



# **AVIS DE LA CRSA HAUTS-DE-FRANCE**

## **SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE 2018-2028**

**Adopté par l'Assemblée Plénière de la CRSA  
réunie à Lille, le 7 juin 2018**

---

Conformément aux dispositions de l'article Art. L. 1432-4 et des articles D1432-28 et suivants du code de la santé publique relatifs à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie

---



Amiens, le 8 juin 2018

**Le Président de la Conférence régionale  
de la santé et de l'autonomie (CRSA)  
Hauts-de-France**

A Mme Monique RICOMES  
Directrice générale de  
l'Agence régionale de santé  
Hauts-de-France

**Objet : Avis de la CRSA sur le Projet régional de santé 2018-2028 (PRS2)**

**Annexe :** Contributions des membres de la CRSA dans le cadre de l'élaboration  
de l'avis sur le PRS2 via leurs collectifs

Madame la Directrice générale,

Le 27 février dernier, vous lanciez la consultation sur le projet régional de santé et me saisissiez pour que je vous adresse, dans un délai de trois mois, l'avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) Hauts-de-France, que je préside.

Comme je l'avais proposé en commission permanente de la CRSA le 20 février, j'ai souhaité **optimiser la phase de préparation de l'avis de la CRSA sur le PRS2** en confiant à mes quatre vice-présidents, par ailleurs présidents des commissions spécialisées, et aussi aux cinq autres présidents des conseils territoriaux de santé (CTS), la tâche de recueillir les remarques et réflexions au sein, donc, de nos dix instances et commissions respectives. Ils ont tous organisé ce recueil, selon diverses modalités, dès le lancement de la consultation, et je les en remercie.

Le 17 avril matin, nous nous sommes réunis afin de partager les différentes contributions que nous avons recueillies. J'ai également choisi d'associer le Président de la délégation Hauts-de-France de France Assos Santé à ces échanges. Par souci de ne pas reprendre des éléments déjà débattus en **phase de concertation, période qui a été très dense et surtout riche d'échanges, et pour laquelle je vous remercie encore au nom de tous**, j'avais aussi invité vos collaborateurs en charge du pilotage du PRS2, afin que cette rencontre puisse se conclure sur une synthèse des amendements les plus pertinents. A l'issue de cette réunion, j'ai rédigé un document provisoire de synthèse. Suite à la lecture des trois documents composant le PRS2, il retenait les désaccords mais surtout les oublis éventuels qu'ont pu ressentir les différents acteurs de la santé que composent la CRSA, qui sont je le rappelle **près de 300, sans compter les réseaux qu'ils représentent et qui leur confèrent mandat en cette instance de démocratie sanitaire.**

Cette synthèse, je l'ai lue l'après-midi-même en commission permanente, ce qui m'a permis de l'enrichir de quelques contributions supplémentaires. Une fois validée par ces mêmes acteurs, je l'ai adressée à l'ensemble des membres de la CRSA le 9 mai, pour qu'ils en prennent connaissance en amont de l'assemblée plénière convoquée pour le mardi 22 mai à Arras. Comme vous le savez, en raison d'un blocage par des représentants d'organisation syndicale, il n'a pas été possible que cette séance se déroule comme il était prévu. Constatant que le quorum n'était pas atteint à l'heure d'ouverture de la séance (nous étions trois) et conformément au règlement intérieur, j'ai donc choisi d'adresser une nouvelle convocation à l'ensemble des membres à Lille et exceptionnellement en visioconférence depuis des sites territoriaux, après que vous m'ayez assuré que, malgré le dépassement du délai de consultation réglementaire, vous prendriez en compte notre avis, ce pour quoi je vous remercie à nouveau.



Ainsi, **jeudi 7 juin matin**, nous avons débattu une dernière fois et avons procédé à un vote à main levée, en votre présence. En voici les résultats :

<b>Nombre de votants :</b>	<b>49 / 96 sièges</b>
Nombre d'abstentions :	2
Nombre de contre / « avis défavorable » :	9
<b>Nombre de pour / « avis favorable » :</b>	<b>38</b>

**Adopté à la majorité relative des voix des membres présents, je vous adresse donc, tenant compte de ces dernières délibérations, l'avis de la CRSA, globalement favorable mais soumis à trois principales conditions :**

- I. **Faire évoluer la place de l'utilisateur dans le système de santé**, tant sur le fond que sur la forme, dans ce PRS2. **Il s'agit du point majeur** lié à une reconnaissance du rôle actif des usagers et de leurs associations représentatives. En pratique, il a été demandé que la septième orientation stratégique du PRS2 puisse être déclinée dans le schéma régional de santé autour des objectifs présents dans la stratégie nationale de santé et portant sur :
  - a) La défense et l'effectivité des droits individuels
  - b) La place des représentants des usagers dans l'organisation territoriale de la santé
  - c) L'implication des usagers dans la régulation et l'évaluation des politiques de santé
- II. **Poursuivre la concertation** : l'ensemble des membres a confirmé l'importance du travail collaboratif que vous avez permis en amont de la consultation, et qu'ils entendent bien poursuivre, une fois ce PRS2 publié, avec vous-même et vos collaborateurs notamment sur les plans d'actions et l'évaluation continue
- III. **Accentuer le ciblage populationnel et opérationnel du PRAPS**

Aussi, je vous prie de trouver, en complément, et joint à ce courrier résumant l'avis de la CRSA sur le PRS2 :

1. une liste plus détaillée des **principales attentes qui pourraient correspondre aux plans d'actions du PRS2** pour lesquels les membres de la CRSA se proposent comme partenaires
2. la liste des **20 documents contributifs** que m'ont adressés certains membres de la CRSA via leurs divers collectifs (commissions spécialisées, conseils territoriaux de santé, fédérations, unions, etc...)

**Je sais compter sur votre écoute et votre prise en compte de la parole des partenaires de la démocratie en santé pour que, dans la version définitive du PRS2 qui sera publiée d'ici l'été, et surtout dans les plans d'actions pour lesquels nous ressentons tous une grande attente, vous puissiez intégrer le maximum des éléments que je porte à votre attention, au nom de tous, à travers ce courrier et ces documents joints.**

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice Générale, l'expression de mes sentiments les plus distingués.

Jean-Pierre CANARELLI



## **1. Principaux questionnements et attentes des membres de la CRSA :**

### **Sur le COS et SRS : synthèse par orientation stratégique**

#### **1 - Promouvoir un environnement favorable à la santé et agir sur les comportements dès le plus jeune âge**

- Préciser les facteurs environnementaux de manière plus détaillée
- Favoriser la transition énergétique dans les établissements
- Associer l'éducation nationale au repérage des situations à risque et aux campagnes de prévention dès l'école primaire
- Utiliser davantage les bilans existants jusqu'à 6 ans et poursuivre le suivi régulier des enfants au-delà des 6 ans
- Pouvoir inscrire les enfants sur un DMP en s'assurant de l'interopérabilité ou leur attribuer une carte vitale
- Collaborer avec les collectivités territoriales pour la création des Maisons des ados
- Renforcer le rôle des infirmières en exercice libéral dans la prévention et la vaccination
- Faire participer les étudiants lors du service sanitaire obligatoire dans les établissements médico-sociaux
- Intégrer toutes les tranches d'âges (vaccination des personnes âgées) dans la politique de prévention
- Développer pour le dépistage du cancer des consultations adaptées à des publics spécifiques : exclusion sociale, immigrés, ...
- Lutter contre l'habitat insalubre et indécent

#### **2 - Mobiliser les acteurs de la santé pour apporter des réponses aux ruptures dans les parcours de santé**

- Favoriser une meilleure distribution des internes dans les maquettes de formation
- Favoriser les retours à domicile seulement en veillant à la coordination des acteurs des établissements de santé, médico-sociaux et libéraux
- Favoriser les consultations déplacées y compris par télémédecine (EHPAD)
- Développer l'ambulatoire en santé mentale
- Anticiper les problèmes de transport des usagers en raison du développement de la politique ambulatoire et en assurer le financement
- Permettre aux enfants handicapés qui ne peuvent être inclus dans une scolarité normale de bénéficier d'une prise en charge adaptée à leur handicap
- Favoriser les plateformes de répit pour les aidants (aide aux aidants)
- Envisager des passerelles entre les établissements de santé et les médico-sociaux lorsqu'il n'y a pas de possibilité de prise en charge à domicile



- Pas de rupture dans le PRADO par la création de centre de périnatalité
- Envisager dans chaque territoire un parcours spécifique pour les personnes très âgées avec une anticipation des différentes prises en charge et du transport, afin d'éviter une ré hospitalisation dans un autre lieu
- Créer une plateforme radiologique régionale accessible pour tous les établissements de santé et médico-sociaux (Projet d'imagerie médicale mutualisée – PIMM)
- Donner une plus grande lisibilité pour les patients à la prise en charge du cancer et aux parcours qui en découlent
- Renforcer les collaborations entre professionnels de santé (PMI, éducation nationale, secteur libéral et secteur hospitalier) pour optimiser le parcours de santé
- Expérimenter de nouvelles approches et de nouvelles solutions évitant les ruptures dans les parcours
- Intégrer les enjeux liés aux maladies rares, au polyhandicap et au développement des soins palliatifs dans le cadre d'une politique ambulatoire

### **3 - Garantir l'accès à la santé pour l'ensemble de la population, en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique**

- Lutter contre les difficultés de communication culturelles (supports adaptés)
- Mutualiser des temps médicaux dans les établissements de santé et médico-sociaux
- Développer les consultations avancées et garantir les réseaux et les structures médico-sociales dans les soins primaires
- Pouvoir prendre en charge par mutualisation de moyens les patients âgés vus en urgence lors des épisodes de tension hospitalière (épidémies grippales), activation de lits de réserve ?
- Accélérer des liaisons avec l'HAD et les professionnels dont les structures médico-sociales, les réseaux et centres de santé pour éviter toute rupture de sortie d'hospitalisation et création de dossier APA en urgence
- Etendre le guichet unique pour favoriser l'installation des jeunes médecins et prendre spécifiquement en compte la problématique de démographie médicale dans le secteur de la gériatrie
- Pérenniser les plateformes territoriales d'appui pour la coordination des acteurs et l'organisation de la télémédecine
- Permettre aux professionnels de santé libéraux, aux acteurs du médicosocial, aux réseaux de santé, de pouvoir s'associer, s'ils le désirent, au fonctionnement des GHT
- Former les usagers au numérique par le biais des associations
- Veiller à l'éthique (stockage des données des patients)
- Coordonner la stratégie transfrontalière
- Assurer le maillage territorial de l'offre de soins graduée avec constitution d'un annuaire mis à jour régulièrement



#### **4 - Garantir l'efficience et la qualité du système de santé**

- Maintenir une proximité de 30 minutes maximum d'un centre d'urgences pour tous
- Augmenter le nombre d'équipements d'imagerie dans les territoires avec un trop long délai d'attente (IRM, scanner)
- Tenir compte de la santé des personnels de santé
- Assurer la formation des usagers volontaires à la formation du patient et usager-traceur dans le cadre de l'évaluation des établissements
- Veiller à ce que la transformation de l'offre n'entraîne pas une diminution des capacités de prise en charge
- Disposer d'une analyse et d'un suivi lié aux besoins et leur évolution (outils et comité de pilotage), afin d'adapter l'offre et ses mutations, notamment en termes de formation, avec une meilleure lisibilité financière
- Garantir dans les CPOM un dialogue de gestion à partir de l'évolution des besoins attendus par les usagers
- Accompagner davantage les commissions des usagers (CDU)

#### **5 - Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires**

- Prévenir les risques d'iatrogénie lors de la prise en charge à domicile
- Associer les usagers à la lutte contre l'automédication en antibiothérapie
- Renforcer le rôle des pharmaciens et la conciliation médicamenteuse (CAQES)
- Associer les usagers à l'élaboration des procédures de prise en charge
- Mettre en route une plate-forme d'accès à toutes les prescriptions régionales avec un dossier médical unique

#### **6 - Renforcer les synergies territoriales et prioriser les actions en fonction des spécificités territoriales**

- Confirmer le rôle des DT de l'ARS en tant que chefs d'orchestre des CTS et de la politique territoriale : les cinq priorités de territoire
- Confirmer la coopération entre établissements de santé et médico-sociaux dans le cadre de la création d'un parcours-patient spécifique pour chaque grande pathologie
- Tenir compte de la spécificité de chaque territoire (recours) et la nécessité d'une politique transfrontalière
- Adapter des propositions d'organisation de la prise en charge en santé mentale, avec les autres parcours patients au sein du territoire
- S'assurer du respect des 5 priorités proposées par les 6 CTS en les inscrivant dans le PRS2
- Tenir compte des bassins de vie au sein de chaque territoire de santé en termes de démographie des professionnels de santé sans être limité par des frontières administratives



- Veiller à ce que la politique des territoires de santé soit en phase avec le PRS
- Contractualiser entre acteurs des territoires santé mentale et du médico-social (filière)
- Garantir le développement du projet de territoire, bases de développement des initiatives locales
- Faire coïncider les négociations sur les implantations régionales lorsque les politiques ou les stratégies nationales sont arrêtées par les pouvoirs publics (par exemple : les enjeux SSR psychiatrique, santé mentale, implantation d'activités ou d'équipements et le plan autisme, la stratégie nationale contre la pauvreté, plan territorial santé, la détermination des zonages, etc...)

#### **7 - Reconnaître l'utilisateur comme acteur du système de santé**

*Voir les remarques dans le courrier / page 3*

### **Sur le PRAPS**

Le PRAPS est un programme et non un schéma. Il doit intégrer et préciser le contenu des actions, les modalités de mise en œuvre, les critères d'évaluation conformément à l'article R. 1434-11 du code de la santé publique. La CRSA attend la mise en place, sur cet enjeu, des populations les plus fragiles, la constitution d'un COPIL ad hoc afin de réussir la lutte contre les exclusions en matière de santé. Elle souhaite qu'il y ait une connaissance précise des publics concernés par le PRAPS à partir du groupe cible nécessitant des actions spécifiques.



## Autres remarques exprimées :

1. Forte demande de la part de tous les acteurs de santé (libéraux, privés et ESPIC) de pouvoir participer aux parcours de soins organisés au sein des GHT
2. Tenir compte de la prise en charge financière au sein des structures et particulièrement des EHPAD pour les personnes très démunies
3. Possibilité pour les établissements de santé privés qui le désirent d'ouvrir un service d'urgence
4. Augmenter le nombre de maternité de niveau 2a et assurer la prise en charge de la prématurité
5. Autoriser les établissements de santé chirurgicaux à obtenir des autorisations de lits de médecine pour l'hospitalisation nécessaire pour préparer à une intervention, comme le réclament certaines bonnes pratiques
6. Tenir compte du choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire en développant l'habitat inclusif
7. S'assurer que, lors de l'organisation de la prévention et de l'éducation du patient, les nouvelles organisations puissent conserver le savoir-faire et le contact privilégié que les professionnels de santé et les patients-experts ont su tisser dans les territoires et ne pas perdre leur savoir-faire
8. Certains professionnels de santé font part de leur difficulté à prendre en charge des patients en insuffisance respiratoire chronique trachéotomisés et qui nécessitent donc de soins et une surveillance constante dans une hospitalisation de longue durée (HAD ou SSR) très difficile à trouver dans la région
9. Au niveau régional, assurer la coordination par chaque CHU de la prise en charge des transferts nécessitant un transport par SAMU pédiatrique et coordonner des parcours ciblés pour les urgences chirurgicales pédiatriques.
10. Veiller à ce que le libre choix, droit du patient, soit assuré dans le cadre de la prise en charge en urgences et dans le cadre de la future structure de coordination
11. Favoriser la préservation de la fertilité des patients atteints de cancer dans les établissements de santé ayant l'autorisation AMP et cancérologie
12. Certaines contributions regrettent qu'il ne soit pas fait état d'une adéquation entre objectifs opérationnels et moyens d'y parvenir en tenant compte des besoins de la population régionale avec la constitution d'un comité de suivi du PRS2
13. Concernant la répartition des professionnels de santé sur les territoires, la préservation des ressources humaines devrait se faire en concertation avec les collectivités territoriales et les organismes de formation (facultés, écoles)
14. Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) doivent être un instrument essentiel de coordination de l'offre avec une coopération de l'ensemble des partenaires
15. Le SRS devra s'assurer que les demandes en équipements lourds (EML) soient actualisées en fonction de la saturation et du délai d'attente pour accéder à ses équipements





## 2. Liste des 20 contributions\* de membres de CRSA dans le cadre de l'élaboration de l'avis de la CRSA sur le PRS2 via leurs collectifs :

Les membres de la CRSA ont été entendus au travers des quatre commissions spécialisées et de la Commission permanente. Seize autres contributions écrites ont été reçues par le Président de la CRSA et prises en compte, émanant de :

1. **Inter-URPS** (*les 10 Unions Régionales des Professionnels de Santé : Chirurgiens-Dentistes, Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes-Rééducateurs, Médecins, Orthophonistes, Orthoptistes, Pédiatres-Podologues, Pharmaciens, Biologistes, Sages-Femmes*)
2. **CSDU de la CRSA** (*Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers*)
3. **CTS\*\* du Hainaut (59)**
4. **CTS\*\* de la Somme (80)**
5. Union Régionale Interfédérale des Organismes Privés Sanitaires et Sociaux (**URIOPSS**)
6. **CTS\*\* de l'Aisne (02)**
7. **CESER** (*Conseil Économique, Social et Environnemental Régional*)
8. **FEHAP** (*Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne Privés Non Lucratifs*)
9. **CTS\*\* de l'Oise (60)**
10. **CSP de la CRSA** (Commission spécialisée de prévention), 10. Bis COPEPPI et 10. ter URFAAddictions
11. **CTS\*\* du Pas-de-Calais (62)**
12. **CTS\*\* Métropole-Flandres (59)**
13. **Comité d'entente** Régional Hauts-de-France des associations et organisations privées à but non lucratif œuvrant en faveur des Personnes en situation de Handicap
14. **URAPEI** (*Union régionale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis*)
15. **CSMS de la CRSA** (*Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médicosociaux*) et 15. bis PEP62
16. **FHP** (*Fédération de l'hospitalisation privée*)
17. **CSOS de la CRSA** (Commission spécialisée de l'organisation des soins)
18. **FHF** (*Fédération hospitalière de France*)
19. **France assos santé**
20. **CFDT**

\* annexées à cet avis

\*\* CTS = Conseil territorial de santé