

Objet	
<b>Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie</b>	
Date et lieu	Service organisateur
<b>Séance du 17 février 2014 à Nantes</b>	<b>DRUP Direction des Relations avec les Usagers et les Partenaires</b>
Participaient à la réunion :	
<u>Titulaires et suppléants :</u>	
<p>Collège 1 : Représentants des collectivités territoriales du ressort de l'Agence (14 membres) : 1 présent + 1 pouvoir</p> <p>Collège 2 : Représentants des usagers des services de santé ou médico-sociaux (16 membres) : 14 présents + 1 pouvoir</p> <p>Collège 3 : Représentants des conférences de territoires (4 membres) : 1 présent + 2 pouvoirs</p> <p>Collège 4 : Représentants des partenaires sociaux (10 membres) : 7 présents</p> <p>Collège 5 : Représentants des acteurs de la cohésion et de la protection sociale (6 membres) : 3 présents + 1 pouvoir</p> <p>Collège 6 : Représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé (10 membres) : 2 présents + 1 pouvoir</p> <p>Collège 7 : Offreurs des services de santé (34 membres) : 21 présents + 4 pouvoirs</p> <p>Collège 8 : Personnalités qualifiées (2 membres) : 0 présent</p> <p><b>TOTAL : (96 membres) : 49 présents + 10 pouvoirs (quorum atteint)</b></p>	
<u>Membres ayant voix consultative :</u>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La directrice générale de l'Agence Régionale de Santé</li> <li>- Le président du RSI</li> <li>- Le représentant de la DRJSCS</li> <li>- 1 suppléant du collège 2 et 1 suppléant du collège 5 dont les titulaires étaient également présents</li> </ul> <p><b>TOTAL : 5 présents</b></p>	

La séance est ouverte à 14h00 par le **Dr. LEGUAY**, Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

## 1) Approbation du compte-rendu de la CRSA du 17 décembre 2013

**M. RAUD** demande qu'une rectification soit apportée à son intervention en page 3. La phrase est ainsi modifiée :

« *Le baromètre social des CCAS fait état d'une augmentation de +52 % des demandes parvenues et d'un accroissement des inégalités sociales.* »

<b>Le compte-rendu de la CRSA du 17 décembre 2013 ainsi modifié est adopté à l'unanimité.</b>
---

## 2) Avis de la CRSA sur l'actualisation du Projet Régional de Santé et le Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS) II

### ❖ **Projet Régional de Santé**

A la demande du Président, le **Dr GASSER** fait part de l'avis préparé par la commission spécialisée organisation des soins :

« *La commission spécialisée organisation des soins s'est réunie les 12 décembre 2013 et 15 janvier 2014 afin de préparer un avis relatif à l'actualisation du PRS. Les domaines d'actualisation relevant des missions de la commission au sens du décret n°2010-348 du 31 mars 2010 relatif à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie qui concernent le Schéma Régional d'Organisation des Soins sont :*

- *L'organisation des activités soumises à autorisation*
- *La biologie*
- *La permanence des soins en établissement de santé*
- *La territorialisation de l'offre de 1er recours : zones fragiles, territoire de proximité et Espaces d'Equipes de Soins*

A l'issue des présentations et des échanges, **les membres de la commission ont émis un avis favorable.**

Les membres souhaitent :

- *disposer d'analyses contextuelles et critiques des dossiers soumis à autorisation avec l'impératif de pouvoir les replacer dans le cadre de la politique de santé décliné par ARS. Des études d'impacts doivent être disponibles pour répondre aux besoins de la population ligérienne.*
- *saluer la mise en œuvre d'un dispositif de proximité, mais sera vigilante quant aux résultats des évaluations indispensables dès la première année de mise en place du dispositif.*
- *faire part à l'ARS de la nécessité impérieuse de prendre en considération les propos de l'ensemble des acteurs de la santé mais aussi des difficultés rencontrées par les professionnels sur le terrain. Améliorer l'écoute de ces professionnels que ce soit dans le cadre de l'organisation des activités soumises à autorisation, de la mise en œuvre du schéma de permanence des soins en ambulatoire et en établissement de santé ou des expérimentations type PAERPA, de télémédecine ou de système d'information mise en œuvre dans le cadre de la territorialisation de l'offre de 1<sup>er</sup> recours.*
- *rappeler que le schéma de la permanence des soins en établissement ne doit pas être mis en œuvre dans le cadre de restriction budgétaire mais répondre aux besoins des populations et leur permettre une prise en charge de qualité sans perte de chance. L'ARS doit favoriser les mutualisations et veiller à une équité de traitement entre établissements de santé.* »

**M. FOLTZER** s'exprime au nom de la FHPPL sur le volet PDES (permanence des soins en établissements de santé). Il rappelle qu'il avait été convenu d'ouvrir une phase de concertation entre les pôles public et privé sur la permanence des soins en anesthésie. Il constate que la CRSA doit se prononcer aujourd'hui alors que ces discussions ne sont pas terminées. Par conséquent, il souhaiterait que cela figure dans l'avis de la CRSA.

Par ailleurs, il fait observer que les retours ne sont pas complets sur l'organisation autour de la chirurgie de la main entre les deux pôles d'Angers et de Nantes.

**Le Dr GASSER** propose que soit ajoutée à la fin du paragraphe la mention « *L'ARS doit favoriser les mutualisations et veiller à une équité de traitement entre établissements de santé dans le cadre d'une concertation qui est amenée à se poursuivre.* »

En ce qui a trait à la chirurgie de la main, il souligne que ce dossier est en cours de concertation. Il lui semble que, compte tenu d'une activité sans commune mesure entre Angers et Nantes, l'astreinte sera conservée en l'état. Il pense que ce dossier entre dans le cadre de la permanence de soins en établissements.

Constatant que l'avis de la CSOS n'appelle pas d'autre observation, **le Président** sollicite l'avis préparé par la commission spécialisée prévention.

**M. LERAY** donne lecture de l'avis préparé par la commission spécialisée prévention :

*« La Commission Spécialisée Prévention prend acte que l'actualisation du PRS ne concerne pas directement la prévention et promotion de la santé puisque cette actualisation s'applique principalement au SROS et au PRIAC.*

*Néanmoins la CSP estime qu'une relecture du schéma régional de prévention aurait sans doute permis de prendre acte de certaines inflexions depuis son élaboration, notamment au travers des projets développés dans la feuille de route partenariale.*

*Par ailleurs, la CSP ne peut que s'interroger sur le message contradictoire délivré par l'Etat qui d'un côté fait de la prévention l'axe numéro 1 de la Stratégie Nationale de Santé, et qui d'un autre sur le plan comptable ampute de 14% les crédits nationaux consacrés à la prévention. Cette baisse adresse un signal incompatible avec l'ambition affichée de "réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, diminuer la mortalité prématurée et améliorer l'espérance de vie en bonne santé".*

*Dans l'immédiat, nous prenons acte de la possible utilisation du FIR permettant que le budget régional alloué à la prévention reste à un niveau compatible avec le déploiement des actions et des projets ».*

Aucune observation n'étant relevée, **Mme POSTIC** est invitée à présenter l'avis de la commission spécialisée médico-sociale sur le PRIAC (Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie) :

*« Après débats et observations, les membres de la commission «Prises en charge et accompagnements médico- sociaux, qui s'est réuni le 11 février dernier et qui a donné mandat à la présidente de la commission pour rédiger le présent avis, formulent les observations suivantes sur le projet de PRIAC qui leur a été soumis :*

- *L'actualisation du PRIAC confirme les orientations arrêtées dans sa première version et reste dans la continuité des axes originels en confirmant, en particulier, la priorité donnée au maintien à domicile. C'est là que se concentrent les créations de places.*
- *ils émettent le souhait que leur soient explicités pour une meilleure visibilité les critères ayant prévalu au niveau national pour la répartition des crédits médico-sociaux entre les régions,*

*La commission interroge notamment la méthode utilisée par la CNSA pour déterminer l'enveloppe financière notifiée à l'ARS. La CNSA prend en compte deux critères pour la répartition interrégionale de l'enveloppe médico-sociale nationale :*

- le taux d'équipement calculé à partir de la population générale, par tranches d'âge (0-20 ans, 20-59 ans, 75 ans et plus. Sur ces bases, le taux d'équipement médico-social dans la région sur le volet personnes âgées est supérieur au taux national.
- la dépense (l'euro) médico-sociale par habitant (même dénominateur).

La commission considère ces critères insuffisants et insatisfaisants, car ils supposent une homogénéité de répartition géographique des personnes en situation de handicap en France tout à fait fictive. Il faudrait au vu de la répartition réelle pouvoir y ajouter les indicateurs relatifs à la pauvreté et à la précarité, ainsi qu'une espérance de vie plus faible.

- La question des parcours relève de plusieurs financeurs et la réaffirmation de cet enjeu pourrait apparaître dans l'avant-propos. Les décisions prises par les Conseils Généraux ont des impacts significatifs sur les flux au sein des établissements relevant de l'ARS.
- Les rééquilibres territoriaux, que ce soit pour les personnes âgées ou les personnes handicapées, semblent à approfondir que ce soit au sein des territoires de santé ou entre territoires de santé.
- L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes et des travailleurs relevant d'ESAT reste insuffisamment pris en compte, révèle de fortes inégalités et ont des conséquences importantes sur les personnes concernées.
- Le PRIAC ne semble pas prendre suffisamment en compte la grande dépendance suite à la suppression des USLD.
- Le plan autisme ouvre des opportunités nouvelles d'accompagnement des publics concernés.

En conclusion, l'actualisation du PRIAC est cohérente avec les axes de travail du PRS.

La Commission spécialisée médico-sociale souhaiterait cependant que certains questionnements puissent trouver des prolongations dans des échanges ultérieurs au sein de cette dernière.

Elle formule la recommandation suivante

- ✚ Sur l'observation des besoins, compte tenu que le PRIAC présente une photographie de l'offre à un moment donné et qu'il ne donne pas une vision réelle de la progression des besoins : l'observation continue des besoins régionaux est un enjeu important sur lequel l'ARS doit être moteur. La commission propose que soit mis en place d'indicateurs de besoins.

Pour ces raisons, il est demandé de :

- poursuivre et structurer efficacement le travail sur les besoins et leurs évolutions,
- annexer au PRIAC l'état de la programmation des places, année après année, afin de permettre la comparaison avec le PRIAC précédent,
- mesurer l'écart entre les objectifs du SROMS et les réponses apportées tant en termes de quantité, que de qualité.

Cette formalisation dans le cadre d'une annexe programmatique au SROMS permettrait ainsi de reprendre l'ensemble des réalisations nécessaires pour satisfaire les besoins déjà exprimés et ceux susceptibles de s'exprimer dans le cadre des travaux de mise en œuvre des actions du schéma régional. Cette annexe permettrait ainsi aux niveaux national et régional de prendre conscience des besoins exprimés et en attente de financement dans la région. »

**Mme JOANNIS** précise que, pour la FHF, l'enjeu du PRIAC est de se projeter dans l'avenir en prenant en compte l'évolution de la population qui entrera plus tard en établissements. Le maintien à domicile étant une priorité, son développement va se répercuter sur le type de populations qui seront institutionnalisées notamment dans les EHPAD puisque parallèlement, il y aura de moins en moins de lits de longue durée.

**M. RAUD** partage cette intervention. Il trouverait intéressant de disposer de cette « photographie sur 4 ans » tous les ans.

**M. SELLIER** souligne qu'il s'agit là d'une des ambiguïtés du PRIAC puisque la question des besoins n'y est pas traitée. Il ajoute que l'offre ne répond pas à la totalité des besoins de parcours.

**Mme DANIBERT** indique que la mutualité française est globalement favorable à cet avis et estime important de traiter cette question relative aux accompagnements supplémentaires dans une notion de parcours pour les personnes vieillissantes et handicapées. Il lui paraîtrait intéressant d'ajouter dans cette contribution la nécessité de mettre en place des actions (sur l'image des professionnels de santé, le statut et la formation) en termes de leviers pour permettre la concrétisation du développement du maintien à domicile.

**Mme POSTIC** propose que soit ajoutée la phrase suivante « *L'actualisation du PRIAC confirme les orientations arrêtées dans sa première version et reste dans la continuité des axes originels en confirmant, en particulier, la priorité donnée au maintien à domicile **qui nécessite, du point de vue de la CRSA, une attention particulière en termes de professionnalisation.** C'est là que se concentrent les créations de places.* »

**M. SIRET** demande s'il faut comprendre dans la notion de besoins exprimée dans cet avis qu'il s'agit d'une remise en question du nombre de places créées. Par ailleurs, s'agissant de la remarque sur les Unités de soins longue durée (USLD), il se demande s'il faut en déduire que le lieu de la grande dépendance n'est pas l'EHPAD.

Sur la notion des besoins, **Mme POSTIC** propose d'ajouter dans l'avis qu'il s'agit des besoins **réels**.

**Mme JOANNIS** indique qu'une réforme a été mise en place visant à transformer des lits d'USLD en lits d'EHPAD. Les lits de long séjour se trouvaient majoritairement dans le secteur hospitalier.

**Mme DESAULLE** souligne que les besoins sont exprimés dans le schéma régional d'organisation médicosociale (SROSM), le PRIAC étant la planification des évolutions de places au regard des moyens connus pour les années à venir. Il lui semble que la demande récurrente et légitime de la commission médico-sociale concernant les besoins pourrait être exprimée lors de l'évaluation du PRS, qui sera lancée dans le courant du 1<sup>er</sup> semestre, et qui permettra une évolution à la marge.

Elle fait observer que le PRIAC pourrait faire état des moyens mis en œuvre pour faire évoluer la qualité de la réponse dans les structures médico-sociales.

**Mme POSTIC** propose l'ajout du paragraphe suivant à la fin de l'avis de la commission :

- « **qu'une meilleure visibilité soit donnée aux crédits accordés à la médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes** ».

**Par 56 voix pour et 2 abstentions, la CRSA adopte ces avis sur l'actualisation du PRS préparés par les commissions spécialisées organisation des soins, Prévention et prises en charge et accompagnements médico- sociaux, amendés des modifications apportées en séance.**

## ❖ Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (SIOS) II

A la demande du Président, **le Dr GASSER** fait part de l'avis préparé par la commission spécialisée organisation des soins sur le SIOS II :

« *La CRSA émet un avis favorable sur le SIOS II sous réserve :*

- *de préciser en annexe du SIOS II l'absence de remise en cause des accords relatifs à la neurochirurgie fonctionnelle cérébrale qui doit être développée dans chaque site autorisé pour la neurochirurgie tout en gardant la recommandation sur la stimulation cérébrale profonde et le traitement de l'épilepsie pharmaco-résistante qui doivent rester pris en charge par les quatre centres désignés à ce jour.*

*que soit indiqué dans le volet greffe la coopération entre le CHU de Nantes et le CHU de Rennes dans le domaine des greffes multi viscérales.*

- *que soit apportée une correction concernant le Centre des Capucins qui n'est pas encore autorisé pour la prise en charge des grands brûlés en SSR.*

*Elle a par ailleurs souligné l'intérêt de la démarche de contractualisation sur le sujet de la formation par simulation.* »

Il y ajoute une réserve :

- *Que puissent être envisagées pour les équipes spécialisées en cardiologie interventionnelle d'accéder aux plateaux techniques de chirurgie cardiaque.*

**M. JAUNATRE** fait observer, concernant la chirurgie cardiaque, que le SIOS 2008/2013 voit certaines recommandations non respectées ou insatisfaisantes. Il ne lui semble pas envisageable de se contenter de ces résultats relativement dégradés. Il émet le souhait d'une passerelle ouverte.

**M. FOLTZER** tient à préciser que les établissements adhérents de la FHPPL ont été écartés de la réflexion sur le SIOS. Il relève le sous-équipement de l'inter-région qui a pour conséquence l'augmentation du délai de prise en charge.

**M. VOLLOT** souhaite intervenir en qualité de vice-président de la CSOS. Il s'étonne que cette question n'ait jamais été abordée en commission spécialisée et qu'elle le soit aujourd'hui en CRSA plénière alors que les parties concernées ne sont pas forcément présentes. Sur le fond, il fait observer que la chirurgie cardiaque est lourde et nécessite des moyens importants. Il n'est pas certain que l'heure soit à la dispersion des forces au moment où il s'agit de réduire l'évolution de l'ONDAM.

**Mme DESAULLE** confirme que les délais d'intervention en chirurgie cardiaque sont longs par rapport aux normes françaises. Elle fait observer que l'élément bloquant n'est pas au niveau des équipes mais qu'il s'agit d'une insuffisance de capacité de réanimation complémentaire en aval. L'ARS a négocié avec les CHU de Nantes et d'Angers afin qu'ils augmentent le nombre de lits de réanimation. Cette opération est en cours au sein du CHU de Nantes et des travaux sont lancés au CHU d'Angers.

En ce qui a trait à la possibilité, pour les équipes interventionnelles, d'avoir accès à un plateau technique de chirurgie cardiaque, il lui semble tout à fait légitime que la CRSA mette en exergue cette problématique dans son avis.

**M. FOLTZER** entend dans les propos de Mme DESAULLE que les problèmes seront résolus. Il propose donc que soit ajouté dans l'avis « que soient mis en place un certain nombre d'indicateurs qui permettront d'atteindre les bons niveaux de performance. »

**M. ALLARD** indique que les délais d'intervention sont relativement importants et un certain nombre de questions remontent des usagers faisant apparaître que les délais de prises en charge ne sont pas satisfaisants. Il souhaiterait que l'avis de la CRSA intègre la demande des indicateurs qui correspondent aux besoins des usagers.

Concernant les travaux effectués par le groupe de travail interrégional sur la génétique, il regrette que ce point ne soit pas inscrit dans le SIOS même mais qu'il soit intégré aux annexes. Par conséquent, il propose qu'un complément soit ajouté à l'avis de la CRSA. Il propose la rédaction suivante : « il prend acte de la mise en annexe du champ de la génétique alors qu'initialement il avait été prévu de l'intégrer au SIOS compte tenu de l'importance de la synergie des différents acteurs du grand ouest. Une attention particulière devra être portée sur le maintien et le renforcement des consultations avancées. »

**Le Président** sollicite quelques éclaircissements de Mme DESAULLE sur les raisons ayant motivé la mise en annexe de ce champ.

**Mme DESAULLE** explique que, réglementairement, seul un petit nombre d'activités doit figurer au SIOS. Dans le cas d'espèce, le sujet génétique n'est pas de la compétence du SIOS mais il relève de la compétence du PRS. Lorsque les 4 ARS ont commencé à travailler sur ce sujet, il est ressorti qu'elles ne disposaient pas des forces et expertises suffisantes pour être autonomes région par région et qu'il était plus judicieux de mettre les forces en commun pour proposer à la population de l'inter-région des réponses de qualité. Comme, réglementairement, il n'est pas possible d'ajouter des volets non prévus à la réglementation dans un SIOS, ce point a été mis en annexe. Elle ajoute que ce sujet ne peut pas être opposable car il n'est pas prévu dans la réglementation mais que, pour autant, il s'agit bien d'un engagement pris par les 4 ARS d'organiser la réponse en génétique pour les quatre régions concernées (Bretagne, Centre, Pays de la Loire et Poitou Charentes).

**Le Dr GASSER** propose que soient ajoutées deux réserves au projet d'avis préparé par la CSOS :

- *« Que soient mis en place et suivis des indicateurs de délais de prise en charge des patients nécessitant une chirurgie cardiaque.*

- *Que puissent être envisagées pour les équipes spécialisées en cardiologie interventionnelle d'accéder aux plateaux techniques de chirurgie cardiaque. »*

Il est par ailleurs convenu d'intégrer, à la fin de l'avis, la remarque formulée par M. ALLARD, à savoir :

*« Elle prend acte de la mise en annexe du SIOS du champ de la génétique alors qu'initialement il avait été prévu de l'intégrer au SIOS compte tenu de l'importance de la synergie des différents acteurs du Grand Ouest. Une attention particulière devra être portée sur le maintien et le renforcement des consultations avancées. »*

Faisant suite à sa première intervention, **M. JAUNATRE** ne retrouve pas de solution immédiate notamment par ce biais de coopération public/privé.

**Le Président** fait observer que la réponse semble donnée en termes de services rendus.

**Par 57 voix pour et 2 abstentions, la CRSA adopte l'avis préparé par la commission spécialisée organisation des soins sur le SIOS II, avec les modifications validées en séance.**

**L'avis global adopté par la CRSA sur le PRS et le SIOS II est joint en *annexe 1***

### **3) Approbation du rapport 2013 relatif aux droits des usagers du système de santé**

**M. ALLARD** et **Mme JAN** présentent, à l'aide du diaporama joint en *annexe 2*, le rapport 2013 relatif aux droits des usagers du système de santé qui est soumis à l'approbation de la CRSA.

**M. ALLARD** souligne qu'un document synthétique « synthèses et recommandations » a été produit. Les recommandations reprennent à la fois des propositions émises dans ce rapport et dans les précédents.

Pour la prochaine législature, il estime qu'il conviendra de s'interroger sur l'évolution de ce rapport : soit lui réserver un rôle d'outil, pour conduire des évolutions ciblées et pragmatiques en faveur du droit des usagers (comme actuellement), soit en faire un levier pour l'évolution des droits des usagers, en s'auto-saisissant de thématiques plus larges, et en proposant des évolutions de pratiques, ce qui demandera des moyens humains et financiers plus importants.

**Mme JAN** souhaiterait également que les droits des usagers dans le domaine médico-social fassent l'objet de davantage de détails dans ce rapport l'année prochaine. Sur le plan médico-social, elle aimerait que des indicateurs qualitatifs puissent être analysés.

**Le Président** remercie M. ALLARD et Mme JAN pour leur présentation. Puis, il ouvre le débat.

**M. LERAY** salue le travail conséquent réalisé tous les ans par la commission et ne peut que regretter le manque de débats qui s'en suit. Il pense qu'il serait intéressant de s'atteler à l'utilisation de points forts de ce rapport. Il propose que la commission spécialisée droits des usagers interpelle les autres commissions spécialisées sur les recommandations transversales.

**M. ALLARD** confirme qu'il serait très utile de davantage travailler avec les autres commissions spécialisées. Il indique que certains axes n'ont pas pu être développés cette année dans le rapport, tels que l'accessibilité aux soins, sujet sur lequel la commission aurait aimé collaborer avec la CSOS. Il pense qu'il serait également judicieux que les conférences de territoire s'emparent de ce sujet pour dresser un constat. Il appelle l'attention sur le fait qu'il n'y a que 10 recommandations, qui sont suivies régulièrement au sein de la commission spécialisée. Il insiste sur l'importance de la continuité dans le suivi.

**M. LEGENTILHOMME** a le sentiment que sur les contrats locaux de santé, la réflexion est surtout menée par les professionnels de santé et que les usagers ne sont pas ou peu associés.

**M. ALLARD** souhaiterait que la commission puisse disposer d'une synthèse de l'évaluation externe de la région dans la mesure où elle n'est pas en capacité de réaliser elle-même la synthèse de toutes les évaluations externes.

Concernant les données CPOM, il considère que la commission a encore à se professionnaliser pour savoir demander et obtenir les informations dont elle a besoin. Enfin, il fait part de la difficulté d'obtenir certaines données auprès d'organismes : conseil de l'ordre, URPS, ARS, Assurance maladie...

**Le Président** tient à saluer la qualité de ce rapport essentiel au fonctionnement de la démocratie sanitaire. Puis, il sollicite l'avis de la Conférence sur ce rapport.

**A l'exception d'une abstention, le rapport relatif aux droits des usagers du système de santé pour 2013 est approuvé par la CRSA.**

#### **4) Approbation de la recommandation du groupe permanent santé mentale concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie**

A la demande du Président, **M. GIRAUD** fait part de l'avis qui émane du groupe permanent santé mentale (cf. **annexe 3**), lequel s'est réuni une dizaine de fois depuis sa création il y a 18 mois.

**Le Président** indique que cette présentation avait initialement été prévue en décembre mais qu'elle a été reportée en vue du débat public organisé sur la santé mentale le 21 janvier à Saint Nazaire. Cette recommandation a ainsi pu être enrichie de quelques accents particuliers relevés lors de la soirée débat.

**Le Dr BOCHER** précise que la psychiatrie est victime de son succès. Les professionnels aimeraient faire plus, faire mieux et disposer de davantage de moyens. Elle rappelle que cinq des dix maladies de priorité de santé publique sont des maladies mentales, d'où la nécessité de continuer à avancer sur la recherche et sur l'ambulatoire et de développer des hébergements thérapeutiques.

**M. PEAUD** partage un certain nombre de réflexions sur l'état des lieux. Il rejoint l'avis du Dr BOCHER sur la place de la prise en charge ambulatoire, considérant qu'il ne faudrait pas que les centres médico-psychologiques deviennent des variables d'ajustement. De son point de vue, la problématique de fond reste la question des moyens. Il redoute que les fonds alloués à la psychiatrie dans les années à venir ne soient pas à la hauteur des besoins. Enfin, il fait observer que les questions de la formation et de la démographie médicale sont éminemment urgentes et grandissantes.

**Le Président** souligne que cette recommandation, qui sera adressée à l'ARS, a pris un certain volume dans la mesure où certains points y ont été introduits, dont une analyse globale et un rappel de textes. Toutefois, il ne faudrait pas que la pointe de cette recommandation soit oubliée derrière sa masse, à savoir la question de la bonne organisation de l'urgence.

**M. GIRAUD** indique qu'il est fortement ressorti du débat de Saint Nazaire la problématique de l'organisation de la post-urgence à laquelle les familles sont très sensibles.

**Mme POSTIC** s'interroge sur l'ambition de cet avis au-delà des Pays de la Loire. D'autres groupes de travail ont-ils été mis en places sur les autres régions et quelles sont les éventuelles connexions entre groupes ?

**Le Président** indique que le groupe santé mentale a commencé à tracer des perspectives de continuation du travail. Le groupe, enrichi d'autres compétences, va notamment traiter la question des addictions, dans l'objectif de ne pas se disperser dans une myriade de groupes de travail permanents.

Il a connaissance d'autres groupes de travail permanents sur ce thème particulier dans d'autres régions, notamment en Ile de France.

Il sollicite l'avis de la Conférence sur la recommandation présentée.

**A l'exception de 2 abstentions, la recommandation du groupe permanent santé mentale concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie est adoptée par la CRSA.**

**Mme DESAULLE** indique que l'ARS prendra connaissance avec attention de cette recommandation et qu'elle répondra très officiellement à la CRSA sur ce qu'il est possible de faire. Elle tient dans un premier temps à faire part de quelques observations.

Elle précise que les moyens affectés à la santé mentale sont liés à l'évolution de l'ONDAM. L'ARS a une responsabilité dans l'organisation de la réponse en santé mentale.



L'ARS a lancé un appel à projets pour les consultations avancées en psychiatrie dans les maisons de santé pluri professionnelles, qui doit permettre de rapprocher la médecine générale de la psychiatrie.

L'Agence accompagne par ailleurs la création, sur le Maine et Loire, d'une unité d'accueil et d'orientation au sein de l'établissement de santé mentale. Elle souligne que cette opération se fait pour partie en redéploiement.

Dans un univers contraint financier qu'elle ne nie pas, et dans la nécessité de réalisation d'un plan d'économies qui s'impose à l'ensemble des établissements de santé, y compris aux établissements de santé mentale, la question du choix où portent les économies, relève des établissements de santé, y compris des communautés médicales.

Un échange de pratiques est en cours sur les centres médico-psychologiques qui se sont déclarés volontaires.

Par ailleurs, une expérimentation est en cours sur les soins intensifs à domicile.

## 5) Débats publics 2014 et stratégie nationale de santé

**Le Président** indique qu'un projet d'avis de la CRSA a été préparé et envoyé aux membres de la conférence (cf. **annexe 4**). Par ailleurs, des contributions sont parvenues à l'ARS et ont fait l'objet de synthèses qui seront encore complétées en fonction des dernières contributions restant à venir.

L'avis propre de la CRSA porte sur trois volets :

- les droits des usagers et la démocratie sanitaire,
- la prévention,
- la santé mentale.

Il souligne que cette démarche de concertation a beaucoup mobilisé au niveau de l'ARS et des instances.

Il s'agit d'une expérience riche et fructueuse. C'est un temps fort de la démocratie sanitaire.

**M RAUD** regrette que cet avis ne rappelle pas les fondamentaux. De son point de vue, cet avis restera un vœu pieux s'il n'est pas rapproché du système de financement.

**M. LEQUEUX** soutient l'intervention de M. RAUD. Par ailleurs, il considère que lorsqu'on parle de droits des usagers, il conviendrait d'évoquer en parallèle les devoirs des usagers.

**M. LERAY** fait observer que la rédaction a été faite dans le cadre contraint fourni par la stratégie nationale de santé proprement dite, où le financement n'apparaît pas. Il ne s'agit pas d'une loi de santé publique.

Par rapport au second point, il souscrirait volontiers aux devoirs des usagers si tant est que devant les problématiques de santé, on était tous égaux.

**M. GUILLEMINOT** souscrit globalement à l'avis mais regrette le manque de propositions concrètes. Il demande par ailleurs comment seront reprises les diverses contributions par rapport à l'avis de la CRSA.

**Le Président** indique que les diverses contributions reçues par l'ARS Pays de la Loire seront remontées au niveau national. Constatant que ce point n'appelle plus d'observation, il sollicite l'avis de la Conférence sur l'avis qui lui est soumis.

**A l'exception de deux abstentions, la CRSA adopte l'avis sur la stratégie nationale de santé.**

## 6) Bilan des actions prioritaires 2013 et feuilles de route 2014

**Par manque de temps, ce point est reporté à l'ordre du jour de la prochaine CRSA**

## 7) Questions diverses

- a) Candidature du Dr GARRIGOU-CANEVET en qualité de suppléante à la commission permanente

**A l'unanimité, le Dr GARRIGOU-CANEVET est élue suppléante à la commission permanente**

b) Information sur la convention URIOPSS CREAM pour la formation des CVS et création d'un comité de pilotage

Mme Le GUEVEL indique que, pour répondre aux constats et besoins identifiés au niveau régional, l'ARS, l'URIOPSS et le CREAM ont signé une convention « Mission d'animation régionale et de formation des représentants des Conseils de la vie Sociale ». Cette formation s'inscrit dans le cadre du budget complémentaire alloué à la démocratie sanitaire en 2013.

L'objectif de cette formation est d'initier des espaces d'échanges et de réflexion permettant de faire vivre une dynamique collective au sein même des CVS et en inter-CVS sur les territoires.

Elle ajoute qu'il a été convenu qu'un comité de suivi, issu de la CRSA, soit mis en place afin d'évaluer la mise en œuvre du dispositif de formation. La commission spécialisée médico-sociale a été mandatée pour composer ce comité de suivi, en veillant à une représentation des usagers. Ce comité de pilotage va se réunir début mars.

c) Budget 2013 démocratie sanitaire - Bilan

Mme Le GUEVEL présente le diaporama (*cf. annexe 5*) relatif au budget 2013 de la démocratie sanitaire.

◆◆◆◆ Fin de réunion à 17H35◆◆◆◆

**La prochaine CRSA aura lieu le lundi 12 mai 2014 à 14h00**

Le Président de la CRSA  
Dr Denis LEGUAY