

CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE POITOU-CHARENTES

Compte rendu de l'Assemblée plénière du 18 juin 2015

Participaient à la réunion :

Avec voix délibérative : 36 sur 88 + 11 pouvoirs

Collège 1 : représentants des collectivités territoriales du ressort de l'agence
7 membres : 3 représentés - 1 excusé – 3 absents

Collège 2 : représentants des usagers de services de santé ou médico-sociaux
16 membres : 10 présents - 1 représenté + 1 pouvoir – 2 excusés – 3 absents

Collège 3 : représentants des conférences de territoires
4 membres : 3 présents + 1 pouvoir – 1 excusé

Collège 4 : partenaires sociaux
10 membres : 4 présents - 6 absents

Collège 5 : acteurs de la cohésion et de la protection sociale
6 membres : 2 présents + 1 pouvoir – 1 excusé – 3 absents

Collège 6 : acteurs de la prévention et de l'éducation pour la santé
9 membres : 2 présents + 2 pouvoirs - 2 excusés - 5 absents

Collège 7 : offreurs des services de santé
34 membres : 11 présents + 6 pouvoirs – 13 excusés - 10 absents

Collège 8 : personnalités qualifiées
2 membres : 2 absents

Avec voix consultative :

14 membres – 1 présent – 13 absents

invités permanents: 5 suppléants des URPS + 5 présidents des conférences de territoire

4 présents – 6 absents

En présence de :

M. François FRAYSSE, directeur des opérations, directeur général adjoint de l'ARS
Melle Marine GRENIUUX, stagiaire au service juridique de l'ARS

Assistés de :

Mme Marie-France DEVERRIERE, secrétariat des instances de démocratie sanitaire de l'ARS,
direction des opérations
Mme Marie-Laure DUBIE, attachée de direction, direction des opérations de l'ARS

L'ordre du jour était le suivant :

- 1 - Approbation du compte rendu du 9 avril 2015
- 2 – Désignations ou élections dans les commissions permanente et spécialisées
- 3 - Projet de loi de santé : présentation
- 4 - Forum Hospitalisation à domicile : point de situation
- 5 - Réforme territoriale : point de situation
- 6 - Questions diverses

Le quorum étant atteint, la séance est ouverte à 14 heures 25. M. le Dr Bernard LE BRUN, président de la commission spécialisée de l'organisation des soins demande aux membres de bien vouloir excuser M. le Dr Claude BERRARD, président de la CRSA et Mme Diane COMPAIN, présidente de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux. Puis il annonce les 11 pouvoirs.

1 - Approbation du compte rendu du 9 avril 2015

Aucune observation n'est formulée.

Le compte rendu de la réunion du 9 avril 2015 est approuvé à l'unanimité des voix.

2 - Elections et désignations dans les commissions spécialisées et commission permanente

a) commission permanente :

1 représentant du collège des représentants des collectivités territoriales :

Mme Isabelle LAGARDE, représentante du président du Conseil départemental de la Charente, unique candidate, est désignée membre de la commission.

b) commission spécialisée prévention :

Collège des représentants des collectivités territoriales

2 représentants des conseils départementaux

Mme Anne-Florence BOURAT, représentante du président du Conseil départemental de la Vienne, unique candidate, est désignée membre de la commission.

Le 2^{ème} siège reste vacant.

c) commission spécialisée de l'organisation des soins :

Collège des représentants des collectivités territoriales

1 représentant des conseils départementaux

Mme Béatrice LARGEAU, représentante du président du Conseil départemental des Deux-Sèvres, unique candidate, est désignée membre de la commission.

d) Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux
Collège des représentants des collectivités territoriales
2 représentants des conseils départementaux

Mme Béatrice LARGEAU, représentante du président du Conseil départemental des Deux-Sèvres, unique candidate, est désignée membre de la commission.

Le 2^{ème} siège reste vacant.

Collège des partenaires sociaux :
1 représentant des organisations syndicales d'employeurs :

Aucun candidat – le poste reste vacant.

3 - Projet de loi de santé : présentation

M. le président donne la parole à Melle GRENIUUX qui présente les dispositions du projet de loi de santé telles que votées par l'Assemblée nationale le 14 avril dernier. Le diaporama est joint en **annexe**.

En préambule, elle rappelle que ce projet de loi de santé publique s'inscrit dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS) lancée par Mme la ministre en septembre 2013.

Cette SNS se caractérise par certains objectifs notamment :

- faire de la prévention une priorité,
- combattre les injustices et les inégalités de santé et d'accès aux soins,
- adapter le système de santé français aux besoins des patients,
- affirmer les droits des usagers,
- favoriser la formation des professionnels et leur installation.

Les 3 axes prioritaires d'intervention de la SNS sont les suivants :

- la prévention,
- l'organisation des soins autour des patients et la garantie de l'égal accès (révolution du 1^{er} recours),
- le renforcement de la démocratie sanitaire.

Puis elle présente le projet de loi qui peut être regroupé en 4 volets :

1 - l'innovation avec notamment :

- o *Pour le secteur sanitaire :*
 - La restauration du service public hospitalier.
 - La création de groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui remplacent les communautés hospitalières de territoire (CHT) créées par la loi HPST. Le GHT se fondera sur un « projet médical partagé » qui offrira une approche centrée sur le patient dans une approche de parcours. Chaque établissement devra adhérer à au moins 1 GHT permettant ainsi un meilleur maillage territorial de l'offre de soins.
 - La reconnaissance des maisons d'accueil hospitalières qui sont des structures d'hébergement et d'accompagnement proposées aux familles ou proches situées à proximité des établissements de santé.
 - L'exercice d'activité libérale dans les établissements publics de santé devra se pratiquer sur la base de tarifs conventionnés.
 - L'assouplissement du principe de consentement aux dons d'organe d'un majeur décédé.
 - La transparence des liens d'intérêt entre les laboratoires et les experts.

○ *Pour les soins de proximité :*

- La création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Il s'agira d'un regroupement de professionnels de santé sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de 1^{er} et second recours et d'acteurs médico-sociaux et sociaux. Ces professionnels devront formaliser un projet de santé qui sera transmis à l'ARS laquelle aura la possibilité de signer un contrat territorial qui définira les actions, les missions, les engagements, les moyens alloués et les modalités de suivi et d'évaluation. Les actuels « pôles de santé » deviendront des CPTS

- La lutte des déserts médicaux à travers d'une part le pacte de territoire de santé qui vise à promouvoir la formation, l'installation des professionnels de santé et l'accompagnement dans l'évolution des conditions d'exercice, et d'autre part, le projet territorial de santé mentale qui visera à améliorer l'accès à un parcours de santé et de vie de qualité sécurisé et sans rupture. L'ARS aura également la possibilité de conclure un contrat territorial de santé mentale avec les acteurs de santé.

Le parcours de santé devient la clé de voûte des soins de proximité avec les mesures suivantes :

- La promotion d'une équipe de soins primaires (centre de santé ou maison de santé).
- La mise en place du dossier médical partagé comportant notamment les éléments diagnostics et thérapeutiques, les données relatives au don d'organes et de tissus, et aux directives anticipées.
- L'obligation de remise d'une lettre de liaison pour chaque patient à l'entrée et à la sortie d'hospitalisation.
- La coordination des parcours de santé complexes afin d'éviter les hospitalisations inutiles, les réhospitalisations précoces et les ruptures de parcours.
- La mise en place du projet d'accompagnement sanitaire, social et administratif des personnes souffrant d'une maladie chronique.

○ *Pour les droits des usagers*

- La reconnaissance d'un droit à l'oubli pour les personnes ayant eu un problème grave de santé qui n'auront plus à déclarer leur maladie lors de la souscription d'un emprunt ou d'une négociation d'un contrat d'assurance.

- L'information sur le coût et la prise en charge des prestations subies.

- Lors de dons du sang, aucune discrimination en raison de l'orientation sexuelle ne sera tolérée.

- La possibilité de se défendre devant les tribunaux par le biais d'associations d'usagers (« action de groupe » en santé).

- Le droit à l'accès au dossier médical au concubin ou partenaire pacsé d'une personne décédée.

2 - l'accès aux soins

Cet accès est facilité par :

- une aide au financement avec la généralisation du tiers payant et la mise en place de tarifs sociaux pour les soins dentaires, optiques et prothèses auditives dont les bénéficiaires pourront être différents de ceux bénéficiant de la CMU.

- La création d'un numéro d'appel national pour joindre le médecin en dehors des horaires d'ouverture du cabinet médical et d'un portail internet d'information pour trouver un professionnel de santé à proximité et se renseigner sur la prévention et les risques épidémiques.

- l'autorisation donnée d'une part, aux sages femmes pour la réalisation d'IVG médicamenteuse et d'autre part, aux centres de santé lorsque l'IVG est instrumentale. Par ailleurs, la réalisation des vaccinations des jeunes mamans et des bébés est étendue aux centres de planification ou d'éducation familiale et aux sages femmes.

3 - les actions de prévention

Il s'agit d'un volet important du projet de loi. Ces actions concernent :

- La lutte contre les dépendances

- o La prescription des substituts nicotiques est étendue aux médecins du travail, chirurgiens dentistes, sages femmes, infirmiers.
- o La lutte contre le tabagisme, le vapotage, l'alcoolisation massive chez les jeunes et la drogue va être renforcée.

- La santé du mineur avec notamment :

- o Le développement d'actions de santé en milieu scolaire. La contraception d'urgence sera accessible auprès d'une infirmière en collègue. Un « parcours éducatif en santé » sera mis en place.
- o La promotion du suivi médical et le renforcement du dépistage précoce de l'obésité, des troubles de l'apprentissage et des conduites addictives.

- L'Education à la santé avec notamment :

- o La création de l'Agence nationale de santé publique issue de la fusion de l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé, l'Institut de veille sanitaire et l'Etablissement de préparation des réponses aux urgences sanitaires.
- o La mise en place de mesures pour lutter contre la valorisation de la minceur excessive et l'obésité.
- o Le développement de la pratique des tests rapides d'orientation diagnostic et autotest (TROD) pour les maladies sexuellement transmissibles.

- la protection de l'environnement du citoyen avec notamment :

- o La définition d'objectifs pluriannuels de réduction de la moyenne annuelle des concentrations journalières en particules atmosphériques.
- o La surveillance des pollens et moisissures.
- o La mise en place d'un plan national de prévention des risques de la santé décliné au niveau régional en partenariat avec l'ARS, les conseils départementaux et autres collectivités territoriales.
- o La surveillance des activités impliquant la diffusion de sons à un niveau sonore élevé.

4 - les mesures spécifiques aux ARS

Dans le cadre de la réforme du système de santé et de la réforme territoriale, le projet de loi de santé comprend des dispositions spécifiques aux ARS et notamment aux instances de démocratie sanitaire avec notamment :

- la création d'une ARS pour la grande région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes.
- Les conventions et accords collectifs seront maintenus.
- Les mandats des représentants du personnel et délégués du personnel sont prorogés jusqu'à la désignation des représentants de la nouvelle Agence (au plus tard le 14 septembre 2016).
- Les CRSA et les mandats de leurs membres sont maintenus jusqu'à la mise en place de la nouvelle instance et au plus tard jusqu'au 30 juin 2016. A compter du 1^{er} janvier 2016, des structures de coordination entre les CRSA actuelles seront mises en place.
- Les conseils territoriaux de santé remplaceront les conférences de territoire.

La planification :

- L'ARS sera responsable de l'organisation et de la couverture territoriale des vigilances sanitaires.
- Un plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins sera décliné en région dans un plan pluriannuel régional déterminé par une convention entre l'ARS et l'UNCAM.
- Le projet régional de santé en cours est maintenu jusqu'en 2018. A compter de cette date, il sera composé :
 - . d'un cadre d'orientation stratégique qui déterminera les objectifs généraux et les résultats attendus sur 10 ans ;

- . d'un seul schéma régional de santé pour 5 ans, établi sur la base des besoins de santé, sociaux et médico-sociaux. Il présentera une prévision d'évolution de l'offre et service de santé ;
- . d'un programme régional spécifique relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies.

M. le président remercie Melle GRENIUUX et donne la parole à M. FRAYSSE qui apporte les éléments complémentaires suivants sur :

- L'information du consommateur : ajout des symboles nutritionnels sur les denrées alimentaires.
- Les services de médecine de travail : un collaborateur médecin, médecin non spécialiste en médecine de travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification, pourra exercer, sous l'autorité d'un médecin du travail d'un service de santé au travail, les fonctions dévolues aux médecins du travail.
- Le volet santé mentale : un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernés à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, devra être élaboré et mis en œuvre par les professionnels et établissements à un niveau territorial suffisant. Par ailleurs, le conseil territorial de santé comprendra une commission spécialisée en santé mentale.
- Le dossier médical partagé (DMP) avec la notion de secret d'informations partagées, qui seront limitées aux données nécessaires à la prise en charge du patient. La gestion du DMP passe sous la gestion de l'assurance maladie. Certaines informations pourront être rendues inaccessibles par le titulaire du DMP. Le patient pourra accéder au contenu de son dossier et à la liste des professionnels qui seront autorisés à accéder à son dossier. Il pourra également prendre connaissance des traces d'accès à son dossier.
- Le service public hospitalier exercera l'ensemble des missions dévolues aux établissements de santé dans le respect des principes d'égalité d'accès à la prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité. Les établissements assurant le service public hospitalier devront garantir un accueil adapté notamment pour les personnes en situation de handicap ou de précarité sociale.
- Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) : Ils seront plus structurants que les communautés hospitalières actuelles avec une obligation d'adhésion sauf dérogation accordée par le DGARS. Cette association se traduira par un **projet médical partagé** et un transfert possible d'activités de soins entre les établissements membres du GHT.

Un comité stratégique sera composé des directeurs, des présidents des commissions médicales d'établissement (CME) et des présidents des commissions des soins des établissements membres du groupement. La convention constitutive prévoira les modalités d'articulation entre les CME pour l'élaboration du projet médical partagé et la mise en place d'instances communes.

Un comité territorial des élus représentants des collectivités locales, au sein des conseils de surveillance des centres hospitaliers membres, sera mis en place.

L'établissement support assurera :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier,
- la gestion d'un département de l'information médicale de territoire,
- la fonction « achats » mutualisée,
- la coordination des instituts et écoles de formation.

La certification de la qualité par la Haute autorité de santé sera conjointe aux établissements adhérents à un même groupe.

La liste des GHT sera arrêtée par le directeur général de l'ARS avant le 1^{er} janvier 2016. Le projet médical partagé devrait être finalisé au 1^{er} juillet 2016. Une ordonnance sera prise sur les règles budgétaires et comptables entre les établissements membres du GHT.

L'exercice en pratique avancée (délégations de tâches) : les auxiliaires médicaux pourront exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires ou d'une équipe de soins en établissement de santé.

Leurs domaines d'intervention pourront être :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage,
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques, des actes de surveillance clinique et para-clinique,
- des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'exams complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers :

- le contrat prévoira une clause engageant le praticien en cas de départ à ne pas s'installer, pendant une période de 6 à 24 mois maximum, et dans un rayon de 3 à 10 km, à proximité de l'établissement public de santé qu'il quitte.
- la création d'une commission régionale de l'activité libérale placée auprès du directeur général de l'ARS.

Mise en place d'une pharmaco-vigilance dans les établissements de santé avec une obligation de signalements.

Règle de la fongibilité asymétrique des crédits : les crédits affectés aux soins pourront abonder les enveloppes de prévention, de handicap, de perte d'autonomie mais pas l'inverse.

Les territoires de santé seront remplacés par des territoires de démocratie sanitaire avec la mise en place d'un conseil territorial de santé sur chacun des territoires.

Les zones d'implantation d'activité de soins sont maintenues (zones d'accompagnement prioritaires).

M. le président remercie M. FRAYSSE pour ces compléments d'information.

Les principales observations ou interrogations sont les suivantes :

M. le Dr OUALI indique que l'Ordre national des médecins a déposé plusieurs amendements notamment sur le tiers payant généralisé et les dispositions proposées concernant les dons d'organes.

M. le Dr DESMAISON considère que ce projet de loi a pour objectif de supprimer le système de santé libéral actuel. Il craint que le patient n'ait plus le libre choix de son médecin et qu'à terme on aboutisse à un mélange entre le système anglais et le système américain.

M. FRAYSSE pense que ce projet de loi, dans sa version corrigée, n'a pour but d'attenter ni à la libre installation ni au libre choix du patient. Comme pour les maisons de santé, l'ARS peut inciter les professionnels à se regrouper en communauté professionnelle territoriale de santé mais l'organisation de ce regroupement restera de leur compétence. Concernant le tiers payant, il précise qu'il y aura des garanties notamment sur le flux de financement unique entre la part obligatoire et la part complémentaire et sur le respect d'un délai de paiement. Au-delà de ce délai des pénalités seront appliquées.

M. BEY fait observer que les établissements d'HAD qui sont l'interface entre l'hôpital et le domicile, vont vivre un véritable virage ambulatoire ce qui va conduire à avoir une autre dynamique et un repositionnement de l'hôpital. Il indique que la FNEHAD travaille avec les syndicats des médecins libéraux pour définir les plateformes d'appui. Il indique que le GHT repositionnera l'hospitalisation publique notamment par rapport aux projets territoriaux de santé. Pour lui, il s'agit d'une modernisation du système de santé actuel.

M. LE BRUN fait remarquer que le projet de loi ne fait aucune mention du second recours et que le tiers payant sera inflationniste. Dans une enveloppe contrainte avec un ONDAM orienté à la baisse, il craint qu'il faille soit baisser les honoraires soit faire des économies sur les soins et les

médicaments. Par ailleurs, il s'interroge sur les conditions d'adhésion des établissements de santé privés et publics dans un GHT.

M. FRAYSSE indique que, selon lui, le projet de loi favorise plutôt les prises en charge ambulatoire en ville plutôt que les prises en charge hospitalière. Les établissements de santé publics et les établissements de santé privés à intérêt collectif sont prévus dans le service public hospitalier. Les établissements à but lucratif ayant un service d'urgence auraient vocation à adhérer à ce dispositif sous réserve de certaines exigences. Par ailleurs, il précise que le projet de loi précise que la lettre de liaison soit remise au médecin traitant le jour de la sortie d'hospitalisation.

M. le Dr LE BRUN indique que la lettre de liaison devrait être également adressée aux autres professionnels de santé concernés (infirmiers, masseurs-kinés, pharmaciens).

M. BEY fait observer que ces informations seront inscrites, par la suite, sur le dossier médical partagé.

Suite à une interrogation, M. le Dr OUALI précise qu'une hospitalisation à domicile ne peut avoir lieu qu'après accord du patient, de sa famille, du médecin traitant et de la structure qui coordonne les soins. Il s'agit de patients qui ont déjà une prise en charge médicale. Il ajoute que les internes reçoivent une formation spécifique dans le cadre de leurs études.

M. le Dr BRÉGERE s'étonne que les pharmaciens n'apparaissent pas dans la liste des professionnels habilités à prescrire des substituts nicotiques sachant que certains ne faisant pas l'objet d'une prescription obligatoire mais d'un remboursement forfaitaire sont délivrés par les pharmaciens.

Suite à une interrogation, M. FRAYSSE précise que les implantations des « salles de consommation à moindre risque » dites « salles de shoot » feront l'objet d'une décision ministérielle après proposition régionale.

M. DE LAROCQUE s'étonne qu'il n'y ait pas de dispositions concernant le statut des représentants des usagers du système de santé.

M. FRAYSSE indique que le projet de loi vise l'accompagnement des patients et de leurs familles et prévoit la possibilité d'« actions de groupe » ce qu'est demandé par les associations d'usagers.

M. LAVIGNOTTE souligne la carence des représentants des associations de santé mentale dans la démocratie sanitaire.

Mme le Dr PERON fait observer que 80 % de l'activité psychiatrique se fait en ambulatoire et que les établissements psychiatriques coopèrent davantage avec les services médico-sociaux et sociaux et les médecins généralistes qu'avec les établissements de santé. Cela va poser un problème pour l'élaboration d'un projet médical partagé au sein d'un GHT sur un territoire où il n'y a qu'un seul établissement psychiatrique.

M. BEY pense qu'il faut que les structures psychiatriques et d'hospitalisation à domicile ainsi que les centres ressources Autisme soient associées au projet médical partagé au sein d'un même territoire.

4 - Forum Hospitalisation à domicile : point de situation

M. le président donne la parole à M. FRAYSSE qui rappelle que ce forum, qui devait avoir lieu ce jour, a été reporté au jeudi 5 novembre prochain à 14 heures au Lycée de St Jacques de Compostelle à Poitiers après des échanges entre M. le Dr BERRARD et certains de ses confrères.

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la FNEHAD interviendra en qualité de Grand témoin.

Le programme portera sur :

1 - les attentes des usagers, des professionnels libéraux et hospitaliers vis-à-vis de l'HAD.

- 2 – Les indications, le mode d'organisation de l'HAD et la politique de l'organisation territoriale et modes de prise en charge en Poitou-Charentes
- 3 – les perspectives de développement de l'HAD (indications – lieux mode de financement et plan triennal) par Mme Isabelle PRADE, cheffe de bureau à la direction générale de l'offre de soins au ministère.

Le projet de programme est joint en **annexe**.

5 - Réforme territoriale : point de situation

M. le président donne la parole à M. FRAYSSE qui présente et commente le diaporama joint en **annexe**.

La future région qui regroupera l'Aquitaine, le Limousin et le Poitou-Charentes sera la plus grande région en superficie (15 % de la France) et la 4^{ème} en habitants (5, 8 millions soit 9 % de la population nationale) après l'Île-de-France, Rhône-Alpes et Nord- Pas-de-Calais.

La croissance démographique de la future région est supérieure à celle constatée au niveau national.

La densité est faible : 69 habitants/Km2 contre 117 pour la moyenne nationale.

L'indice de vieillissement, qui rapporte la population âgée de + 65 ans à la population âgée de 20 ans, est de 95.2 contre 72.7 pour l'indice moyen national. Celui du Limousin est de 113.4.

L'Etat de santé :

- Une mortalité générale inférieure en Aquitaine et Poitou-Charentes mais une mortalité prématurée (- 65 ans) en Limousin et Poitou-Charentes supérieures aux données nationales avec des différences départementales marquées pour la mortalité prématurée chez les hommes comme chez les femmes.
- Les trois 1ères causes de décès pour les 3 régions sont les tumeurs, les maladies de l'appareil cardio-vasculaire (infarctus du myocarde – AVC) et les traumatismes/empoisonnements.

L'offre sanitaire de la grande région représente 10 % du parc national des établissements de santé publics et privés.

Les taux d'équipement en chirurgie, HAD, SSR et psychiatrie générale sont plus bas en Poitou-Charentes que dans les 2 autres régions. Globalement les taux d'équipement sanitaires de la future grande région sont quasiment identiques aux taux moyens nationaux.

L'offre médico-sociale de la grande région représente 10 % du parc national d'établissements d'accueil pour adultes handicapés.

Le Limousin a un taux d'équipement de maisons d'accueil spécialisé (2.2) très supérieur aux 2 autres régions et à la moyenne nationale (0.8).

Le Poitou-Charentes a le taux de places d'EHPAD le plus élevé (111) et est supérieur à la moyenne nationale (95.1).

Le taux d'équipement global de la future région pour les enfants handicaps (IME, ITEP et SESSAD) est supérieur à la moyenne nationale. Poitou-Charentes a un taux d'équipement en IME et SESSAD supérieur aux 2 autres régions.

L'offre libérale

La densité des professionnels libéraux du Poitou-Charentes est plus faible que dans les deux autres régions et est inférieure à la moyenne nationale.

Le taux de recours en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est plus élevé en Aquitaine et particulièrement en Gironde. Il est nettement plus réduit en Limousin et en Poitou-Charentes.

Le taux de recours en soins de suite et réadaptation (SSR) dans le nord de la grande région est inférieur au taux national.

La dépense hospitalière annuelle par habitant est de 2 970 € par habitant pour la grande région. La dépense moyenne en Poitou-Charentes est la moins élevée des 3 régions.

La consommation en soins de ville par habitant pour l'ensemble de la grande région est proche de la moyenne nationale.

M. FRAYSSE indique que le préfigurateur de la future ARS est M. LAFORCADE actuel directeur général de l'ARS Aquitaine.

Un état des lieux des organisations actuelles des 3 agences a été réalisé.

L'équipe de préfiguration travaille actuellement sur la macro-organisation qui devra être transmise le 30 juin au ministère sous couvert du préfet de région préfigurateur.

A la réunion avec le personnel de l'ARS, M. LAFORCADE a annoncé qu'il maintiendrait les sites actuels (4 en PCH) avec un renforcement des délégations territoriales et qu'il n'y aurait pas de mobilité forcée pour les agents. Il y aura un seul siège qui pourrait être situé à Bordeaux.

Dès que l'arbitrage ministériel sera connu, l'équipe de préfiguration travaillera sur l'organigramme de la future ARS qui sera diffusé aux agents à l'automne 2015.

M. FRAYSSE précise qu'il n'y aura qu'une seule CRSA. Une réflexion devra être menée pour permettre de continuer à faire vivre la démocratie sanitaire par rapport à la politique régionale de santé retenue. Il ajoute qu'il y aura 13 conseils territoriaux de santé.

Les principales observations ou interrogations sont les suivantes :

Certains membres expriment leur inquiétude par rapport à l'éventuelle hégémonie de l'Aquitaine et particulièrement de la Gironde.

M. FRAYSSE précise qu'il s'agit d'une nouvelle entité issue de la fusion des 3 ARS et non d'une fusion-absorption.

Suite à des interrogations, M. FRAYSSE indique que :

- Le budget de l'Agence comme les budgets d'intervention seront répartis en fonction de nouveaux critères sachant qu'il y aura une montée en charge sur 3 ans. Il y aura une politique régionale à construire notamment avec des règles d'attribution de subventions en matière de prévention. Le regroupement des 3 ARS permettra aussi des activités nouvelles notamment en matière de prévention, d'études ou d'évaluations en santé.

- Le schéma interrégional de l'organisation des soins Grand Ouest devrait être mis en oeuvre jusqu'à son échéance.

- Le volet universitaire des CHU de Limoges et Poitiers sera bien entendu maintenu.

- Les places d'EHPAD autorisées et non installées ne seront pas redéployées sur les autres régions.

M. BRUNET indique que le projet de loi sur l'adaptation de la société au vieillissement prévoit de remplacer les Comités départementaux des retraités personnes âgées (CODERPA) par des comités départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) regroupant les représentants de personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Dans les prochaines années, les personnes âgées vont représenter 1/3 de la population de la grande région. Aussi, les associations de personnes âgées souhaiteraient avoir une représentation suffisante dans la CRSA. **(la déclaration est jointe en annexe)**

M. FRAYSSE précise qu'il sera veillé, autant que faire ce peut en fonction de la composition de la future CRSA, à l'équilibre territorial et des représentations de toutes les structures existantes dans la grande région

Afin de préserver la dynamique de la démocratie sanitaire et des relations avec l'ensemble des acteurs engagée en région, il propose d'organiser une rencontre des présidents des trois CRSA et des présidents des commissions spécialisées avec des représentants des ARS pour préparer cette nouvelle instance et définir des modalités de travail collaboratif.

Après des échanges fructueux sur la nécessité de conserver la notion de représentativité territoriale dans les futures instances, **les membres présents souhaiteraient que M. LAFORCADE, préfigurateur, puisse assister à l'assemblée plénière d'octobre pour répondre à leurs interrogations.**

6 - Questions diverses

M. FRAYSSE fait savoir que la motion, votée à la dernière assemblée plénière, relative à l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap et notamment sur le financement de ces soins a été adressée à Mme la ministre et diffusée dans les différentes directions concernées.

Il indique que la problématique de l'organisation des soins somatiques des personnes en situation de handicap est en cours de discussion au niveau national et que le dispositif « Handisoins » au CH de Châtelleraut a fait l'objet d'une visite des services ministériels.

La motion est jointe en **annexe**.

Plus personne ne désirant prendre la parole, la séance est levée à 16 H 30.

Le Président de séance

Dr Bernard LE BRUN