

# Rapport d'activité

## CRSA Nouvelle-Aquitaine

2016-2019

DE L'ESPRIT  
DES LOIX

DU RAPPORT QUE LES LOIX DOIVENT AVOIR AVEC LA CONSTITUTION DE CHAQUE GOUVERNEMENT, LES MOEURS, LE CLIMAT, LA RELIGION, LE COMMERCE, &c.

Des recherches nouvelles sur les Loix Romaines touchant les Successions, sur les Loix Françoises, & sur les Loix Féodales.

TOME PREMIER.



A G E N E V E



# SOMMAIRE

## Editorial du Président

1. Première partie : Approche transversale	3
1- Trois ans de travail soutenu	3
2- Des points forts et des motifs de satisfaction	13
3- Des points faibles et des regrets	16
2. Deuxième partie : Approche par commission spécialisée	23
1- Organisation des soins	23
2- Droits des usagers	28
3- Prévention	32
4- Prises en charge et accompagnements médico-sociaux	37
5- Groupe de travail permanent santé-environnement	41
3. Annexe débats publics	43

# Editorial du Président



Bertrand Garros

Président de la CRSA Nouvelle-Aquitaine

## L'URGENCE DE LA DÉMOCRATIE EN SANTÉ

Le présent rapport d'activité couvre la période allant de l'installation de la CRSA Nouvelle-Aquitaine le 11 juillet 2016 à l'assemblée plénière du 25 juin 2019. Il est ainsi possible de mettre davantage en perspective l'action de la CRSA. Au cours de ces trois années, nous avons assisté à un profond bouleversement du paysage politique et nous avons vécu une crise sociale majeure, celle des « gilets jaunes ». Les schémas traditionnels ont volé en éclat tandis que les nouvelles fractures sociales, territoriales, organisationnelles jusque-là plus ou moins souterraines, latentes ou ponctuelles atteignaient nationalement un niveau paroxystique.

Les modalités d'organisation de notre système de santé répondent de plus en plus imparfaitement aux enjeux d'aujourd'hui et de demain, sous l'effet notamment de la montée des maladies chroniques, de la progression de la dépendance, des progrès thérapeutiques, de la révolution numérique ou encore des aspirations nouvelles des patients et des professionnels. Nous le savons : en matière de santé des fractures sociales, territoriales, organisationnelles se manifestent aussi de façon de plus en plus éruptive, témoignant autant des difficultés d'accès aux soins que de la souffrance des soignants. La crise des « urgences », sorte de réplique du séisme des « gilets jaunes », met à nu le système de santé. Les textes de lois et les discours sans nul doute intelligents n'ont pourtant pas suffi à éviter ces crises.

En juin 2017, dans une lettre ouverte, l'ensemble des présidents de CRSA avait alerté le Premier Ministre sur les aspirations de la population et des professionnels qui remontaient des acteurs de terrain. Sans grand écho. On parle aujourd'hui beaucoup de « bienveillance », y compris dans les discours publics. « Veiller bien » sur la santé et les besoins de la population et des professionnels, c'est commencer par écouter avant de décider. « Veiller bien » nécessite du temps pour permettre compréhension et appropriation des enjeux par la population. « Veiller bien » nécessite ensuite des solutions construites avec les citoyens, les patients, les usagers, les professionnels.

## Comprendre, partager, débattre, agir sont au cœur même de la démocratie en santé.

Il n'y aura donc pas de sortie de crise durable, c'est-à-dire fondée sur une profonde transformation de l'organisation du système de santé et une profonde évolution des pratiques de ses acteurs, usagers patients, citoyens, professionnels, sans davantage de démocratie en santé. Certains peuvent percevoir le temps laissé à la démocratie en santé comme du temps inutile, du temps perdu et donc au final comme une perte d'efficacité. On peut comprendre la volonté d'agir rapidement. Mais l'expérience montre qu'aller trop vite, c'est souvent finir par perdre du temps. C'est s'exposer, comme le démontre sur de nombreux points la crise actuelle, à revenir sur des mesures n'ayant pas bénéficié d'une concertation suffisante auprès de la population et des acteurs locaux. Prendre le temps de consulter plus largement les Crsa et les cts, qui rassemblent de façon légitime et organisée plusieurs milliers d'acteurs de terrain, c'est donner à la politique de santé plus de chances de correspondre aux réalités des acteurs et des territoires, plus de chance d'appropriation et donc plus de chances de réussite.

Le présent rapport d'activité met bien en évidence qu'au cours des trois années 2016-2019, la CRSA Nouvelle-Aquitaine a toujours voulu répondre aux saisines réglementaires en argumentant ses points de vue et en étant systématiquement constructive et proposante. Elle l'a fait en s'appuyant sur les capacités d'intelligence et d'expertise collectives de ses membres, titulaires et suppléants. Elle s'est aussi autosaisie à plusieurs reprises pour faire valoir son approche de façon volontariste. Comme pour toute instance consultative, la valeur ajoutée de la CRSA dépend de la qualité de ce qu'elle produit. C'est une condition nécessaire mais largement insuffisante. La valeur ajoutée de la CRSA dépend aussi des sollicitations qui lui sont faites et plus encore de l'usage qui est fait de ses avis.

Pour faire face à la crise que nous traversons, en Nouvelle-Aquitaine, comme dans toutes les autres régions françaises, la démocratie en santé doit avoir toute sa place. Il y a urgence !

# PREMIÈRE PARTIE : APPROCHE TRANSVERSALE

La première partie du rapport d'activité de la CRSA est consacrée à une présentation des dimensions transversales de cette activité. Elle porte préférentiellement sur les travaux de la commission permanente, des assemblées plénières, mais aussi sur le lien avec et entre les commissions spécialisées. Le travail spécifique des commissions spécialisées est présenté dans la deuxième partie.

## 1- TROIS ANS DE TRAVAIL SOUTENU

### Une mise en place facilitée par une préparation inter-« ex-crsa »

La CRSA Nouvelle Aquitaine a été installée le 11 juillet 2016. Elle a commencé à fonctionner de façon opérationnelle à partir de septembre de la même année. Il a fallu créer une nouvelle culture régionale. Grâce au travail préparatoire de la structure de coordination réunissant les trois ex CRSA, cette phase de mise en place s'est déroulée au mieux avec la volonté partagée d'aboutir à une cohérence Nouvelle Aquitaine.

### Un fonctionnement qui a dû s'adapter tout en favorisant la transversalité

Le fonctionnement en « Grande région » a conduit à adapter certaines modalités de fonctionnement, notamment avec le recours à la visio-conférence ou à des réunions délocalisées.

La commission permanente et la commission de l'organisation des soins se sont tenues à raison d'une dizaine de réunions par an, les autres commissions réglementaires à raison de 3 à 4 réunions annuelles. Enfin, il y a eu deux assemblées plénières en 2016 et 2017, trois en 2018, il y en aura deux en 2019.

Pour favoriser la transversalité entre les commissions, des représentations croisées sont prévues par la réglementation, notamment entre la commission de l'organisation des soins et la commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux. La CRSA Nouvelle-Aquitaine a introduit de façon volontariste une représentation de la commission prévention à la commission pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux et à la commission droits des usagers.

S'agissant de la commission de l'organisation des soins, pour des raisons juridiques, la représentation de la commission prévention est prévue sur invitation quand des sujets « prévention » sont abordés et uniquement pour les débats précédant l'examen de dossiers spécifiques de demande d'autorisation ou de renouvellement. Pour favoriser la transversalité et la circulation de l'information, le président de la CRSA s'efforce d'assister à toutes les commissions spécialisées, dont tous les ordres du jour comprennent un point d'information et d'actualité. Par ailleurs, la Commission permanente s'est efforcée de toujours associer les commissions spécialisées en amont de la préparation des avis de la CRSA, notamment dans le cadre du PRS.

Enfin, dans le cadre des dispositions réglementaires, la Commission permanente a décidé la création d'un groupe de travail permanent consacré à la santé environnementale. Ce type d'instance permet d'associer des membres de la CRSA et d'autres personnes. Il s'agit de souligner l'importance de la dimension environnementale dans les enjeux de santé actuels.

### Une méthode de travail et des convictions à la base des 15 avis rendus

Depuis sa création, la CRSA Nouvelle-Aquitaine a rendu 15 avis (voir encadré), dont près de la moitié dans le cadre d'une autosaisine. Deux avis ont été rendus sur saisine volontaire de l'ARS, au-delà des obligations réglementaires, l'un sur le projet de plan régional santé environnement, l'autre sur la définition des zones du SRS, en complément de l'avis obligatoire de la Commission de l'organisation des soins.

Tous ces avis se caractérisent d'abord par une méthode basée sur une double exigence : d'une part toujours s'efforcer d'argumenter et d'explicitier rationnellement les positions prises, d'autre part, au-delà d'éventuelles critiques ou réserves, être toujours constructif.

Cette double exigence est parfaitement illustrée dans l'avis du 17 mars 2017 sur l'élaboration du PRS. En effet, cet avis de six pages formule six recommandations pour le nouveau PRS et explicite, plus d'un an à l'avance, les 10 critères d'appréciation qui seront utilisés par la CRSA pour rendre son avis sur le projet présenté par l'ARS le 23 mai 2018.

De façon constante, les avis de la CRSA témoignent de plusieurs préoccupations.

Tout d'abord, la nécessité de donner du temps au temps de la démocratie en santé pour favoriser le débat et la concertation notamment avec les territoires. C'est le sens d'un des tous premiers avis qui demandait d'assouplir le calendrier prévisionnel du PRS, en distinguant un PRS socle et un PRS enrichi. Cette demande a été rejetée entraînant des choix dans la façon de construire le PRS, notamment la non consultation de la population, alors qu'en définitive, le Ministère décidait finalement de décaler le PRS de plusieurs mois pour cause d'élaboration de la Stratégie nationale de santé. Sans doute une occasion ratée.

Une des raisons d'assouplir l'élaboration du PRS était également de faire coïncider différentes démarches, juridiquement distinctes, mais toutes liées conceptuellement et fonctionnellement au PRS, en particulier le troisième plan régional santé environnement, le schéma régional de formation paramédicale et le schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET) et ceux élaborés par les conseils départementaux dans le secteur social et médico-social. Face à la balkanisation des procédures et des découpages territoriaux, la CRSA a toujours manifesté dans ses avis un souci de cohérence pour plus de pragmatisme et de lisibilité. C'est pour cela qu'elle a approuvé un découpage de la région en territoires de la démocratie sanitaire sur la base du découpage départemental, même si des éléments, notamment démographiques, pouvaient inciter à adopter un zonage supplémentaire et distinct. C'est également pour cela qu'elle s'est inquiétée du découplage entre les territoires de la démocratie en santé et les zones de l'offre, en souhaitant la plus grande compatibilité entre les deux découpages.

En prolongement, la CRSA a toujours été porteuse d'une volonté de simplification au bénéfice des usagers, des patients, des citoyens et des professionnels. Dans ce cadre, elle a elle-même, en concertation avec l'ARS, modifié son règlement intérieur pour simplifier considérablement le fonctionnement de la CSOS, tout en respectant les impératifs juridiques. Elle a ainsi démontré qu'à réglementation constante, les acteurs régionaux avaient la capacité d'agir sur leur fonctionnement pour le simplifier.

Enfin, dans le cadre de la planification, des plans, projets ou schémas, la CRSA a constamment souligné l'importance de l'anticipation et l'importance de formuler des priorités, de hiérarchiser les actions envisagées. Cette préoccupation s'est naturellement particulièrement manifestée à l'occasion du PRS. D'une manière générale, tous les projets pour lesquels l'avis de la CRSA a été sollicité font preuve de très peu d'anticipation.

En matière d'offres et de services, ces projets visent ainsi à corriger des disparités constatées aujourd'hui, résultant d'évolutions passées, sans se préoccuper, ou trop peu, des nouvelles inégalités à l'œuvre, notamment sous l'effet de mouvements démographiques très structurels, tant en matière de population générale, que de professionnels. De la même manière la CRSA n'a cessé de demander que les projets, plans ou schémas, en particulier le PRS, fassent état de priorités en nombre limité, pour sortir des logiques catalogues où chacun va puiser comme il l'entend. Lors de l'élaboration du PRS, cette demande forte de la CRSA n'a pas été entendue. La nécessité d'établir des priorités a fini par s'imposer, comme l'a reconnu le Directeur général de l'ARS à l'occasion d'un Conseil de surveillance.

### Liste des avis (cf. *Recueil des avis de la CRSA 2016-2019*)

- |  |  |
|--|--|
| 1) Avis sur le projet de définition des territoires de démocratie sanitaire - 21 octobre 2016 (AP), 3 pages  | 8) Avis sur le projet de définition des zones du SRS - 17 novembre 2017 (AP), 4 pages  |
| 2) Avis sur les modalités d'élaboration du projet régional de santé (PRS) - 6 décembre 2016 (CP), 2 pages  | 9) Avis sur le projet de nouveau zonage des médecins - 23 mai 2018 (AP), 3 pages   |
| 3) Avis sur l'élaboration du projet régional de santé (PRS) - 17 mars 2017 (AP), 6 pages   | 10) Avis sur le projet régional de santé (PRS) - 23 mai 2018 (AP), 31 pages  |
| 4) Avis sur le projet de 3ème plan régional santé environnement (PRSE) - 11 avril 2017 (CP), 8 pages   | 11) Avis sur le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC) Nouvelle Aquitaine - 26 juin 2018, 5 pages |
| 5) Avis sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes - 11 avril 2017 (CP), 5 pages                                     | 12) Avis sur le plan d'action régional en faveur de la santé bucco-dentaire - 18 octobre 2018 (AP), 4 pages                              |
| 6) Avis sur la note de l'ARS relative au découpage de la planification sanitaire, zones du schéma régional de santé (SRS) - 6 juin 2017 (CP), 1 page | 13) Avis sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé - 24 janvier 2019 (CP), 8 pages        |
| 7) Avis sur la stratégie nationale de santé (SNS) - 17 novembre 2017 (AP), 4 pages   | 14) Avis sur le projet de nouveau zonage orthophonistes - 5 février 2019 (CP), 1 page  |
| <i>AP = assemblée plénière</i>   | 15) Avis sur le projet de nouveau zonage masseurs-kinésithérapeutes libéraux - 14 mai 2019 (CP), 3 pages                                 |
| <i>CP = commission permanente</i>  |  |

## La volonté de se faire entendre au niveau régional et national

La CRSA ne s'est pas limitée à la production des avis prévus par la réglementation. Dans sept cas, les avis rendus résultaient d'une autosaisine. Deux ont concerné l'élaboration du PRS, une l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, une la préparation du découpage en zones de l'offre, une la stratégie nationale de santé, une le plan d'action en faveur de la santé bucco-dentaire et une le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Au niveau régional, la CRSA a ainsi voulu se faire entendre de l'ARS à l'occasion de la préparation du PRS, du zonage de l'offre ou encore en matière de personnes en situation de handicap vieillissantes, mais aussi de l'ARS et du Conseil régional en ce qui concerne le plan régional santé environnement.

Elle a également voulu que la voix des acteurs régionaux porte au niveau national aussi bien à l'occasion de la Stratégie nationale de santé, de façon coordonnée avec la Conférence nationale de santé, mais aussi plus récemment à l'occasion de la loi santé en discussion au Parlement. Dans ce dernier cas, elle ne s'est résolue à s'autosaisir qu'après le refus répété de la Directrice générale de l'offre de soins de saisir les CRSA sur un texte dont personne pourtant ne nie les implications régionales et territoriales.

Cette volonté de faire entendre les acteurs régionaux de la démocratie en santé, elle l'a aussi portée avec les autres CRSA dans le cadre d'une lettre ouverte au Premier Ministre du 22 juin 2017, pour lui présenter de façon "prémonitoire" les attentes et les aspirations concrètes des habitants et des professionnels des régions françaises.

Enfin, tout dernièrement, la Commission permanente a été amenée à souligner que dans les territoires où un besoin d'équipement ou d'activité de soins était constaté, qu'un promoteur avait déposé un dossier recevable ayant reçu un avis favorable de la CSOS, alors l'ARS, en cas de refus d'autorisation de sa part, avait l'ardente obligation de tenir compte de la position de la CSOS en trouvant une solution alternative rapidement pour ne pas faire perdurer la perte de chance pour la population.

## Des liens avec les CTS qui se tissent dans le respect mutuel

Formellement, il n'existe aucune hiérarchie entre la conférence régionale de la santé et l'autonomie et les conseils territoriaux de santé.

Toutefois, le code de la santé publique prévoit des possibilités de saisine réciproques à l'initiative des présidents de chacune des instances.

La première problématique qui s'est posée concerne la représentation des CTS à la CRSA. En effet, les textes n'ayant pas été actualisés, ce sont toujours les conférences territoriales qui sont représentées et non les conseils territoriaux. La décision a donc été prise d'assurer malgré tout une représentation des nouveaux CTS, au moins à titre d'invités.

La CRSA a souhaité ensuite nouer des relations plus directes avec les CTS, notamment dans le cadre de l'élaboration de l'avis sur le PRS. Après plusieurs débats en commission permanente, une première réunion CRSA-CTS s'est tenue le 30 juin 2017. A la suite de cette réunion, il a été décidé un partage réciproque des « sharepoints » de la CRSA et des CTS mis à disposition par l'ARS.

Tous les présidents de CTS ont été invités à participer à la commission permanente du 14 novembre 2017, puis aux réunions consacrées à débattre du projet de PRS. Désormais, les présidents de CTS sont systématiquement invités à chaque commission permanente. Ils sont aussi systématiquement invités aux assemblées plénières de la CRSA. Il faut cependant souligner que ces dispositions n'ont pour l'instant aucun caractère réciproque.

### **Des axes d'action volontaristes au-delà des obligations réglementaires**

L'activité de la CRSA ne se limite pas à répondre aux saisines réglementaires. Pour procéder à des activités spécifiques, la CRSA dispose de plusieurs possibilités. Elle peut tout d'abord s'autosaisir de certains sujets pour rendre un avis. C'est ce qu'elle a fait pour donner son avis sur le plan d'action régional en faveur de la santé bucco-dentaire. La CRSA a voulu ainsi souligner l'importance qu'elle attache à cette dimension de la santé, mal prise en compte par le PRS. La CRSA a également la possibilité de créer des groupes de travail permanent. Comme cela a été indiqué, elle l'a fait sur la thématique de la santé environnementale compte tenu de l'importance des enjeux dans ce domaine.

La commission permanente de la CRSA, une fois l'avis sur le PRS rendu, a également adopté le 9 octobre 2018 un programme de travail portant sur cinq thématiques :

- vaccinations
- délai d'accès aux soins
- directives anticipées
- charte de bonne conduite dans la relation médecin et patient/usager
- qualité de vie au travail

Pour chacun de ces thèmes, un partenariat a été décidé. Au 25 juin 2019, l'avancée sur ces cinq thèmes est très variable. Avec l'ARS et des élus territoriaux, des actions sont en cours de préparation dans le Vienne et en Gironde, notamment autour de la promotion du carnet de vaccination. Les délais d'accès aux soins vont faire l'objet d'investigation de l'ORS en lien avec l'URPS des médecins et l'ARS. Les trois autres thèmes devraient être engagés au troisième trimestre 2019, en lien avec France assos santé Nouvelle Aquitaine, l'URPS médecins libéraux ou l'Observatoire de la qualité de vie au travail.

Enfin, il entre dans les missions de la CRSA de tenir des débats publics (*cf.annexe débats publics*). Les trois ex-CRSA en avaient chacune conduit dans différents domaines. La taille de la Nouvelle Aquitaine rend cependant difficile le prolongement de ces démarches notamment dans le cadre de déclinaison territoriale. Il faut donc imaginer des logiques nouvelles associant CRSA et CTS.

Néanmoins, à l'occasion des débats préparatoires organisés à l'occasion de la prochaine révision des lois bioéthiques, la CRSA a noué un partenariat avec l'Espace régional éthique Nouvelle-Aquitaine (ERENA) sur la question de la fin de vie. Dans l'ex Poitou-Charentes et l'ex Limousin, elle s'est ainsi associée aux débats publics organisés par les espaces éthiques locaux et en ex Aquitaine, elle a organisé un débat public à Bordeaux en lien avec l'espace éthique aquitain.



La CRSA a également organisé un débat sur la vaccination. Celui-ci a permis de mettre en exergue les idées fortes concourant à un climat favorable à la vaccination: utilisation de la Journée de citoyenneté, réflexion sur le service sanitaire, promotion du carnet de vaccination électronique.

En 2018 et 2019, la CRSA et plusieurs de ses membres se sont investis dans la préparation et la réalisation de Forum santé avenir (FSA), porté par le Think Tank Stratégie innovation santé et le journal Sud-Ouest.



## Esprit des lois

Enfin, 4 ans après le vote des lois sur les droits des patients et sur la rénovation de l'action sociale et médico-sociale, la question de l'appropriation des lois reste posée.

Le projet « Esprit des lois » s'inscrit dans un contexte de réflexion sur l'implication des citoyens et des usagers. L'enjeu est d'aller constater les avancées concrètes de l'appropriation des droits sur le terrain, dans les établissements sanitaire et médico-sociaux.

La CRSA en partenariat avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine copilote ce projet qui repose sur un temps de débats et un temps d'interpellation pour marquer une volonté de faire avancer les esprits et les pratiques :

- Une convention « usagers évaluateurs » en 2015
- Un séminaire réunissant des dirigeants d'établissements pour réfléchir et construire autour des résultats de la convention et des pratiques de chacun en 2018

Par ailleurs, la CRSA a décidé d'engager une consultation auprès de ses membres, des membres des CTS et des CDCA. Cette consultation électronique porte sur les six thèmes abordés dans la lettre au Premier Ministre : simplification des procédures administratives, simplification de l'organisation territoriale, réduction des délais d'accès aux soins et aux prises en charge, renforcement de l'accompagnement, action sur les déterminants de santé et réduction des dépenses restant à la charge des ménages et des personnes après intervention des organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires.

## L'ouverture vers l'action d'autres acteurs

La CRSA est naturellement en lien avec tous les acteurs qui la composent, par exemple les collectivités territoriales, les instances professionnelles publics et privées, les associations de patients et d'usagers, etc.

La CRSA Nouvelle Aquitaine, comme toutes les autres CRSA, est représentée au sein de la Conférence nationale de santé. Ses représentants ont participé activement aux travaux de la CNS, mais également à la dynamique spécifiques inter-CRSA. Régionalement, la CRSA est représenté au sein du Conseil de surveillance de l'ARS, au sein des commissions régionales de coordination des politiques publiques, au sein du conseil d'orientation de l'espace éthique régional ou encore au sein de l'Observatoire régional santé-environnement (ORSE).

Dans le cadre de ses contacts, la CRSA Nouvelle Aquitaine a apporté son soutien à la Charte Romain Jacob portée par l'association Handidactique, à la Charte du parcours de santé portée par la CNS, à la Charte de bonne conduite dans la relation médecin et patient/usager portée par l'URPS médecins libéraux. Dans son avis du 23 mai 2018 sur le projet de PRS, la CRSA a demandé, sans être suivie, que ces trois chartes soient intégrées au PRS.

Elle est également la seule CRSA à avoir signé la pétition de la Société française de santé publique pour soutenir Nutriscore.

## **2- DES POINTS FORTS ET DES MOTIFS DE SATISFACTION**

### **L'émergence d'une culture commune et d'une expertise collective de terrain**

La CRSA Nouvelle-Aquitaine s'est construite dans la logique de la fusion des ex régions Aquitaine, Poitou-Charentes et Limousin. Chacun de ses membres, titulaire ou suppléant, a donc été dans l'obligation de prendre la dimension de ce nouvel ensemble géographique. Au-delà de cet aspect, il a fallu aussi dépasser le cadre et les habitudes de fonctionnement des trois ex crsa. Au fil des réunions, des travaux et des avis, la CRSA Nouvelle-Aquitaine se dote progressivement d'une culture et d'une vision communes. Les spécificités « historiques » n'ont pas disparu, mais elles sont clairement une source d'enrichissement et pas un frein. C'était le pari lors de l'installation et on peut dire qu'il est plutôt réussi.

La CRSA rassemble près de 300 membres titulaires et suppléants représentant tous les acteurs publics ou privés, médicaux, paramédicaux et sociaux, institutionnels, usagers, etc... du système de santé de la Nouvelle-Aquitaine.

A eux tous, ils représentent une capacité d'expertise collective de terrain unique. Dans le cadre de la culture commune de la CRSA, cette expertise dépasse largement la seule défense des intérêts de chacun d'eux. La diversité de ces intérêts, comme celle des points de vue, n'empêche pas en effet après débats l'adoption à une très large majorité, voire à l'unanimité, d'avis qui n'en sont pas pour autant édulcorés.

## Un engagement fort dans la préparation du PRS

Comme il se doit, la préparation du PRS a été un moment fort tant dans les activités de l'ARS que dans celles de la CRSA. Par ses avis et par l'implication de ses membres dans les nombreux groupes de travail, la CRSA n'a pas ménagé ses efforts pour apporter sa contribution, bien au-delà des seuls aspects réglementaires.

Le bureau de la CRSA, c'est-à-dire son président et les présidents des quatre commissions spécialisées, a été associé par l'ARS au comité de pilotage du PRS. Par ailleurs, la CRSA a été également très impliquée dans la préparation et la réalisation des journées d'acteurs qui se sont tenues à Angoulême.

Chaque commission a eu l'occasion d'intervenir et de donner son point de vue dans le cadre de l'avis. La CRSA a également associé les CTS à sa réflexion. La consultation des CTS sur le projet de PRS n'étant pas prévu réglementairement, la CRSA avait annoncé d'emblée qu'elle saisirait les CTS en l'absence de consultation des CTS par l'ARS. Elle s'est donc félicitée que les CTS aient été saisis pour avis par l'ARS dans le cadre d'un élargissement volontaire de la démarche de concertation.

## La volonté d'aller vers un réseau des instances de démocratie en santé

La structure de coordination des trois ex-crsa, puis la CRSA Nouvelle-Aquitaine ont toujours souligné la balkanisation de l'organisation territoriale et la nécessité de plus de cohérence à cet égard. Du point de vue de la démocratie en santé, il existe ainsi un territoire régional, mais également des territoires de la démocratie en santé infra-régionaux. Il en existe 12 en Nouvelle-Aquitaine dont les limites suivent celles des départements. Chacun dispose d'un conseil territorial de santé. Il n'existe aucune hiérarchie entre les deux. On peut cependant noter qu'en théorie les CTS ont des représentants en CRSA, mais pas l'inverse. Le Président de la CRSA peut également saisir tout ou partie des présidents de CTS, chaque président de CTS ayant la possibilité de saisir le président de la CRSA.

Il n'existe aucune disposition visant à établir un lien ou une articulation entre les CTS. Par ailleurs, chaque département est doté d'un conseil de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) disposant d'une formation « personnes en situation de handicap » et d'une formation « personnes âgées ».

Très rapidement, comme cela a déjà été évoqué, la CRSA a entrepris d'établir une relation plus explicite avec les CTS. A l'occasion de l'assemblée plénière du 25 juin 2019, des premiers contacts ont été établis avec les vice-présidents des formations des CDCA, d'une part pour leur permettre de participer à la consultation lancée par la CRSA, d'autre part pour les inviter à cette plénière. L'idée, dans le respect mutuel, est de favoriser l'émergence d'un réseau régional pour favoriser la promotion de la démocratie en santé en Nouvelle-Aquitaine.

## Un soutien unifié de l'ARS au fonctionnement de la CRSA

Il revient à l'ARS d'assurer le secrétariat de la CRSA. Contrairement à des modes d'organisation précédents, le Directeur général de l'ARS a décidé de confier à une seule direction, celle du pilotage, de la stratégie et des parcours, la responsabilité d'assurer cet appui logistique pour l'ensemble des instances, assemblée plénière, commission permanente et commissions spécialisées. La CRSA trouve un double avantage à cette organisation. Tout d'abord, elle simplifie et elle homogénéise les relations de la CRSA avec les services de l'ARS. Ensuite, la CRSA a pu remarquer, comparativement à une organisation partageant le secrétariat de la CRSA, qu'elle avait un effet positif sur la circulation de l'information entre les différentes directions de l'ARS.

La CRSA est tout à fait consciente des efforts importants demandés à l'ARS Nouvelle-Aquitaine en termes de réduction d'effectifs. C'est pourquoi à l'occasion de ce rapport d'activité, elle tient à souligner l'engagement et la motivation des personnels de la Direction du pilotage, de la stratégie et des parcours, mais aussi de la direction de l'offre de soins et de l'autonomie, de la direction de la santé publique ou encore, pour la réalisation du logo de la CRSA, du service de communication. Au-delà des problématiques de secrétariat, les différentes instances de la CRSA ont ainsi pu bénéficier de l'expertise des équipes de l'ARS.

Le bureau de la CRSA se félicite aussi des possibilités d'échanges qu'il a pu avoir avec la Directrice générale adjointe de l'ARS à l'occasion du PRS ou avec le Directeur général de l'ARS dans le cadre de rencontres spécifiques.

### **3- DES POINTS FAIBLES ET DES REGRETS**

#### **Un effet « grande » région qui pèse sur le fonctionnement**

Les adaptations introduites après le passage en « grande » région n'ont pas produit tous les effets espérés. La visio-conférence s'avère être un outil toujours laborieux et mal maîtrisé, d'une qualité technique souvent insuffisante. Au niveau des instances de la CRSA, les réunions décentralisées ont été peu nombreuses. Et quand elles ont lieu, leur effet sur la participation n'est pas patent. Au-delà des questions symboliques, la localisation de Bordeaux est de facto assez centrale en Nouvelle-Aquitaine, paradoxalement davantage qu'en ex-Aquitaine. En revanche, les conditions d'accès et de sortie sont à Bordeaux très problématiques par la route, décourageant la participation.

Les liaisons par train ne sont pas toujours pratiques ou n'ont pas la régularité qu'elles devraient avoir.

D'une manière générale, les membres de la CRSA venant de l'ex-Poitou-Charentes ou de l'ex-Limousin estiment que le fonctionnement général de l'ARS, des autres services de l'Etat, du Conseil régional est beaucoup plus laborieux et compliqué que celui qu'ils connaissaient auparavant. Il y a beaucoup moins de proximité, les circuits de décision sont plus longs, tout remonte à Bordeaux. Pour l'instant, en tant qu'acteurs de santé, la valeur ajoutée de la fusion des trois ex-régions ne leur semble pas patente. Il est clair que les ex-aquitains ont un jugement plus nuancé dans la mesure où ils n'ont pas perdu en proximité.

#### **Une mobilisation des membres plus difficile avec le temps**

Les membres de la CRSA, souvent encore en activité professionnelle, ont des agendas fort remplis. Pour tenir compte de ces contraintes, il existe deux possibilités alternatives. Chaque membre titulaire dispose habituellement de deux suppléants, sauf en cas de non-désignation. Si les suppléants sont eux-mêmes indisponibles, le titulaire peut donner mandat à un autre membre titulaire. Force est de constater, et de regretter, que ces deux possibilités ne soient pas utilisées comme elles devraient l'être, faisant ainsi fléchir la participation, au risque parfois de poser un problème de quorum.

Malgré des appels répétés du secrétariat de la CRSA, de son président ou des présidents de commission, la situation ne s'est pas véritablement améliorée.

De la même manière, encore trop de membres de la CRSA ne signalent pas leur présence ou leur absence en réponse aux convocations, obligeant les services de l'ARS à des relances fastidieuses.

Le taux de participation aux instances de la CRSA varie selon les instances. Sur l'ensemble de la période, il est voisin de 70 % pour la commission de l'organisation des soins et la commission permanente, de 60 % pour les commissions prévention et droit des usagers du système de santé, de 50 % pour la commission prises en charge et accompagnements médicaux sociaux. La participation aux assemblées plénières s'établit à 60 % et elle est restée relativement stable dans le temps. En revanche, pour toutes les autres instances, la participation a diminué entre les périodes 2016-2017 et 2018-2019. La baisse est modérée pour la commission de l'organisation des soins et la commission prévention. Elle est plus marquée pour la commission permanente et les autres commissions spécialisées.

Ces évolutions peuvent s'expliquer par le besoin de « souffler » après le fort engagement lié à l'élaboration du PRS. Mais dans le contexte social récent, certains membres font remonter leur lassitude devant la multiplication des débats, le peu d'effets qu'ils trouvent à ces débats et s'interrogent sur la valeur ajoutée d'instances consultatives comme la CRSA. Ils sont alors tentés d'arbitrer au profit de leur fonction professionnelle, de leur établissement ou service, de leurs patients, etc.

### Une prise en compte insuffisante de la CRSA et de ses avis

Par nature, la valeur ajoutée d'une instance consultative se mesure à la façon dont ses travaux et ses avis sont pris en compte. Et d'abord dans un cadre réglementaire. Le plus important d'entre eux concerne le PRS. Dans son avis du 17 mars 2017 adopté à l'unanimité, l'assemblée plénière de CRSA avait ainsi formulé six recommandations pour l'élaboration du PRS. A l'occasion de son avis du 23 mai 2018 sur le projet de PRS qui lui était soumis, elle constate que ces recommandations sur l'architecture générale n'ont été que très partiellement suivies, notamment en matière de priorités, malgré une inflexion en fin d'élaboration, d'articulation entre le PRS et l'organisation territoriale, ou encore de dimension prospective, en particulier en matière de dynamique territoriale. D'autres remarques plus spécifiques ou ponctuelles ont été cependant retenues et intégrées, y compris à la suite des débats en assemblée plénière lors d'un dialogue avec le Directeur général de l'ARS.

Une autre illustration concerne l'avis sur le projet de définition des zones du schéma régional de santé. Réglementairement, cet avis est donné par la seule CSOS, mais le Directeur général de l'ARS a décidé de saisir également l'ensemble de la CRSA. Malgré la dimension très positive de cette démarche, qu'elle a soulignée, la CRSA n'a pu que constater, là encore, qu'elle n'avait pas été écoutée. Et pas par manque de temps ! En effet, le projet de définition des zones a fait l'objet d'une première présentation à la CSOS le 2 juin 2017. Le 6 juin 2017, la Commission permanente a pris connaissance de la note présentée par l'ARS à la CSOS. Dans un avis adopté à l'unanimité, la Commission permanente soulignait à la suite des débats en CSOS et en Commission permanente que ce projet avait besoin d'être approfondi, notamment sur la prise en compte des « agglomérations » ou la pertinence du découpage départemental pour les zones dites de « proximité ».

Il s'avère que le projet officiellement soumis à la CSOS et à la CRSA en novembre 2017 est très peu différent de celui de juin 2017. Autrement dit le délai de 5 mois entre juin et novembre 2017 n'a pas été mis à profit par l'ARS, en concertation avec la CRSA et les CTS, pour étudier l'intérêt de nouvelles approches.

Les membres de la CSOS, commission ayant la plus forte dimension réglementaire, constatent pour leur part que sur les dossiers de demande d'autorisation, leur avis n'est qu'exceptionnellement suivi quand il n'est pas conforme à celui du rapporteur de l'ARS.

Hormis les saisines obligatoires car réglementaires, la CRSA n'est quasiment jamais saisi pour avis par l'ARS, à l'exception notable de la concertation sur le PRSE 3.

Pourtant les occasions ne manquent pas. Par exemple sur les orientations et l'utilisation du FIR, mécanisme principal d'intervention de l'ARS. En ex Aquitaine, en fin de mandature, la CRSA était consultée sur le bilan du FIR et sur sires orientations. Aujourd'hui, rien de tel, ni sur les activités de l'ARS. Dans son avis sur le PRS du 23 mai 2018, la CRSA demandait « d'associer systématiquement les instances de la démocratie en santé, CRSA et CTS, à la mise en œuvre du PRS dans le cadre d'une concertation et d'une consultation lors de l'élaboration par l'ARS de sa feuille de route annuelle ou pluriannuelle et de son suivi. La CRSA n'a pas été consultée sur l'élaboration des plans territoriaux de santé, en particulier à l'occasion du choix des priorités à retenir. C'est l'occasion de sortir de la situation actuelle où la CRSA n'a aucune visibilité sur l'ensemble des activités de l'ARS.

Si l'on admet aujourd'hui que les patients puissent avoir une véritable expertise qui doit être prise en compte, il est grand temps de considérer que les 300 membres de la CRSA (titulaires et suppléants) disposent eux-aussi d'une véritable expertise collective de terrain dont la mobilisation ne peut qu'apporter de la valeur ajoutée à la politique de santé régionale. »

La préparation de la loi santé actuellement en discussion au Parlement en témoigne de manière très symbolique. Alors que cette loi concerne très directement l'organisation régionale et territoriale des soins, comme elle l'a du reste admis, la Directrice de l'offre de soins, malgré deux sollicitations, a refusé de saisir pour avis les CRSA au motif qu'il s'agissait d'un texte national ! Il a fallu que la CRSA s'autosaisisse pour donner son avis.

Ce manque d'écoute, d'attention et même de « bienveillance » pour reprendre un terme souvent utilisé aujourd'hui ne concerne pas que la dimension régionale.

Il n'est donc pas surprenant que de plus en plus de membres de la CRSA, mais aussi des CTS, s'interrogent sur l'utilité et la valeur ajoutée des instances de démocratie en santé. D'autant plus qu'ils ont réalisé beaucoup d'efforts pour produire des avis étayés, argumentés, constructifs. Le sentiment que tout soit déjà joué au moment de la consultation de la CRSA ou que tout se joue ailleurs est fort. Ce ressenti s'ajoute à celui qui traverse une grande partie de la société française et que traduit la crise des gilets jaunes.

### **Un statut à l'origine d'un positionnement difficile**

Les difficultés de la CRSA à être écoutée viennent sans doute en partie de ses difficultés de positionnement, à partir du moment où la CRSA estime que son rôle ne se borne pas à rendre uniquement les avis prévus par la réglementation.

Structure régionale, son positionnement est difficile par rapport à celui des CTS, dont la proximité avec les acteurs des territoires est par nature plus importante et davantage valorisée. Pourtant la dynamique régionale ne se résume pas à la juxtaposition des dynamiques territoriales.

Structure placée auprès de l'ARS, son positionnement est difficile par rapport aux autres services de l'Etat, mais plus encore vis-à-vis des collectivités territoriales, conseil régional et conseils départementaux notamment. Pourtant, ces collectivités gagneraient sans doute à faire appel à la capacité d'expertise collective de la CRSA.

Structure rendant des avis essentiellement pour un service de l'Etat, son positionnement est difficile par rapport à la presse et à la médiatisation de ses avis. Pourtant, cette médiatisation est sans doute nécessaire pour promouvoir le débat public sur les enjeux de santé, même au risque de jouer les troubles fêtes.

Structure de démocratie en santé porteuse de droits collectifs, son positionnement est difficile par rapport aux associations de patients et d'usagers ainsi que par rapport aux citoyens tous inscrits dans la promotion de droits individuels. Pourtant, associer des droits collectifs aux droits individuels est essentiel pour échapper à la tentation de l'individualisme.

# Dates clés



8 assemblées  
plénières

**11 juillet 2016** : séance d'installation de la CRSA  
Nouvelle-Aquitaine

Election du Président

Election des membres des commissions  
spécialisées et de la commission permanente  
Bertrand Garros est élu président de la CRSA  
N-A

**21 octobre 2016** : avis sur le projet de définition des  
territoires de démocratie en santé

Adoption du règlement intérieur

Mise en oeuvre de la loi de modernisation

Présentation de la démarche régionale de  
l'accès aux soins préventifs et curatifs des  
personnes en situation de handicap

**17 mars 2017** :

Validation du logo de la CRSA

Point d'étape du PRS et avis de la CRSA

Présentation de la Charte parcours de santé  
de la Conférence nationale de santé par le  
Professeur Emmanuel Rusch

La santé des soignants, résultats des  
enquêtes menées en ex-Limousin par le  
Docteur Pierre Ferleye

**17 novembre 2017** :

Etat d'avancement du PRS et de ses  
composantes

Avis sur le zonage des activités de soins, des  
équipements de matériels lourds, des examens  
de biologie médicale du schéma régional de  
santé

Avis sur la stratégie nationale de santé

**26 avril 2018** :

Association de la CRSA à la charte sur les  
droits et devoirs des médecins et des  
médecins proposée par les URPS médecins-  
libéraux

Adoption de la trame d'avis sur le PRS

**23 mai 2018** :

Avis sur le PRS

Avis sur le zonage "médecins"

**18 octobre 2018** :

Avis sur le plan d'action régional en faveur de  
la santé bucco-dentaire

Programme d'activité de la CRSA

Evolution de Via Trajectoire

Information sur le déploiement de nouveaux  
dispositifs d'organisation en Nouvelle-  
Aquitaine (CLS, PTA, CPTS, article 51)

**25 juin 2019** :

Rapport d'activité 2016-2019

Suivi par la CRSA de la mise en oeuvre du PRS

Suivi par la CRSA de l'état d'avancement des  
dynamiques territoriales (CLS, PTA, CPTS,  
maisons de santé...)

Consultation des membres de la CRSA, des CTS  
et des CDCA : présentation des résultats et  
débat sur les six thèmes abordés

# Quelques éléments chiffrés



**Assemblée plénière** : 9 réunions avec une participation moyenne de 60,5 % (61,7 % en 2016-2017 et 59,4 % en 2018-2019)

**Commission permanente** : 24 réunions avec une participation moyenne de 69,0 % (79,6 % en 2016-2017 et 58,4 % en 2018-2019)

**Commission spécialisée organisation des soins** : 31 réunions avec une participation moyenne de 72,1 % (77,0 % en 2016-2017 et 67,3 % en 2018-2019)

**Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers** : 13 réunions (dont 2 consacrées à l'examen des appels à projets spécifiques en démocratie sanitaire) avec une participation moyenne de 60,6 % (69,2 % en 2016-2017 et 51,9 % en 2018-2019)

**Commission spécialisée dans la prise en charge et les accompagnements médico-sociaux** : 12 réunions avec participation moyenne de 49,7 % (56,4 % en 2016-2017 et 42,9 % en 2018-2019)

**Commission spécialisée de Prévention** : 15 réunions avec une moyenne de participation de 64,4 % (66,4 % en 2016-2017 et 62,4 % en 2018-2019)

# DEUXIÈME PARTIE : APPROCHE PAR COMMISSION SPÉCIALISÉE

## 1- La commission spécialisée dans l'organisation des soins



Olivier Jourdain  
Président de la CSOS

La commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) est l'une des quatre commissions spécialisées de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). En ce sens, elle est une instance à part entière de démocratie en santé. La CSOS contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

La CSOS se réunit une fois par mois. Elle rassemble 44 membres titulaires, élus, représentants des usagers, représentants des associations, offreurs de services de santé, acteurs de cohésion et de prévention...constituant un ensemble varié de participants échangeant autour de thématiques liés au projet régional de santé, à la politique d'implantation, au zonage, à la permanence des soins ou encore à la politique de contractualisation.

Le secrétariat de la CSOS est assuré par la Direction du Pilotage, de la Stratégie et des Parcours. Cependant le champ de compétences de la CSOS exige une coopération avec la Direction de l'Offre de Soins et de l'Autonomie (DOSA) ainsi qu'avec les Délégations Départementales (DD) en charge de la rédaction des rapports sur les différentes demandes d'autorisation émanant de leur territoire.

Par ailleurs la CSOS formule des avis sur toutes les autorisations sanitaires et de matériels lourds de la région, qu'il s'agisse de nouvelles autorisations ou de renouvellements.

La CSOS a dès le début de la mandature :

- demandé l'installation de la visioconférence entre le siège de Bordeaux où se sont déroulées toutes les réunions et les DD de façon à éviter des transports fastidieux aux promoteurs et rapporteurs des dossiers autant que faire se peut. La CSOS remercie l'ARS pour la mise en place de cette technologie qui fonctionne même si elle est encore parfois perfectible.

Aucune réunion n'a pu être délocalisée au vu de la multiplicité des services et des délégations mises en jeu lors de chaque réunion. Ceci pourrait être réévalué, l'organisation de réunions délocalisées n'étant pas écartée par principe.

- mis en place dès 2017 une simplification des procédures par la modification du règlement intérieur. Ces modifications portées par la CSOS ont été adoptées à l'unanimité par l'assemblée plénière du 24 janvier 2017. Il s'agit de différencier 3 types de procédures d'examen des dossiers d'autorisation devant être examinés en séance :

➤ **Procédure normale** qui implique la présence en séance (ou visio) du promoteur et du rapporteur sur les dossiers les plus complexes

➤ **Procédure simplifiée** qui n'exige plus leur présence en séance pour des dossiers qui n'appellent pas d'observations particulières et ayant reçu un avis favorable

➤ **Procédure allégée** : présentation sous forme de tableau synthétique des demandes ayant reçu un avis favorable portant sur des confirmations des autorisations suite à cession, remplacements EML, transferts au sein d'un même territoire de santé.

Pour ces deux derniers types de procédures, le promoteur ou l'un des membres de la CSOS peut demander avant l'examen du dossier le passage en procédure ordinaire. B

Bilan

De septembre 2016 à juillet 2017, 86 demandes d'autorisations étudiées, en 10 réunions, répartis comme suit :

Type de procédure	Nombre de dossiers	% (86 dossiers)
Procédure ordinaire	50	58.14%
Procédure simplifiée	14	16.28%
Procédure simplifiée allégée	22	25.58%

Suivi des avis : la CSOS a suivi les avis des rapporteurs à hauteur de 91,67% (soit 77 dossiers présentés sur 84). Parmi les 7 dossiers divergents, le Directeur général a suivi l'avis du rapporteur et pas celui de la CSOS pour la totalité des dossiers.

De septembre 2017 à juillet 2018, 89 demandes d'autorisations étudiées, en 11 réunions, répartis comme suit :

Type de procédure	Nombre de dossiers	% (89 dossiers)
Procédure ordinaire	29	32,58
Procédure simplifiée	25	28,09
Procédure simplifiée allégée	35	39,33

Suivi des avis : parmi les dossiers examinés la CSOS a suivi les avis des rapporteurs à hauteur de 96,34% (soit 79 dossiers présentés sur 82). Parmi les 3 dossiers divergents, le Directeur général a suivi l'avis avec mention de la CSOS pour un dossier.

La CSOS a émis 6 avis avec mention/réserve qui ont permis :

- à deux promoteurs de redéposer un dossier dont la demande en deuxième passage a été autorisée par le Directeur général
- pour un dossier divergent, entre le rapporteur et la CSOS, une autorisation.

Il est à noter que pour deux dossiers, les avis émis par la CSOS avec mention sont convergents avec ceux des rapporteurs et les décisions prises par le Directeur général.

De septembre 2018 à décembre 2018, 31 demandes d'autorisations étudiées, en 4 réunions, répartis comme suit :

Type de procédure	Nombre de dossiers	% (89 dossiers)
Procédure ordinaire	15	48,39
Procédure simplifiée	1	3,22
Procédure simplifiée allégée	15	48,39

Depuis le début de la mandature, outre les dossiers d'autorisation, de nombreuses thématiques ont été abordées (voir encadré) à la demande de l'ARS ou de la CSOS elle-même. Certaines sont encore en attente.

De Janvier 2019 à avril 2019, 57 demandes d'autorisations étudiées, en 4 réunions, répartis comme suit :

Type de procédure	Nombre de dossiers	% (57 dossiers)
Procédure ordinaire	33	57.90
Procédure simplifiée	22	38.60
Procédure simplifiée allégée	2	3.50

A fin avril 2019, parmi les 57 dossiers examinés, tous ont fait l'objet d'une décision du directeur général de l'ARS, sauf 9 dossiers en cours. Sur ces dossiers, certains ont fait l'objet :

- pour 38 dossiers, d'une autorisation (avis favorable de l'ARS et la CSOS).
- pour 10 dossiers, d'un refus d'autorisation de l'ARS (3 avis défavorables de la CSOS et 7 avis favorables de la CSOS – 10 avis défavorables de l'ARS),
- pour 9 dossiers, dossiers en cours d'autorisation.

La CSOS a suivi les avis des rapporteurs à hauteur de 71,92 % (soit 41 dossiers présentés sur 57).

## Thématiques abordées

- > Projet de définition des territoires de démocratie sanitaire
- > Evaluation des centres périnataux de proximité (CPP)
- > Dispositifs de coordinations des soins de proximité
- > Mise en œuvre, en Nouvelle-Aquitaine, des plateformes territoriales d'appui, des communautés professionnelles de territoires de santé et des équipes de soins primaires
- > Projet BAHIA
- > Accessibilité financière
- > Etat des lieux de la santé bucco-dentaire en Nouvelle-Aquitaine
- > SRS : zone de l'offre
- > Prévention de la radicalisation
- > Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins – CAQES
- > La vaccination
- > Organisation des urgences
- > Prévention du cancer du sein et du col de l'utérus
- > HAD : bilan d'étape du plan d'action régional et modification des zones d'intervention
- > Parangonnage chirurgie ambulatoire / bloc opératoire
- > Parangonnage imagerie médicale
- > Projet de charte de la commission éthique de l'URPS médecins libéraux NA
- > Plan relatif à l'ONDAM 2
- > Les GHT

## 8 avis et/ou préparation d'avis

- > Point de vue de CRSA sur la SNS – contribution de la CSOS
- > Avis sur le projet soumis par l'ARS des zones des activités de soins, des équipements matériels lourds, des examens de biologie médicale du schéma régional de santé
- > Reconnaissance d'un besoin exceptionnel d'implantation d'un IRM dans le territoire Deux-Sèvres tenant à une situation d'urgence et impérieuse nécessité de santé publique
- > Reconnaissance d'un besoin exceptionnel d'implantation d'un IRM dans le territoire Deux-Sèvres tenant à une situation d'urgence et impérieuse nécessité de santé publique
- > Avis de la CRSA relatif au PRS
- > Préparation de l'avis relatif à la définition du nouveau zonage médecin
- > Retours groupe de travail PDSSES
- > Préparation de l'avis relatif à la définition du nouveau zonage orthophoniste

Les débats autour de ces thématiques ont été riches et constructifs avec toutefois le regret récurrent de la CSOS d'un manque de simplification dans les procédures administratives quelles qu'elles soient.

La CSOS se félicite d'avoir en son sein des compétences variées et de qualité permettant souvent d'éclairer les débats en séance. Les échanges avec l'ARS et la DOSA en particulier ont permis d'éclairer le vote de l'ensemble des membres. Toutefois la CSOS regrette que sa proposition de mettre ses compétences à disposition des services de l'ARS en amont de l'examen des dossiers n'ait jamais été prise en compte.

La CSOS se félicite que l'ARS lui fasse part, aussitôt que possible, des décisions du Directeur général sur toutes les demandes d'autorisation. Ceci permet à la commission de suivre le devenir des dossiers et d'avoir ainsi une meilleure connaissance de l'offre de soins sur les territoires.

Cependant la CSOS regrette que son avis n'ait été qu'exceptionnellement suivi en cas de discordance avec l'avis de l'ARS. Ceci semble de nature à démobiliser les membres qui perçoivent de moins en moins l'utilité de leur engagement. Dans ce type de situation il est d'ailleurs regrettable que nombre de ces dossiers aboutissent à des recours dont une partie significative aboutit.

Sur ces derniers points, la CSOS tient à souligner que la Direction générale de l'ARS a accepté suite à sa demande d'explicitier par écrit les arguments l'ayant conduit à ne pas suivre l'avis de la commission. De même la CSOS a demandé et obtenu que l'ARS lui communique l'ensemble des résultats des recours entrepris, toujours dans le souci d'une information complète de la commission.

## 2- La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers



Patrick Charpentier  
Président de la CSDUSS

La commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé (CSDUSS) a pour mission principale d'évaluer la façon dont les droits des usagers sont respectés et à formuler des propositions d'actions afin d'améliorer la connaissance et le respect de ces droits.

La CSDUSS se réunit une fois par trimestre en séance. Elle réunit 10 membres parmi lesquels 6 proviennent du collège des usagers des services de santé et médico-sociaux. En séance, la CSDUSS est chargée d'élaborer un rapport spécifique sur l'évaluation des conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés :

- Les droits des usagers du système de santé
- L'égal accès aux services de santé pour tous
- La qualité des prises en charge dans les domaines sanitaire et médico-social

Deux réunions supplémentaires par an sont consacrées à l'examen des projets déposés dans le cadre :

- de l'appel à projets lancé par l'A.R.S. Nouvelle-Aquitaine consacré à l'engagement des gestionnaires et acteurs de santé en démocratie en santé.
- de l'appel à projets national label et concours droits des usagers.

Les membres de la CSDUSS font partie intégrante du jury d'examen des projets qui se prononce tant sur la qualité dans le cadre du respect du cahier des charges que sur l'éligibilité à un financement.

Dans le droit fil de l'association systématique des présidents des C.T.S. aux réunions de la commission permanente, les présidents des formations des usagers vont être systématiquement invités à participer aux réunions de la CDUSS sur des sites regroupés par le biais de la visio-conférence.

## Les membres de la commission ont été informés et ont débattu sur les points suivants de 2016 à 2018 :

- > Le projet de définition des territoires de démocratie sanitaire
- > La mise en place des instances de démocratie sanitaire : commission des usagers, G.H.T., C.T.S., C.D.C.A.
- > Les relations représentations des usagers/CRSA/CTS/GHT/CDCA Nouvelle-Aquitaine
- > Le bilan synthétique des signalements et événements indésirables reçus par la C.V.A.G.S. via le point focal
- > La formation des représentants des usagers, agrément national des associations
- > La participation et la représentation des usagers en Conseil de la vie sociale « information/formation » : sollicitations 2017/2018
- > La participation de la région Nouvelle-Aquitaine à l'expérimentation de la mise en place d'un quichet unique d'accueil et d'accompagnement des réclamations en santé par les C.T.S.
- > La présentation de l'outil de communication sur la chirurgie ambulatoire
- > Les travaux du groupe de travail usagers dans le cadre du P.R.S. « aller vers et pouvoir d'agir »
- > Les liens entre la C.D.U.S.S. et les C.T.S. (commission santé mentale, formation droits des usagers)
- > Le rapport annuel droits des usagers
- > La journée Esprit des Lois

### Avis rendu

- > Avis sur le P.R.S.

## Les recommandations de la CSDUSS

### > Renforcer les liens avec les territoires.

La CRSA Nouvelle Aquitaine en lien avec l'ARS Nouvelle-Aquitaine a souhaité favoriser un rapprochement avec les CTS et leurs présidents et l'on ne peut que s'en féliciter. Afin de renforcer cette dynamique la CSDUSS a concrétisé le partenariat entre sa commission, les CTS et plus précisément les présidents des formations « expression des usagers » des 12 territoires de démocratie en santé de la région. Trois rencontres décentralisées se sont tenues en 2019 le 8 avril à Niort le 30 avril à Limoges et le 15 mai à Bordeaux.

### > Renforcer la place des représentants des usagers

Dans le champ sanitaire : Il convient de dépasser l'analyse statistique du rapport annuel de la Commission Des Usagers et lui donner une consistance plus effective et concrète sur les projets en cours.

L'année 2019 verra le renouvellement des Représentants Des Usagers en CDU dans les 250 établissements publics et privés de la Nouvelle-Aquitaine.

C'est l'occasion de dresser un véritable bilan : « regard des usagers » sur l'évaluation de cette première mandature nouvelle version sur les trois dernières années et de renforcer la formation au bénéfice des représentants des usagers dans toutes les instances et organisations de démocratie en santé.

Il s'agira ensuite de donner tout son sens et toute sa place aux attributions de la CDU en prévoyant qu'elle soit informée des actions correctives mises en place en cas d'événements indésirables graves, qu'elle puisse analyser, qu'elle recueille les observations réalisées par les associations conventionnées intervenant dans l'établissement et qu'elles puissent proposer un « PROJET DES USAGERS » en vue de l'élaboration du projet d'établissement.

Dans le champ social et médico-social : Il est nécessaire de porter encore plus d'efforts sur les Conseils de la Vie Sociale. Pour cela, la CSDUSS a réalisé une trame du rapport annuel du conseil de la vie sociale qui sera diffusée en 2019 à tous les établissements concernés de la Nouvelle-Aquitaine. La CSDUSS appelle de ses vœux à un renforcement des Conseils de La Vie Sociale Départementaux par le biais de ½ journée d'information et par la formation sur 1 journée.

Parallèlement il est urgent de redonner toute sa place aux personnes qualifiées qui ont vocation à jouer un rôle de médiateur pour venir en aide dans l'accompagnement des usagers et familles des établissements des services sociaux et médico-sociaux.

La CSDUSS souhaite également favoriser le rapprochement et la transversalité d'un travail à échelle départementale entre les CTS et les CDCA.

**> Renforcer les outils au service de la démocratie en santé**

Il s'agira de diffuser massivement la charte de bonnes conduites Usagers patient/professionnels en partenariat avec l'URPS médecins libéraux. Il est également nécessaire de communiquer sur les directives anticipées. Tout projet de loi lié à un déterminant de santé doit être accompagné d'une évaluation par une étude d'impact sur la santé de la population de la nouvelle aquitaine et pour cela généraliser le patient TRACEUR.

### 3- La commission spécialisée prévention



Jean-Louis Reynal,  
Président de la CSP

La commission spécialisée de prévention (CSP) s'attache à formuler des propositions sur la politique régionale de prévention, notamment sur son volet réduction des inégalités sociales et géographiques de santé.

Elle se réunit une fois tous les deux mois et se compose de 30 membres issus de différents collèges de la CRSA. Elle travaille en lien avec la commission de coordination des politiques publiques compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé. Aussi, son périmètre de compétence couvre le champ de la veille et de la sécurité sanitaires.

#### Les recommandations de la CSP

##### > Contribuer à définir et à mettre en œuvre, formuler des propositions

L'article D. 1432-36 du Code de la santé publique, confie à la commission spécialisée de prévention trois grands rôles :

- Contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de prévention, c'est-à-dire préparer un avis sur le projet de schéma régional de prévention, ainsi que sur sa révision, son suivi et les résultats de son évaluation
- Formuler toute proposition sur la politique régionale de prévention, notamment pour réduire les inégalités sociales et géographiques de santé dans la région
- Etre informée :
  - des mécanismes mis en place par la commission de coordination des politiques publiques compétente dans le secteur de la prévention pour assurer la complémentarité des actions de prévention et de promotion de la santé et la cohérence de leurs financements
  - du bilan d'activité de cette commission établi chaque année par le directeur général de l'agence régionale de santé
  - des résultats de l'agence en matière de veille et de sécurité sanitaires.

Les membres de la commission remercient l'ARS et en particulier les directions du pilotage de la stratégie et du pilotage des parcours et de la santé publique, qui appuient et accompagnent cette commission dans l'exercice de ses missions.

Pour favoriser les liens avec la commission de coordination du secteur de la prévention, elle a désigné l'un de ses membres pour participer, sur invitation du Directeur général de l'ARS, aux réunions de cette instance.

Dans cette logique de recherche de liens et de transversalité, la CSP a également nommé deux autres de ses membres pour la représenter au sein de la CSOS et au sein de la CSPAMS.

Au rythme de la planification, de l'actualité et du calendrier des politiques de prévention. Ces trois premières années de mandature ont été rythmées par deux grandes catégories d'ordre du jour : la planification nationale et régionale de la politique de santé en vue de la contribution à l'avis réglementaire de la CRSA d'une part, le traitement de thématiques apportées par l'ARS en fonction de son actualité et calendrier en matière de politique de prévention, d'autre part (exemple : le mois sans tabac).

S'agissant de la première catégorie, la CSP a consacré une part importante de ses séances à l'examen de la stratégie nationale de santé, puis du SRS et du PRS. A cette occasion, elle a regretté l'absence de diagnostic de l'offre de prévention dans le SRS, et exprimé une série de recommandation reprises dans les avis rendus par la CRSA sur ces deux documents.

La deuxième catégorie de sujets, en raison de sa forte variété (voir encadré), a demandé aux membres la CSP une forte réactivité dans la compréhension des présentations apportées par les agents de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, ainsi qu'une grande capacité à formuler, séance tenante, des remarques éclairées et circonstanciées sur les contenus révélés.

➤ **Inscrire les travaux de commission dans une continuité réflexive et constructive**

Si la variété de sujet a l'avantage d'écartier la monotonie, la succession de questions, sans réel fil conducteur, peut faire naître et nourrir le sentiment d'un traitement superficiel des sujets, et avec lui, l'impression d'évaporation et de perte dans le temps des remarques, observations et recommandations de la commission.

Pour lutter contre ce sentiment, la CSP a convenu avec la direction de la santé publique de dédier durant plusieurs séances consécutives, un point de l'ordre du jour à un thème particulier. Cette mesure a pour but de permettre, un enchaînement de présentations et consultations sur le thème choisi propice à la réflexion et la capitalisation des contributions des membres. Le thème des données probantes en matière d'actions de prévention, a inauguré cette nouvelle modalité de travail.

Dans ce même souci de construire des propositions sur la politique de prévention, la CSP a décidé de se saisir de 4 thèmes de travail :

- La vaccination en lien avec l'action portée par la commission permanente et la commission spécialisée de l'organisation des soins
- La réorganisation du dépistage des cancers et leurs conséquences pour les habitants et les acteurs des territoires de santé
- L'offre de prévention à la main de l'ARS., ses acteurs, ses modes de coordination et ses modalités de financement
- La prévention et la promotion à la santé des personnes précaires accueillies dans les structures médico-sociales, en lien avec la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux.

La CSP a formulé 7 recommandations sur l'axe 1 du PRS « renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé » :

- Expliciter les modalités de coordination des acteurs de prévention et d'évaluation des actions de prévention
- Prévoir des actions pour améliorer la lisibilité et l'accessibilité de l'offre de prévention sur la base d'objectifs explicites d'amélioration
- Ne pas en rester à l'ambition de promouvoir le pouvoir d'agir des personnes mais de prévoir des leviers pour y parvenir
- Intégrer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prévention et la prévention dans le parcours de santé
- Élargir le périmètre de la promotion de la qualité de l'air intérieur à l'ensemble des locaux publics et privés
- Renforcer très substantiellement la promotion de la vaccination en identifiant des objectifs opérationnels beaucoup plus détaillés et précis
- Développer la prévention et la promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap, en particulier la prévention de la survenue du handicap.

Au cours des séances de travail, les membres de la CSP ont rappelé régulièrement leur attente de retours de l'ARS Nouvelle-Aquitaine sur ces recommandations et ont fait part des préoccupations suivantes :

- > Garantir l'équité territoriale de l'offre de prévention : il est capital d'assurer une prise en compte équitable des besoins de prévention sur tous les territoires, aucun ne devant être réduit au statut de zone périphérique.
  
- > Fiabiliser les données de la couverture vaccinale : après avoir signalé que les carnets de santé, au contenu défini nationalement dans le cadre d'un CERFA, faisait toujours référence à l'ancien calendrier vaccinal, la CSP craint que les chiffres de la couverture vaccinale régionale exploités par la DREES et Santé publique France, en particulier concernant les jeunes enfants, affichent des taux élevés surestimés.
  
- > Améliorer le format de l'offre d'éducation thérapeutique : la CSP perçoit un écart important entre le nombre de patients diabétiques en ALD et le nombre de patients accédant au programme d'éducation thérapeutique, elle s'interroge sur les modalités de la sélection des patients et sur les leviers mobilisables pour la prise en charge de tous les autres patients.
  
- > Participer aux appels à projet des actions de prévention : la CSP a exprimé le vœu d'être associée à la procédure d'appel à projet organisée par l'ARS, lorsqu'ils présentent une dimension régionale.

Les points suivants ont été successivement abordés de 2016 à 2019, la commission ayant été particulièrement active dans les réflexions relatives au S.R.S. et au P.R.S. :

- > Travaux sur les préconisations à promouvoir en matière de prévention dans la perspective du P.R.S.
- > Le projet Impact air – ville de La Rochelle
- > Le volet prévention bucco-dentaire de l'URPS
- > L'épidémie de rougeole en Nouvelle Aquitaine
- > Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (P.R.A.P.S.)
- > La contribution de la commission spécialisée prévention au rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé
- > La vaccination
- > Education Thérapeutique (bilan et perspectives des 449 programmes autorisés, critères unifiés en Nouvelle-Aquitaine pour l'autorisation ou le renouvellement des programmes, structuration)
- > La stratégie nationale de santé : présentation et contribution de la commission
- > Présentation de l'enquête zoom santé
- > L'axe 1 du S.R.S. Nouvelle-Aquitaine
- > La prévention et le dépistage du cancer
- > Le projet zoom santé
- > Le service sanitaire en Nouvelle Aquitaine
- > Le projet de label maternité

**La présentation des données probantes en santé enrichira les travaux de la commission spécialisée en 2019.**



## 4- La commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux



Aurély Bougnoteau,  
Présidente de la CSPAMS

La commission spécialisée pour les prises en charge et les accompagnements médico-sociaux (CSPAMS) est chargée de formuler des avis sur les besoins et les priorités d'action dans le champ médico-social, concernant les personnes en situation de handicap et les personnes en perte d'autonomie.

Elle se réunit une fois tous les deux mois et rassemble 30 membres issus des différents collèges de la CRSA. Une réunion sur deux est délocalisée à Angoulême et se déroule sur une journée entière permettant de favoriser les échanges et développer un lien entre les membres, suite à leur demande.

Les avis qu'elle formule porte sur plusieurs aspects de la politique de l'ARS :

- > L'organisation de l'offre médico-sociale en faveur des personnes fragilisées
- > L'actualisation du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC).

En effet, conformément à l'article D. 1432-40 du code de la santé publique, la CSPAMS est chargée d'émettre un avis sur l'élaboration du PRIAC.

- > L'évaluation des besoins médico-sociaux sur les territoires et l'analyse de leur évolution

En vertu de l'article D. 1432-47 dudit code, les avis rendus par la commission spécialisée sont émis au nom de la CRSA.

En 2017, la commission a émis des préconisations au sujet des personnes handicapées vieillissantes. Elle a demandé que ces préconisations soient mentionnées dans le PRIAC :

- > Le développement d'une offre adaptée au vieillissement des personnes en situation de handicap,
- > Le renforcement d'une offre de qualité et adaptée, en faveur de certaines situations telles que les personnes avec trouble du spectre de l'autisme, en situation de polyhandicap, de handicap psychique ou atteintes de maladies neurodégénératives.
- > Dans tous les cas de figure elle a relevé l'importance du respect des parcours de vie et d'accompagnement avec un décloisonnement des secteurs entre le sanitaire et le médico-social.

L'année 2018 a été marquée par la participation de la commission à la construction du PRS. Les membres de la commission ont été particulièrement associés à la consultation. Ils ont joué un rôle important lors de la construction du Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Au-delà de l'avis réglementaire formulé par la commission les membres ont souhaité porter la voix du médico-social au cœur de ce document en l'amendant.

## Thématiques abordées

- > Les orientations du Plan grand âge et sa déclinaison régionale
- > Participation au débat grand âge
- > La stratégie quinquennale
- > Le service sanitaire en santé
- > La représentation des usagers en Conseil de la Vie Sociale
- > L'article 51 de la loi de financement de la Sécurité Sociale : enjeux et impacts sur la politique régionale de santé
- > Le virage inclusif : la question des enfants
- > Le virage inclusif : la question des adultes en situation de handicap mais également les personnes vieillissantes
- > Les personnes handicapées vieillissantes
- > Les parcours d'accompagnement
- > La territorialisation du PRS avec les PTS
- > Les sorties d'hospitalisations : échanges au sein de la commission et perception des acteurs en présence
- > Les Projets Territoriaux en Santé Mentale en Nouvelle Aquitaine
- > Appels à candidature / appels à projets médico-sociaux : bilan 2018 et orientations 2019
- > Les CPOM médico-sociaux : bilan 2018 et orientations 2019
- > Les appels à projets de démocratie en santé
- > Esprits des lois

## Préconisations ou préoccupations de la CSPAMS

- Résorber les inégalités sociales et territoriales de santé : les membres de la CSPAM soulignent un réel intérêt à mettre en parallèle les places occupées et la densité de l'offre
- Le développement de l'accès et du maintien en lieu de vie ordinaire des personnes âgées et handicapées grâce au développement d'une offre résolument inclusive, ambulatoire, mais aussi d'offre de répit et d'aide aux aidants,
  - Une vie à domicile la plus sécurisée : pour les personnes âgées, comme pour les personnes en situation de handicap, (ex : la CSPAMS considère que l'absence de places de S.S.I.A.D. contrevient à la volonté de donner la priorité à la vie à domicile).
  - Importance qu'il n'y ait pas d'opposition entre domicile et institution
- S'engager pour l'amélioration de l'accès aux soins et à la santé des personnes vivant avec un handicap : les membres de la CSPAMS proposent une meilleure diffusion et appropriation de la Charte Romain Jacob
- Renforcer l'aide et le soutien aux aidants.

La CSPAMS met les aidants au cœur du maintien à domicile des personnes fragilisées. Des efforts doivent être encore poursuivis notamment en termes de compensation financière et de proposition d'accueil.

### Travail transversal avec la CSDUSS

- Renforcer la démocratie en santé et le pouvoir d'agir des personnes accompagnées, l'implication de la personne en tant que citoyen
- Promouvoir la représentation des usagers en CVS (formation)
- Promotion et diffusion du rapport CVS afin de valoriser le travail engagé de cette instance
- Redonner une place aux personnes qualifiées et accentuer l'information sur leur rôle
- Les directives anticipées : Sensibilisation du grand public par des actions dans les territoires

### Travail transversal avec la CSP

Il est prévu une commission commune début 2020 pour échanger sur la santé des personnes en situation de précarité : état des lieux, acteurs, évaluation des besoins avec croisement sur les deux autres commissions.

## Des éléments positifs

- Au fil des rencontres les membres de la commission ont observé une meilleure vision de la prise en compte de l'accompagnement des publics fragilisés en Nouvelle-Aquitaine et une meilleure compréhension des problématiques de territoires.
- Délocalisation de certaines réunions avec un format sur une journée
- La commission salue l'initiative du Président de la CRSA qui a proposé l'invitation des Présidents de CTS aux Plénières et aux commissions permanentes. Cela permet à tous d'avoir un retour sur les préoccupations des territoires et une meilleure visibilité
- Dans le même sens, il pourrait être intéressant d'initier un rapprochement et rencontres avec les CDCA (formation PH, formation PA)

## ... et des points d'amélioration

- Essoufflement des participants (beaucoup d'énergie déployée dans la participation à l'élaboration du PRS)
- Manque de présence des membres
- Suppléants peu sollicités
- Éloignement géographique
- Dispositif non opérationnel sur toutes les réunions
- Problématique de bon fonctionnement de l'outil visioconférence
- Délais de prévenance trop court des membres mandatés par la commission lors des convocations aux AAP/AAC

## 5- Le groupe de travail permanent santé-environnement



Serge Robert,  
Pilote du GTP S-E

D'ores et déjà, la Commission de coordination des CRSA des trois anciennes régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes avait identifié la santé environnementale comme l'une des cinq priorités à retenir dans le cadre du projet régional de santé. Ce groupe a été alors créé dans le cadre de la CRSA Nouvelle-Aquitaine afin de répondre à plusieurs enjeux :

- Accorder à la question de la santé environnementale l'attention qu'elle mérite
- Témoigner de l'engagement de la CRSA à faire progresser plus spécifiquement la situation régionale sur cette thématique.

Quatre objectifs principaux fixés au Groupe de Travail permanent santé environnement (GTP S-E) :

- Sensibiliser l'ensemble des membres de la CRSA aux enjeux de santé, sociaux et sociétaux des questions environnementales, qu'ils soient collectifs ou individuels. Cette sensibilisation doit concerner également les conseils territoriaux de santé (CTS), les conseils locaux de santé, les ateliers santé-ville, mais aussi les établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, les structures de proximité, les villes-santé de l'OMS et autres structures ainsi labellisées, etc.
- Encourager les échanges et les actions concertées entre la CRSA, au cœur des enjeux et des différents plans et dispositifs régionaux, et les CTS, au cœur des enjeux de proximité et relais de l'information entre niveaux régional et territorial.
- Favoriser la transversalité sur la thématique « Santé environnementale », non seulement dans les démarches impliquant la CRSA et l'ARS, mais également en lien avec les autres acteurs publics (DREAL, DIRECCTE, DRJSCS, DRAAF, Rectorat, Assurance Maladie, Santé Publique France, etc.) dans le cadre des commissions de coordination des politiques publiques, ou avec les structures, publiques ou associatives, du domaine de la prévention et de la promotion de la santé (IREPS, PMI, etc.).

> Rendre accessible l'information pour promouvoir un environnement sain dans les lieux de vie, de scolarité, de travail, de soins ou de prise en charge (logement individuel, lieux d'enseignement, milieux de travail, établissements de santé et de prise en charge sociale et médico-sociale) ou en fonction des différents âges de la vie ou de situation comme la maternité. Permettre à chacun d'être plus facilement l'acteur de la qualité de son environnement en favorisant l'échange et le débat public sur les déterminants collectifs et individuels de l'environnement, sur les bonnes pratiques et sur la veille citoyenne à mettre en œuvre.

Dans le texte fondateur de ce groupe de travail, la composition a été fixée à 15 membres, 8 provenant de la CRSA et 7 autres étant extérieurs et choisis pour leur intérêt pour la santé environnementale.

Mis en place le 29 juin 2017, ce groupe de travail a eu différentes réunions depuis (trois en 2017, une seule en 2018 - en raison des auditions 'pesticides' - et deux en 2019 d'ici le mois de juin), ainsi qu'une série d'auditions (2) spécifiques sur les pesticides.

Après avis de ses membres sur le document, le bilan complet de ce GTP SE sera effectué d'ici la fin de l'année 2019 à l'occasion de l'examen de sa prorogation ou de son évolution vers un nouveau cadre.

# Annexe débats publics



**11**  
JANVIER  
2018

De 9h30 à 16h30  
Espace Carat  
Angoulême

## Invitation

**Vous vous interrogez sur les façons de développer l'expression des usagers ?**

**Le thème du pouvoir d'agir des patients/usagers vous intéresse mais comment progresser ?**

**Vous avez inventé des formes alternatives ou complémentaires aux Conseils de la Vie Sociale/Commissions des Usagers pour la participation des usagers/patients, parce que vous rencontrez des limites aux formules juridiques ?**

### Esprit des Lois

L'ARS, la CRSA Nouvelle-Aquitaine et les fédérations (FEHAP, NEXEM, FHE, FHP) vous convient le 11 janvier 2018 au séminaire :

**«Le pouvoir d'agir des usagers/patients»**

à destination des dirigeants d'établissements (directeurs, administrateurs associatifs) toute la journée, à l'Espace Carat d'Angoulême.

La journée sera introduite par Michel LAFORCADE, Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine et bénéficiera de la présence d'Alice CASAGRANDE (FEHAP) en tant que grand témoin sur cette thématique.

Elle s'organisera notamment autour de partages d'expériences innovantes sur le pouvoir d'agir et de réflexions au sein d'ateliers. Les contributions en matière d'actions donneront lieu à un temps commun de restitution.

La conclusion de cette journée sera assurée par Alice Casagrande.

## Séminaire Dirigeants : Jeudi 11 janvier 2018 – Espace Carat – Angoulême

Les acteurs de santé d'Aquitaine puis de Nouvelle-Aquitaine se sont engagés dans la démarche intitulée « Esprit des Lois ». Elle est destinée à faire le point sur la mise en œuvre, dans les territoires, des lois de 2002, renforçant la place et le rôle des usagers dans le système de santé. Après avoir recueilli les attentes des citoyens et des usagers lors de journées organisées en 2015 et 2016, les dirigeants des établissements de santé et des établissements médico-sociaux sont invités à faire le point sur leurs pratiques et à préparer les évolutions futures en matière de partenariat en santé.

Février 2018 et 2019

KEDGE a accueillie sur son campus de Bordeaux la première édition du Forum Santé et Avenir, centrée sur les innovations et les mutations de la santé dans les territoires. A l'initiative du Groupe Sud-Ouest, ce projet novateur s'appuie sur les orientations définies par un Conseil Scientifique composé d'experts et des membres de la CRSA



### Un bilan prometteur :

**Des professionnels de la santé, industriels, Institutionnels et patients ont échangé pendant deux jours pour imaginer la santé de demain**

#### > DES CONFÉRENCES

Construites autour des thématiques de l'innovation, des mutations et des enjeux pour les territoires dans le domaine santé.

#### > DES ATELIERS AUX THÈMES NOVATEURS

#### > DES RDV "BUSINESS"

Entre professionnels pour échanger sur l'avenir du secteur et les possibilités de coopération et d'alliance.

#### > LES TROPHÉES DE LA SANTÉ ET DU TERRITOIRE

Pour récompenser les initiatives dans 3 catégories : Innovations, Mutations, Territoires.

#### > DES FORMATIONS À LA TÉLÉMÉDECINE



# Les enjeux de la vaccination

6 avril 2018

Débat sur la vaccination Athénée Municipal de Bordeaux

Retour d'expérience sur la démarche « Immuniser Lyon » suivi d'une table ronde sur comment augmenter la couverture vaccinale en Nouvelle-Aquitaine.

Ce débat a permis de mettre en exergue les idées fortes concourant à un climat favorable à la vaccination: utilisation de la Journée de citoyenneté, réflexion sur le service sanitaire, promotion du carnet de vaccination électronique.



28 mai 2018

## Débat sur la fin de vie

Dans le cadre des états généraux de la bioéthique, une conférence débat sur la fin de vie ouverte au public a été organisée lundi 28 mai 2018 à l'initiative de la CRSA, des URPS médecins et infirmiers, de l'espace éthique de Nouvelle-Aquitaine et de l'espace bioéthique d'Aquitaine.



Le périmètre de ce débat a concerné l'ex Aquitaine. En effet ce sujet avait été débattu auparavant en ex Limousin et en ex Poitou-Charentes dans le cadre de la révision des lois de bioéthique. Le débat ouvert par le président de la CRSA, a été animé par un journaliste de Sud-Ouest Nicolas César. Il s'est déroulé avec la participation de :

- Frédéric CACACE, Psychologue clinicien, équipe mobile de soins palliatifs, CHU de Bordeaux
- Brigitte DEBENAIS, Directrice de l'EHPAD La Clairière de Lussy, CCAS de Bordeaux
- Emmanuel de LARIVIERE, Médecin de soins palliatifs, Maison de santé Marie Galène
- Marie GOMES, Chargée de cours, département de philosophie, Université de Bordeaux Montaigne
- Marie LAMARCHE, Maître de conférences, centre européen de recherches en droit des familles, des assurances, des personnes et de la santé, université de Bordeaux
- Geneviève PINGANAUD, Praticien hospitalier, Gériatre, CHU de Bordeaux

La « fin de vie » est définie par le code de la santé publique comme les derniers moments d'une personne « en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable qu'elle qu'en soit la cause ». Les progrès de la médecine, qui ont permis l'allongement de la vie et l'amélioration de la qualité de vie, contribuent paradoxalement à des situations de survie inédites, parfois jugées indignes et insupportables. En interrogeant la finalité et les limites de la médecine, ces situations ont fait entrer la problématique de la fin de vie dans le champ de la bioéthique. Depuis 2002, les droits des malades ont placé de manière croissante ces derniers au cœur des décisions portant sur la fin de vie. Aujourd'hui en France l'interdiction de donner la mort demeure le principe (définition proposée par le Comité Consultatif National d'Éthique, sur le site des états généraux de la bioéthique).

