



Avril 2018

# RÉPONSE DU CESER À LA CONSULTATION DE L'ARS SUR LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ



**CESER**  
Auvergne-Rhône-Alpes

Conseil Économique, Social & Environnemental Régional



Le Code Général des collectivités territoriales précise en son article L 4134-1 :

« Le conseil économique, social et environnemental régional est, auprès du Conseil régional et du président du conseil régional, une assemblée consultative.

Il a pour mission d'informer le conseil régional sur les enjeux et conséquences économiques, sociaux et environnementaux des politiques régionales, de participer aux consultations organisées à l'échelle régionale, ainsi que de contribuer à des évaluations et à un suivi des politiques publiques régionales. »

Le CESER est l'assemblée consultative, représentative de la vie économique, sociale et environnementale de la région. Elle émet des avis (saisines) et contributions (autosaisines).

Expression de la société civile organisée dans toute sa diversité, les propositions du CESER éclairent les choix des décideurs régionaux.

Ainsi, le CESER concourt à l'administration de la région aux côtés du Conseil régional et de son Président.



## Président de commission

**M. Jean-Pierre GILQUIN**

Commission n° 5 « Solidarités,  
inclusion sociale et santé »



Cette contribution, sur proposition de la Commission « Solidarités, inclusion sociale et santé », a été adoptée à **l'unanimité** par les Membres du Bureau du Conseil Economique, Social et Environnemental régional Auvergne-Rhône-Alpes.



---

## Préambule



Le Directeur de l'ARS Auvergne-Rhône Alpes a ouvert le 29 janvier dernier une procédure de consultation ambitieuse portant sur **le Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028**.

Forte de ses 190 conseillers issus de la Société civile, notre assemblée consultative a pour vocation première de permettre aux habitants de la Région de **vivre mieux**.

La santé, enjeu majeur dans le quotidien des habitants d'Auvergne Rhône Alpes, se situe à la croisée des implications économiques, des questions d'intégration sociale, et des interrogations environnementales qui font le socle de nos avis et contributions.

Parce que l'humain et le social doivent être au cœur de toutes les préoccupations, notre assemblée consultative veut être partie prenante des temps forts de réflexion sur la société d'aujourd'hui et celle que nous construisons pour le futur. Le CESER se trouve aux côtés du Conseil régional bien sûr, mais aussi auprès de **tous ceux qui, comme l'ARS**, s'appuient sur des observations éclairées afin de mieux définir et construire les politiques qui soutiendront la vie de nos concitoyens.

Comment organiser la politique de santé régionale pour que la **prévention, l'éducation et l'accès aux soins** se structurent dans les meilleures conditions possibles, c'est-à-dire dans les conditions les plus **démocratiques**, y compris, eu égard aux disparités des **territoires** ? Sur quels facteurs pouvons-nous nous appuyer pour renforcer **la capacité et l'adaptabilité** de notre système de santé ?

La Commission thématique « **Solidarités, inclusion sociale et santé** » s'est chargée, au nom du CESER, de rédiger une réponse argumentée à cette consultation. Orientée autour de six axes stratégiques, elle s'appuie sur les travaux conduits les années précédentes, parmi lesquels la récente contribution « **Le bien-être mental et social des jeunes : une cause régionale en 2018 !** ».

Nous espérons vivement que notre avis trouvera un écho concret dans le futur Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 conçu par l'ARS, partenaire privilégiée dans l'élaboration des politiques publiques en Auvergne-Rhône-Alpes.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'A' followed by 'Q' and 'D'.

Antoine QUADRINI, Président du CESER Auvergne-Rhône-Alpes





# SOMMAIRE

|  |    |
|--|----|
| I. AXE 1 : RENFORCER, EN LIEN AVEC LES AUTRES PORTEURS DE POLITIQUES, LA PLACE DE L'EDUCATION A LA SANTE, DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE PUBLIQUE.....                | 12 |
| A. Objectif stratégique 1 : rendre les jeunes acteurs de leur santé.....   | 12 |
| B. Objectif stratégique 2 : améliorer les déterminants sociaux de la santé .....   | 14 |
| C. Objectif stratégique 3 : promouvoir un environnement favorable à la santé .....   | 14 |
| II. AXE 2 : FAVORISER L'ACCES A LA SANTE .....   | 15 |
| A. Objectif stratégique 1 : assurer l'accès au premier recours .....   | 16 |
| B. Objectif stratégique 2 : assurer l'accès à l'urgence dans les délais requis.....  | 17 |
| C. Objectif stratégique 3 : assurer l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité et les personnes handicapées .....   | 17 |
| D. Objectif stratégique 4 : permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux technologies de pointe .....   | 19 |
| III. AXE 3 : AMELIORER LA QUALITE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE PAR UNE ORGANISATION EN PARCOURS REPOSANT PRIORITAIREMENT SUR L'AMBULATOIRE ET PAR LE SOUTIEN A DOMICILE.....    | 19 |
| A. Objectif stratégique 1 : objectiver les ruptures dans les parcours au niveau territorial afin de les prévenir.....  | 20 |
| B. Objectif stratégique 2 : soutenir les professionnels libéraux dans la prise en charge des parcours complexes.....   | 21 |
| C. Objectif stratégique 3 : clarifier la porte d'entrée des parcours pour les usagers.....   | 21 |
| D. Objectif stratégique 4 : développer les bonnes pratiques hospitalières alternatives et adapter les plateaux techniques .....  | 22 |
| E. Objectif stratégique 5 : accompagner les sorties d'établissement, notamment en psychiatrie, grâce à une prise en charge décloisonnée et sécurisante .....                           | 22 |
| F. Objectif stratégique 6 : développer des accompagnements au domicile qui intègrent la dimension des soins et du social .....   | 23 |
| G. Objectif stratégique 7 : développer plus encore la politique de soutien aux aidants .....   | 24 |
| H. Objectif stratégique 8 : adapter l'offre médico-sociale en créant de nouveaux dispositifs alternatifs d'accompagnement .....  | 24 |
| IV. AXE 4 : RENFORCER LA CAPACITE DU SYSTEME DE SANTE A FAIRE FACE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES .....  | 25 |
| V. AXE 5 : RENFORCER LA DEMOCRATIE EN SANTE ET LES RELATIONS PARTENARIALES ENTRE PROFESSIONNELS ET USAGERS .....   | 25 |
| A. Objectif stratégique 1 : élaborer un schéma régional du point de vue de l'utilisateur .....   | 25 |
| B. Objectif stratégique 2 : faire de l'information et la communication des outils efficaces pour le bon usage du système de santé en direction des usagers et des professionnels ..... | 26 |
| C. Objectif stratégique 3 : accompagner et soutenir les représentants d'usagers et développer la démocratie directe.....   | 26 |
| D. Objectif stratégique 4 : développer les démarches participatives au niveau territorial .....  | 27 |
| VI. AXE 6 : ADAPTER LE SYSTEME DE SANTE EN S'APPUYANT SUR LES INNOVATIONS. 28  |    |



La commission n° 5 du CESER « Solidarités, inclusion sociale et santé » a été chargée par le Bureau du CESER, réuni le 13 mars, de répondre à la consultation sur le Projet régional de santé (PRS).

Un arrêté du directeur de l'ARS Auvergne Rhône-Alpes en date du 29 janvier 2018 a ouvert la procédure de consultation, pour avis, et sous forme électronique, sur le futur Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028 pour trois mois.

L'article 5 de l'arrêté énumère la liste des autorités consultées parmi lesquelles ne figure pas le CESER<sup>1</sup>. Il est précisé par ailleurs dans cet arrêté que l'avis rendu par une collectivité territoriale repose sur une délibération de son assemblée votée avant la fin avril.

Le Bureau du CESER a néanmoins chargé la commission d'établir une « communication » qui sera transmise au directeur de l'ARS pour réponse à la consultation. Cette réponse sous forme de communication a récemment été effectuée par le CESER sur le rapport du Conseil d'Orientation des Infrastructures (rapport DURON).

Ainsi, réunie le 6 avril 2018, la commission « Solidarités, inclusion sociale et santé » a formalisé sa réponse à partir des nombreux avis et contributions adoptés au cours des années passées sur certaines des thématiques contenues dans le PRS.

Parmi les quatre documents publiés qui forment, ensemble, le PRS, à savoir :

- le Cadre d'orientation stratégique 2018-2028,
- le Schéma régional de santé 2018-2023,
- le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de précarité 2018-2023,
- le document cadre de l'évaluation du Projet régional de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2018-2028.

**La commission s'est principalement attachée à l'étude du Cadre d'orientation stratégique 2018-2028 (COS) qui fixe les grands équilibres du PRS.**

**Elle souhaite faire remarquer en introduction que le recours au numérique, si souvent mentionné dans le COS, ne saurait à lui seul résoudre les difficultés des professionnels et/ou des patients. Comme le montre la récente crise des EHPAD ou bien la situation de services d'urgences, et plus largement de tout l'hôpital public, cela est révélateur d'un problème plus global de moyens consacrés au médico-social et au sanitaire.**

---

<sup>1</sup> Conformément à l'article R. 1434-1 du code de santé publique, les autorités concernées par la consultation sont uniquement la conférence régionale de la santé et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie Auvergne-Rhône-Alpes, le Préfet de la région Auvergne-Rhône-Alpes, les collectivités territoriales de la région Auvergne-Rhône-Alpes, le conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Le Cadre d'orientation stratégique est décliné en six axes, eux aussi qualifiés de « stratégiques » :

1. Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique.
2. Favoriser l'accès à la santé.
3. Améliorer la qualité et l'efficacité du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile.
4. Renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles.
5. Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers.
6. Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations.

Ces six axes se déclinent eux-mêmes en « objectifs stratégiques ». **Certains de ces objectifs stratégiques interpellent le CESER qui souhaite, à leur sujet, émettre les remarques suivantes, principalement fondées sur ses travaux antérieurs.** Ces remarques sont indiquées en **gras** dans le texte.

## I. **Axe 1 : Renforcer, en lien avec les autres porteurs de politiques, la place de l'éducation à la santé, de la prévention et de la promotion de la santé publique**

### A. **Objectif stratégique 1 : rendre les jeunes acteurs de leur santé**

**En préalable, le CESER estime que chacun doit être « rendu acteur de sa santé » et pas seulement les jeunes...**

Le Cadre d'orientation stratégique montre que certains départements (Allier, Ardèche, Loire), sont particulièrement touchés par une mortalité des jeunes élevée et une prévalence des affections de longue durée, et en particulier des affections psychiatriques.

Selon le COS, les raisons en sont multiples : *« Elles tiennent à des comportements individuels et familiaux, [à la précarité financière et professionnelle] mais aussi et surtout à [l'accroissement] des inégalités majeures territoriales, sociales, de niveau culturel, de prise en compte de la question de la santé, et enfin de l'accès à une offre en santé adaptée ».*

Sur ce sujet, force est de constater que les préconisations du CESER telles qu'exprimées dans sa contribution n° 2017-06 du 30 Mai 2017 sur le « Le bien-être mental et social des jeunes : une cause régionale en 2018 ! » n'ont été que très partiellement suivies d'effet.

Tout d'abord, comme le laissait entendre l'intitulé de cette contribution, le CESER souhaitait notamment que le bien-être mental et social des jeunes soit déclaré comme cause régionale en 2018. Cela n'a pas été le cas.

Et pourtant, à quelque niveau territorial qu'il soit considéré, le bien-être mental et social des jeunes est un enjeu majeur pour le progrès social. Les jeunes constituent un public à privilégier en matière de prévention. Les problématiques liées au bien-être mental et social des jeunes sont réelles et ne doivent pas être occultées. Afin d'envisager la politique santé générant une meilleure gestion de ces problèmes en amont et en aval, le CESER avait identifié des orientations prioritaires qui, elles aussi n'ont pas toutes été entendues. Il souhaite en rappeler aujourd'hui certaines dans le cadre de cette consultation sur le PRS :

- Se préoccuper en urgence du bien-être mental et social des jeunes (besoin de statistiques, études, prise de conscience, informations, sensibilisations, formations, prises en charge, financements...) qui doit s'inscrire dans une complémentarité « préventif-curatif ».
- Développer une politique globale de santé des jeunes ; population jeune à prendre en considération comme public cible en décloisonnant les politiques jeunesse et en priorisant l'angle de la prévention.
- Identifier les inégalités entre les territoires pour les traiter.
- Aborder le sujet du bien-être mental et social des jeunes aussi en termes d'investissements santé et social plutôt qu'uniquement en coûts financiers. Le mal-être mental et social a en effet pour conséquence une perte de richesses et de potentiel pour la société.
- Créer une instance de coordination régionale pour développer les partenariats entre les différents acteurs : (en confortant le rôle de l'ARS et de la Région dans leur responsabilité de chefs de file), Rectorat, ensemble des régimes sociaux et d'assurance maladie, complémentaires santé, professionnels de santé et de thérapies alternatives, services de pédopsychiatrie, maison des adolescents, collectivités locales, établissements d'enseignement, associations, missions locales, familles, jeunes, usagers de la santé... dans un besoin de coordination, de concertation et de dialogue, avec une politique incitative de mise en réseau.
- Renforcer la culture du partage de bonnes pratiques.

## **B. Objectif stratégique 2 : améliorer les déterminants sociaux de la santé**

Comme noté dans le COS, on peut observer une forme de paradoxe entre l'ambition de faire de la prévention le cœur du système de santé et la part qu'elle occupe dans l'ensemble des dépenses de santé.

Mais, le COS précise également que l'ambition de « *mettre la prévention au cœur du système ne réussira pas, via un seul accroissement des crédits mais qu'il convient de mettre en place des actions portant non seulement sur les comportements mais également et surtout sur l'ensemble des déterminants en santé au premier rang desquels sont les déterminants sociaux, sources d'inégalités sociales en santé majeures* ».

Si le CESER peut souscrire, pour partie, à cette affirmation, tant des progrès organisationnels lui semblent encore possibles, il lui semble toutefois que les crédits suffisants ne sont pas encore affectés à la prévention. Si la prévention doit être mise « au cœur du système », cela ne pourra se faire sans moyens supplémentaires.

Il souhaite également que soit clarifié le rapport entre la « prévention » et la « détection précoce de troubles » et ambitionne à cette occasion que soit vraiment encouragée la médecine prédictive et de prévention.

Enfin, en lien avec l'objectif stratégique suivant (promouvoir un environnement favorable à la santé), il apparaît au CESER que la prévention ne doit pas être limitée à la sphère individuelle mais qu'elle doit également se poser en termes collectifs, par exemple en matière d'environnement. Promouvoir un environnement favorable à la santé, c'est aussi de la prévention !

## **C. Objectif stratégique 3 : promouvoir un environnement favorable à la santé**

La 9<sup>ème</sup> conférence mondiale sur la promotion de la santé (Shanghai – Novembre 2016) a donné lieu à une déclaration sur la promotion de la santé dans le programme de développement durable à échéance 2030.

Elle retient notamment "*qu'il faut agir de manière résolue sur tous les déterminants de la santé, permettre aux individus de prendre en main leur santé. La santé des peuples ne peut être dissociée de la santé de la planète*".

Le COS précise à ce sujet que « *l'absence d'effets néfastes pour la santé de l'environnement naturel, de l'environnement bâti et des milieux de vie est un enjeu majeur* ».

Sur ce point, le CESER a déjà émis de nombreuses préconisations particulièrement lors de l'examen en 2017 du plan régional sante-environnement 3 Auvergne-Rhône-Alpes, notamment en termes de gouvernance.

Le CESER insistait notamment sur le fait que si la DREAL et l'ARS sont les chefs de file en tant que porteurs du plan, la Région se devait aussi d'être partie prenante et actrice privilégiée dans la production, la mise en œuvre et le portage du PRSE3. En effet, il est nécessaire d'introduire systématiquement une réflexion santé-environnement dans toutes les politiques publiques. La consultation des acteurs locaux de proximité est aussi opportune, car les actions sur le terrain passeront par leur intermédiaire.

Le CESER rappelait également que la santé-environnement est une thématique transversale qui transcende les politiques sectorielles. Une articulation entre les différents plans (schéma régional climat air énergie-SRCAE, plans climat, projet régional santé-PRS, plan régional santé au travail-PRST...) et les diverses politiques (urbanisme, voirie...) est indispensable. Il faut veiller à cette bonne articulation entre les plans et les acteurs (prévue notamment dans les commissions de coordination de l'ARS et CRSA) pour éviter les enchevêtrements.

Enfin, le CESER estimait que la région Auvergne-Rhône-Alpes dispose d'acteurs dynamiques en matière de santé-environnement : pôles de compétitivité, clusters, formateurs, associations... Des partenariats sont encore à nouer, notamment pour accompagner les collectivités locales dans une ingénierie d'actions en santé-environnement car celles-ci sont aussi parfois démunies face au cadre normatif contraignant et mouvant.

En dehors même des préconisations issues de l'examen en 2017 du plan régional santé-environnement 3 Auvergne-Rhône-Alpes, le CESER souhaite également rappeler que les facteurs professionnels peuvent influencer sur la santé des populations.

La réforme de la santé au travail fait suite au déficit de médecins du travail (visite espacées jusqu'à 4 ans !) ; le renfort en infirmières, préventeurs et ingénieurs spécialisés, si intéressant qu'il soit, devra prouver son efficacité dans la variété de "projet de service" des multiples structures présentes dans la région.

Le CESER demande donc que soit clairement établi un lien entre plan régional de santé au travail (PRST) et PRS et que soient pris en compte les déterminants liés à la santé au travail.

## II. Axe 2 : Favoriser l'accès à la santé

Le COS note que la région Auvergne-Rhône-Alpes rencontre des difficultés pour maintenir un accès à la médecine de premier recours en proximité. Pour l'ARS, et parallèlement aux dispositifs de soutien développés dans le cadre du Pacte Territoire Santé, « *l'avenir se situe probablement dans le développement des modes d'exercices renouvelés dont les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et les Pôles de Santé constituent un premier socle* ».

Le COS estime ainsi que le « *premier recours, grâce à ces nouveaux modes d'exercice, doit pouvoir mieux s'organiser, en lien avec l'hôpital, pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie (âgées et/ou en situation de handicap) ou en situation de précarité. Pour ces derniers, le droit commun est à rechercher en priorité* »

Enfin « *doit [être] garanti à l'ensemble de la population du territoire un accès identique aux techniques de pointes* ».

#### **A. Objectif stratégique 1 : assurer l'accès au premier recours**

Conscient des difficultés déjà existantes le COS reconnaît que : « *dans le champ de la santé, il s'agit principalement de renforcer le premier recours, à un moment où le maintien de l'existant est parfois déjà difficile à tenir* ».

Cela est toujours le cas malgré la mise en œuvre du Pacte Territoire Santé qui a cependant déjà produit des effets positifs qu'il s'agisse d'attirer les jeunes professionnels vers la médecine générale (contrat d'engagement de service public et Praticiens Territoriaux de Médecine Générale), de proposer de nouvelles modalités d'exercice (MSP) ou encore d'organiser la prise en charge des urgences en réduisant les temps d'accès (Médecin Correspondant SAMU).

Le COS estime que cet effort « *sera poursuivi et amplifié pour pouvoir appuyer le virage ambulatoire* ».

Toutefois, il apparaît clairement au CESER que l'accès au premier recours ne peut être considéré en dehors de la question plus générale de la démographie médicale, et plus particulièrement, celle des médecins généralistes. En parallèle, doit être également dégagé du temps médical pour les médecins face à leurs diverses obligations administratives et aux tâches médicales non curatives qui leur sont pour l'instant confiées comme le fait, par exemple, le programme ASALEE (transfert de compétence entre des médecins et des infirmières du premier recours après signature d'un protocole de coopération validée par HAS.)

Pour le CESER le regroupement des professionnels de santé en Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP) et pôles de santé, modèle d'exercice de premier recours auxquels aspirent les jeunes médecins, doit être largement simplifié et les aides financières nécessaires à leur fonctionnement doivent être pérennisées.

Si le développement de ce mode d'exercice pour le premier recours est souhaité, notamment dans l'optique de ne plus saturer les services hospitaliers d'urgence, le CESER estime alors nécessaire que le territoire régional soit correctement maillé en Maisons Médicales de Garde (MMG) et que leurs horaires d'ouverture soient substantiellement étendus et allongés



De manière connexe, le CESER estime que l'accès au premier recours doit également prendre en compte la sectorisation, notamment sur les spécialités en tension (problématique du secteur 2 ou 1). Celle-ci n'est pas abordée dans le COS.

#### **B. Objectif stratégique 2 : assurer l'accès à l'urgence dans les délais requis**

Le COS note, de manière assez évidente, que *« l'accès à l'urgence est dépendant de l'existence de sites d'urgence et de moyens mobiles de secours pour y accéder (SMUR) »*.

A ce sujet, et prenant en compte les situations locales que peuvent connaître depuis longtemps certains des services d'urgences hospitalières dans plusieurs territoires de notre Région (difficultés qui ont été mises en avant de façon encore plus nettes depuis quelques semaines), le CESER estime que :

Le modèle des maisons médicales de garde, tel qu'il a pu exister, par exemple, au CHU de Clermont-Ferrand et tel qu'il existe encore, par exemple, au CH de Sallanches devrait être envisagé de manière systématique dans l'organisation des urgences hospitalières, ou a minima, dans les secteurs géographiques où l'embolie des urgences est la plus forte.

Doit être encouragée parallèlement l'initiative existante dans les Savoie pour les urgences en montagne où prévaut une organisation avec ouverture d'urgences effective en saison touristique et, en basse saison, des soins de premier recours organisés *via* des maisons médicales.

#### **C. Objectif stratégique 3 : assurer l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité et les personnes handicapées**

Le COS note sur ce point que *« l'accès à la santé pour les personnes en situation de précarité ne peut être résolu, de manière structurelle, que par une prise en compte de ces populations dans les démarches de prévention. Cela réclame des modalités de mise en œuvre et des messages spécifiques. Dans l'attente d'une résolution au fond du problème, il convient de veiller tout particulièrement à l'accès aux dispositifs d'offre, sanitaire et médico-social, pour ces publics précaires »*.

Ces publics sont en effet les plus touchés par le « refus de soins » de certains professionnels ou le non recours aux soins, à leur propre initiative.

Sans que le débat puisse être ici tranché, le CESER appelle à une vigilance toute particulière afin que la « responsabilisation » des patients ardemment souhaitée ne glisse progressivement vers une stigmatisation ou une culpabilisation de ces derniers.

Concernant la problématique des personnes en situation de handicap, le CESER estime révélateur que les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ne soient citées qu'une seule fois dans le COS. Il estime que deux points, au moins, mériteraient une attention renouvelée.

- ⊙ En premier lieu, il apparaît clairement que les délais d'instruction des dossiers sont anormalement longs, la procédure trop complexe et les moyens humains dédiés (tant administratifs que médicaux) largement insuffisants.
- ⊙ Et, de manière parallèle, la complexité et le manque de lisibilité des dispositifs ne permettent pas aux personnes en situation de handicap de se repérer dans l'ensemble des procédures.

Il est illustratif que sur cette question, les personnes en situation de handicap reçoivent une réponse fiable plus rapidement par le biais de réseaux informels (Facebook) de la part d'autres personnes en situation de handicap que de la MDPH elle-même !

#### D. Objectif stratégique 4 : permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux technologies de pointe

Sont décrits et anticipés, dans le COS des « *risques d'inégalité d'accès [aux technologies de pointe] dans deux domaines où la mortalité reste forte : le cancer et les AVC* ».

La qualité du traitement du cancer va de plus en plus dépendre de la capacité du thérapeute à s'appuyer sur l'analyse génétique (séquençage du génome). Le CESER ne peut donc que souscrire à l'objectif de l'agence « *veiller à assurer l'accès de tous les patients qui en ont besoin à ce type d'analyse* ». Il est toutefois obligé de noter que les compétences régionales en oncogénétique sont certes reconnues pour leur excellence mais qu'il leur sera sans doute difficile de faire face numériquement à une demande croissante d'analyses génétiques, telle que celle-ci semble être anticipée.

#### E. Objectif stratégique 4 : permettre à l'ensemble de la population d'accéder aux technologies de pointe

Sont décrits et anticipés, dans le COS des « *risques d'inégalité d'accès [aux technologies de pointe] dans deux domaines où la mortalité reste forte : le cancer et les AVC* ».

La qualité du traitement du cancer va de plus en plus dépendre de la capacité du thérapeute à s'appuyer sur l'analyse génétique (séquençage du génome). **Le CESER ne peut donc que souscrire à l'objectif de l'agence « veiller à assurer l'accès de tous les patients qui en ont besoin à ce type d'analyse ».** Il est toutefois obligé de noter que les compétences régionales en oncogénétique sont certes reconnues pour leur excellence mais qu'il leur sera sans doute difficile de faire face numériquement à une demande croissante d'analyses génétiques, telle que celle-ci semble être anticipée.

Pour les AVC, comme l'explique le COS : « *les chances de survie et de vie sans handicap sont étroitement liées au délai d'intervention, une fois le diagnostic posé. Le maillage du territoire en unités neuro vasculaires, avec l'appui de la télémédecine développée dans les services d'urgence ne possédant pas d'UNV, améliore le temps de réponse* ».

Il explique également que « l'accès à la thrombectomie, technologie officiellement reconnue comme efficace depuis 2015, répond à la même préoccupation d'accès rapide et de qualité ». Pour cette technologie, le CESER croit pouvoir noter, à la suite de l'Agence, que le déploiement de l'offre dépendra néanmoins, de la formation d'un nombre suffisant de médecins spécialistes. Dans le contexte de démographie médicale incertaine, ce point appelle une vigilance particulière.

Enfin, pour le CESER, il serait particulièrement opportun d'étendre l'initiative lyonnaise menée par le SAMU qui, en cas de suspicion d'AVC, contacte immédiatement « SOS AVC » où, 24 heures/24, 7 jours/7, un neurologue est joignable et dans la demi-heure, prend en charge le patient. La diffusion d'un n° d'appel pour le grand public devrait être également proposée.

### III. Axe 3 : Améliorer la qualité et l'efficience du système de santé par une organisation en parcours reposant prioritairement sur l'ambulatoire et par le soutien à domicile

Cet axe repose principalement sur la notion de « parcours » tel que décrit dans le COS : « *Le parcours dont il est question aujourd'hui est un parcours de santé qui intègre les dimensions de la prévention, du sanitaire et du médico-social.* ».

Le CESER n' a pas explicitement travaillé ce champ lors de ses contributions passées et n' a donc pas spécifiquement produit de préconisations sur cette problématique. Toutefois, au vu de l' importance du sujet, il souhaite quand même formuler les remarques suivantes sur les différents objectifs stratégiques tels que déclinés dans cet axe.

**De manière introductive, le CESER s' interroge à cette occasion sur la mise au même niveau dans cet axe de la question des personnes âgées dépendantes et des personnes en situation de handicap. Ces deux dimensions du sanitaire et du médico-social sont clairement distinctes et nécessitent chacune leurs propres approches, référentiels et professionnels<sup>2</sup>.**

**Sur la place réservée à l' ambulatoire, le CESER estime que cela nécessite un développement et une professionnalisation tant des intervenants que des structures accueillantes identifiées.**

**Il souhaite également à cette occasion redire son attachement à la prise en compte de la personne en situation de handicap dans sa globalité et non de manière fractionnée comme le prévoit le projet SERAFIN-PH (Services et Etablissements: Réforme pour une Adéquation des FINancements aux parcours des Personnes Handicapées) qui vise à mettre en place une tarification à l' acte dans les établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap.**

#### **A. Objectif stratégique 1 : objectiver les ruptures dans les parcours au niveau territorial afin de les prévenir**

Comme noté dans le COS : « *cela [les ruptures dans les parcours] ne peut être appréhendé correctement qu' en proximité à une échelle territoriale fine* ». Le CESER soutient donc la démarche de concertation avec les Conseils Territoriaux de Santé préalablement à l' écriture du schéma pour élaborer les diagnostics territoriaux à l' échelle des douze départements<sup>3</sup> de la région et de(s) la Métropole(s)<sup>4</sup>.

**Le CESER souhaite que ces acteurs de la démocratie sanitaire soient pleinement entendus. Cela doit être le cas non seulement lors de l' élaboration de ces diagnostics mais aussi dans les démarches de préparation de ce PRS au sein de la CRSA.**

---

<sup>2</sup> Elles ne se recoupent que rarement mais lorsque c' est le cas (la personne en situation de handicap vieillissante), leurs problématiques spécifiques et les besoins qui en découlent doivent être entendus et satisfaits (hébergement temporaire adapté).

<sup>3</sup> C' est un progrès par rapport au précédent PRS qui s' était appuyé sur un diagnostic régional.

<sup>4</sup> Le COS ne mentionne qu' une seule métropole. Or, la Région en compte maintenant plusieurs.

## B. Objectif stratégique 2 : soutenir les professionnels libéraux dans la prise en charge des parcours complexes

Selon le COS : « *Les dispositifs de coordination et d'appui aux parcours complexes sont nombreux aujourd'hui. Tous les territoires de la région seront prochainement maillés avec la présence d'au moins un réseau polyvalent et une MAIA* ». **Le CESER rappelle que cela n'est pas encore le cas et que toutes les MAIA ne disposent pas forcément des moyens de fonctionnement optimal.**

Il est proposé de leur adjoindre un nouvel outil : « *les plates-formes territoriales d'appui rendant plus lisibles et accessibles, aux médecins, les dispositifs d'appui existants dans le territoire* ». A terme, chaque territoire sera doté d'un numéro d'appel, permettant au médecin traitant de trouver un appui et un soutien lorsqu'il est confronté à une situation complexe.

Sans préjuger de l'opérationnalité de ces outils, le CESER tient simplement à faire remarquer que la simple mise en relation avec un numéro d'appel ne pourra pas remplacer un vrai dialogue interprofessionnel en réseau tant au bénéfice du patient que du professionnel de santé.

Il souhaite également rappeler que, de plus, et comme noté dans le COS : « *Il convient d'observer aussi que la complexité provient dans la moitié des situations de problématiques de souffrance psychique* ».

Le CESER, ayant eu à connaître des difficultés de nombreux établissements régionaux spécialisés en santé mentale (notamment la baisse du nombre de psychiatres hospitaliers), ne peut se satisfaire de la réponse proposée pour résoudre cette complexité : « *La coordination des acteurs autour des situations complexes doit donc fortement impliquer les professionnels de la santé mentale de façon à améliorer globalement la sensibilisation et la formation des professionnels pour faire face à ce type de situation* ». En effet, celle-ci lui apparaît bien trop vague (surtout dans un secteur déjà actuellement bien mal en point) pour donner les résultats escomptés.

De manière connexe, le CESER souhaite que puisse être mieux étudiée la direction d'avenir que peut représenter la question du métabolisme en psychiatrie.

## C. Objectif stratégique 3 : clarifier la porte d'entrée des parcours pour les usagers

Le CESER s'interroge là encore sur la pleine opérationnalité du « *portail patient My Hop, pour mieux informer l'utilisateur et l'orienter dans le système afin qu'il trouve la bonne porte d'entrée, celle-ci restant, en première intention celle du médecin traitant* ».

Il tient en effet à rappeler, comme l'ont montré ses travaux antérieurs sur le numérique qu'une part encore trop importante de la population régionale n'est pas à même d'utiliser les outils numériques déjà simples proposés par plusieurs administrations (Pôle emploi, CAF,...) dans l'objectif louable de leurs simplifier les démarches mais qui, en fait les complexifient par l'usage obligatoire de l'outil informatique.

Cet outil ne doit pas devenir un outil d'exclusion, particulièrement pour les populations déjà précarisées qui sont celles pouvant avoir le plus besoin d'un accès réellement simplifié aux soins.

#### **D. Objectif stratégique 4 : développer les bonnes pratiques hospitalières alternatives et adapter les plateaux techniques**

Le COS présente ainsi les « bonnes pratiques hospitalières » : *« L'objectif est un changement de paradigme : l'hôpital doit être avant tout un plateau technique ; la règle est de le fréquenter en ambulatoire et l'exception d'y être hospitalisé. »*

*Il convient donc de poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation classique à temps plein : chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour, chimiothérapie à domicile, télé-médecine ».*

Sans même s'attacher au fond et relever l'ensemble des difficultés que peut poser ce « changement de paradigme », le CESER tient simplement à souligner qu'il lui apparaît de manière certaine que la télé-médecine ne peut être le seul élément de réponse satisfaisant dans le cadre du colloque singulier entretenu entre le professionnel de santé et son patient et que cet outil doit être avant tout réservé à la communication entre professionnels, au bénéfice du patient.

Enfin, et sans que cela ne relève exclusivement de cet axe, le CESER souhaiterait que soient clarifiées et mieux inscrites dans le système de santé les thérapies dites parfois « non conventionnelles » ou les médecines complémentaires telles que, par exemple, l'hypno-analgésie ou l'ostéopathie.

#### **E. Objectif stratégique 5 : accompagner les sorties d'établissement, notamment en psychiatrie, grâce à une prise en charge décloisonnée et sécurisante**

Pour l'Agence régionale de santé, *« En psychiatrie, [...], la problématique ne relève donc pas seulement de l'existence ou non d'une offre alternative mais, de manière plus complexe, du positionnement des médecins et des pratiques professionnelles à l'égard de ces situations. Il y a donc des actions à conduire pour faire évoluer ce positionnement, en développant notamment des collaborations entre les professionnels de plusieurs champs : sanitaire, médico-social et social ».*

Sans que cet objectif lui semble inatteignable en lui-même, le CESER ne peut que s'interroger sur la seule mesure proposée qui est de développer « *des collaborations entre les professionnels de plusieurs champs : sanitaire, médico-social et social* » ; cet objectif maintes fois évoqué est bien entendu essentiel mais l'expérience montre qu'il peut trop souvent rester un vœu pieux au vu de la situation déjà compliquée pour les professionnels dans leur propre champ. En tout état de cause, le CESER estime que les éducateurs spécialisés devraient bénéficier, dans leur formation, de modules dédiés à la prise en charge des problèmes psychiques.

Il souhaite également que puissent être mieux prises en compte les solutions alternatives à l'hospitalisation comme par exemple les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), les Centre Médico Psychologique (CMP) en ambulatoire, les résidences accueil ou bien les Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) sans oublier les Service d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) et les équipes mobiles psycho-sociales.

#### F. Objectif stratégique 6 : développer des accompagnements au domicile qui intègrent la dimension des soins et du social

Cette intégration entre « soins » et « social » pour ce qui concerne les accompagnements au domicile est ainsi justifié par le COS : « *La région, grâce à l'expérience acquise des filières gérontologiques et des bassins de santé intermédiaires, doit pouvoir aujourd'hui être en capacité d'apporter aux usagers une réponse globale associant la dimension des soins et celle de l'accompagnement social. Ceci suppose un partenariat mené avec les conseils départementaux qui ont la compétence première sur la dimension sociale et une compétence partagée pour le champ médico-social* ».

Pour le CESER, cette affirmation contient trop de conditionnel. En premier lieu, il lui semble que l'expérience des filières gérontologiques et leur développement dans les territoires de santé, ne sont pas toutes au même niveau d'excellence partout dans la région.

Ensuite, les termes du partenariat à mener avec les conseils départementaux restent encore trop flous et seront très certainement impactés par la contractualisation Etat/Collectivités qui limite la hausse des dépenses de fonctionnement à 1,2% (Loi de programmation de finances publiques)

Enfin, et de manière plus générale et pas seulement dans cet axe, il tient à souligner que le PRS semble s'intéresser avant tout au sanitaire et encore trop peu concerner le social et le médico-social, héritant probablement ce déséquilibre de l'ancien Schéma Régional de l'Organisation des Soins (SROS).

#### G. Objectif stratégique 7 : développer plus encore la politique de soutien aux aidants

Le CESER tient ici à pointer la légèreté des solutions proposées : il n'est pas possible que soit seulement prôné l'usage du « *numérique [qui] peut permettre d'imaginer de nouvelles modalités d'accompagnement et de soutien des aidants, déjà par la simple mise à disposition de l'offre de répit existante* ».

Ce que demandent les aidants, ce n'est pas uniquement de pouvoir trouver sur internet une liste d'adresses et de n° de téléphone.....

Ils sont bien au contraire en demande de lieux physiques d'accueil. Comme le note d'ailleurs plus loin le COS en évoquant le : « *droit au répit permettant aux aidants – souvent eux-mêmes en difficulté– qui accompagnent les personnes atteintes d'une perte d'autonomie de prendre un temps de repos. Durant celui-ci, un financement serait alloué pour l'accueil de la personne aidée dans une structure adaptée à ses besoins* ».

Le CESER souhaite préciser à cette occasion que l'usage du conditionnel (*un financement serait alloué pour l'accueil*) gagnerait grandement à être remplacé par une forme indicative, voire impérative (*un financement doit être alloué pour l'accueil*).

Il apporte enfin son soutien aux démarches visant à reconnaître et compléter la compétence des aidants, « *en particulier dans le champ de la santé mentale, des maladies neurodégénératives et de l'autisme, de leur donner droit à des actions « de formation thérapeutique » ou de formation aux difficultés de prise en charge des personnes accompagnées* ». De telles formations vont dans le sens du développement du « patient expert » que le CESER souhaite voir pleinement reconnu.

#### H. Objectif stratégique 8 : adapter l'offre médico-sociale en créant de nouveaux dispositifs alternatifs d'accompagnement

Le COS reconnaît que : « *L'orientation générale vers plus d'autonomie pour les personnes âgées et celles en situation de handicap, l'aspiration des personnes elles-mêmes et les enjeux quantitatifs appellent à imaginer de nouveaux modes d'accompagnement et de prise en charge, s'appuyant le plus possible sur les dispositifs ordinaires* ».

Au-delà des considérations générales sur les aspirations des personnes elles-mêmes auxquelles le CESER ne peut que souscrire, il tient cependant à exprimer la crainte que ce soient principalement les « *enjeux quantitatifs* » qui conduisent s'appuyer « *le plus possible sur les dispositifs ordinaires* » tant il lui apparaît que la situation de la prise en charge en milieu spécialisé souffre, là aussi, d'un manque de moyens, tant humains que financiers.

Il ne faudrait pas que l'orientation louable de prise en charge en milieu ordinaire conduise, par vases communicants, à délaisser ces prises en charge en milieu spécialisé qui sont complémentaires.



## IV. Axe 4 : Renforcer la capacité du système de santé à faire face aux situations exceptionnelles

Cet axe aborde la question de « *la préparation du système de santé pour faire face à des situations exceptionnelles [qui] doit évoluer en conséquence et notamment améliorer sa capacité anticipatrice de situations de crise complexes* ».

Ne sont pas abordées ici des questions relevant directement des compétences de la commission 5 du CESER « Solidarités, inclusion sociale et santé ». Le choix a été donc fait par la commission de ne pas commenter plus avant cet axe sur lequel le CESER n'a, par ailleurs, jamais été sollicité.

## V. Axe 5 : Renforcer la démocratie en santé et les relations partenariales entre professionnels et usagers

Sur ce sujet auquel le CESER est très attaché, le PRS énonce qu'« *Ainsi, indépendamment des systèmes de représentation institutionnelle des usagers, au sein des instances (CRSA, Conseil de surveillance des établissements, Commission des usagers...), l'agence va être amenée à développer progressivement des dispositifs de « démocratie directe », la mettant en relation avec les usagers de la santé sans intermédiaire* ».

Le CESER sera très attentif à que la CRSA et les différentes commissions qui la composent soient toujours entendues comme des instances légitimes de représentation. Les expériences de « *démocratie directe* », devront a minima être clarifiées dans leur organisation, leurs objectifs et leur éventuelles conséquences.

### A. Objectif stratégique 1 : élaborer un schéma régional du point de vue de l'utilisateur

Le COS explique que : « *Pour la première fois, ce PRS va être l'occasion d'élaborer un schéma organisationnel qui s'affranchira des domaines métiers que sont la prévention, le sanitaire et le médico-social, pour se construire à partir de besoins populationnels.*

*En effet, les instructions nationales affichent clairement que l'objectif est d'élaborer un seul schéma, qui intègre toutes les approches métiers de la prévention à l'accompagnement médico-social, en passant par les soins ambulatoires et hospitaliers.*

*Cet objectif va de pair avec celui de mettre en place des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement de parcours de santé* ».

Autant il apparaît indiscutable et indispensable au CESER que le « *schéma régional* [soit élaboré] *du point de vue de l'utilisateur* », car il a toujours estimé que le système de soins devait être fait pour le patient, autant il lui apparaît que dans le COS, et contrairement à ce qui apparaît être souhaité, le schéma régional reste encore majoritairement orienté par les entrées professionnelles sanitaires et, singulièrement hospitalières.

**B. Objectif stratégique 2 : faire de l'information et la communication des outils efficaces pour le bon usage du système de santé en direction des usagers et des professionnels**

Le CESER ne peut qu'approuver la volonté exprimée dans le COS de pouvoir fournir aux citoyens une « *information très opérationnelle, très pratique* ». Il appuie également la nécessité exprimée, pour l'agence : « *de ne pas laisser les usagers sans réponse et d'utiliser à plein, par un système d'information adapté, la source des réclamations pour corriger les dysfonctionnements du système* ».

Toutefois, il lui apparaît que la solution à nouveau proposée du recours au numérique ne va pas sans poser de nombreuses questions.

Comme indiqué précédemment, cet outil numérique ne touche pas toutes les populations et, singulièrement, celles en conditions de précarité. Il est dès lors illusoire d'espérer les voir, utiliser « *de nouvelles possibilités pour à la fois informer l'utilisateur, rapprocher la ressource médicale et lui permettre d'être plus acteur de sa prise en charge* » ou bien d' « *utiliser à plein, par un système d'information adapté, la source des réclamations pour corriger les dysfonctionnements du système* ».

De plus, et bien que l'agence semble y accorder une importance toute particulière, le CESER estime que cette évolution vers le numérique doit cependant être encore mieux encadrée, notamment dans sa dimension éthique, pour garantir la bonne utilisation des données.

**C. Objectif stratégique 3 : accompagner et soutenir les représentants d'usagers et développer la démocratie directe**

Le COS pointe à juste titre que « *le développement de la représentation des usagers conduit aujourd'hui à un très grand nombre de fonctions à exercer et l'agence est souvent en difficulté pour faire en sorte que tous les postes soient pourvus. Il faut donc soutenir les représentants d'usagers et continuer à assurer leur formation dans le nouveau cadre défini par la loi* ».

Reprenant une demande déjà plusieurs fois exprimées par les CRSA, par la CNSA au niveau national, le CESER estime que doit être aujourd'hui à nouveau posée la question de l'indemnisation des membres des CRSA et des représentants des usagers dans les structures, condition apparaissant nécessaire à ce que les mandats puissent être correctement remplis.

Enfin, c'est dans cet objectif que sont abordés les détails de la « démocratie directe » mentionnée plus haut.

Parmi les trois modalités proposées, à savoir :

- « *en organisant des modalités d'expression directe des usagers via l'organisation de débats publics, en lien avec le CISS-ARA<sup>5</sup>,* »
- « *en mettant en place des dispositifs numériques permettant une expression de masse,* »
- « *en portant une attention particulière aux usagers touchés directement par un dysfonctionnement du système de santé se traduisant par une information et un accompagnement via un dispositif de soutien* ».

Le CESER souscrit pleinement et entièrement à la première mais s'interroge de manière très concrète sur les deux suivantes : quelle garanties de sécurité et de représentativité seront offertes par les « dispositifs numériques permettant une expression de masse » ?

Et surtout, quelle forme revêtira concrètement l'« accompagnement via un dispositif de soutien » pour les citoyens « touchés directement par un dysfonctionnement du système de santé » ? Quelle en sera la nature ? Sera-t-il à la hauteur ? Le CESER aimerait avoir des éclaircissements très concrets sur ce point

#### D. Objectif stratégique 4 : développer les démarches participatives au niveau territorial

Le CESER rejoint la préoccupation exprimée dans le COS : « *l'implication individuelle d'usagers dans l'élaboration et le suivi de la politique de santé, rejoignant ainsi la notion de « patient expert » développée par la Haute Autorité de Santé, est à prendre en compte* ».

Si « *l'agence a déjà eu l'occasion de vérifier que l'intégration dans les groupes de travail de patients directement concernés par la réflexion du groupe était un facteur de progrès très important pour définir les bonnes réponses à apporter. Cela a été le cas, par exemple, dans le cadre des réflexions menées par l'agence sur le diabète* », le CESER insiste sur le bénéfice que pourrait tirer l'agence de patients experts dans un ensemble bien plus large que le seul diabète.

---

<sup>5</sup> Noter à ce sujet que le CISS ARA tel que mentionné n'existe plus et qu'il s'est transformé en « France Assos Santé Auvergne-Rhône-Alpes » le 19 janvier 2018.

Sans que soient ici mentionnées l'ensemble des pathologies, il suffit de citer les pathologies cardiaques, le cancer ou le VIH et les hépatites qui ont développé un réseau de patients experts particulièrement impliqués.

Enfin, attentif à l'équité et à l'équilibre des territoires, le CESER souscrit à ce que, « *pour le bon fonctionnement de l'ensemble, et le maintien d'une certaine équité entre les territoires, le lien devra être assuré de façon constante entre la démocratie sanitaire régionale (CRSA) et territoriale (CTS)* ».

## VI. Axe 6 : Adapter le système de santé en s'appuyant sur les innovations

Il apparaît au CESER que l'évolution de la société, et notamment des inégalités sociales et territoriales, rend nécessaire une évolution des services apportés en établissement ou à domicile, souvent dans le cadre de nouvelles collaborations. Les innovations sociales ont ici toute leur place.

Le PRS affirme une volonté de soutien des innovations proposées par les acteurs et les usagers. Le CESER estime qu'il faudra veiller à ce que ces initiatives, surtout lorsqu'elles viennent des territoires, ne soient pas entravées ou bloquées par les rigidités actuelles, particulièrement la rigidité des dispositifs et l'absence de fongibilité des enveloppes.