auprès des caisses ?)... Il faut identifier un lieu, une institution, un référent où s'adresser et au plus près du bassin de vie. Il faut ensuite organiser la « remontée » de ces témoignages aux acteurs responsables de l'organisation du système pour évaluer la qualité du service rendu et viser à l'améliorer.

Ce recueil des besoins doit aussi être réalisé pour les populations exclues et passe par une mobilisation des travailleurs sociaux en lien avec les collectivités locales et les conseils généraux.

Dans ce cadre, le conseil régional peut inciter les démarches associant les citoyens au niveau local dans le cadre des contrats de territoires et, par le levier de la formation professionnelle, contribuer à mobiliser les acteurs en charge de l'accueil et de l'accompagnement des populations exclues.

3.2.3 Accompagner la structuration de la représentation des citoyens-usagers

La loi relative aux droits des malades et à la qualité des soins de 2002 a été une étape dans la réflexion sur la place et le rôle non seulement du malade mais également au citoyen usager du service public de santé.

Un mouvement associatif s'est développé qu'il convient de prendre en considération mais aussi d'organiser et de structurer.

Les associations sont en effet appelées à jouer un rôle de consultation mais aussi d'action (au sein du groupement régional de santé publique notamment).

Afin que les associations d'usagers puissent devenir des interlocuteurs des pouvoirs publics, il serait au préalable nécessaire qu'elles puissent se regrouper et ensuite se professionnaliser.

Le conseil régional peut accompagner l'organisation et la structuration de ces associations, notamment pour construire leur réflexion au sein de la conférence régionale de santé.

Au titre également des actions financées pour la formation des bénévoles, le conseil régional pourrait prévoir des formations adaptées liées au secteur de la santé publique en lien avec les dispositifs déjà existants (notamment la fédération hospitalière de France [FHF]).

3.3 Favoriser l'organisation collective du système autour de l'individu

- Les pages précédentes ont bien démontré l'extraordinaire multiplicité des acteurs et programmes de santé.

Au sein de ce système, le conseil régional ne dispose ni de la légitimité, ni de l'expertise, ni des moyens pour conduire la politique régionale de santé publique ; **il a néanmoins le pouvoir de mobiliser pour une cohérence d'action régionale.**

A cet effet, le CESR propose quelques pistes d'actions :

- ▶ Réunir une « conférence des exécutifs » (à l'exemple du contrat de plan Etat/Région ou de la conférence de l'eau), associant l'Etat, l'ARH, l'URCAM, les conseils généraux, les villes, les partenaires sociaux, les usagers... pour échanger sur les questions de santé et définir collectivement les priorités d'actions convergentes de chacun.

Cette rencontre pourrait alimenter les travaux de la conférence régionale de santé.

- ▶ Participer activement (par le biais des élus représentants du conseil régional) à la conférence régionale de santé, à l'ARH, au GRSP... et porter devant les assemblées régionales, conseil économique et social régional et conseil régional, les questions de santé publique.

- ▶ S'impliquer dans les schémas et programmes en cours aux côtés des initiateurs (programmes de prévention, offre et permanence des soins...).
- ▶ Sur la base du tableau de bord (sanitaire et social) proposé précédemment, suivre et évaluer les actions.
- ▶ Inciter et accompagner le développement des réseaux (entre professionnels, entre établissements, entre territoires...) et veiller à la continuité de la prise en charge au niveau du bassin de vie.

■ Enfin, la Région se voit confier **la responsabilité des formations paramédicales**.

Les travaux de la Région en cours sur les métiers du lien social doivent se poursuivre en lien avec l'Etat et les conseils généraux en particulier et s'élargir à une gestion prévisionnelle des emplois et des qualifications.

Le développement des réseaux, les nouvelles pratiques des professionnels (notamment la délégation de tâches), la mise en place d'une politique de prévention... vont entraîner la création de « nouveaux métiers » (animateur ou coordonnateur de réseau) et le besoin de nouvelles compétences plus transversales : médicales mais aussi sociales.

La question du contenu des formations et leur adaptation à l'évolution des pratiques médicales est posée.

Il est nécessaire de faire le lien entre le champ social et sanitaire dans le cadre de formations initiales, sanitaires et sociales, disponibles sur le territoire régional et précisant les différentes possibilités de formations.

3.4 Intégrer la santé dans le développement durable

- Si le « service de santé » a un coût, il est aussi source de richesses dans l'économie locale et régionale : il est générateur d'emplois, il irrigue l'économie locale par ses besoins en différentes fournitures et conforte l'accueil de populations (au même titre que l'ensemble des services au public).

Des études ont été conduites au niveau national ; le CESR propose que soient identifiés en région et par territoire le poids économique de la santé et son effet induit.

- **Les conditions de vie** des populations sur les territoires sont un facteur essentiel d'amélioration et/ou de non détérioration de l'état de santé.

L'accès à l'emploi, à des services de proximité, à la culture, à la pratique sportive, à la formation initiale et continue, la vitalité de la vie associative, le renforcement des liens sociaux sur un territoire... sont autant de facteurs qui contribuent à la bonne santé des populations et à la qualité de vie sur les territoires.

De ce point de vue, toutes les initiatives dont l'objet principal est la cohésion sociale et territoriale participent à l'amélioration de l'état de santé des populations et sont à promouvoir.

- Le domaine de la santé et du médical est aussi **source d'innovation** et de recherche :

- innovations techniques et de pratiques à titre d'exemple le Canceropôle Grand Ouest ;
- recherche : cyclotron ;
- filière santé-prévention en lien avec les biotechnologies (cf. schéma régional de développement économique) qui peuvent, sous réserve d'accompagnement et de promotion, faire de la Région un pôle d'excellence.

Dans cette perspective et plus globalement dans l'organisation nationale des pôles de santé, une réflexion interrégionale est à ouvrir (en lien avec les partenaires de la santé [hôpitaux, professionnels...] et de l'université) avec les régions de l'Ouest pour déterminer les coopérations nécessaires dans le cadre des schémas d'organisation sanitaire interrégionaux.

- Enfin, la santé s'inscrit aussi dans une réflexion mondiale, avec en particulier les crises sanitaires et les pandémies qu'elles génèrent. La cohésion et la solidarité régionale et interrégionale sont essentielles pour apporter des réponses au niveau local.

Conclusion

Malgré un système de soins historiquement en amélioration (tant du point de vue des techniques médicales que de l'accès aux soins) et une augmentation de l'espérance de vie, les disparités et inégalités territoriales et sociales de santé se sont creusées.

L'amélioration du système, le CESR a tenté de le démontrer dans ce dossier, passe par la mise en réseau d'acteurs intervenant à différents niveaux, du public et du privé, du sanitaire, du social, de l'économique... et par un meilleur pilotage du système en associant l'ensemble des intervenants : l'échelon régional apparaît, à cet égard, comme le niveau pertinent de conduite des politiques de santé. Il faut passer d'une logique d'institutions, de « murs », à une logique de « services de santé »...

La politique de prévention vise à réduire les risques subis collectivement. Elle nécessite par conséquent une réponse et une organisation collective (passant notamment par la réglementation).

La participation de chacun -malade, usager, citoyen- avec les professionnels de santé, les institutions sanitaires, les collectivités territoriales, l'Assurance Maladie et l'Etat, aux décisions et à la gestion des prises en charge, mais aussi au fonctionnement global du système de santé est une nécessité ; le travail partenarial s'impose.

Dans ce contexte, la Région, collectivité territoriale composée de ses deux assemblées, conseil régional et conseil économique et social régional, peut « investir » les champs de la santé **en lien avec les autres niveaux de collectivités et partenaires institutionnels de la santé**.

Le CESR a proposé des pistes d'actions plus ou moins formalisées qu'il conviendra d'approfondir avec les élus : le conseil régional **est et peut être** à l'initiative d'actions en lien avec ses compétences existantes : aménagement du territoire, cohésion sociale, formation professionnelle, lycées.

Pour l'avenir, dans son rapport « *Pour une régionalisation du système de santé en 2025* », (novembre 2005), le Commissariat Général au Plan recommande de donner un rôle majeur aux régions dans la réforme du système de santé selon 6 principes fondateurs pour l'Etat et les collectivités :

- Poursuivre la graduation de l'offre de soins et la spécialisation avec un continuum des soins de premier recours aux soins les plus techniques.
- Affirmer le rôle majeur des régions dans une démarche de planification ouverte sur la base d'appels d'offres et de délégation des tâches.
- Choisir résolument la régionalisation selon un principe unique mais des modes de gestion diversifiés, ce qui permet par exemple d'articuler décentralisation et agence régionale de santé.
- Recentrer le rôle de l'Etat sur l'évaluation et la péréquation.
- Privilégier le niveau régional dans les négociations avec les professionnels de santé.
- Conforter la légitimité du politique en santé, autrement dit faire en sorte que le politique s'empare des questions de santé plutôt que construire une démocratie sanitaire spécifique.

Les crises sanitaires, aujourd'hui la grippe aviaire, démontrent que la santé est une question qui traverse les frontières et se pose au niveau européen, au niveau mondial...

Elle est donc au cœur des principes du développement durable.

Il faut donc poursuivre les réflexions et les coopérations. Le CESR s'engage à se montrer réactif sur le sujet comme il l'a été pour le Plan régional de santé publique et le Schéma régional d'organisation sanitaire III. Il souhaite, à ce titre, être associé aux futurs travaux que ne manquera pas d'engager le conseil régional en la matière pour définir une stratégie régionale.



Annexes :

- **Le nouveau dispositif régional prévu par la loi de santé publique**

- **La nouvelle organisation de l'Assurance Maladie**

- **Le plan régional de santé publique**

Avis du CESR sur le plan régional de santé publique

- **Le schéma régional d'organisation sanitaire 3^{ème} génération**

Avis du bureau du CESR sur le schéma régional d'organisation sanitaire 3^e génération

- **Comptes rendus synthétiques des auditions conduites par la commission du CESR**



Le nouveau dispositif régional prévu par la loi de santé publique

■ *Au niveau national :*

Dans le cadre de la Loi de Santé publique de 2004 « l'amélioration de la santé de la population française passe par une approche visant à réduire la mortalité prématuée, à lutter contre les inégalités de santé et à prendre en compte dans leur globalité les déterminants de la santé ».

Les objectifs pluriannuels sont inscrits dans le rapport annexé à la Loi quinquennale de santé publique (cent objectifs définis pour chacun des problèmes de santé publics retenus). L'atteinte des objectifs de santé publique annexés à la Loi peut nécessiter de définir des stratégies d'actions décrivant des étapes, le cheminement envisagé et le rôle des différents acteurs en s'inscrivant dans une perspective pluriannuelle (certains des plans ou programmes sont expressément prévus par la Loi, d'autres résultent de décisions ministérielles).

- Pour 2004 / 2008, cinq plans **stratégiques pluriannuels** :
 1. plan national de lutte contre le cancer ;
 2. plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives ;
 3. plan de lutte pour limiter l'impact sur la santé des facteurs d'environnement, dont ceux liés au milieu du travail ;
 4. plan de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques ;
 5. plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares.
- **Des plans prévus par arrêté des Ministres** chargés de la santé et de la sécurité sociale poursuivent des objectifs le plus souvent inclus dans le rapport annexé.
Ils concernent notamment les programmes de prévention et de dépistage, par exemple le programme de lutte contre le saturnisme.
- **Les plans antérieurs à la promulgation de la Loi** qui seront poursuivis. Il s'agit par exemple du programme national nutrition santé et du plan de lutte contre la douleur.
- **Des plans sont en cours d'élaboration ou ont récemment été adoptés :**
 - le plan santé au travail (2005-2009) ;
 - le plan périnatalité (2005-2007) ;
 - le plan psychiatrie et santé mentale (en cours) ;
 - ...

Enfin la Loi prévoit que la mise en œuvre de la politique de santé publique soit organisée dans le cadre de plans régionaux de santé publique.

■ *Au niveau régional :*

Le représentant de l'Etat :

- définit les modalités de mise en œuvre de la politique nationale de santé dans la région ;
- arrête le plan régional de santé publique (PRSP) ;
- peut décider d'actions particulières.

La Conférence Régionale de Santé :

- Elle est une instance de concertation avec les acteurs de santé de la région.
- En Poitou-Charentes, la conférence régionale de santé a été installée en janvier 2006. Elle comprend 84 membres répartis en 6 collèges :
 - le collège des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire ;
 - le collège des représentants des malades et des usagers du système de santé ;
 - le collège des représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des professionnels médicaux et non médicaux, y compris sociaux exerçant dans les établissements de santé et dans les établissements sociaux à médico-sociaux, ainsi que des professionnels de médecine préventive et de santé publique ;

- le collège des représentants :
 - des institutions et établissements publics et privés de santé, dont deux désignés par le comité régional de l'organisation sanitaire,
 - des organismes d'observation de la santé et d'enseignement ou de recherche dans les domaines sanitaire ou social, dont l'observatoire régional de santé,
 - des institutions sociales et médico-sociales, dont deux désignés par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale
 - des organismes de prévention, d'éducation pour la santé, dont le comité régional d'éducation pour la santé
 - des associations à but humanitaire intervenant dans le domaine de la santé
 - le collège des personnalités qualifiées désignées par le Préfet de Région ;
 - **le collège des représentants des acteurs économiques désignés au sein de chacun des deux premiers collèges qui composent le conseil économique et social régional mentionné à l'article R 4134-1 du code général des collectivités territoriales.**
- A cette occasion, la conférence régionale de santé a élu les membres du bureau et adopté les priorités régionales de santé publique.

Pour le CESR Poitou-Charentes, les représentants ont été nommés en janvier 2006 :

P. Guénant

R. Berger
M. Gris
J. Rogeon
C. Simon

C. Roulleau
JP. Moinard
G. Levasseur
F. Joubert

F. Mahaud
G. Dupont
P. Marx
M. Larquey

A. Tournier

et ont été élus au bureau :

P. Guénant
F. Joubert

F. Mahaud
R. Berger

titulaires

suppléants

Les Missions Régionales de Santé :

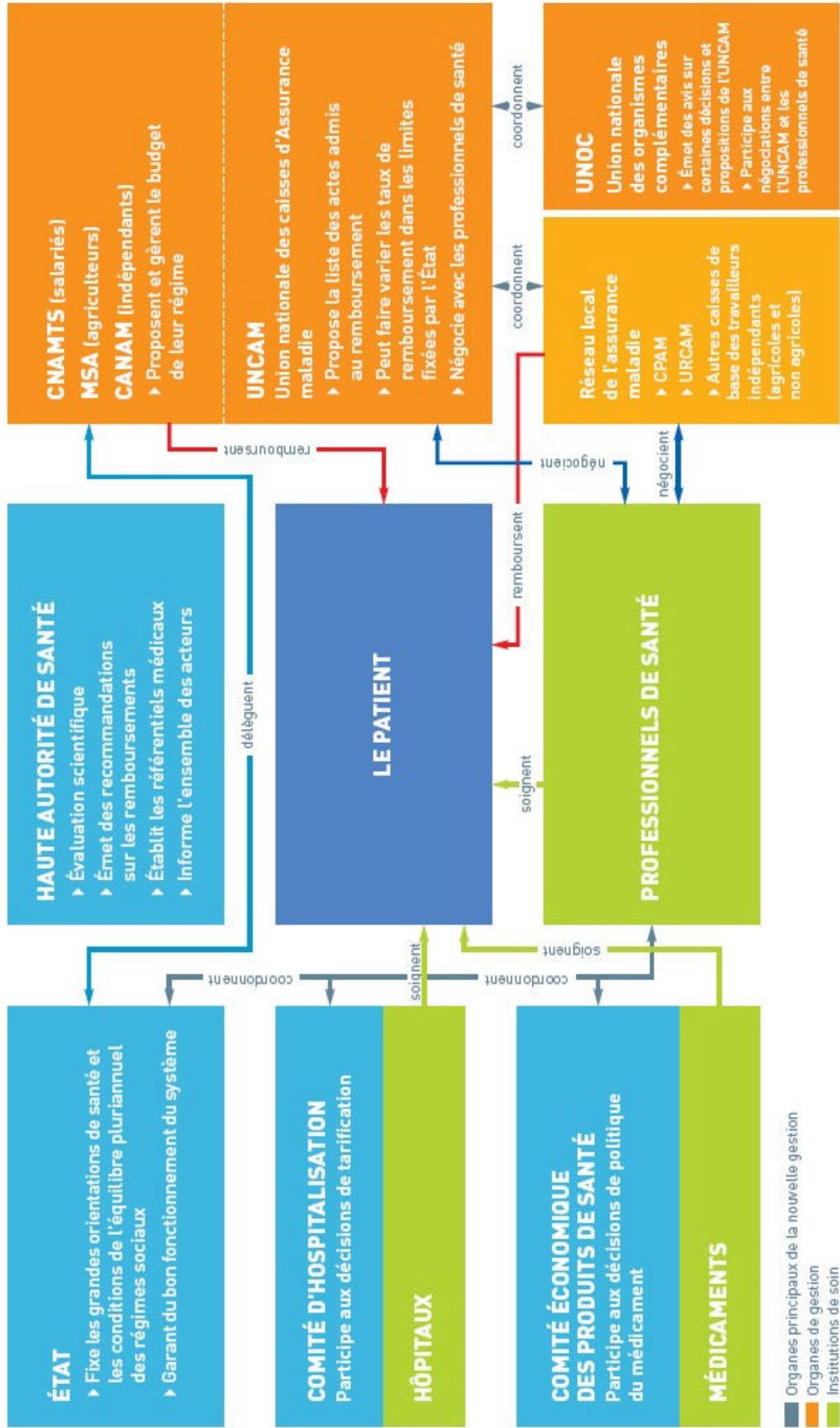
- Elles regroupent l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'Assurance Maladie.
- 4 grandes missions ont été confiées à la mission régionale de santé :
 - répartition des professionnels de santé et définition des zones d'aides à l'installation ;
 - propositions d'orientations pour l'organisation de la permanence des soins ;
 - coordination des soins autour du malade ;
 - actions de régulation dans les domaines hospitaliers/ambulatoires.

Le Groupement Régional (ou Territorial) de Santé Publique :

- Missions :
 - mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional de santé publique
 - assurer ou contribuer à la mise en œuvre des actions particulières de la région
 - certains groupements peuvent avoir une compétence interrégionale.
- Est un groupement d'intérêt public (GIP).
- Associant par convention :
 - l'Etat et les établissements publics de l'Etat intervenant dans le domaine de la santé publique (notamment l'institut de veille sanitaire et l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé)
 - les collectivités territoriales qui le souhaitent : Région, départements, communes ou groupements de communes
 - l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)
 - l'Union régionale des caisses d'assurance maladie et la Caisse régionale d'assurance maladie.
- Doté de l'autonomie administrative et financière.

- Administré par un conseil d'administration :
 - composé de représentants de ses membres constitutifs et de personnalités nommées en raison de leurs compétences
 - arrêtant le programme d'actions permettant la mise en œuvre du plan régional de santé publique
 - présidé par le représentant de l'Etat dans la région
 - ayant un Directeur nommé par le représentant de l'Etat
 - l'Etat y dispose de la moitié des voix.
- Ressources : obligatoirement une subvention de l'Etat et une dotation de l'assurance maladie.
- Il rend compte de ses activités à la Conférence Régionale de Santé.

La nouvelle organisation de l'Assurance Maladie



Le plan régional de santé publique



PREFECTURE DE LA REGION
POITOU-CHARENTES

DRASS POITOU-CHARENTES
POLE SANTE PUBLIQUE

ARRETE n° 10 /2006
en date du 31 JAN. 2006
fixant le programme régional de santé publique
en Poitou-Charentes

VU le décret n° 20047-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements :

VU le code de la santé publique, notamment l'article L. 1411-12 ;

VU la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ;

VU le décret n° 2005-1539 du 8 décembre 2005 relatif aux conférences régionales ou territoriales de santé ;

VU l'avis de la conférence régionale de santé réunie le 19 janvier 2006 ;

Sur proposition de la secrétaire générale pour les affaires régionales et du directeur régional des affaires sanitaires et sociales Poitou-Charentes,

ARRETE

Article 1^{er} :

le plan régional de santé publique annexé au présent arrêté est institué dans la région Poitou-Charentes pour la période 2006 - 2010

Article 2 :

Le plan régional de santé publique vise à orienter, organiser et renforcer la politique régionale de prévention dans des domaines repérés comme prioritaires.

Il s'articule autour de **4 priorités stratégiques** :

- renforcer la qualité de vie au quotidien en agissant sur les déterminants de santé
- favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents
- améliorer la santé au travail
- prévenir le bien vieillir en région

Chacune des 4 priorités stratégiques se décline en axes prioritaires :

renforcer la qualité de vie au quotidien

1. améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers
2. améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge de la souffrance psychique des individus
3. améliorer les facteurs environnementaux : habitat, pollution atmosphérique, qualité des eaux, bruit.
4. renforcer l'accès à la prévention et aux soins des populations fragilisées
5. promouvoir une activité physique et sportive au service de la santé et favoriser une alimentation équilibrée
6. prévenir et agir contre la violence et les accidents de la vie courante
7. organiser l'alerte et la gestion des situations d'urgence sanitaire
8. maintenir une offre de soins et de santé adaptée aux besoins des territoires

Favoriser le développement harmonieux des enfants et des adolescents :

1. améliorer le dépistage et la prise en charge précoce des atteintes sensorielles
2. améliorer l'accueil préscolaire, scolaire et périscolaire en milieu ordinaire et en institution spécialisée
3. favoriser le bien-être physique et psychique des enfants et adolescents
4. prévenir et agir sur les comportements à risques

Améliorer la santé au travail

1. prévenir et agir sur les risques CMR cancérogènes, mutagènes et toxiques par la reproduction
2. améliorer la connaissance et la prévention des troubles musculo – squelettiques
3. améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des pathologies liées à la souffrance mentale au travail
4. prévenir et agir contre les risques routiers dans les entreprises

Prévenir et bien vieillir en région :

1. prévenir les handicaps liés au vieillissement (troubles sensoriels, neurologiques, bucco-dentaires, chutes, dénutrition)
2. développer le maintien à domicile
3. améliorer l'accès aux institutions et à la qualité de vie dans celles-ci

Article 3 :

Les objectifs opérationnels déterminés pour chacun des axes stratégiques, donneront lieu à des programmes pluriannuels d'action dont le suivi sera présenté chaque année à l'avis de la conférence régionale de santé.

Article 4 :

La mise en œuvre de ce plan régional de santé publique fera l'objet d'une évaluation en fin de période de validité

Article 5 :

La secrétaire générale des affaires régionales et le directeur régional des affaires sanitaires et sociales sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la région Poitou-Charentes.

Le Préfet de Région,
Par délégation
La Secrétaire Générale
pour les Affaires Régionales

Béatrice LAGARDE

DRASS POITOU-CHARENTES
Avenue Northampton – BP 559 – 86020 POITIERS CEDEX – Tél : 05.49.42.30.00 – Télécopie : 05.49.4427.23

Avis du CESR sur le plan régional de santé publique



Poitou
Charentes

Avis du conseil économique et social régional Octobre 2005

Contribution du CESR au « Plan Régional de Santé Publique »

Dans le cadre de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, chaque région doit élaborer un Plan Régional de Santé Publique (PRSP).

Le PRSP n'est pas un document de programmation de l'Etat car il doit recenser et mettre en cohérence l'ensemble des dispositifs, des programmes et des actions que les divers départements ministériels de l'Etat, les divers régimes d'assurance maladie et les différents niveaux de collectivités mettent en œuvre pour assurer les conditions d'un bon état de santé de la population. A cet effet, le **PRSP a pour objet de déterminer les priorités en terme d'actions à mener dans les cinq prochaines années pour améliorer l'état de santé des populations.**

Sa mise en œuvre sera confiée à un GIP, le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) présidé par le Préfet.

Le CESR a été associé à l'élaboration du PRSP par la participation du Président de la commission « Développement des territoires et cohésion sociale (santé, logement, famille, culture, sport) », au comité de pilotage. Le conseil économique et social régional a adopté l'avis suivant, visant à enrichir les travaux d'élaboration du Plan Régional de Santé Publique, dans la perspective en particulier de la prochaine conférence régionale de santé.

- Lors du lancement des travaux d'élaboration du PRSP, deux objectifs majeurs ont été affichés :
 - une démarche d'élaboration participative permettant de **consulter** le plus grand nombre d'**acteurs** (administrations, collectivités, associations, ...);
 - produire un document de **planification stratégique** dans lequel la mise en œuvre concrète des actions et leur gestion ou financement ne seraient pas précisés.

A cet égard, l'assemblée socioprofessionnelle souligne :

- la **pertinence** de rassembler dans un seul document l'ensemble des données relatives à l'état de santé de la population et ses déterminants (panorama de la santé) ainsi que l'ensemble des plans et programmes en cours pour un essai de mise en cohérence ;
- la **forte mobilisation** et l'importance du nombre des **acteurs de la santé** réunis lors de la consultation régionale en décembre 2004 ;

- l'**effort** et l'**objectif** affichés d'articuler le sanitaire avec le social ;
- et **salue le travail réalisé par les différents partenaires et rédacteurs du PRSP.**

□ Au regard de l'expérience des plans régionaux précédents initiés en 2002 et adoptés à l'époque à l'unanimité des participants (plan suicide et plan accidents de la voie publique), l'assemblée socioprofessionnelle insiste sur la difficulté de mise en œuvre concrète des orientations lorsqu'elles impliquent une multiplicité d'acteurs. Le travail en réseau indispensable à la mise en œuvre des actions ne se décrète pas ; il faut rechercher les « volontés » à conduire l'action et s'appuyer sur des expériences innovantes existantes.

Cette première expérience aurait nécessité une évaluation pour déterminer les conditions de réussite et a contrario d'échec, les raisons de l'abandon des priorités définies (comme par exemple la suppression des programmes régionaux de santé sur le suicide et accidents de la voie publique).

Sans un suivi des plans et sans évaluation publique réalisée par la Conférence régionale de santé associant l'ensemble des réseaux, les mêmes causes risquent de produire les mêmes effets.

C'est pourquoi, le CESR s'interroge sur la vocation du PRSP et sur l'opportunité d'afficher des intentions qui auront du mal à se traduire en actions concrètes. A titre d'exemple :

- si l'**objectif** « d'améliorer le dépistage des atteintes sensorielles des enfants » ne peut qu'être partagé par tous, peut-il être atteint avec les moyens disponibles en infirmières scolaires ?
- l'**objectif** de « favoriser l'accueil d'enfants de 4 à 6 ans présentant des comportements perturbants en milieu scolaire » en s'appuyant sur les auxiliaires de vie scolaire semble difficile dans la mesure où ces auxiliaires de vie sont orientées pour la prise en charge du handicap physique et non pour le comportement, ...

□ Le PRSP doit **déterminer des priorités, débattues et validées au sein de la conférence régionale de santé** ; si les priorités ne sont pas définies à ce stade, elles le seront par l'Etat dans la phase de mise en œuvre au sein du GRSP.

Dans ce cadre, le CESR souhaite rappeler son analyse des conditions de réussite du PRSP et ses priorités de santé publique en région.

► Les conditions de réussite du Plan Régional de Santé Publique

La santé ne se résume pas à la seule absence de maladie. Cette affirmation implique d'en avoir une approche à la fois globale et préventive, complémentaire (et non opposée) à l'approche biomédicale.

Pour l'assemblée socioprofessionnelle, la prévention est plus entendue au sens disparition du risque que prise en charge précoce du risque.

La prévention demande donc une transversalité de l'action et de la réflexion en premier lieu au sein des administrations de l'Etat ; la santé publique et la prévention requièrent une approche interministérielle (environnement, logement, transports, sport, ...) déclinée régionalement.

La prévention implique une action globale qui touche la vie quotidienne, en commençant tout naturellement par celle de la petite enfance : la prévention/santé doit investir les lieux, les moments, les actes quotidiens des gens... ce qui demandera un « investissement » en animation/médiation.

La participation du « citoyen » à l'organisation même du système de santé suppose d'ouvrir la réflexion au plus près du terrain : à cet égard, les **pays** et les **conseils de développement** peuvent être ce lieu d'échanges, de débat et de propositions pour l'amélioration de l'accès et la qualité des soins.

► Les priorités de santé publique régionale

Sur la base du « panorama de la santé », véritable diagnostic partagé de l'état de santé en Poitou-Charentes, il est proposé d'identifier les priorités suivantes :

- **Le cancer** est une priorité nationale et régionale. Dans ce contexte, il est nécessaire de doter la région d'un registre du cancer.

L'objectif des registres est de faire le recensement exhaustif de tous les cas de cancers diagnostiqués dans la population d'une zone déterminée. Les informations collectées font l'objet d'un regroupement pour validation puis d'un codage qui respecte les règles internationales. La mise en place de ces procédures est le seul moyen pour obtenir une information sans biais et standardisée permettant les comparaisons.

Le registre fournit aussi des informations sur les prises en charge

et sur les besoins en terme d'offres de soins : c'est un outil de pilotage et d'évaluation primordial de la politique de santé publique.

- **Le suicide** en région reste un problème de santé publique ; les actions initiées lors des précédents plans doivent se prolonger. A cet égard, les lieux d'accueil des jeunes en particulier les PAIO, missions locales doivent être associés à la réflexion et aux actions de prévention et bénéficier de l'aide de travailleurs sociaux, de psychologues...
- **La santé au travail** et les actions pouvant être conduites semblent peu développées dans le PRSP. Cet axe doit être intégré dans le plan de santé publique et les différents acteurs intervenants dans ce secteur doivent participer au PRSP et développer des actions partenariales, particulièrement les organisations patronales, syndicales de salariés, les élus au CHSCT.
- **La prévention** au sens large doit être affichée comme une priorité du PRSP. La nutrition en est un élément important et le programme national nutrition/santé doit se décliner régionalement en s'appuyant sur les opérations innovantes conduites en région. De même, le cadre de vie (dans l'habitat et à l'extérieur) doit faire l'objet d'actions régionales en cohérence avec le Plan Régional Santé Environnement (PRSE). Enfin, il faut amplifier les actions d'éducation sanitaire tout au long de la vie et prendre en compte la santé de l'enfant dès le plus jeune âge.

► Les pistes de travail

- La proportion importante de **personnes âgées** est une des caractéristiques de Poitou-Charentes. Des actions en direction de cette population sont proposées : services de soins et d'aide à domicile, accès aux établissements... A cet égard, il serait nécessaire d'intégrer les schémas gérontologiques dans le PRSP. Il est essentiel par ailleurs de **réfléchir sur les coûts**. Aujourd'hui le salaire médian est inférieur à 1 400 € par mois en Poitou-Charentes, la moyenne des retraites (inter-régimes) est de 1 010 €, alors que le prix moyen d'un mois en institution est de 1 350 € par mois.
- Les **réseaux de santé** sont une des réponses pour améliorer l'accessibilité et la qualité des soins ; aujourd'hui, ils reposent pour une grande part sur le volontariat et l'engagement de praticiens. Ces réseaux ne se maintiendront et ne se développeront qu'à condition d'un accompagnement des pouvoirs publics permettant d'assurer leur pérennisation. Cette question de l'accompagnement des initiatives (d'acteurs privés ou publics) est déterminante. Il est indispensable de

« sécuriser » ces initiatives pour qu'elles s'inscrivent dans la durée.

Le rôle des associations pour la prévention, l'écoute, l'alerte est primordial et l'exercice de ce rôle requiert formation des acteurs en contact avec le public et un accompagnement des pouvoirs publics pour faciliter l'exercice de leurs missions.

- La question de l'**offre de soins ambulatoires** devient récurrente particulièrement en milieu rural. Le PRSP devrait travailler à donner une meilleure attractivité à ces secteurs dans la mesure où l'accès aux soins se détériore (pour certaines zones, les gardes de médecins libéraux entre 24 h et 8 h ne sont plus assurées).
- L'offre de soins hospitaliers (publics-privés) doit être en cohérence pour une permanence des soins : **le SROS doit s'articuler**

avec le PRSP, en veillant à la consolidation et au développement du réseau hospitalier public.

- Enfin, le PRSP a vocation à être suivi dans le temps ; il faudra donc mettre en place des indicateurs de suivi, de résultat, d'efficience... pour évaluer le bien-fondé de l'action et la réorienter le cas échéant.

Ces indicateurs doivent être quantitatifs mais aussi qualitatifs.

Ces priorités ainsi présentées n'excluent pas bien évidemment les études épidémiologiques sur les maladies lourdes et les affections longue durée. Elles n'excluent pas non plus l'analyse de l'accès économique aux soins : les frais optiques, dentaires, auditifs, des prothèses, ... sont un frein réel malgré la CMU (couverture maladie universelle) pour l'accès aux soins de qualité. Une enquête régionale sur les différentes parts de prise en charge de ces soins (assurance maladie, mutuelle, famille, ...) permettrait de mesurer la réalité de l'accessibilité de ces soins.

Vote sur l'avis du CESR adopté à l'unanimité

70 votants

MM. Berger, Delaune, Fougère, Rougier (CCI)
MM. Baguet, Fritsch, Garofalo, Guénant (Medef)
M. Rogeon (Aquaculture – Conchyliculture)
M. Etien (Pêche)
MM. Banlier, Godu, Hurtaud, Simon (Chambres de métiers)
M. Roy (UPAR)
MM. Bouvier, Lebret, Maroteix (Chambres d'agriculture)
M. Rouvreau (Syndicats d'exploitants agricoles)
M. Guilbaud (Jeunes agriculteurs)
M. Roulleau (Elevage)
MM. Langlois, Moinard (Professions libérales)
Mmes Boixière, Deborde et MM. Cardin, Emon, Giraudeau, Grenon, Levasseur (CGT)
Mmes Berthier, Lacarrière, Malka, MM. Bodet, Joubert, Vandermeersch (CFDT)
MM. Bodin, Dessed, Gateau, Mahaud, Patrac (FO)
MM. Bénéteau, Marx (CFE-CGC)
MM. Dupont, Lartigue (CFTC)
MM. Larquey, Texier (UNSA)
M. Tournier (FSU)
Mme Talbot (URAF)
M. Proux (Organismes de sécurité sociale)
M. Hinerang (Caisses d'assurance maladie)
M. Ridoret (Fédération du bâtiment)
M. Barré (URIOPSS)
M. Mousnier (Personnes âgées)
MM. Bonnin, Cézard (Parents d'élèves)
M. Prouzat (Coopération, mutualité, associations)
Mme Thomas, M. Couillaud (Mutualité, coopération et crédit agricoles)
Mme Vigneron (GIP Qualité de la formation)
M. Saizeau (Culture et éducation populaire)
M. Bonnet (Sport)
M. Potennec (Tourisme)
M. Levraud (Locataires)
M. Sibert (Logement)
M. Brie (Environnement)
Mme Métayer (Consommation)
Mmes Autissier, Bimes, Chaumet (Personnalités qualifiées)

Le schéma régional d'organisation sanitaire – 3^e génération

■ Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) est devenu le principal outil stratégique de planification des soins.

- Le SROS a pour objet de prévoir et susciter les évolutions de l'offre de **soins préventifs, curatifs et palliatifs**, afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale ; il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux-nés.
- Il tient compte de **l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social ainsi que de l'offre de soins des régions limitrophes et des territoires frontaliers**.
- Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe **la liste des thèmes, des activités de soins et des équipements lourds devant figurer obligatoirement dans un schéma d'organisation sanitaire**.
- Il fixe **des objectifs** en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire.
- Le SROS est arrêté sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population et de leur évolution compte tenu des données démographiques et épidémiologiques et des progrès des techniques médicales et après une **analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante**.

■ 3 principes d'élaboration du SROS :

- **L'approche globale**, à la fois préventive, curative, palliative, en référence aux besoins de santé physique et mentale de la population (articulation avec le schéma régional d'éducation pour la santé et les programmes régionaux de santé).
- **L'approche territoriale**, qui tend désormais à définir les territoires de santé à partir des comportements des usagers et de leur pratique de l'espace, et non plus partir de la zone d'attraction d'un ou plusieurs établissements.
- **La concertation** avec les établissements de santé publics et privés, les professionnels de santé, libéraux et hospitaliers, les établissements médico-sociaux, les élus et les usagers.

■ La démarche prend en compte :

- L'articulation de l'hôpital avec la médecine de ville, le secteur médico-social, les régions limitrophes.
- La démographie des professions, mais aussi l'évolution des métiers et des pratiques professionnelles.

■ Le SROS comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé qui comprend :

- **Les objectifs quantifiés de l'offre de soins** par territoires de santé, par activité de soins, y compris sous la forme d'alternatives à l'hospitalisation et par équipements matériels lourds.
- **Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations**, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national. Les limites des territoires de santé sont définies par le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation pour les activités et équipements relevant du SROS et par le Ministre de la santé pour ceux qui relèvent d'un schéma national.

■ La définition des territoires de santé

La construction des territoires (circulaire du 5 mars 2004) doit aboutir à la définition de territoires de santé pour l'organisation de l'offre de soins et la répartition des activités, et à l'identification de territoires de proximité ou de premier recours qui s'inscrivent dans les territoires de santé.

Le projet médical de territoire est un document d'orientation évolutif, non opposable juridiquement, élaboré par les conférences sanitaires. Il contribue, tout d'abord à l'élaboration du SROS puis le fait vivre pour en traduire les orientations stratégiques sur un plan opérationnel. Il est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population et contient des propositions destinées à l'ARH dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il donne lieu à une **animation par les professionnels et établissements de santé** du territoire, à un suivi et une évaluation.

Les élus et les usagers doivent être associés à toutes les étapes de l'élaboration du SROS.

Au plan régional, **un comité régional** des usagers est constitué.

Avis du CESR sur le SROS III



Avis du conseil économique et social régional Réunion de bureau du 7 février 2006

sur le projet de SROS III (schéma régional d'organisation sanitaire)

Dans le cadre de ses travaux sur la santé et son organisation en Poitou-Charentes, le conseil économique et social régional, bien que n'ayant pas été saisi officiellement d'un avis, a souhaité formuler un certain nombre d'interrogations et de propositions avant l'adoption du schéma fixée fin mars.

L'avis du CESR adopté à l'unanimité par le bureau du 7 février 2006 s'appuie sur les travaux de la commission « Développement des territoires et cohésion sociale » qui au cours d'une réunion de travail spécifique a examiné les documents techniques diffusés au comité de pilotage du SROS et aux conférences sanitaires de territoires, ainsi que l'avis de l'URCAM, dont le CESR reprend pour partie certaines des observations.

Le conseil économique et social régional souhaite réaffirmer les conditions requises pour que le projet de SROS Poitou-Charentes réponde aux besoins des populations et contribue à l'aménagement des territoires (conformément à la circulaire relative à l'élaboration des SROS de mars 2004), conditions qui, selon lui, restent à réunir à ce jour :

- une élaboration concertée ;
- une approche basée sur les besoins des populations ;
- une approche prenant en compte l'aménagement du territoire ;
- une organisation centrée autour du malade.

Des schémas qui déterminent l'offre de soins hospitalière pour les cinq ans à venir

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) en cours d'élaboration dans chacune des régions françaises, ont pour objet de :
« prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'organisation sanitaire afin de répondre aux besoins de la population en matière de prévention, de soins curatifs et palliatifs dans le domaine de la santé tant physique que mentale... ».

Les cartes sanitaires ont été supprimées (ordonnance de septembre 2003) et ce sont désormais les SROS qui deviennent l'outil unique de planification sanitaire.

A cet effet, ils comporteront une annexe (à caractère opposable) qui précisera :

- les objectifs quantifiés de l'offre de soins ;
- les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

Par ailleurs, la notion de secteur sanitaire est remplacée par celle de territoire et les conférences sanitaires de secteur remplacées par des conférences sanitaires élargies aux professionnels de santé libéraux, aux centres de santé, aux élus et usagers des territoires concernés.

En Poitou-Charentes, cinq territoires de santé ont été identifiés (un par département, deux pour la Charente-Maritime).

I- Une élaboration concertée

En juin 2005, le CESR a regretté l'absence de consultation pour l'élaboration du SROS et en particulier des représentants des assurés sociaux (référence : dossier autosaisine « Santé » - Rapport d'information - Juin 2005).

Aujourd'hui, le CESR renouvelle ses observations : l'absence de concertation en amont du schéma risque d'aboutir lors de l'arrêté du SROS à une décision jugée arbitraire.

Ce manque de concertation est tout aussi regrettable entre les différents groupes de travail techniques d'élaboration du SROS. Cela peut aboutir à un manque de cohérence entre les différents volets du schéma. A titre d'exemple, le volet cancérologie doit être rapproché du volet radiologie et des équipements nécessaires : IRM, scanner, ...

Le déroulement des conférences sanitaires de territoire qui se sont toutes réunies début janvier ne laisse pas augurer d'amélioration notable.

Le CESR renouvelle sa demande d'organiser une véritable consultation et concertation et à cet effet insiste :

- sur un effort de pédagogie et de clarté des documents diffusés (établissement de cartographie des temps d'accès, des fermetures annoncées et de leur impact, ...);
- sur une réelle prise en compte de l'usager et de ses proches y compris dans la présentation des documents. L'usager est quasiment absent d'une organisation basée sur des données techniques ;
- sur un bilan des programmes antérieurs et notamment de l'accès aux soins (par exemple impact sur l'accès aux soins suite aux dispositions prises pour développer les complémentarités public et privé à Cognac ou à Royan).

La réflexion doit associer, au-delà de l'administration de l'Etat, les représentants élus de l'assurance maladie, les collectivités et autres représentants socioprofessionnels pour qu'ils puissent apporter leur vision transversale et territoriale de l'offre de soins et des besoins des populations.

II- Une approche basée sur les besoins des populations

- Au regard des premiers documents diffusés, le CESR estime l'approche présentée comme technique, comptable et centrée sur l'offre de soins. Il regrette en outre que le projet de SROS se base sur des chiffres d'activités de 2003, des chiffres plus récents étant disponibles.

Si l'argument qualité de soins mis en avant pour la réorganisation de l'offre ne peut qu'être partagé par le CESR, il regrette vivement que cette qualité soit définie par le

nombre d'actes et non par l'accessibilité aux soins (géographique, sociale, financière).

Ces critères risquent d'aboutir à la fermeture d'un certain nombre de plateaux techniques existants ou à un transfert de l'offre publique vers le privé, soulevant à nouveau la question de l'accès aux soins pour tous. A cet égard, le CESR regrette qu'aucun volet du schéma ne prévoit l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Dans le même temps, on risque inévitablement d'aller vers une concentration de l'offre de soins et par conséquent un engorgement (listes d'attentes) des établissements restants.

Comment gérer le surcroît d'activités dans les services maintenus ?

A ce stade, de fortes incertitudes existent quant au maintien de la chirurgie (publique) à Barbezieux, Confolens, Ruffec en Charente, à Royan, Saint-Jean d'Angély, Jonzac en Charente-Maritime, à Thouars en Deux-Sèvres, à Loudun et Montmorillon en Vienne.

- Ces orientations posent la question de l'urgence et de la permanence des soins. Si dans un premier temps, la fermeture de certains services chirurgie devrait renforcer l'équipe des urgences, des craintes peuvent être exprimées dans la durée. Que deviendront les UPATOU (Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences) là où il n'y aura plus de chirurgie ?

Cette situation est aggravée par la disparité départementale des gardes libérales. L'absence de visite à domicile dans de nombreux secteurs entre 20 h et 8 h et du samedi midi au lundi 8 h pose un réel problème d'accès aux soins et renforce les inégalités, en milieu rural et en particulier pour les personnes âgées.

L'orientation pour un maintien des personnes âgées à domicile (nécessaire compte tenu du déficit de places en établissement) est incompatible avec la non continuité des soins.

- Le plan régional de santé publique et le panorama de la santé réalisé à cette occasion ont permis de mettre en évidence les caractéristiques du Poitou-Charentes et les besoins des populations de Poitou-Charentes.

Le CESR demande que des liens s'établissent entre le diagnostic (panorama de la santé), les priorités de santé publique (PRSP) et le SROS.

- Le CESR s'interroge sur l'impact économique réel et sur les modifications de pratiques des orientations proposées :
 - Quid du devenir des personnels dans les établissements qui perdraient un plateau technique ?
 - Quid des frais de transports (et de leur prise en charge) liés à l'itinérance des patients ?
 - Quelle proportion d'accouchements hors institutions (compte tenu des temps de déplacement), quel impact des consultations avancées ?
 - Quelles conséquences du transfert d'une partie de l'activité du public vers le privé pour les patients ?

- Quels impacts dans les pratiques dans la mesure où la tarification à l'activité peut contribuer à privilégier certains actes médicaux « plus rentables » ?

III- Une approche prenant en compte l'aménagement du territoire

Pour le CESR, l'enjeu est d'améliorer et de rendre accessibles, à tous, les lits, les services et les spécialités. La démographie médicale, les moyens disponibles, les évolutions technologiques, ... doivent garantir la qualité de tous les soins pour tous et partout, et il faut travailler collectivement à la rénovation du système.

Cela étant, le CESR estime que toutes les solutions n'ont pas été envisagées :

- Le bilan du schéma précédent n'a, soit pas été réalisé, soit peu utilisé. L'état des lieux doit se rapprocher le plus possible de la réalité. A l'avenir, il faudra s'appuyer sur une évaluation en continu.
- Le développement des coopérations public/public entre établissements pourrait participer à maintenir certains établissements stratégiques en terme d'aménagement du territoire. A titre d'exemple, le développement d'un partenariat CHU de Poitiers, hôpitaux d'Angoulême et de Ruffec permettrait de maintenir ce dernier avec une qualité et un seuil d'activité en complémentarité.
- Les questions de transports et de l'accessibilité aux soins méritent un développement spécifique dans le projet de SROS. Si à terme, la population du Poitou-Charentes doit se concentrer sur cinq plateaux techniques (Angoulême, La Rochelle, Saintes, Niort, Poitiers), quel système de déplacement met-on en place (et

en particulier pour les personnes les moins mobiles) ? Qui finance ?

- Les questions de la reconversion des services fermés et des personnels seront alors posées ; il convient de les anticiper dans le projet de SROS : utilisation des locaux et du matériel ? Participation des professionnels libéraux à l'activité de ces sites ? ... L'implication des personnels dans la réorganisation est essentielle ; en particulier, il faut dès maintenant rendre lisibles les départs à la retraite.

IV- Une organisation centrée autour du malade

Pour le CESR, seul le volet cancérologie du SROS propose une nouvelle organisation centrée autour du malade et de son parcours. Reprenant les propositions de l'URCAM, le CESR propose :

- une concertation pluridisciplinaire partout où cela est possible ;
- une réflexion sur le dispositif d'annonce du diagnostic ;
- la mise en place du « dossier communiquant » (document interactif permettant le partage d'information entre les différents professionnels et le patient) ;
- la remise au patient d'un programme personnalisé de soins avec les noms et les coordonnées des médecins, de l'équipe soignante et des associations qui peuvent aider le patient et ses proches ;
- la systématisation de l'information et la mise à disposition de soins supports (rééducation, psychologie, traitement de la douleur, accompagnement social, nutrition,...) et cela à tous les stades de la maladie, pendant l'hospitalisation et après le retour à domicile.

En conclusion, le conseil économique et social régional estime que le projet de SROS n'est pas recevable en l'état. Compte tenu des enjeux, il propose de prendre le temps de la concertation pour aboutir à des propositions acceptables par le plus grand nombre.

A cet effet, et pour ne pas laisser de vide juridique après mars 2006 (date légale d'approbation du SROS), le CESR propose que les autorisations de la carte sanitaire actuelle correspondent au plafond maximum des autorisations du SROS III laissant alors le temps, régionalement et dans le cadre des conférences de territoires, de la concertation et des propositions pour une nouvelle organisation.

Vote sur l'avis du CESR adopté à l'unanimité par le bureau

26 votants

M. Guénant, Président du CESR
M. Rougier (CCI)
MM. Baguet, Fritsch, Garofalo (Medef)
M. Rogéon (Aquaculture – Conchyliculture)
M. Simon (Chambres de métiers)
M. Lebret (Chambres d'agriculture)
M. Rouvreau (Syndicats d'exploitants agricoles)
M. Rouleau (Elevage)
Mme Deborde, M. Cardin (CGT)
Mme Lacarrière, MM. Bodet, Joubert (CFDT)
M. Mahaud (FO)
M. Dupont (CFTC)
M. Marx (CFE-CGC)
M. Larquey (UNSA)
M. Gesson (Enseignement supérieur et recherche)
M. Bonnet (Sport)
M. Potennec (Tourisme)
M. Levraud (Locataires)
M. Sibert (Logement)
Mme Métayer (Consommation)
Mme Bimes (Personnalités qualifiées)

Comptes rendus synthétiques des auditions conduites par la commission

1/ « Les inégalités territoriales de santé » - Réunion du 16 septembre 2005

■ Un hôpital de proximité : témoignage de Michèle Cals, Directrice du centre hospitalier de Jonzac

Le Centre Hospitalier de Jonzac est implanté au Sud du département et dessert un bassin de population de 56 000 habitants. Il fait partie de la Communauté hospitalière de Haute Saintonge ayant pour pôle de référence l'hôpital de Saintes.

→ *Les activités*

Chirurgie (38 lits et 3 places), **médecine** (61 lits), **psychiatrie** (105 lits d'hospitalisation complète), **les soins de suite** (10 lits), **les services médico-sociaux** (35 lits de soins de longue durée et 120 lits de maisons de retraite installés).

Les urgences : l'hôpital de Jonzac est siège d'une Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) et d'un SMUR primaire. Il compte près de 12 000 passages par an.

Les services médico-techniques.

Au total en quelques chiffres :

- 458 lits et places
- 800 personnes toutes catégories confondues travaillent dans l'établissement, à temps plein ou à temps partiel
- 9 550 entrées en 2004
- 49 millions d'euros de budget annuel.

→ *Les problématiques et perspectives d'un hôpital en milieu rural*

- Une croissance de l'activité SMUR liée à l'évolution des gardes assurées par la médecine de secteur libéral.
- Une tarification à l'activité (donc aléatoire) difficile à assumer à 100 % pour un hôpital public soumis aux contraintes de service public (ouverture 7 jours sur 7, prise en charge de tous les patients...).
- Comme dans le secteur médecine libérale, une « pénurie » de praticiens. Le recours à des médecins vacataires (d'autres hôpitaux ou du secteur privé) a permis de sauvegarder le secteur chirurgie. Si des incitations existent pour l'installation de praticiens (prime de 7 000 € à l'installation), elles ne suffisent pas à l'attractivité de l'hôpital.
- Création d'une « clinique ouverte » en ophtalmologie pour répondre aux besoins de la population (en majorité âgée) (opération à Jonzac des cataractes).
- Des adaptations et coopérations avec d'autres établissements pour des investissements lourds.

■ Le traitement de la douleur à domicile : témoignage du Docteur Eric Bures, Président de SOS Douleur à Domicile

→ *L'initiative*

L'association SOS Douleur à Domicile (Angoulême) vise à prendre en charge la douleur aiguë ou chronique des membres par cathéters péri-nerveux en maintenant les malades à domicile.

L'artérite est une maladie invalidante se manifestant par l'oblitération progressive du réseau artériel distant. Les traitements ne permettent pas une diminution rapide de la douleur et lorsqu'ils échouent, l'amputation est inévitable. Les pathologies associées entraînent des hospitalisations des patients ne nécessitant que des soins infirmiers.

Le projet SOS Douleur à Domicile permet de mettre à la disposition de l'analgésie des techniques réservées jusqu'à l'anesthésie. L'injection de produits initialement prévus pour « l'anesthésie réanimation » s'est transformée en une injection de produits à visée analgésique, ceci étant possible grâce à l'apparition de diffuseurs portables stériles élastomériques à usage unique.

- ✓ C'est un mode de prise en charge novateur et il a été nécessaire de tout concevoir : les protocoles médicamenteux et de soins, la formation des professionnels de santé, les conventions de partenariat...
- ✓ Des obstacles ont dû être franchis : médico-légaux, financiers, refus d'équipes infirmières, « orgueil de certaines équipes médicales ».

L'association permet ainsi d'assurer à domicile une permanence de soins : astreinte 24 H/24 d'un médecin anesthésiste, une équipe d'infirmières libérales formées à la prise en charge spécifique de ces malades, un médecin traitant.

Cette initiative a nécessité la mobilisation d'un grand nombre de partenaires médicaux (médecins libéraux et hospitaliers, auxiliaires médicaux et libéraux, établissements de santé privés et publics, pharmaciens, psychologues...) et administratifs (CPAM, URCAM, Ministère...).

L'association s'organise autour d'un bureau (1 médecin, 1 pharmacien, 4 infirmières libérales), compte une salariée (secrétaire coordinatrice) et est financée par l'URCAM au titre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

L'initiative conduite au départ autour de la ville d'Angoulême rayonne aujourd'hui sur l'ensemble du Département de la Charente.

→ *Les difficultés et blocages*

- Dynamique chronophage (l'organisation repose sur des professionnels déjà très occupés : un effort supplémentaire et bénévole à fournir).
- Difficulté de mobiliser les acteurs en dehors des éléments moteurs du groupe « projet ».
- Recherche de financements et inscription des initiatives dans la durée.
- Une articulation dans le temps entre financement et début de la mise en place difficile.
- Problèmes légaux liés à l'ambiguïté des textes législatifs.
- L'absence de cotation des actes infirmiers à domicile = frein majeur au développement de la technique à domicile.
- Problèmes de rétrocension du produit analgésique par la pharmacie centrale de l'hôpital de secteur.
- Rivalité entre établissements de soins...
- Le développement des réseaux de santé passe par leur prise en compte aussi bien dans le monde libéral mais aussi hospitalier.
- Le travail en partenariat, en réseau, ensemble... n'est pas encore dans les habitudes de fonctionnement dans le monde de la santé.
- Le réseau impose de nouvelles pratiques et par conséquent une formation continue que certains professionnels refusent.

■ La délégation de tâches pour une amélioration de la qualité des soins en médecine générale : témoignage du Docteur Jean Gautier, initiateur de l'expérimentation ASALEE (Action de Santé Libérale en Equipe)

→ *L'initiative*

Dans un contexte d'augmentation de la demande de soins et dans le même temps d'une diminution du nombre de médecins en milieu rural, et dans le cadre des projets locaux de maisons de soins et de santé, de création de réseaux de soins..., l'initiative ASALEE vise à expérimenter la délégation de tâches. Cette expérimentation est conduite avec trois cabinets de groupe en médecine générale dans les Deux-Sèvres.

Trois objectifs spécifiques :

- Développer l'éducation à la santé et l'éducation du malade
 - ✓ éducation sanitaire
 - ✓ éducation thérapeutique
- Développer le dépistage individualisé
- Anticiper l'augmentation de la demande en réorganisant les soins.

En pratique, une infirmière :

- réalise des consultations d'éducation à la santé (diabète, obésité, hyper- cholestérolémie, enquêtes alimentaires...), ces séances étant conseillées par les médecins selon des critères précis et programmés ;
- développe le dépistage individualisé en intervenant dans un protocole défini collectivement permettant en amont l'identification de patients à risque ;
- participe au fonctionnement du cabinet et à l'évaluation de l'expérimentation.

L'expérimentation vise à terme :

- L'exercice d'un professionnel de santé : salarié (dans ce cas, une infirmière) exerçant sous la responsabilité médicale.
- La pérennisation et la valorisation des résultats (pour les patients, les médecins, les financeurs).
- La définition d'un cadre contractuel entre les cabinets de professionnels et l'URML.

Après un an de fonctionnement, des protocoles de travail ont été définis, de trois cabinets (12 médecins) associés à l'expérimentation, on est passé à 18 médecins généralistes associés.

Les perspectives sont désormais d'élargir la démarche aux cabinets éligibles en Deux-Sèvres (30 médecins généralistes sur 300 pour 30 000 patients).

→ *Les difficultés et contraintes*

- Des difficultés d'ordre culturel : les médecins fonctionnent individuellement.
- L'intérêt de la prévention au sens large et l'éducation à la santé sont peu développés.
- Les locaux pour l'infirmière n'existent pas (dans la plupart des cas, les praticiens participant à l'opération disposent de cabinets isolés).
- La nécessité de disposer de l'outil informatique.
- Le financement de l'expérimentation.

L'URML finance une année de salaire pour une personne, et apporte le soutien méthodologique et l'animation du projet et l'URCAM participe également au financement du projet (infirmières).

- Enfin le paiement des soins à l'acte s'oppose à la délégation de tâches (le travail de l'infirmière est « gratuit »).

■ Des maisons rurales de santé : témoignage de Jean-Michel Gernais, Directeur délégué ARCMIA et de Patrick Couillaud, membre du CESR représentant la MSA

→ *Le contexte*

En 2002, le Conseil d'Administration de l'ARCMIA du Poitou-Charentes a décidé de créer un groupe de travail chargé de faire des propositions visant à promouvoir, en milieu rural, l'installation de professionnels de santé et faciliter l'accès aux soins.

En 2004, compte tenu de l'évolution du contexte avec en particulier une meilleure connaissance des aspirations et contraintes des jeunes professionnels de santé et l'identification des zones « fragiles », le travail de la MSA a été repris dans le programme Régional de l'Assurance Maladie 2004.

Un groupe de travail (au sein de l'URCAM et piloté par l'ARCMIA) a été constitué pour le maintien d'une offre de santé de premier recours en milieu rural et l'accès de la population rurale aux services de soins.

Dans le même temps, au **niveau national**, la MSA a lancé une expérimentation pour la création de maisons médicales pluridisciplinaires (9 sites dont 3 en Poitou-Charentes : Couhé-Vérac, St Loup Lamairé, Aulnay de Saintonge).

Au **niveau régional**, le travail piloté par l'ARCMIA a abouti à proposer quatre territoires (correspondant aux Pays) expérimentaux (le Sud Charente -16-, les Vals de Saintonge -17-, la Gâtine -79-, le Civraisien (-86-).

L'inventaire des différentes solutions à proposer aux acteurs locaux a donné naissance au concept de « boîte à outils » (base d'informations destinée à répondre aux multiples questions pour le maintien et/ou l'installation des professionnels de santé). Elle rassemble ainsi toutes les informations utiles au candidat à l'installation.

Dans chacune des zones expérimentales, des rencontres sont organisées localement, des associations regroupant les professionnels de santé intéressés (médecins, infirmiers, masseurs, kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes...) sont en cours de création.

Les projets s'orientent en priorité vers le concept de maisons de santé regroupant plusieurs professionnels de santé, avec partage d'un secrétariat, la possibilité d'accueil de médecins stagiaires. La mise en réseau des professionnels de santé, le développement de nouveaux métiers de santé (assistant(e) de santé), l'éducation à la santé et la prévention font également partie des réflexions engagées sur ces secteurs.

→ *Les premiers enseignements*

- L'installation de médecins et plus globalement la définition de projets « sanitaires » ne se fera pas dans un désert : il faut qu'il existe encore un minimum de services, d'accès physique à l'offre de santé (routes, moyens de transports...).
- Les projets naîtront et se mettront en œuvre à la seule condition de professionnels convaincus sur le terrain et de leaders pour porter le projet.
- La mise en place de maisons de santé demande une large concertation : les premières réunions sont parfois l'occasion d'exprimer les problèmes et les contraintes... Il faut laisser « le temps au temps » pour bâtir le projet en commun.
- Le rôle des « institutions » est déterminant pour la diffusion des informations et la prise de conscience des problèmes, pour impulser la démarche et pour accompagner les porteurs de projets.
Un des freins au projet pour les professionnels de santé peut être le volet administratif : c'est à ce niveau que les institutions peuvent intervenir pour faciliter les démarches et rappeler le respect d'un calendrier.
- Bien en amont de l'installation, il apparaît primordial d'encourager les étudiants en médecine à exercer la médecine générale en dehors des grandes villes. L'espace d'action à privilégier est la période des stages.

■ La prévention et le traitement des soins en milieu scolaire : témoignage de Gilles Adam, Proviseur du lycée Aliénor d'Aquitaine

→ *L'initiative*

La Loi a prévu la définition d'une politique de santé dans les projets d'établissements élaborés par l'ensemble des membres de la communauté scolaire.

A titre d'exemple, la définition du projet d'établissement du lycée Louis Armand a associé les enseignants, les personnels d'encadrement, d'intendance, les infirmiers, des parents d'élèves, des élèves...

Le projet s'organise autour des volets pédagogique, culturel, éducatif, d'orientation, image de l'établissement ; le volet santé est intégré à la fois dans la politique éducative et culturelle.

Des objectifs et des indicateurs de suivi/évaluation ont été définis (en terme de prévention et de soins) et des plans d'action annuels pour atteindre ces objectifs sont définis.

Les priorités fixées dans cet exemple étaient :

- mixité et relation à l'autre ;
- action citoyenne ;
- action santé et consommation d'alcool.

Les actions d'information et de sensibilisation ont pris différentes formes : organisation de lieux de dialogue, organisation de débats, pièces de théâtre, conférences intervenants extérieurs, pratique sportive...

En parallèle à ces actions de prévention des actions répressives (annoncées dès le départ) ont été mises en œuvre (pour les problèmes d'alcool ou de consommation de drogue).

Pour définir et piloter ces projets, des lieux de concertation sont mis en place dans les lycées :

- des comités d'éducation à la santé (qui permettent en début d'année scolaire de définir le « qui fait quoi ») ;
- des conseils de la vie lycéenne (associations jeunes et adultes) pour des échanges permanents ;
- des clubs de santé.

→ *Les difficultés rencontrées*

La réussite de ces projets passe par une mobilisation de l'ensemble de la communauté éducative sur les projets pour qu'à chaque moment de la vie dans l'établissement le message soit le même.

Il est nécessaire d'établir une chaîne d'actions entre les élèves, les enseignants, les infirmiers et les assistantes sociales...

Le travail de l'infirmière (dans le cas de l'exemple précédent) est partagé entre l'écoute et le soin : les actions de prévention sont parfois difficiles à conduire compte tenu du manque de moyens.

Enfin l'évaluation du bien-fondé de telle ou telle action est difficilement réalisable : en quoi un programme de prévention contre l'alcool a-t-il donné des résultats chez les jeunes ?

■ L'accueil des jeunes « en rupture » : témoignage de Patrick Grégory, éducateur de rue à Niort

→ **L'Agence Municipale de la Médiation de Niort** (exAgence Municipale de la Tranquillité Urbaine) créée par la municipalité de Niort a pour mission :

- la médiation sociale (permanence journalière pour résoudre les conflits entre les personnes ;
- la veille sociale assurée par une équipe du SAMU social ;
- l'action auprès des personnes en rupture assurée par une équipe d'éducateurs de rue. La mission de cette équipe est d'accompagner les personnes à s'inscrire dans un projet de vie et à envisager une réinsertion sociale.

L'Agence articule sa démarche en partenariat avec les services municipaux, les services de l'Etat et l'Education Nationale, l'OPAC, le SAMU Social, les pompiers, les travailleurs sociaux, le monde associatif...

L'équipe des éducateurs de rue constituée de 3 personnes : (1 infirmier de secteur psychiatrique, 1 conseiller en éducation sociale et familiale, 1 éducateur spécialisé), a orienté son action sur la santé au sens large en charge globale de la personne : « *les gens s'intéressent à leur santé quand leur vie a du sens...* ».

Un accueil dans le « bureau des éducateurs » est assuré l'après-midi : 350 personnes sont accueillies à l'année (25 à 45 personnes par jour) et 8 000 passages sont comptabilisés.

C'est un lieu ouvert, sans exclusion ou restriction d'accueil à priori, excepté les actes de violence, de racisme sous toute ses formes.

Chacun ayant un parcours de vie différent. L'accueil est aussi différent. Cependant un 1^{er} niveau d'accueil « santé » est systématique : vérification de l'ouverture des droits, expression du ressenti sur l'état de santé, repère des freins à aller consulter.

D'après les témoignages des personnes accueillies ces « exclus » le sont souvent depuis l'enfance (problèmes familiaux, sévices sexuels, absence de place au sein de la famille...) et 95 % d'entre eux consomment de l'alcool ou de la drogue.

Il n'y a pas de « milieu » qui conduise spécifiquement à la marginalisation : toutes les classes et milieux de population sont représentés parmi les personnes accueillies : c'est au sein de la famille que se crée l'exclusion.

→ *Les difficultés rencontrées*

La recherche de solutions individualisées demande la participation de multiples acteurs et institutions car seul le fonctionnement en réseau permet de trouver des solutions individualisées.

A titre d'exemple, le seul accès aux soins dentaires peut s'avérer être un véritable parcours du combattant, parfois par refus du praticien d'examiner le patient bénéficiant de la CMU ou ne présentant pas une « tenue correcte » (hygiène, aspect vestimentaire...).

Ces préalables aux soins entraînent un non accès aux soins de cette population. On observe par conséquent des « sorties contre avis médical » parce que les personnels en charge de l'accueil ou paramédical n'ont pas pu ou su identifier le problème.

Il s'agit là encore d'un point d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social, d'une difficulté de coordination de l'action centrée sur l'individu.

■ **La santé et le bien-être au cœur du processus décisionnel, le réseau des villes-santé de l'OMS avec l'exemple de La Rochelle : témoignages du Docteur Véronique Héraud, Directrice du service de santé publique de l'hygiène et de l'environnement de La Rochelle et de Béatrice Balley, Chef de projet promotion santé de La Rochelle**

Dans la conception de l'OMS, c'est aux conditions de vie (logement, habitat, transport, nourriture), aux conditions de travail, à la qualité de l'environnement et des relations sociales, à la culture qu'il faut s'intéresser pour la santé. La promotion de la santé intègre les soins et la médecine, mais elle cherche à en élargir le champ en y associant prévention, éducation pour la santé, développement d'un milieu favorable, qu'elle englobe dans une dynamique commune.

Le projet Villes Santé de l'OMS est fondé sur cette définition de la santé et s'appuie sur les engagements pour la promotion de la santé définis par la politique générale de l'OMS et par la Charte d'Ottawa et sur les engagements de la Charte d'Aalborg.

La Rochelle est membre du réseau Ville-Santé depuis décembre 2004. Elle a ainsi adopté un programme pluriannuel de promotion de la santé et de l'environnement et construit un programme d'actions décliné en axes prioritaires

Deux expérimentations ont été conduites :

Port-Neuf / Chef de Baie	Villeneuve les Salines
Peu ou pas de demandes des acteurs et des habitants	Un potentiel d'acteurs et d'actions très significatif
Une lourde étape diagnostique apportant des conclusions discutables sur des représentations (santé ressentie)	Une multiplicité de programmes individuels ou partenariaux
Pas de dynamique locale pour engager un véritable plan d'action dans le quartier	Des promesses non satisfaites, des attentes et des souffrances devant l'absence de réponse à des problèmes ressentis comme prioritaires et urgents
Un modèle méthodologique sans possibilité de mise en œuvre d'un plan d'action malgré des besoins	Un rôle de coordonnateur à assurer La nécessité de donner très rapidement de la lisibilité et de la visibilité, de rassembler les potentialités dans la construction d'un travail en réseau

→ ***Les enseignements***

- ↳ **Meilleure compréhension** et analyse des déterminants sociaux de la santé et du recours à la prévention et aux soins.
- ↳ Les problèmes de santé observés sont majoritairement liés à des comportements à risque, la prévention repose sur la modification des ces comportements et pose donc le problème de l'information, de l'éducation (savoirs et savoir-faire), de l'appropriation.
- ↳ Le tri de déchets peut constituer un exemple intéressant de l'appropriation d'un enjeu par les habitants en écho avec des objectifs et des priorités nationales.
- ↳ **Importance fondamentale de l'éducation pour la santé et de la promotion de la santé.**

→ ***Les difficultés rencontrées***

Mettre en œuvre un programme de santé communautaire nécessite de :

- convaincre des décideurs, initier et développer une culture nouvelle ;
- convaincre des partenaires, mobiliser et maintenir les engagements, obtenir une participation active ;
- convaincre des publics, susciter les intérêts, la participation ;
- disposer de temps ;
- **trouver les moyens financiers dans une jungle de dispositifs dont les critères de sélection constituent autant de freins à la réalisation.**

■ **Un magazine grand public : « Questions Santé Poitou-Charentes » : témoignage de Sophie Bros, Journaliste**

Sophie Bros, journaliste de métier exerçant au sein de la presse quotidienne régionale a, au cours de son expérience, dressé un constat :

- une multitude d'informations dans le domaine de la santé n'arrivent jamais jusqu'au grand public,
- il n'existe pas au niveau régional une publication spécifique sur la santé,
- il demeure une méconnaissance sur l'offre de soins au niveau régional et sur les « ressources » disponibles,
- en parallèle des citoyens, des usagers demandeurs d'informations et d'échanges.

C'est ainsi qu'est née l'idée d'un magazine régional « Questions Santé Poitou-Charentes » visant à recueillir l'information (offre de soins, pôles d'excellence, actions des associations...) et la diffuser largement jusqu'au grand public.

Cette initiative a, à l'origine, intéressé les établissements hospitaliers (CHU, Polyclinique...), les professionnels, l'Assurance Maladie...

Dans chaque numéro de « Questions Santé Poitou-Charentes », étaient présents :

- l'actualité régionale dans le domaine de la santé,
- un dossier spécifique (autisme, asthme et allergies respiratoires, le vieillissement...),
- des initiatives innovantes d'établissements ou d'associations,
- une représentation « grand public » du système de santé, des réformes en cours, des institutions...

Ce magazine a aujourd'hui disparu pour des raisons économiques (difficulté de mobilisation de différents partenaires tant publics que privés pour son financement).

■ **Une association d'aide aux femmes atteintes d'un cancer du sein : « Vivre comme avant » : témoignage de Denise Audidier**

L'association « Vivre comme avant » est un mouvement d'aide morale et de soutien constitué de femmes, toutes opérées d'un cancer du sein.

Ces bénévoles sont préparées et formées à écouter, à aider et encourager celles qui vivent la maladie.

Ce mouvement, originaire des Etats-Unis, a plus de 30 ans d'existence en France et dispose d'antennes en Poitou-Charentes.

L'aide de l'association est une aide complémentaire de celle apportée par les soignants. Elle peut fournir aux opérées un livret de conseils pratiques, ainsi qu'une prothèse provisoire en cas d'ablation.

« ...pour les grands problèmes ou traitements, on est pris en charge... pour l'accompagnement, l'angoisse, les « petites choses », il n'y a pas de réponse... »

L'association est soutenue par La Ligue Nationale contre le Cancer et des comités départementaux.

Présidente de l'association, Mme Audidier est aussi investie dans une structure de dépistage du cancer du sein et membre du conseil d'administration d'un hôpital où elle représente les usagers.

Elle témoigne des difficultés de l'exercice :

- Difficulté de compréhension des « arcanes » du système de santé et du fonctionnement des établissements.
- Différence de « culture » (culture d'entreprise et fonctionnement administratif)
- Difficulté de la représentation « des usagers ».
- Difficulté de se positionner sur les questions abordées :
 - ✓ de pratique professionnelle médicale,
 - ✓ d'organisation d'un établissement.

■ L'observatoire de la santé au travail : témoignages de Monsieur Frémy représentant le Medef à l'observatoire et de Monsieur Nicolas, représentant la CFE/CGC à l'observatoire

Dans le cadre de l'accord du 13 septembre 2000, les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont décidé de la création d'observatoires régionaux de santé au travail.

Selon l'article 3.1, les observatoires « auront pour objectif de promouvoir, au niveau régional, les orientations politiques en matière de santé et de sécurité au travail, d'hygiène et de prévention.

Ils prendront en compte les préoccupations et les risques spécifiques définis dans les branches professionnelles ».

Cette initiative est née suite en particulier au problème de l'amiante.

Il s'agit d'organismes paritaires (5 représentants patronaux, 5 représentants syndicaux), prévoyant un mandat de 2 ans et une présidence alternante.

Sont associées aux décisions du conseil d'administration, les compétences médicales et paramédicales (médecins, services de médecine du travail...), techniques (INRS, OPP BTP...) et organisationnelles (ARACT – ANACT).

Une enveloppe financière destinée à financer l'ensemble des actions et mesures prévues par l'accord cadre est réservée : elle est limitée à 0,6 % du budget de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse Nationale Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.

L'observatoire de la santé au travail élabore des projets de recherche ou de travail concernant la santé au travail. Il a été mis en place en Poitou-Charentes en 2003.

Le premier constat dressé :

- Une méconnaissance du lien santé / travail.
La CRAM dispose de chiffres sur les maladies professionnelles déclarées mais toutes les maladies ne sont pas recensées (sous déclarations, temps d'apparition de la maladie...)
Moins de 10 % des cancers professionnels sont reconnus comme tels.
- Une méconnaissance de certaines maladies professionnelles.
- Question des problèmes de santé mentale (stress, harcèlement...) encore mal connue.

Un des premiers travaux de l'observatoire sera la réalisation d'un baromètre de la santé au travail en Poitou-Charentes (actualisable) agrégeant les données de différents organismes (ARACT, OP BTP, direction du travail, ORS, services de contrôle médical...)

Des groupes de travail se sont mis en place et fonctionnent, avec en perspective :

- un panorama de la santé au travail ;
- santé dans les PME/TPE
- vieillissement au travail ;
- recherche sur des filières plus spécifiques (nautisme, agro-alimentaire...).

Les représentants de l'observatoire soulignent les difficultés rencontrées pour mener à bien le projet et en particulier des difficultés avec les partenaires pour installer ce nouvel organisme : crainte d'une perte de prérogatives des services en place, méfiance...

■ **Les associations familiales dans le système de santé : témoignages de Madame Palau, Directrice de l'UDAF de la Vienne et Françoise Talbot, membre du CESR représentant l'URAF**

Les UDAF et l'UNAF (Unions des Associations Familiales) ont été créées en 1945 par ordonnance.

Leurs missions ont été renforcées par une loi en 1975 améliorant la représentation des mouvements familiaux.

L'UNAF, les URAF et UDAF sont des partenaires institutionnels des pouvoirs publics dans tous les domaines de la politique familiale (« les chambres consulaires des familles »).

Il existe en France 100 UDAF (une par département) chargées :

- de représenter les intérêts des familles par les représentations assurées par 25 000 délégués familiaux et de mener l'action politique locale et départementale en faveur des familles ;
- d'observer les besoins des familles ;
- de développer et gérer des services aux familles.

Les UDAF ont le statut d'association de la loi de 1901, et sont reconnues d'utilité publique.

Elles comptent deux types d'adhérents :

- les membres actifs, associations familiales ayant leur siège social dans le Département ;
- les membres associés : groupements à but familial (qui ne constituent pas des associations familiales au sens juridique du terme).

Les actions institutionnelles des UDAF sont financées par un fonds spécial issu des prestations familiales (mode de financement défini dans le code de l'action sociale et des familles) : 24 millions d'euros en 2005 (19 millions d'euros pour les missions institutionnelles de défense, promotion et représentation des intérêts des familles, 5 millions d'euros pour les actions que l'Etat confie aux unions, dans le cadre d'une convention conclue entre l'Etat et l'UNAF).

Les URAF permettent aux UDAF de coordonner la représentation officielle des familles auprès des instances régionales publiques et privées, et d'exprimer les intérêts familiaux à l'échelle régionale.

A partir de leur expérience, les représentantes de l'UDAF et de l'URAF constatent :

- « On parle volontiers de l'usager, du consommateur, des habitants, du citoyen... mais de la famille, rarement. » On parle encore moins de la famille au sens où les UDAF l'entendent : la famille, c'est aussi le célibataire, le couple, la personne âgée... et la famille, c'est la globalité de la personne, c'est son histoire.
- Une étude conduite dans la Vienne a mis en évidence une surreprésentation des familles monoparentales (femmes) dans le département.
- Les UDAF sont membres de droit dans les conseils d'administration d'hôpitaux en tant que représentants des usagers. Les représentants semblent s'interroger sur l'intérêt de leur participation (« ...on compte les points entre syndicats et direction d'établissement... »). Ils se disent submergés de dossiers, disposent de peu de moyens, n'ayant pas la connaissance de l'hôpital et de son fonctionnement, n'être pas sollicités, ni écoutés... .
- L'Agence Régionale de l'Hospitalisation organise une fois par an une réunion de l'ensemble des représentants d'usagers dans les hôpitaux. Si l'initiative est jugée intéressante, les représentants d'usagers constatent qu'il s'agit plus d'une information diffusée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation que d'une réelle concertation et d'un échange d'expériences.

■ « France Alzheimer » : témoignages de Madame Marchand, Présidente de France Alzheimer de Charente-Maritime et de Monsieur Faucher, Président de France Alzheimer des Deux-Sèvres

- La maladie d'Alzheimer est une maladie dégénérative du cerveau évoluant vers un état de démence. Elle frappe, d'après les estimations actuelles, 5 % des personnes de plus de 65 ans et 25 % des plus de 80 ans. Environ 10 % des cas concernent des personnes de moins de 65 ans, « les malades jeunes », la maladie pouvant se manifester dès l'âge de 40 ans.
En France, 800 000 personnes de plus de 75 ans seraient atteintes de maladie d'Alzheimer et maladies apparentées.
Il y a 10 ans, leur nombre était évalué à 546 000, soit une augmentation de 30 %.

La maladie d'Alzheimer est la cause principale de dépendance lourde du sujet âgé et d'entrée en institution. Elle a également un retentissement majeur sur les proches, conjoints ou enfants en particulier, en raison de son caractère particulièrement éprouvant, de la gêne liée aux troubles du comportement et de sa durée d'évolution.

Ce retentissement sur l'aideant est autant physique que psychologique et financier.
Des estimations chiffrent à 22 000 euros par an et par patient le coût du traitement, dépenses médicales et médico-sociales.
Le montant total des dépenses médicales est estimé à un milliard d'euros par an financé à 97 % par l'Assurance Maladie.

- France Alzheimer et Maladies Apparentées est une association nationale créée en 1985, par des familles de malades et des professionnels des secteurs sanitaire et social, pour offrir un soutien aux parents.

France Alzheimer compte 12 000 adhérents, 500 000 bénévoles et 40 000 donateurs.
Elle est reconnue d'utilité publique depuis 1991.
Elle est présente dans toute la France par une centaine d'associations locales.

Les principaux objectifs de l'association sont :

- informer et soutenir les familles ;
- informer l'opinion et les pouvoirs publics ;
- promouvoir la recherche ;
- former des bénévoles et les professionnels de santé.

Le soutien aux familles est l'activité la plus importante de l'association.

Au niveau local, différents types d'actions sont conduits avec un effort spécifique pour favoriser :

- l'accueil de jour (en Charente-Maritime) permettant une resocialisation des patients, une réadaptation à la vie quotidienne, un répit et une écoute des aidants ;
- les transports des patients avec un projet : la Diligence (en Deux-Sèvres).

Globalement, les associations locales :

- participent et organisent des forums et manifestations ;
- organisent des rencontres avec les maisons de retraite ;
- participent aux CLIC ;
- organisent des réunions avec les décideurs et financeurs publics ;
- conduisent des actions d'information et de formation des futurs « auxiliaires de vie ».

■ Un comité de défense et de développement d'un hôpital : témoignages de Madame Mandeau et de Monsieur Clavurier, Comité de défense et de développement de l'hôpital de Cognac

A l'annonce de la fermeture du service chirurgie de l'hôpital public de Cognac (avis adopté par le conseil d'administration d'établissement), un comité de défense et de développement de l'hôpital s'est constitué (40 adhérents, 14 administrateurs).

Les usagers, membres de ce comité, ont dû acquérir les connaissances et compétences pour comprendre le fonctionnement du système et pourquoi on arrivait à la fermeture d'un service et développer des arguments pour leur revendication : maintien du service de chirurgie.

Les porteurs du comité de défense ont souhaité alerter et informer la population : par voie de presse, en organisant des conférences / débats tout public, et autres manifestations, et en demandant la mise en place d'une commission consultative des services publics.

Le comité ainsi constitué a souhaité participer au conseil d'administration de l'établissement mais dans la mesure où il ne disposait pas de l'agrément, cette demande leur a été refusée.

Au niveau national, une coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité s'est constituée.

Cette coordination a défini un programme :

- 1) *"contester vigoureusement les « idées fausses » qui font de la santé une marchandise comme les autres, ce qu'elle ne peut absolument pas être,*
- 2) *définir les besoins de la population dans chaque discipline,*
- 3) *élaborer une classification des structures de soins qui corresponde à la réalité et qui soit utilisable,*
- 4) *disposer d'outils géographiques permettant d'appréhender la notion de temps de transport et de territoire de santé,*
- 5) *exiger les moyens financiers et humains pour chaque niveau d'établissement de santé afin que tous puissent envisager l'avenir autrement qu'en terme de survie,*
- 6) *mettre en place une véritable démocratie sanitaire dans laquelle les citoyens soient réellement participants et non représentés par des « usagers professionnels »."*

Les initiateurs du comité de défense et de développement témoignent de leur difficulté et de leur ressenti :

- un sentiment d'absence d'écoute, voire de rejet de la part des « pouvoirs publics » (Agence Régionale de l'Hospitalisation, municipalité, hôpital...) ;
- un manque d'information des habitants sur les conséquences de la fermeture d'un service de chirurgie public (dans la mesure où un service privé demeure) ;
- un paradoxe : un comité de soutien et de développement s'est créé sans l'appui de la population et de la municipalité ;
- un problème de représentativité des usagers au sein des conseils d'administration d'établissement ;
- une profession médicale qui ne joue pas le jeu de l'hôpital public.

■ L'URCAM : témoignage de Jean-Pierre Robelet, Directeur

La vision sur le système régional	La participation des citoyens	La nécessité d'un accès aux soins de qualité
<ul style="list-style-type: none"> L'importance des déterminants de santé et donc des politiques d'amont L'évolution du centre de gravité entre la ville et l'hôpital Le caractère fondamental de l'accès aux soins et de la répartition des professionnels de santé 	<ul style="list-style-type: none"> Le difficile problème des besoins de santé ou de soins L'intérêt et l'intervention des élus La représentation légale par les usagers et l'obligation de fédération La primauté de l'action sur le terrain La place essentielle des pays 	<ul style="list-style-type: none"> Il conditionne la prévention, le dépistage, la prise en charge, l'organisation et l'évaluation Le parallèle avec l'aménagement du territoire : entre le tout et le rien La règle de l'incitation du fait de la liberté d'installation La stratégie : privilégier ce qui peut être consolidé et/ou ce qui doit être reconstruit
Principes de détermination	Préalables à l'action	L'information partagée
<ul style="list-style-type: none"> La fragilité d'un territoire repose sur des faits statistiques (nombre de professionnels, activité, structure de la population) Mais aussi sur les discussions et apports des acteurs de terrain La liste n'est donc pas immuable Le bassin d'emploi sert de support à ces zones 	<ul style="list-style-type: none"> Le principe de l'incitation La motivation des professionnels à l'installation La grande diversité des solutions L'importance du contexte national 	<ul style="list-style-type: none"> Publication de la liste des zones (étudiants et collectivités territoriales) Etat de l'offre de soins dans la région Outil cartosanté d'aide à la décision pour déterminer le lieu d'installation Site internet pour connaître les aides et les interlocuteurs utiles
L'attribution des aides	La stratégie partenariale	Les professionnels
<ul style="list-style-type: none"> Prime à l'installation Aide pour zones particulières Aide au regroupement Aide au remplacement Aide des collectivités territoriales <u>Les services locaux disponibles</u> 	<ul style="list-style-type: none"> L'association Assurance Maladie / Etat / Collectivités locales / représentants des professionnels de santé L'importance des financeurs et des offreurs de services Le Conseil Régional (maisons de santé) Les Conseils Généraux Les municipalités 	<ul style="list-style-type: none"> Les étudiants et la faculté de médecine Participation à une rencontre à organiser entre tous les acteurs La consultation de l'Ordre des médecins, de l'URML La nécessité de préparer les nouveaux installés et les anciens à une cohabitation
Propositions pour la répartition	Propositions quant à la structuration	
<ul style="list-style-type: none"> Influer sur le contexte national <ul style="list-style-type: none"> Sortie des facs selon les spécialités Tenir compte du petit nombre d'installations Informier et partager pour accroître la prise de conscience Mobiliser les services : locaux, écoles, emploi... 	<ul style="list-style-type: none"> Conduire des expériences réalisistes <ul style="list-style-type: none"> Réseaux et structures Priorité aux regroupements Mutualisation des moyens Discrimination dans les aides Instaurer des partenariats réels : <ul style="list-style-type: none"> Concentration des aides Besoins, financements, services Multifinancement 	
Propositions pour les conditions d'accès		
<ul style="list-style-type: none"> Le transfert d'activité en chirurgie ambulatoire (expérience) Déplacements au cabinet du médecin (de jour et de nuit) Services à domicile (comme les courses...) <p><i>Tout se joue désormais sur le terrain...</i></p>		

■ La Fédération Hospitalière de France : témoignage de Jean-Pierre Dewitte, Délégué régional

Qu'est ce que la FHF ?

- ◆ Représentation de tous les établissements publics sanitaires, sociaux et médico-sociaux de France
- ◆ Missions de défense et de promotion de l'hôpital public et des valeurs du service public
- ◆ Président : Claude EVIN

L'hospitalisation régionale en quelques chiffres

◆ Budget : dotations régionales hospitalières (2005 sans part activité)

- Public : 969 252 000€
- Privé : 225 151 726€

◆ Emplois hospitaliers public-privé : < 20 000

◆ Nombre de lits

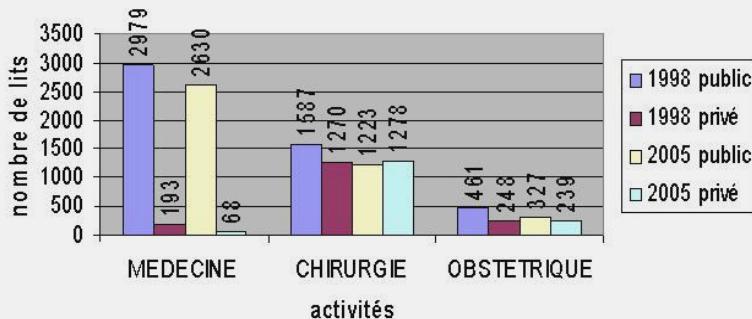
- MCO : 5765 lits
- SSR : 2275 lits
- USLD : 2100 lits

◆ Nombre d'établissements de santé

- Public : 26
- Privé : 12

Présentation de l'offre entre le public et le privé en MCO

Répartition des activités MCO entre le public et le privé de 1998 à 2005



Inégalités sociales et territoriales de l'organisation régionale

◆ Région faiblement dotée (STATIIS 2003)

- Offre de soins insuffisante : ratio lits/1000 hts
 - MCO :
 - National : 2,08 / 1,77 / 0,41
 - Poitou-Charentes : 1,79 / 1,58 / 0,38
 - EHPAD (lits médicalisés)
 - National : 57,31 lits / 1000 hts
 - Poitou-Charentes: 46,17 lits / 1000 hts

▪ Démographie médicale faible :

- Densité de médecins généralistes et de spécialistes
 - National : 154-154
 - Région Poitou-Charentes : 159-130
- Numerus clausus faible
- Nbe de PUPH : 64 (le plus faible de France)

Inégalités sociales et territoriales de l'organisation régionale

- Région financière sous-dotée : ratio coût-activité faible
 - valeur PMSI 2002
 - France : 2,14€
 - Poitou-Charentes : 1,92€
 - Sous dotation tant dans le public que dans le privé

◆ Opportunité nouvelle : SROS 3

- **Objet** : prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale.
- **Thématiques** : médecine, chirurgie, périnatalité, Soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, urgences et permanence des soins, réanimation, imagerie médicale, insuffisance rénale chronique, psychiatrie, personnes âgées, enfants et adolescents, cancer, soins palliatifs, AVC

Inégalités sociales et territoriales de l'organisation régionale

Pourquoi le Conseil régional peut-il s'investir dans le domaine de la santé ?

- ◆ La santé est devenue une préoccupation prioritaire de la population : le Conseil Régional est le garant d'une égalité d'accès aux soins en Poitou-Charentes par rapport aux autres régions
- ◆ Nécessaire appropriation culturelle : santé environnement, sécurité sanitaire, organisation de l'offre de soins
- ◆ La région peut être un contre-pouvoir dans la planification : structuration administrative régionale (ARH-ARS, quelle démocratie sanitaire ?)

■ Nos attentes :

- **Qualité, sécurité et continuité des soins** :
 - ex de la Chirurgie
 - Promotion des réseaux de santé : ex sur la cancérologie

■ Équilibre territorial :

- sous réserve de redéfinir l'hôpital de proximité
- Conforter l'hôpital de référence par département

■ Affirmation de la préférence régionale

- Taux de fuite trop élevé d'où une sous-dotation régionale : 13,7% quittent la région pour se soigner en Chirurgie
- Rôle régional et interrégional du CHU

■ Égal accès à des soins de qualité : transport

■ Anticipation des reconversions de certaines activités (maintien d'une offre locale de santé)

■ Coexistence public-privé !

- Nécessaire coopération
- Mais une compétition exacerbée par la T2A et le SROS

Comment le Conseil Régional peut-il s'investir ?

Comment le Conseil Régional peut-il s'investir ?

- ◆ Politique volontariste
- Amplifier l'action nationale : Loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique donne une compétence légale aux Régions en matière de santé : possibilité de mise en œuvre d'objectifs de santé particuliers (comme la lutte contre le cancer)
- Soutenir l'innovation
- Promouvoir la recherche : ex cyclotron
- Intégrer la place de la santé dans la coopération internationale

◆ Place réglementée :

- La formation
- 2 sièges à la COMEX

◆ Opportunités que les textes proposent

- COMEX : Loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales donne la possibilité aux régions qui le souhaitent d'adhérer à l'ARH : 1/3 des sièges COMEX contre le financement d'équipements sanitaires (expérimentation sur 4 ans à compter de 2006) : ex Nord Pas de Calais
- Cancéropôle Grand Ouest : le Conseil Régional du Poitou-Charentes finance à hauteur de 2,6% (Centre 7,9%, Pays de la Loire 21,2%, Bretagne 16,3%)

■ L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Poitou-Charentes : témoignage de Stéphane Bouges, Directeur

→ *Son rôle*

Organismes de droit privé, les Unions Régionales de Médecins Libéraux ont été créées par la loi du 4 janvier 1993. Les Unions sont nées de la volonté de la profession médicale de créer un outil indépendant, géré par elles et destiné à rassembler tous les médecins libéraux conventionnés d'une même région.

→ *Ses missions*

Les missions des Unions sont différentes mais complémentaires de celles qu'assument l'Ordre des Médecins, garant de l'éthique et de la déontologie, et les syndicats médicaux, défenseurs de la profession. Les Unions participent notamment aux actions suivantes :

- ✓ Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux.
- ✓ Evaluation des comportements et pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins,
- ✓ Organisation et régulation du système de santé,
- ✓ Prévention et actions en santé publique, coordination avec les autres professionnels de santé,
- ✓ Information et formation des médecins et des usagers.

Par ailleurs, les sections des Unions contribuent à l'information des médecins libéraux sur les pratiques professionnelles individuelles et collectives, organisent des actions d'évaluation des pratiques de ces médecins et participent à la diffusion des méthodes et référentiels d'évaluation. Les sections établissent également avec l'URCAM, une analyse de l'évolution des dépenses médicales et communiquent les conclusions à l'ensemble des médecins libéraux de leur ressort ainsi qu'à l'Etat.

→ *Perspectives et enseignements (débat avec la commission)*

- Un secteur en pleine mutation :
 - ✓ une démographie médicale en baisse qui nécessitera de renforcer l'attractivité du métier (y compris pour les « successeurs familiaux ») ;
 - ✓ une féminisation de la profession qui entraîne un changement dans l'organisation même du métier et des pratiques ;
 - ✓ de nouvelles tâches à assumer auxquelles les professionnels se sont pas forcément formés : la gestion d'un cabinet et de personnel, l'utilisation de référentiels médicaux, le dossier médical partagé, le parcours de soins, ... (en somme le travail en réseau qui nécessite de nouvelles pratiques en termes de relations avec d'autres professionnels et en termes techniques [informatisation]), un « temps » de gestion administrative de plus en plus important.
- Des contraintes... :
 - ✓ des conditions de travail parfois difficiles (liées à de nouvelles pratiques, à la charge de travail, à la demande du public...) qui conduisent à des situations de « burn out » ;
 - ✓ la rémunération à l'acte qui ne prend pas en compte la « gestion administrative » et la prévention ; d'où des demandes de pouvoir exercer une partie de l'activité en libéral, une partie en salarié d'un établissement ;
 - ✓ un manque d'attractivité du métier (y compris pour les successeurs familiaux) que les incitations financières à l'installation ne pourront palier ;
 - ✓ une difficulté d'assurer les services de remplacement faute de candidats ;
 - ✓ une organisation régionale URML encore peu connue et peu sollicitée dans les projets par les partenaires, en particulier les collectivités territoriales et les pays.
- ... Et de nouvelles opportunités :
 - ✓ l'élaboration du SROS III en cours doit être l'occasion d'associer la médecine libérale au débat sur l'organisation de l'offre de soins ;
 - ✓ l'organisation de la permanence de soins se réalise au niveau départemental ; une réflexion et un accompagnement au niveau régional doivent être envisagés (à l'exemple de la région Midi-Pyrénées) ;
 - ✓ l'analyse des zones fragiles (URCAM) doit aussi conduire à anticiper les situations. Il faut dès maintenant intervenir dans certains territoires, aujourd'hui non fragiles pour consolider et développer l'existant en terme d'offre ;
 - ✓ l'URML se positionne comme partenaire de l'action régionale et à ce titre pourrait être associée aux réflexions en cours pour accompagner les expérimentations régionales ;
 - ✓ enfin, la raison d'être du médecin est avant tout de soigner ; il appartient à la puissance publique, dans certains territoires et sous certaines conditions, de réunir les conditions pour « faciliter » l'exercice du cœur de métier.

Questions autour d ’une réforme annoncée

- Quelles compétences régionaliser ?
 - Définir la politique et agir sur la prévention sans prendre en charge l ’exécutif (ARS)
 - Quelle place pour le secteur libéral
 - SROS ambulatoire ?
 - Remplacer, décliner ou compléter la convention médicale ?

Questions autour d ’une réforme annoncée

- Quelles compétences régionaliser ?
 - Quelle place pour l ’Assurance maladie ?
 - Scénario 1 : Les URCAM sont autonomes avec responsabilités financières (ex Alsace Moselle) et négocient avec ... Qui (URML, Syndicats ?)
 - Quid de la CNAM ?
 - Scénario 2 : les élus prennent en charge les professions de santé (Allemagne, Belgique) et négocient avec les professionnels (???)

Questions autour d ’une réforme annoncée

- Quelles compétences régionaliser ?
 - Scénario 3 : les ARH transformées en ARS avec plus ou moins participation des élus grignotent progressivement le champ d ’intervention de l ’Assurance Maladie par les réseaux de soins, les maisons de garde.. Les CRAM s ’intègrent progressivement aux ARS et à terme les ARS passent contrats avec les soignants et gèrent l ’assurance maladie

La poursuite de la régionalisation/déconcentration

- La formation des professions de santé non médicales est transférée aux CR
- La loi de santé publique et la loi de réforme de l’assurance maladie confirment le rôle de l’état
 - Le GRSP est placé sous l’autorité du préfet, participation possible du CR
 - La T2A, la convention médicale avec objectifs de maîtrise médicalisée confirment la régulation nationale
- L’ONDPS est régionalisé et géré par les DRASS

Quelques enjeux

- La démographie médicale et professionnelle: un puissant facteur de réorganisation
- La réforme du MT ouvre-t-elle la voie à une organisation des soins primaires avec/autour des généralistes ? Team work, groupes, réseaux
- La santé au service du développement des territoires ? Le foisonnement des actions locales le transfert sur les élus locaux
- Cohérence et coordination : en enjeu persistant

La démographie médicale et professionnelle: un puissant facteur de réorganisation

- Une perspective certaine à 10 ans de réduction du nombre de médecins
 - Une menace mais aussi une opportunité pour travailler au développement de nouvelles organisations et de nouveaux métiers (prévention, coordination)
- Une évolution sociologique majeure
 - Attentes des jeunes, féminisation Une question rencontrée ailleurs
- Qui peut déboucher sur de nouvelles formes de pratiques et de contractualisation
 - Pratique de groupe, partage des tâches
 - Nouvelles formes de contrats

La réforme du MT ouvre-t-elle la voie à une organisation des soins primaires avec/autour des généralistes ?

- Le Médecin traitant est le généraliste, il rentre dans une approche populationnelle du soins (liste)
- Quid de la prévention (outils, personnels)
- Quid des conditions de travail (cabinets de groupe, investissement, services spécialisés?)
- Quid de la formation initiale et continue des professionnels
- Vers une territorialisation des soins primaires ?

La santé au service du développement des territoires ?

- Les services de santé de qualité : en enjeu pour rendre un territoire attractif
- De multiples initiatives locales (mairies, pays...) pour faciliter et/ou maintenir une offre de soins
- Plus ou moins coordonnées – risque de compétition entre territoires

Cohérence et coordination : en enjeu persistant

- Multiplication des institutions et acteurs régionaux (ORS, MRS, CRONDPS, CRES, URCAM, ARH, URML, CRS, GRSP...)
- Le rôle important des départements (dépendance, PMI, permanence des soins...)
- Territorialisation croissante (SROS 3^{ème} génération et projets médicaux de santé)

Quels rôles pour le conseil régional

- Associer la santé dans le développement du territoire (soutien aux pays...)
- Interroger les acteurs en regard des besoins de la population (observation et médiation)
 - Inégalités d’accès aux soins
 - À partir des services rendus
- Intervenir sur
 - La formation (initiale et continue), l’emploi (soutien aux nouveaux métiers),
 - La prévention
 - Le soutien à l’innovation ?