



# Assemblée plénière de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie du 24 janvier 2017

## Sommaire

---

I) Adoption du procès-verbal de la réunion d'installation du 30 août 2016	2
II) Adoption du règlement intérieur de la CRSA	2
III) Restitution des travaux des ateliers sur le diagnostic territorialisé régional et l'évaluation des projets régionaux de santé de Picardie et du Nord Pas-de-Calais	3
IV) Présentation des propositions d'orientations stratégiques et de la méthodologie d'élaboration du Projet régional de santé	7
V) Présentation des dépenses de santé en Picardie et en Nord-Pas-de-Calais en 2015	11
VI) Information sur l'installation des conseils territoriaux de santé	11

*La séance est ouverte, sous la présidence de Jean-Louis SALOMEZ. Le quorum étant atteint, la CRSA peut valablement délibérer.*

Monique RICOMES, directrice de l'ARS Hauts-de-France depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016, se présente à la CRSA. Elle souligne l'importance qu'elle attache à la démocratie sanitaire et particulièrement à cette instance, qui permet des débats riches sur les sujets de santé au sein de la région. Elle rappelle également que l'année 2017 sera consacrée à l'élaboration du prochain Projet Régional de Santé, que les travaux sont en cours déjà depuis quelques mois et qu'elle poursuivra le souhait de son prédécesseur de travailler en concertation étroite avec la démocratie sanitaire et plus particulièrement avec la commission permanente de la CRSA, positionnée comme l'instance de concertation avec la démocratie sanitaire. La CRSA jouera ainsi un rôle majeur dans la construction du PRS.

Elle informe également que les six Conseils Territoriaux sont en cours d'installation et qu'ils seront également associés, comme l'a prévu la loi de modernisation de notre système de santé à l'élaboration du PRS. Les travaux débiteront par un partage du diagnostic régional et la production d'un diagnostic territorialisé prenant en considération les spécificités territoriales, avec un objectif de faire émerger dans le courant du premier semestre cinq priorités par territoire de démocratie sanitaire.

### I) Adoption du procès-verbal de la réunion d'installation du 30 août 2016

*Aucune demande de modification n'étant formulée, le procès-verbal est adopté.*

### II) Adoption du règlement intérieur de la CRSA

Jean-Louis SALOMEZ rappelle qu'une large part du règlement intérieur, portant sur l'installation de la CRSA, a été validée au cours de la réunion d'installation d'août 2016.

Les autres modifications apportées concernent les règles de calcul du quorum. Il est proposé que lorsqu'un membre titulaire est empêché d'assister, celui-ci organise sa suppléance en désignant un de ses suppléants. Sans directive du titulaire, sera sollicité le suppléant apparaissant en première position sur l'arrêté de nomination.

Christine TREPTE s'enquiert de ce qu'il adviendra en cas d'absence récurrente d'un membre de la CRSA.

Jean-Louis SALOMEZ indique qu'en cas d'absences récurrentes et non justifiées, une exclusion de la CRSA pourrait être proposée à la Directrice générale de l'ARS.

*La règle de suppléance exposée en séance est adoptée à l'unanimité.*

Jean-Louis SALOMEZ explique par ailleurs qu'en cas d'absence d'un titulaire, celui-ci peut, conformément à la réglementation, donner mandat à un autre membre de la CRSA. Ce mode de fonctionnement a été contesté. Une précision a donc été apportée : un membre titulaire ne peut donner mandat qu'à un autre membre titulaire, et ce dernier ne peut recevoir qu'un seul mandat. Les présidents de la CRSA et de chacune de ses commissions ne peuvent ni donner, ni recevoir un mandat.

Le quorum est quant à lui atteint lorsqu'au moins la moitié des membres de la CRSA ou d'une de ses commissions sont présents ou ont donné mandat.

Pierre-Marie LEBRUN exprime son accord quant à la règle de mandatement proposée. En revanche, il lui paraît problématique de calculer le quorum à partir des pouvoirs. La CRSA risquerait de se réunir en la présence de trop peu de membres.

Jean-Louis SALOMEZ craint que la commission spécialisée pour l'organisation des soins (CSOS) soit dans l'impossibilité de se réunir si le quorum est calculé uniquement à partir des membres présents. Renseignements pris auprès du service juridique de l'ARS et du Ministère, dans l'esprit du décret encadrant le fonctionnement de la CRSA, les présents et représentés sont englobés dans le calcul du quorum.

*La règle de mandatement proposée est adoptée à l'unanimité moins deux abstentions.*

*La règle de calcul du quorum proposée est adoptée à la majorité, avec neuf voix contre et cinq abstentions.*

Jean-Louis SALOMEZ fait valoir que seuls les membres ayant rempli leur déclaration d'intérêts (DPI) pourront siéger à la CRSA. Cette formalité est particulièrement importante dans le cadre de la tenue des commissions spécialisées. Des recours ont été exercés sur les avis de la CSOS sur la base de problèmes de déclarations non remplies.

Les commissions spécialisées ont adopté leur règlement intérieur qui est en accord avec celui de la CRSA. La CSOS a tout de même retenu une disposition spécifique : la

commission ne pourra pas se tenir si son Président et son Vice-président sont absents pendant la totalité de la séance. En effet, il peut arriver que le Président et le Vice-président soient ponctuellement absents, par exemple si l'un d'entre eux doit sortir de la salle dans un but de prévention des conflits d'intérêts. Dans un tel cas, une présidence provisoire de la séance sera organisée, dans une logique de bon sens.

Une autre mesure vise à encadrer le traitement des conflits d'intérêts, car les conflits d'intérêts directs ou indirects ne sont pas distingués par la réglementation. Au début de chaque séance de la CSOS, un débat aura lieu sur les risques de conflits d'intérêts qui pourraient voir le jour dans les dossiers à traiter.

Un membre de la CRSA s'enquiert de la périodicité selon laquelle la déclaration d'intérêts doit être remplie.

Jean-Louis SALOMEZ indique qu'il s'agit d'un document à périodicité annuelle.

Christine TREPTE fait valoir que certains représentants sont nommés par une association autre que celle dont ils sont membres. Il est important de préciser dans les déclarations d'intérêts les associations dont chacun est membre, dans un souci d'équité de traitement.

Jean-Louis SALOMEZ juge utile que chacun précise l'entité dont il est le représentant. Cependant, dans le même temps, les membres de la CRSA doivent s'attacher à prendre du recul sur les dossiers en dépassant le point de vue de leur entité d'appartenance.

Christine TREPTE remarque que des problématiques similaires agitent les commissions d'appels à projets. Pour traiter justement les candidats, il convient d'afficher précisément les entités dont chacun est partie prenante.

Jean-Louis SALOMEZ en convient. Les membres de la CSOS, par exemple, peuvent être exposés à un conflit d'intérêts du fait de leur rattachement à un établissement plutôt qu'à cause de leur implication dans une fédération telle que la FHF.

Pierre-Marie LEBRUN salue les avancées consenties en matière de démocratie sanitaire, comme la participation de l'ensemble des usagers aux commissions médico-sociale, des droits des usagers ou de prévention.

Jean-Louis SALOMEZ confirme que toute commission spécialisée peut décider d'inviter de façon permanente des membres de la CRSA. La commission des droits des usagers a donc invité des membres de la CRSA représentant les usagers non-membres de la commission. Ainsi, l'ensemble des associations a la possibilité de prendre la parole.

Le même procédé sera adopté dans le fonctionnement des Conseils Territoriaux de Santé (CTS). Au sein de la commission permanente seront invités l'ensemble des présidents des CTS. En revanche, la composition de la CSOS reste limitée à 44 membres, car cette instance présente la particularité d'émettre des avis sur des autorisations.

### III) Restitution des travaux des ateliers sur le diagnostic territorialisé régional et l'évaluation des projets régionaux de santé de Picardie et du Nord Pas-de-Calais

Bruno CHEVRIER rappelle que l'objet des ateliers était de prendre le temps d'étudier le diagnostic territorialisé. En ce qui concerne la méthode, les participants aux ateliers ont exprimé leur intérêt pour les indicateurs portant sur la mortalité, qui seront utilement complétés par des indicateurs concernant la morbidité. Des discussions ont eu lieu sur la fiabilité statistique des données, notamment en cas de fluctuation. Des commentaires doivent permettre d'attester de la fiabilité statistique de ces éventuelles évolutions.

Le diagnostic sur le champ médico-social a provoqué une certaine déception car il s'agit d'une photographie de l'offre en place, sans évaluation des besoins des personnes concernées. Pourtant, des données existent sur ces sujets. En outre, le projet ne doit pas

être structuré à partir de l'offre mais des besoins, qui doivent être mesurés en collaboration avec les usagers. Le diagnostic aurait par ailleurs utilement porté sur les déterminants environnementaux tels que l'amiante ou la pollution. Il manque en outre une dimension prospective à trois, cinq ou dix ans.

S'agissant des données, les participants aux ateliers ont noté la relative jeunesse de la population régionale, qui apparaît comme un atout, mais est contrecarré par une détérioration de l'état de santé des populations. Il existe peu de perspectives encourageantes sur le court terme de ce point de vue.

Les problèmes de santé apparaissent plus fréquents en milieu rural qu'en Nord-Pas-de-Calais. La constitution d'une grande région a donc mis en exergue l'existence de ces difficultés. D'autres constats ont été formulés sur l'analyse de la densité médicale, qui ne suffit pas pour évaluer les moyens nécessaires à la satisfaction des besoins de la population. Le vécu concret des soignants et des soignés est déterminant dans l'évaluation de l'accès aux soins.

L'expression « surconsommation de soins » apparaît dangereuse aux participants. En effet, la consommation de soins doit être mise en regard de l'état de santé des populations. Par ailleurs, les moyens de prévention ont été jugés insuffisants. D'autres actions sont à mener dans ce domaine.

Parmi les recommandations formulées figurent la mise en œuvre de plans de rattrapage, de péréquations et démarches de discrimination positive. En effet, l'histoire et les caractéristiques de la région (indicateurs de santé) justifieraient de telles actions d'équilibrage. Pour cette raison, il serait pertinent de valider ou de compléter les éléments du diagnostic au sein de chacun des groupes d'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS), afin de construire une visibilité sur les besoins en présence et d'utiliser ces éléments, plutôt que l'état des lieux de l'offre, comme base de travail.

Les ateliers préconisent par ailleurs l'élaboration d'indicateurs d'évaluation et de suivi. Il sera par ailleurs pertinent de tenir compte de l'importance du tissu associatif local, et de soutenir ces acteurs. Les participants aux ateliers soulignent également la prévention comme une dimension fondamentale des politiques de santé. Dans ce domaine, qui devrait être renforcé au-delà du 1 %, il est nécessaire de donner sa juste place à l'éducation thérapeutique. En effet, cette éducation doit rester une composante du soin.

Un membre de la CRSA souhaite que les parties maintiennent leur vigilance quant à la surreprésentation du handicap au sein de la région Nord-Pas-de-Calais.

Jean-Louis SALOMEZ reconnaît que la dimension du besoin est peu explorée dans le diagnostic. Celui-ci manque notamment d'éléments sur les besoins des personnes âgées et handicapées.

Jean-Louis SALOMEZ revient ensuite sur les indicateurs basés sur la mortalité. La mortalité décrit le devenir de personnes malades qui ont adopté tel ou tel comportement dans un passé plus ou moins récent. La mortalité par maladie pulmonaire décrit par exemple la situation d'anciens mineurs qui ont contracté une silicose il y a une trentaine d'années. La mortalité ne peut pas être utilisée comme outil d'évaluation ou d'élaboration des politiques publiques. Les indicateurs de suivi du PRS devront être davantage inspirés de la morbidité ou de la pathologie.

En Nord-Pas-de-Calais et Picardie, des indicateurs de morbidité extérieurs aux registres des Affections de Longue Durée (ALD) ont été élaborés. Il s'agit de plusieurs registres des cancers ou des maladies vasculaires. Il est regrettable que ces éléments n'aient pas été pris en compte dans le diagnostic territorialisé.

Philippe CRÉPEL signale qu'il n'a pas été invité aux ateliers. Il s'enquiert de la prise en compte par le PRS des facteurs environnementaux et de la responsabilité des entreprises sur la santé des salariés (silicose, expositions à l'amiante). Par ailleurs, il faudrait formuler des propositions afin de résoudre les difficultés en présence. Il serait par exemple pertinent de relayer la préconisation d'un rétablissement de la péréquation au plan national.

Bruno CHEVRIER indique que tous les membres de la CRSA ont été invités aux ateliers. Le problème signalé par Philippe CRÉPEL a peut-être trait à un problème d'adressage.

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, Bruno CHEVRIER confirme que ces éléments sont insuffisamment approfondis dans le diagnostic territorialisé. Le projet de programme régional santé-environnement, qui n'est pas un programme relevant uniquement de l'ARS, sera tout de même évoqué au sein de la CRSA car l'instance s'en est saisie. Ainsi, les facteurs environnementaux professionnels ou autres pourront être étudiés plus avant.

S'agissant de l'état de santé en Nord-Pas-de-Calais et Picardie, Jean-Louis SALOMEZ considère que le problème serait utilement évoqué au plan national. Un mécanisme de péréquation serait pertinent en ces matières. Ces mécanismes ont existé dans le cadre des crédits de prévention désormais intégrés au sein du FIR.

Marie-Catherine MOTTE sollicite quelques précisions sur l'avancée des débats en matière d'éducation thérapeutique.

Jean-Louis SALOMEZ indique qu'à ce sujet, les participants à l'atelier ont relevé une insuffisance du diagnostic territorialisé. En effet, il est délicat d'établir une frontière entre ce qui relève de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Or du fait de la fongibilité asymétrique, il est impossible d'affecter aux soins des fonds fléchés vers la prévention. Il convient donc d'éviter que des prises en charge de soins soient financées au moyen de crédits de prévention.

Bruno CHEVRIER souligne l'intérêt de la construction d'un diagnostic territorialisé. Cependant, ce support doit dépasser la question de l'offre pour véritablement quantifier les besoins et la réponse devant y être apportée. Les données relatives à l'offre sont disponibles par exemple auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

Jean-Louis SALOMEZ fait valoir que le diagnostic comporte tout de même des éléments intéressants. Notamment, l'état de santé des personnes âgées de 15 à 34 ans se dégrade, alors qu'une évolution positive était attendue en ces matières. Pour cette raison, il convient d'élaborer le PRS sur la base d'éléments de morbidité plutôt que de mortalité. Il faudra par ailleurs baser les travaux sur les besoins, c'est-à-dire sur l'accessibilité des soins, par exemple sur les délais sous lesquels des examens paracliniques sont réalisables.

Monique RICOMES prend note de l'ensemble des remarques formulées. Elle propose à la CRSA de prendre connaissance des conditions de réalisation du diagnostic territorialisé.

Gwen MARQUÉ explique que le diagnostic dresse un état des lieux des éléments statistiques disponibles portant entre autres sur la mortalité. Il s'agit d'une base de travail commune.

Aucun diagnostic n'est exhaustif, et le diagnostic n'est pas une analyse de besoins. Cette étude est à réaliser à un stade ultérieur de l'élaboration du PRS, pendant la construction des objectifs du projet. Il faudra d'ailleurs porter les débats sur les données qui permettront effectivement de quantifier les besoins.

La question de la morbidité, par exemple, est complexe. Il serait délicat d'élaborer un PRS à partir des registres. Ces supports permettent d'approfondir l'étude des problématiques plutôt que de quantifier des besoins. Cela étant, si les membres de la CRSA souhaitent apporter des compléments, l'ARS est totalement disposée à prendre ceux-ci en compte en vue d'élaborer un diagnostic partagé.

En ce qui concerne la notion de surconsommation de soins, il est possible de démontrer qu'à profil de population comparable, les habitants de Nord-Pas-de-Calais montreraient une consommation de soins proche de la moyenne nationale. Cependant, la

région Hauts-de-France est tout de même celle où le niveau de consommation de soins par habitant est le plus élevé.

Jean-Louis SALOMEZ signale que le terme « surconsommation » présente une connotation négative. Il serait préférable d'indiquer que le niveau de consommation est supérieur à d'autres, ce qui s'explique par l'état de santé de la population.

Georges BOUCHART se souvient qu'au cours d'une réunion de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-Sociaux (CSMS), un représentant de l'ARS a proposé de raisonner à partir des besoins plutôt que de l'offre. Il serait pertinent de vérifier si cette orientation sera mise en œuvre.

Bruno DELAVAL se propose de présenter pour sa part les réalisations des précédents PRS, telles que relevées dans les deux rapports d'évaluation de ces projets couvrant chacune des deux régions préexistantes. Certaines remarques formulées au cours de l'exécution des projets ont été reprises par les évaluateurs.

Sur le fond, il s'est avéré difficile d'identifier des indicateurs pertinents afin de vérifier si les PRS préexistants ont concouru à répondre aux besoins des populations. Les rapports d'évaluation des PRS montrent que les réalisations issues des projets sont parcellaires par rapport aux intentions de ces derniers. Le prochain PRS devra donc faire la synthèse entre le diagnostic territorialisé, l'approche thématique et territoriale.

D'autres interrogations ont porté sur la qualité des indicateurs, notamment des indicateurs d'efficacité. Il est apparu pertinent de vérifier si le ciblage de l'évaluation des actions de prévention était opportun, ou encore d'identifier les éléments bénéfiques apportés par tel ou tel dispositif (maisons de santé). Sur le sujet des indicateurs, il est proposé d'adopter une approche globale, mais aussi une approche spécifique à chaque pathologie.

L'évaluation présente pour autre intérêt d'identifier des bonnes pratiques pouvant être déployées en différents lieux du territoire. Il faudra notamment décider si le PRS doit être global ou décliné sous la forme de programmes.

D'autres questions ont été posées sur les appels à projets, notamment l'utilisation de l'aménagement du territoire comme critère de décision dans les appels à projets. Il faudra par ailleurs dépasser cette logique d'appels à projets pour tenir compte des initiatives prises par les associations et acteurs économiques dans le domaine de la santé, afin de renforcer l'approche par les besoins.

L'analyse des besoins serait utilement portée par les CTS. Des politiques différenciées par territoires, par thématiques et par interrogations pourraient ainsi être mises en œuvre. En matière de méthode, il est proposé de construire des cohérences entre le diagnostic, le contenu du schéma et les enjeux des territoires (équipement, offre).

Parmi les éléments concrets du PRS ayant fait débat, l'on peut citer les espaces rencontre cancer, les ESAT ou les groupements hospitaliers de territoire (GHT). L'impact de ces derniers sur le système sanitaire est un questionnement. Une autre interrogation a vu le jour sur le devenir du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

Enfin, les participants à l'atelier se sont demandés ce qu'il adviendra des éléments non cités comme prioritaires dans le PRS ou le programme des CTS. Il faudra également définir des modalités de traitement des dossiers en cours pendant la phase d'élaboration du nouveau PRS.

Jean-Louis SALOMEZ reconnaît que les indicateurs d'évaluation portent souvent sur l'offre plutôt que sur la réponse aux besoins ou l'efficacité des politiques. Il remarque toutefois que les débats menés sur l'évaluation ont fini par dépasser cette thématique, afin d'embrasser celle du contenu du nouveau PRS. Certaines questions ne trouveront donc pas leur réponse dès la présente séance de la CRSA, mais les rédacteurs du PRS tiendront compte des interrogations des membres de l'instance quant à la constitution d'un



support fédérateur, couvrant un large territoire et venant remplacer un projet recouvrant de nombreux sous-programmes.

Vincent VESSELLE déplore que l'évaluation du PRS de Picardie n'ait donné lieu à aucun échange avec les responsables d'établissements sanitaires publics ou privés.

Jean-Louis SALOMEZ prend acte de ce signalement.

Gwen MARQUÉ précise que l'évaluation du PRS de Picardie a été ciblée sur ces thématiques, contrairement à celle du PRS de Nord-Pas-de-Calais. Pour cette raison, certains acteurs ont été peu sollicités dans l'évaluation. Cela étant, les remarques des membres de la CRSA sont prises en compte, notamment celle visant à préparer beaucoup plus tôt les prochaines évaluations de projets à l'avenir.

Jean-Louis SALOMEZ souligne la qualité de la démarche d'évaluation menée, notamment son approche méthodologique. Les précédentes évaluations ont parfois été réalisées deux années après la fin des programmes. Des progrès ont été accomplis et l'évaluation est riche d'enseignements. Jean-Louis SALOMEZ note toutefois plusieurs pistes d'amélioration pour l'avenir :

- La nécessité de lancer plus tôt la démarche d'évaluation ;
- Le besoin en indicateurs permettant de vérifier si la population ciblée a effectivement été touchée, et si les actions ont produit un véritable résultat.

Pascale AVOT appelle de ses vœux une concertation de la CRSA sur les indicateurs d'évaluation du PRS 2.

Jean-Louis SALOMEZ rappelle que dans le Nord-Pas-de-Calais, les membres de la CRSA ont été associés à la démarche d'évaluation. Cette démarche sera probablement reconduite. Il faudra d'ailleurs déterminer comment élargir la concertation sur l'évaluation du PRS au-delà de la commission permanente, vers les commissions spécialisées et l'assemblée plénière.

Marc DEWAELE indique que les Conseils départementaux s'intéressent tout particulièrement à l'évaluation des PRS, car les PRIAC permettent aux Départements de programmer l'ouverture de places. La concertation dans le domaine médico-social apparaît donc déterminante, dans ce contexte.

Bruno DELAVAL remarque que les évaluations des PRS ne couvrent pas la totalité du champ d'action de ces deux projets. À l'avenir, il faudra donc s'assurer que les priorités inscrites dans le futur PRS soient effectivement prises en charge, notamment déclinées dans le PRIAC et l'analyse de l'offre en vue des appels à projets.

#### IV) Présentation des propositions d'orientations stratégiques et de la méthodologie d'élaboration du Projet régional de santé

Gwen MARQUÉ annonce l'introduction d'une évolution dans la méthodologie d'élaboration du PRS. Ce projet doit constituer une synthèse entre un certain nombre d'obligations issues de la réglementation et des politiques nationales, et la réponse aux besoins régionaux.

Pour ce faire, les objectifs sélectionnés doivent être concrets et réalistes. Le PRS devra être un outil facile d'utilisation. Le support sera construit en concertation avec les acteurs. La démarche prépare l'action des cinq années à venir : le PRS fixe un cap, mais il devra ensuite être adaptable.

L'ensemble des PRS de France sont guidés par un cadre d'orientation stratégique (COS), décrivant des résultats attendus à l'horizon des dix années à venir. Des objectifs opérationnels à cinq ans viennent remplacer les SRP, SROS et SROMS. Le Schéma unique mis en œuvre doit introduire une plus grande transversalité entre les différents secteurs de la santé.

Un seul programme est maintenu : le PRAPS, qui décline le PRS pour l'accès aux soins et à la prévention des plus vulnérables.

En dehors du PRS, document de référence, d'autres supports sont prévus par la réglementation. Il s'agit des projets de territoires, des projets territoriaux de santé mentale, des contrats de territoires etc. Ces différents outils de la mise en œuvre du PRS devront être articulés les uns par rapport aux autres.

Le PRS sera arrêté au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2018 après une période de consultation de trois mois. L'ARS, tout au long de la conception du PRS, y associera la CRSA par l'intermédiaire de sa commission permanente. Les partenaires, quant à eux, seront impliqués dans l'élaboration du PRS dans le cadre des instances existantes (Commissions de Coordination des Politiques Publiques et instance de Coordination avec l'Assurance Maladie ou CRCA).

L'ARS construit la territorialisation de la politique de santé par la participation des conseils territoriaux de santé. Les professionnels et acteurs de santé sont eux aussi associés à la conception du PRS.

Le COS ne constitue pas un cadrage définitif. L'ARS reste à l'écoute des acteurs à ce sujet. Il est proposé de commencer par une analyse des textes et de l'évaluation des PRS, avant de procéder au diagnostic, aux travaux de rédaction et à de concertation.

Les finalités du COS sont les suivantes :

- Améliorer l'état de santé des populations ;
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- Optimiser les dépenses de santé ;
- Améliorer la cohérence avec les autres politiques publiques ayant un impact sur la santé ;
- Respecter et promouvoir le droit des usagers.

Diverses problématiques ont été relevées, comme les problèmes d'environnement, l'importance de la précarité socioéconomique, la surreprésentation du handicap en région, l'exposition de la population aux principaux facteurs de risque etc. A partir de ces constats, il est proposé de prendre en compte l'environnement comme facteur d'impact majeur sur la santé. Une action sera menée sur les comportements pour diminuer l'impact des facteurs de risque. La protection de la population contre les risques sanitaires est repérée comme un autre enjeu, ainsi que l'adaptation des réponses aux besoins de la population et le renforcement de l'organisation/coordination des professionnels. Il est par ailleurs proposé de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé, d'assurer l'efficacité du système de santé pour chaque secteur de la santé (dont la pertinence des actes et des soins). Enfin, la légitimation de la place de l'utilisateur au cœur du parcours de santé est relevée comme un autre enjeu du COS.

Les huit objectifs stratégiques du COS ont été libellés comme suit :

- Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge ;
- Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires ;
- Développer l'approche transversale des parcours de santé ;
- Renforcer les synergies territoriales et les organisations en réseau ;
- Prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales pour réduire les inégalités (s'applique à tous les chantiers) ;
- Garantir l'accès à la santé (Favoriser l'attractivité des territoires en manque de professionnels de santé/Garantir l'accès et favoriser le recours à la santé des populations vulnérables) ;
- Garantir l'efficacité et la qualité du système de santé ;
- Installer l'utilisateur comme acteur de sa santé (s'applique à tous les chantiers).

Gwen MARQUÉ présente ensuite les chantiers du schéma régional de santé (SRS), qui sont la déclinaison des objectifs stratégiques du COS.



Pour promouvoir un environnement favorable à la santé, les éléments du PRSE3 seront intégrés au sein du PRS comme des chantiers du SRS. Les travaux porteront par ailleurs sur les comportements et la santé des jeunes.

Les parcours à développer seront les parcours mère-enfant, vieillissement, handicaps, diabète/obésité, cancer, santé mentale, addictions et maladies cardiovasculaires/respiratoires.

Le PRIAC, outil de mise en œuvre des objectifs opérationnels du PRS, sera relié à ce dernier par l'intermédiaire du parcours handicap. Les sujets évoqués dans les parcours le seront de manière intégrée, autant que possible. Ces sujets seront traités dans leurs dimensions de prévention secondaire, tertiaire, dans la prise en charge de premier recours, hospitalière et médico-sociale.

Dans le domaine de l'accès à la santé, il est proposé de lutter contre la désertification des professionnels de santé, d'améliorer l'accès aux soins des populations défavorisées, ou encore de développer la SI-télé-santé. L'accès aux soins spécifiques est une autre composante de ce chantier, ainsi que la dimension transfrontalière.

L'efficacité sera traitée sous les angles de l'efficacité des établissements et opérateurs de prévention, de la diversification de l'offre, de la qualité et de la sécurité des soins. Le chantier de veille et de gestion des risques sanitaires concernera la veille et la sécurité sanitaire ou encore la gestion des situations exceptionnelles.

Le renforcement des synergies territoriales et du fonctionnement en réseau reposera sur les PTA, GHT et autres projets de territoires.

Jean-Louis SALOMEZ fait valoir qu'à ce stade, le processus d'élaboration du PRS est très global et macroscopique, même si des progrès ont été constatés depuis la dernière présentation à la commission permanente. Jusqu'à présent, la concertation a reposé sur des interactions avec la commission permanente. Les chantiers portant sur des thématiques plus spécialisées, il est probable que les prochaines itérations se produisent avec les commissions spécialisées.

Gwen MARQUÉ indique que des équipes de l'ARS ont sous leur responsabilité chacun des chantiers en présence. Ces équipes doivent organiser la concertation la plus transversale possible sur les chantiers à traiter, notamment avec les professionnels et usagers. Des liens constants sont entretenus par ailleurs avec la commission permanente de la CRSA. Certains thèmes sont également déjà identifiés comme à évoquer dans le cadre d'une concertation avec les commissions spécialisées : le handicap, par exemple, est une thématique du ressort de la CSMS.

Jean-Louis SALOMEZ présume que les équipes chantier auront besoin de consulter des experts de telle ou telle thématique. Les membres de la commission permanente ne sont pas forcément experts des domaines les plus spécialisés. En outre, il est important de recueillir la vision des offreurs et des demandeurs sur les différentes thématiques évoquées dans le PRS.

Jean-Louis SALOMEZ soulève par ailleurs un problème de calendrier. Les hôpitaux sont censés rédiger leurs projets médicaux partagés à l'horizon du 1<sup>er</sup> juillet 2017. Ces projets sont ciblés sur la mise en avant de certains parcours, donc la définition de priorités. Il pourrait être intéressant d'indiquer aux établissements les parcours qui seront mis en avant dans le PRS, à des fins de cohérence des documents d'orientation.

Gwen MARQUÉ doute qu'il soit possible d'arriver à une parfaite simultanéité de l'exercice de programmation de l'ensemble des acteurs. Cependant, il est opportun d'organiser une coordination entre les projets en cours de construction. Dans ce cadre, il est utile de porter à la connaissance des professionnels les futures priorités du PRS.

Monique RICOMES confirme que plusieurs exercices programmatiques se percutent en 2017. Il s'agit d'une contrainte inhérente à la démocratie. En outre, de nouvelles instructions ministérielles pourraient voir le jour, même si la logique en vigueur est appelée

à perdurer. Dans ce contexte, l'interactivité et la réactivité sont de mise, afin d'éviter d'oublier de traiter telle ou telle thématique. Il serait donc utile d'indiquer aux responsables de l'élaboration des GHT les parcours identifiés comme prioritaires dans le PRS. En outre, une comparaison des thématiques du PRS avec celles des GHT sera effectuée.

Jean-Louis SALOMEZ remarque que les acteurs restent dans l'attente de certains signaux sur les priorités à venir.

Dominique JUZEAU exprime son intérêt pour le développement de parcours. Elle craint toutefois que ces parcours soient difficiles à mettre en œuvre en dehors des hôpitaux et en pratique de ville. Par ailleurs, il faudra résoudre les difficultés des personnes exposées à plusieurs pathologies. Pour ces raisons, il faudra développer de très fortes synergies entre les acteurs de terrain.

Pierre-Marie LEBRUN salue la prise en compte des observations de la commission permanente. Il souhaite dorénavant que ces remarques soient inscrites dans le support de présentation des travaux sur le PRS (mention des associations d'usagers parmi les interlocuteurs à concerter).

Olivier DAUPTAIN estime que le travail sur les problématiques régionales devrait être le tout premier stade d'élaboration du PRS. Ensuite, dans un deuxième temps, seront définies les finalités du PRS, et seront appliquées les différentes contraintes nationales. Par ailleurs, il faut savoir que de nombreuses personnes sont exposées à plusieurs pathologies justifiant l'inscription dans un parcours. Or à ce stade, la notion de transversalité n'est pas suffisamment développée dans les chantiers du PRS. Il est donc à craindre que les différentes pathologies soient traitées sous la forme de silos, alors qu'il serait préférable d'envisager le parcours d'un patient dans sa globalité.

Jean-Louis SALOMEZ propose de faire apparaître dans le PRS un parcours global qui sera ensuite spécialisé dans tel ou tel champ.

Gwen MARQUÉ explique que les pilotes de chaque chantier échangent sur les différents sujets de leur ressort. Ils ont d'ailleurs créé un schéma de parcours unique. Le parcours universel est une perspective très tentante, qui a été expérimentée par une ARS. Cependant, il faut trouver un équilibre entre l'universalité du parcours et la nécessité d'une spécialisation du soin.

S'agissant du processus d'élaboration du PRS, les finalités du document ont été traitées dans un premier temps car il s'agit des grandes orientations réglementaires s'imposant au support.

Régine DECOTTE s'étonne que la thématique des maladies rares ne soit pas évoquée parmi les parcours. En effet, les patients subissent une certaine errance, en l'absence d'information sur les actions menées contre les maladies rares.

Un membre de la CRSA souhaite faire le point sur la lutte contre les épidémies grippales et l'application du plan hôpital sous tension pendant l'hiver 2016-2017.

Jean-Louis SALOMEZ prend note de ce sujet afin de l'inscrire à l'ordre du jour d'une séance ultérieure de la CRSA.

Philippe CRÉPEL sollicite quelques précisions sur les débats qui seront menés en CRSA au sujet de l'élaboration du PRS (calendrier, modalités). Il faudra par ailleurs associer les personnels de santé à la démarche.

Gwen MARQUÉ indique que la consultation se déroulera entre septembre et fin novembre 2017. La première version du PRS sera donc portée à la connaissance de la CRSA fin juin 2017.

Jean-Louis SALOMEZ présume que la saisine officielle sera effectuée début septembre 2017, à l'appui d'une version intermédiaire du PRS. Pendant la période de consultation, la CRSA devra rédiger un avis sur ce document. Les commissions spécialisées seront mobilisées à cet effet.

Gwen MARQUÉ indique par ailleurs que les professionnels de terrain seront concertés sur les chantiers du SRS. En outre, des échanges réguliers ont lieu avec la commission permanente de la CRSA.

Vincent NOIRET souhaite savoir si la diversification de l'offre médico-sociale doit permettre de résorber les listes d'attente insupportables du secteur.

Bruno CHEVRIER suggère la mise en œuvre d'un espace de partage de documents par internet, qui facilitera l'organisation d'une large concertation avec les professionnels de santé.

Jean-Louis SALOMEZ confirme qu'il est prévu de déployer un tel outil.

#### V) Présentation des dépenses de santé en Picardie et en Nord-Pas-de-Calais en 2015

*Le point est reporté, pour cause d'indisponibilité de l'intervenant chargé de la présentation.*

#### VI) Information sur l'installation des conseils territoriaux de santé

Laurence CADO rappelle que les territoires de démocratie sanitaire ont été arrêtés le 30 octobre 2016. Un conseil territorial de santé doit être installé sur chacun de ces territoires. À l'issue des appels à candidatures, les instances ont été constituées. La première réunion d'un conseil territorial de santé aura lieu le 26 janvier 2017, dans l'Oise.

Les CTS seront notamment associés à l'élaboration du PRS. Leurs cinq missions sont de :

- conserver la spécificité des dispositifs et démarches locales fondés sur la participation des habitants,
- participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé,
- contribuer à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du PRS.
- être informés des créations de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé,
- participer à l'évaluation de l'application et du respect des droits des usagers, et à la qualité des prises en charge et accompagnements.

Les CTS pourront adresser au Directeur général de l'ARS des propositions. En lien avec la CRSA, ils participeront à la réalisation du rapport annuel sur le droit des usagers. Les CTS pourront être saisis de toute question relevant de leur compétence. Leurs avis et propositions seront transmis à la CRSA. Des représentants des CTS siègeront au sein du collège 3 de la CRSA, et des invitations supplémentaires pourront être proposées aux présidents.

*En l'absence de question diverse, la séance est levée.*

**Le Président de la CRSA**

