

AUTOSAISINE



L'ACCÈS AUX SOINS
POUR TOUS
DANS LE GRAND EST,
UN ENJEU FONDAMENTAL

Adopté en séance plénière
des 7 et 8 décembre 2022

AVIS ET RAPPORTS DU CESER

Le Conseil économique, social et environnemental régional Grand Est a voté le présent avis à la majorité des suffrages exprimés avec 17 voix contre et 46 abstentions.

Avis présenté par la commission Cohésion sociale :

Daniel FONTAINE, Président

Adrien ETTWILLER, Vice-président

Véronique GLOUX, Rapporteure

Hubert ATTENONT

Chahid BOUGNOUCH

Christian BLANCKAERT

Marie-Claude BRIET-CLEMONT

Jean-Luc CARDOSO

Marie-Hélène CAROFF

Gilles CORNET

Marie-Josée DAVANZO

Michel DEHU

Philippe FISCHER

Alex GORGE

Jean-Marc HAAS-BECKER

Pierrette HARTMANN

Béatrice HESS

Olivier KLOTZ

Amandine MARET

Stéphanie PEYROUSE

Marc PHILIBERT

Joëlle PIJAUDIER-CABOT

Jean-Claude PROLONGEAU

Brigitte RITZENTHALER

Hubert SCHAFF

Eric SENET

Charles TORDJMAN

Fabienne VERQUERRE

Christine VIOLIER

Joseph ZORNIOTTI

SOMMAIRE

01. RAPPORT	1
I. État des lieux de l'accès aux soins	3
1. Quelques définitions et chiffres du Grand Est	3
2. Les acteurs et les dispositifs	10
3. Le non-recours et le renoncement aux soins	20
II. Principaux constats et évolutions actuelles	23
1. La lutte contre les « déserts médicaux » ou « territoires sous denses »	23
4. La territorialisation des politiques de santé avec les Contrats Locaux de Santé	40
5. La prise en compte de la démocratie sanitaire	45
III. Les enjeux de l'accès aux soins	47
1. L'efficacité des politiques publiques en matière de santé et la place de l'évaluation	49
2. L'enjeu pour les métiers de la santé	50
3. L'enjeu de la démocratie sanitaire et la place des usagers	52
02. AVIS	53
I. Enjeux des politiques publiques de santé	55
II. Enjeux pour les professionnels de santé	61
III. Enjeux pour la démocratie sanitaire	63
Conclusion	64
03. EXPLICATIONS DE VOTE	65
Explication de vote de membres du CESER représentant la Confédération Française Démocratique du Travail (CFDT)	66
Explication de vote de membres du CESER représentant la Confédération Générale du Travail (CGT)	68
Explication de vote du membre du CESER représentant le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle	70
04. ANNEXES	72
Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées	73
Annexe 2 : Glossaire	74
Annexe 3 : Tableau des 15 préconisations pour favoriser l'accès aux soins dans le Grand Est	76



01. RAPPORT

Le CESER a fait le choix de se saisir de la problématique de l'accès aux soins dans le Grand Est au regard du contexte actuel (post-COVID, démographie médicale, parcours de soins...). De nombreuses auditions d'experts ont permis de bénéficier d'un éclairage sur les actions menées dans la région. Une attention particulière a été portée aux services, initiatives et dispositifs favorisant l'accès aux soins pour toutes et tous.

La crise sanitaire a mis en avant les fragilités du système de santé qui ont impacté la vie de nos concitoyens notamment au niveau de leur suivi médical du fait de l'impossibilité pour les médecins de ville de recevoir les patients. La préoccupation sanitaire était uniquement focalisée sur la COVID, les autres maladies paraissaient subitement secondaires. Cela a aussi causé des retards de diagnostics de certaines pathologies ou des reports d'interventions et a fragilisé de nombreux jeunes notamment sur le plan de la santé mentale. De plus, ces reports de prise en charge pour limiter les risques de contamination ont entraîné des retards dans le domaine des soins et de la recherche.

Depuis plusieurs années, la transformation du système de santé, le vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques et la problématique de la démographie médicale impactent grandement l'accès aux soins.

Cette thématique a été longtemps abordée uniquement par des experts de la santé. Elle est aujourd'hui au cœur du débat politique, associatif mais aussi citoyen. La démocratie sanitaire permettant la prise en compte du droit des patients renforce également la légitimité des représentants d'usagers dans les différentes instances.

Les collectivités territoriales ne disposent pas de compétences en matière de santé mais elles tentent d'apporter leur contribution pour pallier les difficultés qu'elles rencontrent comme, par exemple, le déficit de professionnels médicaux (des déserts médicaux ou zones sous denses). Il existe de nombreuses dynamiques dans les territoires pour traiter des questions de la santé. Les politiques publiques de santé sont davantage territorialisées notamment depuis la loi de 2009 « Hôpital Patients Santé Territoires ». Les Contrats Locaux de Santé sont dans ce cadre une opportunité à saisir pour entretenir une synergie et répondre aux enjeux à l'échelle locale.

Il est utile de rappeler que la santé en tant que bien commun, constitue un des droits fondamentaux de tout être humain. Au niveau national, ce droit de valeur constitutionnelle est énoncé dans l'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946: « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs ». Par ailleurs au niveau mondial, le troisième objectif de développement durable initié par les Nations Unies est « la bonne santé et le bien-être ». Il est inscrit dans un programme universel dont la finalité est de construire un monde plus juste et durable.

Le présent rapport traite de la question de l'accès aux soins. Il n'était pas possible d'aborder toutes les questions tant le thème est vaste, de ce fait il ne sera pas examiné les champs de la médecine scolaire, universitaire ou du travail.

Le CESER se saisit de la question de l'accès aux soins par le prisme des « soins primaires ». Cette notion sera définie dans cette partie ainsi que celles des déterminants de santé, de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que des inégalités sociales et territoriales de santé. Quelques chiffres permettront de cerner la particularité de la région et de ses habitants.

I. État des lieux de l'accès aux soins

L'accès aux soins n'est pas le simple fait d'avoir la possibilité pour un habitant d'aller chez le médecin mais il questionne sur de nombreux facteurs : capacité des personnes à agir sur leur propre santé, existence sur le territoire d'une offre de soins accessible géographiquement mais aussi financièrement...

1. Quelques définitions et chiffres du Grand Est

La conception de la santé, définie par l'OMS comme « un état de bien-être complet physique, mental et social » et non comme l'absence de maladie ou d'infirmité, met notamment l'accent sur la prévention et l'ensemble des politiques publiques ayant un impact sur la santé.

La charte d'Ottawa (1986) définit la notion de « soins primaires » : « Les soins de santé primaires constituent une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long de la chaîne de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »

Les soins primaires¹ assurent ainsi quatre fonctions principales :

- Garantir l'accès aux soins pour toute personne selon ses besoins ;
- Soigner la personne dans sa globalité en tenant compte des éléments biologiques et somatiques, mais aussi psychologiques et sociologiques en lien avec l'environnement familial et social ;
- Garantir la continuité des soins à l'occasion de contacts répétés dans la durée entre patient et soignant ;
- Assurer la coordination, notamment avec les autres niveaux de soins secondaires et tertiaires.

¹ Les soins primaires en question(s) Broché – 25 mars 2021 de Yann Bourgueil (Auteur), Aline Ramond-Roquin (Auteur), François-Xavier Schweyer (Auteur)

Les médecins généralistes, les infirmières, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les sages-femmes, les kinésithérapeutes, mais également d'autres professionnels et spécialités médicales comme les pédiatres et les psychiatres peuvent être concernés par les soins primaires.

Les soins secondaires expriment le fait qu'un patient est pris en charge par quelqu'un qui a une expertise spécifique. Les soins tertiaires arrivent lorsqu'un patient est hospitalisé et qu'il a besoin de soins plus élevés au sein de l'hôpital notamment par le biais d'un équipement et d'une expertise hautement spécialisés. Enfin, les soins quaternaires dans le prolongement des soins tertiaires, sont plus spécialisés et très inhabituels.

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé constitué autour de médecins généralistes de premier recours, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent. Elle peut prendre la forme d'un centre de santé ou d'une maison de santé. L'équipe de soins primaires contribue à la structuration des parcours de santé. Son projet de santé a pour objet, par une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Les déterminants de la santé

Selon la définition de l'OMS, les déterminants de la santé sont les « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ». Les déterminants de santé sont donc l'ensemble des facteurs qui influencent positivement ou négativement, l'état de santé des individus et des populations. Quatre catégories de déterminants peuvent être prises en compte : biologiques, comportementaux, environnementaux et ceux liés au système de santé. Il est aussi important de comprendre les interactions qui peuvent exister entre ces différents déterminants. Nous verrons plus loin comment il est possible d'agir sur ces déterminants via différentes actions individuelles et collectives.

La prévention et promotion de la santé

Comme le précise la Haute Autorité de Santé : « la prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Sont classiquement distinguées la prévention primaire qui agit en amont de la maladie (ex : vaccination et action sur les facteurs de risque), la prévention secondaire qui agit à un stade précoce de son évolution (dépistages), et la prévention tertiaire qui agit sur les complications et les risques de récurrence. »

La prévention, c'est également le fait d'apporter des informations à une personne pour renforcer sa connaissance de manière à modifier son comportement pour in fine améliorer sa santé.

Les programmes de dépistage des cancers ont pour objectif de détecter au plus tôt un cancer, parmi des personnes a priori non malades, afin de le traiter à un stade précoce et offrir de meilleures chances de guérison.

LES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS - par département² en Grand Est avec le taux de participation - ratio d'utilisation sur prise en charge adressée :

CPAM	A fin décembre 2021		
	Cancer du sein	Col de l'utérus	Cancer colorectal
081	54,83%	49,91%	28,40%
101	59,08%	49,05%	30,56%
511	58,95%	57,23%	29,35%
521	57,21%	50,13%	31,86%
542	56,64%	51,27%	31,39%
551	54,18%	50,63%	30,44%
571	52,81%	53,67%	29,27%
673	58,49%	57,89%	31,11%
682	53,54%	60,85%	34,71%
881	55,46%	50,22%	34,47%

- Cancer du sein : Tous les 2 ans/De 50 à 74 ans
 - Cancer colorectal : Tous les 2 ans/De 50 à 74 ans

- Cancer du col de l'utérus : Tous les 3 ans de 25 à 29 ans/Tous les 5 ans de 30 à 65 ans

Les examens (mammographie, lectures du test colorectal et du frottis), réalisés dans le cadre d'un dépistage organisé, sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais.

La moyenne Grand Est de participation pour le dépistage du cancer du sein est de 56,12 % ; pour celui du col de l'utérus est de 53,08 % et pour celui du cancer colorectal est de 31,15 %.

La réelle participation des publics cibles après envoi par l'Assurance Maladie des formulaires de prise en charge est jugé décevants par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport du 30 mai 2022 qui la qualifie de « très en deçà des objectifs nationaux et de la cible européenne ».

Par ailleurs, un rapport intitulé « La prévention des cancers pour les personnes handicapées vieillissantes en structures médico-sociales et à domicile : promouvoir et accompagner le dépistage³ » relate les constats suivants : beaucoup de personnes en situation de handicap ne savent pas qu'il existe du dépistage organisé ; les tests et dépistages organisés ne sont pas adaptés aux personnes en situation de handicap ; l'interconnaissance entre les différents professionnels de santé est une absolue nécessité.

Le programme national M'T dents permet de faire un examen bucco-dentaire de prévention tous les 3 ans de 3 à 24 ans et les soins consécutifs sont pris en charge à 100%.

² Dans la colonne de gauche du tableau, les départements correspondent aux deux premiers chiffres : 08 Les Ardennes – 10 L'Aube – 51 La Marne – 52 La Haute-Marne – 54 Meurthe et Moselle – 55 Meuse - 57 Moselle – 67 Bas Rhin – 68 Haut Rhin - 88 Vosges

³ <https://ancreai.org/etudes/la-prevention-des-cancers-pour-les-personnes-handicapees-vieillissantes-en-structures-medico-sociales-et-a-domicile-promouvoir-et-accompagner-le-depistage/>

À la lecture du tableau⁴ ci-dessous qui précise le taux de recours à ce programme par Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Grand Est en fonction des âges, il est constaté une utilisation disparate de ce programme selon les départements⁵.

LE PROGRAMME NATIONAL M'T DENTS – chiffres par département du Grand Est

Caisse	taux 3ans	taux 6ans	taux 9ans	taux 12ans	taux 15ans	taux 18ans	taux 21ans	taux 24ans	taux 3-24 ans	taux 6-18 ans
081	30,20%	54,25%	60,91%	68,10%	61,36%	39,49%	33,53%	37,81%	48,40%	56,62%
101	26,00%	49,27%	58,42%	67,49%	61,03%	40,70%	36,09%	34,02%	47,16%	55,61%
511	32,30%	59,87%	68,94%	75,62%	68,71%	46,71%	40,67%	41,39%	53,94%	63,87%
521	27,01%	53,57%	60,51%	68,46%	64,87%	42,94%	36,28%	34,13%	48,78%	57,78%
542	39,79%	66,48%	72,59%	79,98%	73,52%	53,04%	42,62%	40,22%	57,49%	69,15%
551	29,47%	52,68%	61,45%	68,86%	64,23%	43,35%	34,35%	35,87%	49,08%	57,92%
571	36,84%	58,63%	66,74%	73,89%	65,37%	45,77%	38,40%	41,05%	53,40%	62,14%
673	44,54%	72,52%	81,14%	82,05%	73,19%	56,47%	47,17%	47,71%	62,61%	73,13%
682	39,64%	62,69%	70,68%	77,30%	69,27%	48,87%	41,27%	41,84%	56,76%	65,87%
881	36,13%	64,51%	71,70%	79,17%	73,27%	51,00%	40,94%	40,39%	57,12%	67,75%
Grand Est	34,19%	59,45%	67,31%	74,09%	67,48%	46,84%	39,13%	39,44%	53,48%	62,98%

L'approche de la promotion en santé vise à questionner et à se questionner sur les différents facteurs qui influencent la santé des populations d'un territoire ainsi que sur la qualité de vie d'une population sur un territoire.

La Charte d'Ottawa⁶ précise que « La promotion de la santé a pour but **de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer**. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

Pour l'Instance Régionale d'Éducation et promotion de la santé du Grand est (IREPS), la promotion de la santé vise à interroger le territoire afin d'identifier son influence sur le comportement adopté par les individus et la manière dont il impacte la qualité de vie d'une population. Prenons l'exemple de la faible participation de la population à une action de dépistage du cancer. La raison n'est sans doute pas liée uniquement au manque d'informations vers cette population. Il peut aussi relever des difficultés liées à l'accessibilité physique, ou encore à la manière dont est accueilli le public, à la visibilité et à la lisibilité des

⁴ Source : Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Grand Est

⁵ Dans la colonne de gauche du tableau, les départements correspondent aux deux premiers chiffres.

⁶ La première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa, a adopté le 21 novembre 1986 la présente "Charte" en vue de contribuer à la réalisation de l'objectif de la Santé pour tous d'ici à l'an 2000 et au-delà.

actions pour la population (lieu, horaire, coût...) mais aussi à la compétence et à l'orientation des professionnels de santé vers les services de dépistages organisés ou encore au nombre de services disponibles sur un territoire, à l'articulation et à la coordination des services sur un territoire. Il s'agit d'interroger tous les facteurs qui vont influencer la santé des populations (déterminants et services sur un territoire : loisirs, transports...).

Les actions de promotion de la santé vont agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. L'IREPS a précisé lors de l'audition les conditions à réunir pour mener à bien une action de promotion à la santé : tout projet doit reposer sur une équipe projet qui s'appuiera sur un diagnostic ; ceci afin d'identifier les axes qui visent à agir sur les différents déterminants de santé par le biais d'un outil de catégorisation des résultats avec des objectifs ciblés ; définir une stratégie d'actions adaptées.

Les inégalités sociales et territoriales de santé

Les inégalités sociales de santé⁷ recouvrent les différences d'état de santé entre individus ou groupes d'individus, liées à des facteurs sociaux, et qui sont inéquitables, c'est-à-dire moralement ou éthiquement inacceptables, et qui sont potentiellement évitables. Il peut s'agir d'écarts importants concernant l'espérance de vie ou la plus forte probabilité d'être atteint de telle ou telle maladie selon le groupe social auquel on appartient voire le territoire dans lequel on habite.

Les inégalités sociales et territoriales de santé concernent des « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé ». Il en existe trois types, qui sont liés :

- Au genre de l'individu (ex. différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes) ;
- À sa catégorie socioprofessionnelle (ex. différence d'espérance de vie entre les ouvriers et les cadres) ;
- Au territoire et notamment à l'accès aux services et à l'emploi (ex. disparités entre les villes, intercommunalités, départements ou région).

Ces inégalités ne doivent pas être pensées comme étant une opposition entre les personnes les plus défavorisées et les autres mais selon un gradient social : chaque classe sociale présente un niveau de mortalité, de morbidité et un cumul de difficultés plus important que la classe immédiatement supérieure. Ces inégalités sont considérées comme évitables car elles ne relèvent pas uniquement de facteurs biologiques et génétiques propres à l'individu mais font intervenir de nombreux déterminants de la santé. Les inégalités sociales sont importantes entre les classes inférieures et les classes moyennes et supérieures. Par exemple, le fait d'avoir fait de longues études favorise une meilleure santé.

⁷ Source : <https://www.vie-publique.fr/fiches/37861-inegalites-sociales-de-sante>

La répartition géographique des acteurs de santé crée des freins vers l'accès aux soins. L'une des causes des inégalités territoriales d'offre de ces soins est la liberté d'installation des médecins libéraux (charte de la médecine libérale de 1927). En effet, cette disposition facilite l'installation des médecins sans une obligation de prendre en compte des particularités territoriales liées à l'offre de soins et à leur répartition.

Pour réduire les inégalités, il est nécessaire de mettre en place plusieurs stratégies, parmi lesquelles celles de :

- Renforcer l'action collective en favorisant la cohésion sociale et le soutien mutuel pour permettre aux habitants, professionnels et élus de fixer des priorités qui concernent leur santé ;
- Améliorer les conditions de vie et de travail sur le territoire afin d'optimiser l'accès aux services ;
- Renforcer les mesures politiques favorables à la santé pour modifier l'environnement macro-économique dans lequel la personne se situe ;
- Renforcer les compétences individuelles en s'appuyant sur les connaissances, attitudes, aptitudes et la motivation des individus. Il s'agit de permettre le pouvoir d'agir des habitants.

Quelques données régionales du Grand Est⁸

La région Grand Est compte plus de 110 689 professionnels de santé dont 7 006 médecins généralistes et 9 291 médecins spécialistes. Il existe 339 établissements de santé publics et privés, 888 structures d'accueil pour personnes âgées et 804 établissements pour personnes handicapées.

En 2012, l'espérance de vie à la naissance, dans la région Grand Est, s'établit à 80,8 ans, soit un an de moins que l'espérance de vie pour l'ensemble de la France. Dans les conditions de mortalité de 2016, une femme vivrait en moyenne 85,4 ans et un homme 78,5 ans

Entre 2011 et 2013, la région Grand Est a enregistré en moyenne 49 230 décès chaque année. Ceci correspond à un taux comparatif de mortalité générale, tous âges et toutes causes, de 815 décès pour 100 000 habitants. La mortalité dans le Grand Est apparaît significativement supérieure à ce que l'on observe à l'échelle de la France métropolitaine (+7,8 %).

Quatre décès sur dix avant 65 ans sont dus à un cancer. Dans la Région Grand Est comme en France, les cancers représentent la première cause de mortalité avant 65 ans, suivis par les causes externes de mortalité (suicides, accidents de la vie courante, accidents de la circulation,

⁸ Les données sont issues du Projet Régional de Santé du Grand Est - État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est : <https://www.grand-est.ars.sante.fr/media/14087/download?inline> ou ont été transmis par l'ARS Grand Est lors de l'audition.

etc.). Les Ardennes et les Vosges présentent les situations les plus défavorables, avec une mortalité par cancer respectivement de 12,4 % et de 9,2 % supérieure à la moyenne nationale. A l'inverse, la situation est plus favorable dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Haute-Marne départements qui présentent des mortalités par cancers proches de la moyenne nationale.

Les maladies cardio-neurovasculaires (MCNV) sont la première cause de mortalité dans le monde (source : OMS, Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010). Au niveau national et dans le Grand Est, il s'agit de la deuxième cause de mortalité générale, la première pour les femmes et pour l'ensemble des personnes âgées de plus de 65 ans. On dénombre 12 500 AVC (Accident Vasculaire Cérébral) ou AIT (Accident Ischémique Transitoire) en 2021 pour 150 000 en France. On compte plus de 2700 décès et 9500 patients hospitalisés pour AVC enregistrés par an. 8 français sur 10 ignorent les signes d'alerte (source : France AVC). Le taux de mortalité par AVC standardisé de la région s'élève à 41,6 pour 100 000 habitants contre 38,0 pour 100 000 au niveau national (France métropolitaine).

Au 31 décembre 2014, 1 136 894 habitants du Grand Est sont en affection de longue durée (hors hypertension artérielle), soit près de 20 % de la population (taux standardisé de 19 649 pour 100 000 habitants). Ce taux, qui dépasse le niveau national (19 266) de 2 %, est plus élevé chez les hommes (23 011) que chez les femmes (17 079). Les 4 causes majeures en 2014 regroupant plus de 75 % des personnes admises en affection longue durée (ALD) dans la région sont : les maladies cardiovasculaires ; les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (diabète en particulier) ; les cancers et la souffrance mentale. Selon l'ARS, on dénombre 365 000 habitants du Grand Est pris en charge pour un diabète en 2018, soit 6,6 % de la population de la région. Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent un ensemble d'infections (pneumonie, bronchite, etc.) et d'affections chroniques (asthme, La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive - BPCO) qui touchent les organes du système respiratoire. Ces pathologies ont été responsables de 3 358 décès annuels en moyenne dans le Grand Est entre 2011 et 2013. Ceci correspond à un taux comparatif de mortalité de 56 décès pour 100 000 habitants, supérieur de 14 % au taux observé pour l'ensemble de la France métropolitaine. Depuis le début des années 2000, malgré une diminution de cette mortalité, l'écart entre la situation observée dans le Grand Est et dans l'ensemble de la France a continué de croître. Le plus souvent, le tabac et la pollution atmosphérique sont mis en avant comme facteurs de risque principaux des maladies respiratoires. Toutefois, d'autres facteurs tels que les conditions de vie et de travail ou encore le climat peuvent avoir un impact négatif.

Selon les estimations de l'Agence Régionale de Santé pour le Grand Est, 41 % des nouveaux cas de cancers pourraient être évités en changeant de comportement et de mode de vie (20 % dus au tabac ; 8 % à l'alcool ; 5,4 % à l'alimentation et 5,4 % au surpoids et à l'obésité). 30,1 % des 15-75 ans fument au moins une cigarette par jour contre 24 % à l'échelle nationale. Il est à noter une prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants de 5 à 6 ans supérieure à celle de toutes les autres régions et une prévalence de l'obésité chez les adultes supérieure à

la moyenne nationale pour chacune des trois ante-régions du Grand Est. En 2012, elles se positionnent dans le premier tiers des régions les plus touchées par l'obésité. Ainsi, la Champagne-Ardenne affiche un taux de prévalence de 20,9 % (2^e région sur 21), l'Alsace 18,6 % (5^e région) et la Lorraine 17,0 % (7^e région).

En 2021, il est constaté une augmentation de 34% du nombre mensuel moyen de passages aux urgences pour gestes suicidaires chez les 11-17 ans par rapport à la période 2018-2020 avec une montée de 107% pour les idées suicidaires des 11-17 ans. Cette accroissement persiste pour les deux premiers mois de 2022 : +67% pour les gestes suicidaires, +223% pour les idées suicidaires (Source : Santé publique France).

2. Les acteurs et les dispositifs

La santé est une compétence portée par l'État mais pas exclusivement. Les collectivités territoriales ont joué un rôle majeur dans la gestion de la crise sanitaire à l'échelle locale : ouverture de centres de vaccination, mise en place de dispositifs en faveur des plus vulnérables... Elles sont aussi très sollicitées par les administrés sur les difficultés qu'ils rencontrent pour accéder à un service de santé ou pour déplorer le manque de médecins. Les élus des collectivités tentent d'apporter des réponses pour favoriser l'accès aux soins (mise à disposition de locaux, recherche et recrutement de médecins...).

De plus, les collectivités locales peuvent s'appuyer sur les nombreuses compétences dont elles disposent, pour agir sur les déterminants de santé et sur l'attractivité du territoire : le développement économique, le sport, le logement, la culture, l'urbanisme, le cadre de vie, la qualité de l'air, de l'eau, les transports, les mobilités actives, l'alimentation scolaire... Les élus des différentes collectivités peuvent aussi siéger dans différentes instances comme par exemple la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA) ou encore au sein des conseils de surveillance des hôpitaux...

a) Le Conseil régional du Grand Est

Le Conseil régional Grand Est ne dispose pas de compétence spécifique dans le domaine de la santé, mais il y contribue par un certain nombre d'actions et d'interventions au titre de l'aménagement des territoires. Depuis 2004, la Région est également chargée des formations sanitaires et sociales (infirmiers, aides-soignants, ambulanciers, sages-femmes, masseurs kinésithérapeutes...). Cela se traduit par les actions suivantes :

- Conduire une politique adaptée permettant de répondre aux besoins en compétences des secteurs sanitaire, social et médico-social se traduisant notamment par l'élaboration partenariale du schéma des formations sanitaires et sociales ;
- Dimensionner l'appareil de formation du secteur sanitaire et social en agréant les instituts de formation du secteur sanitaire et du secteur social ;

- Déterminer la carte des formations des travailleurs sociaux, ainsi que celle des écoles et instituts de formations paramédicales et de formation de sages-femmes ;
- Financer les écoles et instituts qui dispensent ces formations et préciser les conditions financières d'accès à ces formations ; Attribuer des bourses et aides aux élèves et étudiants inscrits dans ces écoles et instituts de formation régionaux.

De plus, la collectivité régionale doit élaborer une nouvelle stratégie pluriannuelle pour la période 2022-2027 et partenariale de développement des formations sanitaires et sociales qui devra tenir compte des enjeux sociétaux actuels : Désertification médicale et paramédicale, Prise en charge du Grand Age (tant en structure qu'à domicile), Accompagnement des personnes dépendantes (âgées, en situation de handicap, petite enfance, insertion) et Lutte contre la pauvreté et la précarité.

Par ailleurs, depuis plusieurs années la collectivité régionale est engagée en matière de santé et a réalisé un document très complet intitulé « tour d'horizon des actions de santé » qu'elle mène à partir duquel se sont déclinés 4 axes dont l'égal accès aux soins sur les territoires et l'attractivité des professions de santé. La crise sanitaire a mis en avant l'action régionale en matière de santé qui se veut prendre une place plus importante sur cette thématique. Pour l'année 2022, le Conseil régional a mis en place plusieurs dispositifs⁹ afin de :

- Apporter un accompagnement plus soutenu des porteurs de projets de Maisons de Santé Pluri professionnelles (MSP) publics et privés ;
- Soutenir l'installation de tous professionnels, médicaux et paramédicaux, dans des zones sous denses ou en quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV), que ce soit en centres de santé, maisons de santé ou en cabinets individuels ;
- Poursuivre le développement des « maisons des étudiants et professionnels en santé » dont la vocation est d'évoluer vers un modèle de tiers lieux santé multimodaux ;
- Déployer des solutions, d'infrastructures multiples visant à contribuer à lutter contre le renoncement aux soins, de la part des citoyens-patients, faute de pouvoir y accéder.
- Accompagner les structures de premiers recours et soutenir la création de maisons de soins non programmées.

De plus, la séance plénière du Conseil régional du 23 juin 2022 a permis le vote d'un plan d'Action pour 2022/2023 décliné en trois axes et porté par la direction de la santé, ci-après les éléments concernant l'accès aux soins.

⁹ <https://www.grandest.fr/aides/?competence=12448&pg=1>

Thématique I : Face aux déserts médicaux et paramédicaux, la Région Grand Est renforce son action	
Fiche n°1	Les bassins de vie des patients : l'échelle de référence pour une action concertée en vue de garantir aux citoyens-patients un égal accès aux soins de premiers recours
Fiche n°2	Développer une politique sur mesure pour un égal accès à l'offre de soins de premiers recours pour l'ensemble de la population du Grand Est Soutien à des cabinets médicaux et paramédicaux éphémères
Fiche n°3	Promouvoir des « guichets uniques » afin de simplifier l'installation des futurs professionnels de santé au sein d'un territoire sous dense
Fiche n°4	Soutenir l'exercice médical dans le cadre de la permanence des soins dans les territoires ruraux ou périurbains en Grand Est.
Fiche n°5	Faire des territoires du Grand Est des lieux de stages attractifs – un pari sur l'avenir
Fiche n°6	Faire que la distance entre le lieu de vie et l'offre de soins ne soit pas un motif de renoncement aux soins.
Fiche n°7	Le déploiement de la télémédecine en Grand Est dans le cadre de la Feuille de route (FDR) TLM État Région AM 2021-2023
Fiche n°8	Soutenir, en investissement, les structures de 1er secours au titre d'acteurs de la chaîne des soins non programmés
Fiche n°9	Organiser des universités d'été du Grand Est « Attractivité des territoires et déserts médicaux et paramédicaux »
Thématique II : Mieux vivre ensemble en Grand Est. Cette thématique sera également déclinée lors des travaux qui seront menés dans la seconde étape de la démarche	
Fiche n°12	La santé des jeunes de 15 à 29 ans
Thématique III : Un outil partagé d'analyse des dynamiques territoriales en santé dans le Grand Est.	
Fiche n°15	La création d'outils d'analyse des dynamiques territoriales de santé en Grand Est

Une attention particulière portée par le Conseil régional sur la santé des jeunes du Grand Est

Depuis fin 2017-2018, l'Observatoire régional de la santé (ORS) Grand Est a débuté un travail relatif à l'observation de la santé des jeunes de 15-29 ans dans la région avec le soutien financier du Conseil Régional. Ce dernier souhaite porter une attention particulière à la jeunesse et a organisé en février 2022 une journée inspirante sur la santé des jeunes de 15 à 29 ans. Un baromètre de la santé des jeunes a été mis en place par le biais de la plateforme participative « Marégiondemain ». Le CESER a été associé à cet évènement. De plus, les Assises de la santé des jeunes ont été organisées le 4 octobre 2022 à Strasbourg réunissant plus de 200 jeunes pour construire avec eux le plan d'action régional.

b) Les Départements

Comme la commune, le département dispose de la possibilité d'attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans certaines zones. L'article 34 de la loi « 3DS relative à la Différenciation, la Décentralisation, la Déconcentration et la Simplification » clarifie le fait que les départements peuvent créer de telles structures sanitaires. Les Départements peuvent mettre en place un schéma départemental d'accès aux soins de proximité à l'instar de celui des Vosges dont le plan santé s'inscrit dans le cadre du schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public.

c) Les intercommunalités et les Communes

Plusieurs collectivités de la région sont membres du réseau français des villes-santé¹⁰ de l'Organisation Mondiale de la Santé : Grand Nancy ; Mulhouse ; Saint-Dié-Des-Vosges ; Metz ; Strasbourg ou encore Thionville... Les objectifs sont de soutenir et de développer le Réseau français des Villes-Santé, en référence aux objectifs du programme européen Villes-Santé de l'Organisation Mondiale de la Santé et permettre une coopération entre ces villes, notamment : des échanges d'expériences, des échanges de données, des rencontres, des actions communes. C'est aussi à l'échelle de la commune ou de l'intercommunalité que sont développés les Contrats Locaux de Santé.

d) L'Agence Régionale de Santé

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, patients et aux territoires (HPST) crée les Agences Régionales de Santé (ARS) dont les missions sont de piloter et mettre en œuvre la politique régionale de santé et de réguler l'offre sanitaire et médico-sociale en réponse aux besoins de la population dans le cadre de la politique nationale de santé. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise les contours du projet régional de santé. L'ARS est l'interlocuteur des acteurs de santé, des services de l'État, des collectivités territoriales, des élus, des organismes gestionnaires, des usagers et de leurs représentants. Son siège régional Grand Est est à Nancy et ses missions sont réparties sur les sites de Nancy, Chalons en champagne et Strasbourg. Il existe 10 délégations territoriales, soit 1 dans chaque département du Grand Est.

Le CESER a émis un avis intitulé « Contribution au Projet Régional de Santé 2018-2028¹¹ ». Parmi les préconisations formulées, celles d'appréhender l'accès aux soins dans toute sa dimension sociale par le prisme des inégalités d'accès aux soins ou encore la nécessité d'affecter des moyens à la hauteur des ambitions du Projet Régional de Santé.

Ma Santé 2022 est la stratégie nationale de santé. Elle se décline à l'échelle régionale dans le cadre du Projet Régional de Santé et l'une des phases opérationnelles à l'échelle locale se concrétise à travers les Contrats Locaux de Santé. Les trois niveaux d'actions affichent une volonté d'agir sur les inégalités sociales et territoriales en santé.

Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

Le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) est l'un des programmes obligatoires dans le cadre du Projet Régional de Santé, son caractère transversal vise, en associant les caisses d'assurance maladie, les hôpitaux, les mutuelles, les organismes

¹⁰ <https://www.villes-sante.com/>

¹¹ <https://www.ceser-grandest.fr/publication/avis-sur-l-examen-par-le-conseil-regional-du-projet-regional-de-sante-2018-2028/>

professionnels, les associations, les collectivités locales et les services de l'État à améliorer la prévention et l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

Lien entre le PRAPS et la Stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté

La stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté a été lancée en septembre 2018 pour la période de 2019 à 2022, elle s'inscrit dans une continuité de la loi de 1998 mais avec un changement notamment sur la prise en compte de la lutte contre les inégalités sociales dès le premier âge avec une politique de prévention (contre le déterminisme et la reproduction sociale de la pauvreté).

Il existe peu de lien entre la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté et le PRAPS alors qu'à la page 129 du Projet Régional de Santé, il est mentionné dans l'objectif 8 les éléments suivants : Faciliter la participation des personnes en situation de pauvreté à la mise en œuvre au suivi et l'évaluation du PRAPS et du Plan Pauvreté, en s'appuyant sur les « experts du vécu ». Toutefois l'audition d'Anouchka CHABEAU, Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté en Grand Est a permis d'évoquer le financement et la mise en place de formations à destination de plus de 600 bénévoles des associations caritatives ou des salariés de structures d'hébergement, maraudes... pour améliorer la prise en charge des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Les PASS, un outil au service du PRAPS

Les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) sont des dispositifs passerelles de prise en charge médico-sociale pour les personnes ayant besoin de soins mais ayant du mal à y accéder du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie ou de leurs difficultés financières. Situées dans des hôpitaux du Grand Est, il existe 38 PASS réparties sur tout le territoire régional : 29 PASS généralistes ; 2 PASS périnatalité/maternité ; 3 PASS buccodentaire et 4 PASS psychiatrique.

e) Les dispositifs des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

*« Chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins »
Ordonnance du 4 octobre 1945 – Conseil national de la Résistance*

Un réseau de 10 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) maille la région Grand Est et est appuyée par une direction régionale du service médical elle-même déclinée en échelons locaux. Les priorités des CPAM sont la qualité de service, l'accès aux droits et aux soins, la prévention en santé et l'amélioration du système de santé. Elles sont chargées des domaines suivants :

- Versement des prestations en nature et en espèces au titre de la maladie, de la maternité, de l'invalidité, du décès, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- Affiliation des assurés sociaux ;

- Gestion du risque : Dans le cadre des relations avec les professionnels de santé, elles arrêtent chaque année un plan d'action en matière de gestion du risque maladie qui détermine les actions à mener pour concourir à la maîtrise des dépenses des soins ambulatoires de santé ;
- Vie conventionnelle ;
- Relation client.

Chiffres clés – source : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

16,67 milliards de dépenses en 2021 pour l'Assurance Maladie dans le Grand Est. Les dépenses hospitalières représentent 44 %, les soins de ville représentent 49 % et 7 % concernent les autres dépenses (invalidité, assurance décès, prestations en espèce, maternité).

Le Régime Local

Le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace-Moselle est issu de l'histoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. Il permet le versement à ses bénéficiaires d'un complément de remboursement, en plus de ce que le régime de base de la Sécurité sociale prend en charge. Le Régime Local finance également des actions de prévention en santé publique pour lutter contre plusieurs pathologies graves qui touchent particulièrement l'Alsace et la Moselle : les cancers, les maladies cardiovasculaires, les broncho-pneumopathies chroniques, les troubles de la santé mentale et les troubles de l'audition et de la vision.

La Mission Accompagnement Santé¹²

Il existe dans chaque département, au sein des CPAM, une Mission Accompagnement Santé (MAS) avec, selon l'organisme, 1, 2 ou 3 référents qui ont développé des compétences spécifiques. La MAS ne dispose pas de budget spécifique. La CPAM peut toutefois mettre en œuvre des dispositifs extra-légaux sur son budget d'Action Sanitaire et Sociale (ASS) afin de répondre à une problématique ciblée sur le territoire. Ce service dont la montée en charge est initiée depuis 2017, a vocation à répondre aux assurés confrontés à une situation particulière, il est proactif et travaille en lien avec de nombreux partenaires locaux, il permet par le « aller vers » d'apporter des réponses adaptées en s'appuyant sur une dynamique partenariale.

Les choix de chaque organisme dans les actions dépendent du niveau de leur implantation, des dispositifs mis en place ou du relationnel avec les acteurs des territoires. Après détection d'une situation, le service sera réactif et sortira parfois du cadre légal via l'Action Sanitaire et Sociale (fonds sociaux) en allant vers l'utilisateur pour répondre à ses besoins.

Les bénéficiaires ne sont pas forcément les publics précaires, il peut s'agir aussi de populations isolées ou qui considèrent que socialement ou culturellement ils ne peuvent plus accéder aux

¹² <https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite/etre-partenaire/outils-et-services-pour-les-partenaires/missions-accompagnement-sante>

soins ou que pour eux cela ne sert à rien. La connaissance des situations particulières se fait par le biais des échanges entre les agents référents et les assurés au sein des CPAM dans les points d'accueil (au-delà de la première demande il y a parfois des situations plus lourdes à traiter). Un signalement est fait essentiellement par les équipes des CPAM au contact avec les publics. Des cas complexes sont transmis à la MAS dans le cadre de partenariats via des conventions avec les Centres Communaux d'Action Sociale, associations, Secours Populaire, Restos du cœur...afin de faciliter les échanges sur des situations rencontrées sur le terrain. Ces partenaires bénéficient de formations, de temps de sensibilisation et d'un interlocuteur direct au sein des CPAM.

La complémentaire santé solidaire

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) remplace la CMU-C et l'ACS. La C2S est une aide à la contractualisation d'une complémentaire santé si les ressources sont modestes. Selon ses revenus, elle ne coûte rien ou coûte moins d'un euro par jour et par personne si le premier palier est dépassé. Le droit à la Complémentaire Santé Solidaire dépend de chaque situation ainsi que des ressources et permet aux bénéficiaires une dispense d'avance des frais chez les professionnels de santé. Les bénéficiaires du RSA ont droit à la C2S sans participation financière, pour l'allocataire et les membres de son foyer. Depuis le 1^{er} janvier 2022, cette attribution est automatique pour ce public sauf opposition expresse des bénéficiaires.

Depuis le 1^{er} avril 2022¹³, le montant des ressources à ne pas dépasser pour une personne seule pour la C2S non contributive est de 9203 euros par an, soit 767 euros par mois (multiplicateur pour un couple = 1.5 – avec un enfant = 1.8...). Au-delà de ce plafond et jusque 12224 euros par an, soit 1035 euros par mois, la C2S est soumise à cotisation. À savoir, un montant mensuel de 8 euros jusqu'à 29 ans, 14 euros de 30 à 49 ans, 21 euros de 50 à 59 ans, 25 euros de 60 à 69 ans et enfin 30 euros pour les 70 ans et plus.

Le 100 % santé : équipements dentaire, optique et auditif

Depuis le 1^{er} janvier 2021, le 100% Santé propose à tous les assurés sociaux, bénéficiant d'une complémentaire santé responsable ou de la Complémentaire Santé Solidaire, des soins et un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire, lesquels sont pris en charge intégralement par l'assurance maladie. Si quelqu'un est éligible au 100% santé et fait le choix de ne pas retenir les produits du panier dédié, la prise en charge par l'assurance maladie ne sera pas intégrale. Le supplément ne pourra non plus faire l'objet d'une prise en charge au titre de l'Action Sociale des CPAM (Action Sanitaire et Sociale). Il est constaté une mauvaise implication de la part de certains professionnels en direction des publics éligibles au 100 % santé. Concernant l'optique, les montures possibles existent pour les enfants (10 minimum) et pour les adultes (17 minimum) mais l'information n'est pas toujours communiquée aux

¹³ Source : www.ameli.fr

usagers. Des enquêtes et des contrôles sont réalisés sur l'éventail des produits en optique, des courriers sont envoyés pour avertir l'opticien défaillant et des passages physiques en magasin sont réalisés. En revanche l'audioprothèse fonctionne très bien avec une augmentation des dépenses de l'Assurance Maladie de 7 % par an qui montre le besoin sur cet aspect et une meilleure couverture de la population.

Les dépassements d'honoraires

Il est parfois difficile de connaître d'avance les montants à régler pour une consultation chez un professionnel de santé. Certains professionnels de santé pratiquent des dépassements d'honoraires. Il s'agit des médecins exerçant en secteur 2, dont les honoraires sont libres. Cela signifie qu'ils facturent leurs prestations à un tarif supérieur au tarif conventionnel, fixé par la Sécurité sociale et respectés par les médecins de secteur 1. L'Option Pratique Tarifaire (OPTAM) a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients en limitant les dépassements d'honoraires en leur permettant d'être mieux remboursés par l'assurance maladie et leur complémentaire santé. Le médecin adhère à l'OPTAM et s'engage à respecter son taux moyen de dépassement et à respecter son taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Il est possible de connaître les tarifs moyens appliqués par le professionnel de santé à l'avance par le biais de la rubrique annuaire santé du site internet ameli.fr (assurance maladie en ligne).

Améliorer la prise en charge des patients en revalorisant certaines consultations

L'audition du Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) a permis d'aborder la problématique de l'accès aux soins des personnes porteuses d'un handicap, des enfants suivis dans le cadre de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) et plus généralement des publics en situation de vulnérabilité.

Soigner une personne en situation de handicap (déficience intellectuelle, troubles psychiques...) prend du temps, ce qui peut engendrer des refus de soins chez le médecin ou le chirurgien-dentiste. Il existe une crainte des soignants en raison d'une méconnaissance mutuelle : les soignants vis-à-vis du public et le public vis-à-vis du monde médical. Des référents handicap ont été mis en place dans les centres hospitaliers pour remédier aux refus de soins ou éviter des ruptures dans les parcours de soins. Des difficultés sont aussi liées aux matériels médicaux spécifiques parfois nécessaires.

La charte Romain JACOB permet d'accompagner les acteurs sur les questions liées à l'accès aux soins. Elle fait l'objet d'une évaluation publique et nationale « handifaction¹⁴ » par le biais d'une publication des données déclaratives par territoires régionaux. Il s'agit d'une enquête nationale permanente proposée aux personnes en situation de handicap pour faire office de baromètre de l'accès aux soins.

¹⁴ <https://www.handifaction.fr/>

Des actions particulières peuvent être mises en place comme celles de permettre une démarche d'habitation aux soins chez les accompagnants des personnes en situation de handicap notamment dans les structures médicosociales : voir des blouses blanches, s'asseoir dans le fauteuil de dentiste, avoir un stéthoscope sur soi... Les associations du champ concerné se mobilisent et souhaitent sensibiliser l'ensemble des acteurs pour mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes en situation de handicap.

En matière de protection de l'enfance, les problématiques sont moins visibles mais également prégnantes. Il existe des difficultés pour les enfants suivis par l'ASE de conserver leur médecin traitant lorsqu'ils sont confiés à une assistante familiale ou à un foyer d'accueil. Cela existe en droit mais pas dans les faits.

L'avenant 9 à la convention médicale du 1^{er} avril 2022 a permis de revaloriser certaines consultations :

- La visite pour les patients de plus de 80 ans en affection longue durée (ALD) peut être cotée en Visite Longue (VL) à hauteur de 70 € (contre 35 € précédemment) jusqu'à 4 fois par an par patient ;
- La constitution d'un premier certificat médical obligatoire complet en vue de l'élaboration d'un dossier destiné à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), qui requiert beaucoup de temps, est valorisée comme une consultation très complexe (60 € en métropole, 72 € en outre-mer) ;
- Pour les patients atteints d'un handicap, la consultation « blanche » (de découverte sans examen clinique) est facturable comme une consultation régulière à 25 € ;
- Le bilan de santé par les généralistes et les pédiatres des enfants admis à l'aide sociale à l'enfance relève désormais d'une consultation complexe (ASE à 46 €).

Le CREAL insiste également sur l'importance de s'appuyer sur la formation des professionnels de santé pour les sensibiliser aux publics porteurs d'un handicap afin d'améliorer les prises en charge des patients. Ces temps de formation ont un impact plus important s'ils sont organisés au sein des formations initiales et accompagnés de période de stages sur le terrain. Le CREAL a participé à un travail avec la Faculté de Médecine de l'Université de Reims-Champagne-Ardenne pour la mise en place d'un module de formation sur le handicap pour les étudiants en 2^{ème} année de médecine. L'idée est d'informer les soignants de demain dès le début des parcours professionnels sur l'importance du soin pour les personnes en situation de handicap.

f) Quelques initiatives innovantes dans le Grand Est

L'association Accès Droits Santé Solidarité (AD2S) existe depuis le 31 janvier 2017, à Maxéville en Meurthe et Moselle, même si le travail partenarial entre promoteurs remonte aux années 1990. Elle compte aujourd'hui 3 salariés. AD2S ne travaille pas directement avec les bénéficiaires mais avec les structures, les acteurs des territoires, les travailleurs sociaux, les

élus, les Centres Intercommunaux d'Action Sociale ou encore des bénévoles... Cette association propose trois actions intéressantes :

- **Mise en place et développement de la garantie santé**

Cette association a souhaité répondre concrètement aux personnes situées sur les effets de seuil en initiant un partenariat pour la mise en place d'une complémentaire santé novatrice. Un bénéficiaire de la garantie santé passé par cet intermédiaire est automatiquement adhérent à l'AD2S. Compte tenu d'une négociation bien menée au niveau des frais de gestion de son opérateur et d'un panier de soins adapté mais sans superflu, les tarifs proposés selon deux choix de garanties et déclinés selon les tranches d'âges sont attractifs et garantis sur deux ans avec un pourcentage limite d'augmentation sur la troisième année (5%). Par ailleurs, une situation d'impayé n'entraîne pas une radiation d'office mais un accompagnement social.

Exemples de cotisations : Personne de 35 ans, option 1 = 39,50 euros – option 2 = 47.00 euros par mois (respectivement 23.40 euros et 35.30 euros si Régime Local) ; Personne de 75 ans, option 1 = 81.50 euros par mois, option 2 = 93.70 euros par mois (respectivement 47.20 euros et 75.80 euros si Régime Local).

- **LA BANQUE DE RESSOURCES est la boîte à outils du travailleur social :** Les travailleurs sociaux sont confrontés à des changements réguliers des dispositifs à destination des publics fragiles, ils doivent sans cesse se remettre à jour et il est difficile dans le même temps de maîtriser la palette des réponses possibles à mobiliser pour répondre aux besoins des publics qu'ils accompagnent. Il existe plusieurs sites internet : AMELI, Banque de France...

AD2S a décidé de réunir toutes ces informations sur un seul site internet accessible, avec des liens vers les sites officiels (AMELI, Banque de France, CARSAT...), les barèmes sont directement mis à jour pour faciliter le travail des acteurs. Aujourd'hui plus de 6000 travailleurs sociaux du Grand Est bénéficient de l'accès à la banque de ressources avec environ 500 consultations par jour. Un annuaire social est également accessible par thématique (enfance, logement...) avec les adresses, la géolocalisation, les horaires d'ouverture... Le Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté de la Corse souhaite mettre en place cet outil sur son territoire. Des cartographies sur différentes thématiques (alimentaires, inclusion numérique...) vont être créées suite à la demande d'Anoutchka CHABEAU, Commissaire à la prévention et à la lutte contre la pauvreté dans le Grand Est qui soutient le dispositif.

- **Le LAB pour LABORATOIRE :** L'association organise également des temps d'informations et de formations sous forme de webinaire afin de contribuer au développement des connaissances (notamment sur les nouveaux dispositifs) et des compétences des professionnels ou encore des bénévoles dans l'accompagnement et dans la démarche de santé des publics.

Le dispositif Mobilité solidaire dans le département de la Marne à vocation sociale et mis en place par Familles Rurales a été primé dans le cadre du Prix Régional des Solidarités Rurales en 2020. Il s'agit d'une réponse aux besoins de mobilité des habitants des zones rurales en l'absence de transports en commun adaptés par la mise en relation de conducteurs bénévoles et de personnes non véhiculées (sous conditions de ressources) devant se rendre auprès d'une administration, pour faire ses courses ou honorer un RDV médical.

Le profil des chauffeurs est majoritairement constitué de jeunes retraités, bénévoles sur leur temps dédié mais défrayés de la totalité de leur trajet soit jusqu'au bénéficiaire, de sa prise en charge au lieu de destination, du retour en charge puis jusqu'au domicile du conducteur et ce, à hauteur de 0.40 centimes du km. Les usagers paient pour leur part 0.32 centimes du km en charge. Les bilans annuels réalisés révèlent une proportion de transports pour raison médicale supérieure à 50%. A l'heure où le corps médical entend se concentrer sur son cœur de métier, la Mobilité Solidaire a le mérite d'éviter des déplacements chronophages pour les médecins.

Ce dispositif est financé par le Conseil départemental à travers son enveloppe de la Conférence des Financeurs, s'y ajoutent des subventions de l'Assurance Maladie, CPAM et MSA, de la CARSAT, des intercommunalités, de fonds sociaux de complémentaires santé ou autres fondations puis enfin la contribution des usagers. Il a des besoins spécifiques : l'indemnisation des trajets, les frais d'assurance, de formation des conducteurs, les mallettes des conducteurs et la mise à disposition de personnels pour assurer la logistique (plateforme d'appel), la promotion, le recrutement de nouveaux conducteurs, les liens avec les élus, les associations locales, les demandes de subventions et l'animation d'un Comité de Pilotage. Aujourd'hui 5 départements du Grand Est développent ou ont développé ce modèle au niveau de leur réseau Familles Rurales (Ardennes – Marne – Meurthe et Moselle – Moselle et Vosges).

3. Le non-recours et le renoncement aux soins

Le CESER a déjà abordé la problématique du non-recours dans l'avis intitulé « La Région chef de file pour une coordination nécessaire des politiques Jeunesse¹⁵ ». Il s'agit dans le cadre de ce nouvel avis de mieux comprendre comment cette question est appréhendée spécifiquement sur les questions liées à la santé. Le CESER s'est appuyé sur les travaux de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE¹⁶) qui mobilise des sociologues, des politistes, des projets de recherche communs avec les sciences médicales, des géographes, des épidémiologistes...

Le non-recours renvoie à la situation de personnes qui pourraient bénéficier d'offres sanitaires et sociales mais qui, dans les faits et en tout état de cause, n'en bénéficient pas. Cette notion

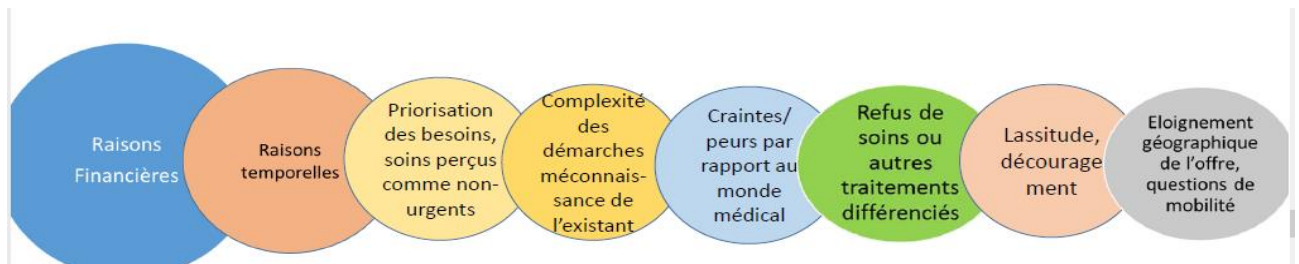
¹⁵ <https://www.ceser-grandest.fr/publication/la-region-chef-de-file-pour-une-coordination-necessaire-des-politiques-jeunesse/>

¹⁶ <https://odenore.msh-alpes.fr/>

qui permet de travailler sur plusieurs sujets par le prisme de différents champs a pour objectif d'aider les acteurs de terrain à réfléchir sur ce sujet afin de percevoir les leviers à actionner. Les droits sociaux sont garantis constitutionnellement mais il n'est pas certain que ces droits soient effectifs.

L'audition d'Hélène REVIL¹⁷ a permis de rappeler que les situations de non-recours ne sont pas toutes de même nature. Certaines personnes sont en non-recours à une offre et d'autres à plusieurs offres d'où la nécessité de mener des enquêtes pour observer ce phénomène avec finesse afin de comprendre les mécanismes sous-jacents à ces situations. Il n'existe pas d'observatoire avec la production régulière de données sur le non-recours à l'échelle régionale dans le Grand Est ni à l'échelle locale. Les Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) ont toutefois l'obligation de réaliser une analyse des besoins sociaux¹⁸ uniquement sur la première année du mandat municipal avec une possibilité d'effectuer des analyses thématiques les autres années. Le Conseil régional du Grand Est a fait part, en juin 2022, de son intention de créer des outils d'analyse des dynamiques territoriales de santé en Grand Est sans en préciser les contours à ce jour. L'Observatoire Régional de la Santé du Grand Est pourrait apporter sa contribution.

Des enquêtes réalisées par l'ODENORE ont permis la création de dispositifs déployés partout en France. Les causes du renoncement aux soins évoquées dans une étude par les personnes interrogées sont multiples. Ils sont détaillés ci-dessous.



Dans l'enquête sur le renoncement aux soins réalisée par ODENORE, 75 % des réponses concernent les raisons financières, les personnes ayant répondu évoquent les restes à charge de diverses natures, les avances de frais et les incertitudes par rapport aux coûts des soins. Ces trois points traduisent la faiblesse ou l'absence de reste à vivre. Des événements survenus peuvent fragiliser les situations financières et les personnes peuvent aussi avoir des incertitudes sur les ressources à venir.

De plus, les incompréhensions et les idées reçues ainsi que la méconnaissance des offres contribuent aux non-recours aux droits.

¹⁷ Docteure et chercheuse en science politique, travaille à l'université de Grenoble dans un laboratoire du CNRS en sciences sociales. Elle dirige le dispositif de recherche intitulé « observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE)

¹⁸ <https://www.lagazettedescommunes.com/738146/analyse-des-besoins-sociaux-le-strategie-social/>

Les autres raisons évoquées par les personnes sont les délais pour accéder à certaines spécialités, le manque de disponibilités, la priorisation des besoins (logement, emploi...). La santé n'est pas toujours au premier rang. La complexité des démarches, la méconnaissance des coûts des soins, les difficultés de s'orienter, les craintes du diagnostic, la peur d'être stigmatisés en raison de leur comportement expliquent aussi ce phénomène. Les problèmes de mobilités n'arrivent pas toujours en premier des causes du renoncement aux soins. Il est à noter que les chiffres diffèrent sensiblement en fonction des territoires.

L'audition des représentants d'associations caritatives, comme le Secours Populaire et le Secours Catholique, a permis de recueillir leurs expériences sur les difficultés rencontrées par les publics en situation de précarité sur l'accès aux soins. Selon eux, il n'est pas utile de créer de nouveaux dispositifs mais il est nécessaire d'aller vers les publics pour répondre à leurs besoins. Pour favoriser l'accès aux soins, il est important de lutter contre la pauvreté car les principales préoccupations des publics sont de se nourrir ou de se loger, la question de la santé vient souvent en second plan. Les associations caritatives sont démunies face à la problématique de l'accès aux soins qui touche tout le monde et tous les territoires, toutefois il est constaté une discrimination en direction des publics précaires. La mise en place de transports solidaires permet d'apporter une réponse humaine dans un contexte de dématérialisation des services publics. C'est aussi ce que propose le Secours Catholique dans les Vosges.

Le rapport d'enquête de France Assos Santé intitulé « la parole des personnes en situation de précarité sur l'accès aux soins » réalisé en décembre 2021 s'appuie sur des témoignages recueillis par le biais d'entretiens individuels ou collectifs en s'appuyant sur 25 associations de la région Grand Est. Le document rappelle que « *les personnes en situation de précarité et/ou de vulnérabilité, de manière générale, ne sont pas ou peu interrogées directement sur les problématiques qu'elles rencontrent* ». Pour lutter contre les inégalités sociales d'accès aux soins, le rapport recommande de :

- Remettre l'humain au centre du système de santé,
- Informer la population sur les dispositifs et les associations d'aide et d'accompagnement aux personnes en situation de précarité,
- Renforcer l'interprétariat ou imposer dans la formation initiale des professionnels, l'apprentissage de plusieurs langues,
- Faciliter les démarches d'accès à la sécurité sociale,
- Informer la population sur la téléconsultation.

II. Principaux constats et évolutions actuelles

De nombreux outils existent pour lutter contre les déserts médicaux, cette dernière notion sera définie dans cette partie et sera également alimentée par des éléments de contexte sur la situation de l'accès aux soins dans le Grand Est. La prise en compte des nouvelles aspirations des nouveaux médecins, les aides à l'installation ciblées dans des territoires identifiés, l'apparition de nouveaux métiers ou encore le déploiement de la télémédecine seront également développés.

1. La lutte contre les « déserts médicaux » ou « territoires sous denses »

Il n'existe pas de définition précise de la notion de « désert médical », mais elle est souvent évoquée dans les débats ou dans la presse pour qualifier une offre médicale insuffisante au regard des besoins de la population, même si le terme « sous-denses » semble plus approprié. Les territoires principalement concernés sont les zones rurales isolées ou éloignées ainsi que les zones urbaines défavorisées, mais il semblerait que davantage de territoires soient concernés comme les villes moyennes et même des villes de tailles plus importantes. Cette offre médicale insuffisante concerne l'ensemble des personnels de santé (pas uniquement les médecins généralistes), elle impacte et dégrade le parcours de soins. Le droit à la santé est bafoué dans ces territoires et les difficultés d'accès aux soins renforcent les inégalités sociales et territoriales.

La loi du 13 août 2004 implique l'obligation pour chaque patient d'avoir désigné un médecin traitant¹⁹, c'est souvent un médecin généraliste qui est choisi. Il joue un rôle pivot notamment dans l'orientation des patients vers un spécialiste ou encore dans le suivi des patients disposant d'une maladie chronique. Or aujourd'hui, de nombreux médecins refusent de nouveaux patients faute de temps. Cette situation rallonge les délais de prise en charge et renforce le renoncement aux soins. Ce qui amène les patients à se reporter vers les urgences.

De plus, le fait de ne pas avoir de médecin traitant engendre des frais supplémentaires, des déplacements importants et/ou des remboursements de soins moindres de l'Assurance Maladie (CPAM, MSA et autres régimes) même si dans certains cas (éloignement, urgence), il est possible de consulter un autre médecin sans être pénalisé financièrement.

¹⁹ <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

Les chiffres accablants de la désertification médicale



Extrait du rapport d'information de la mission d'information sur les perspectives de la politique d'aménagement du territoire et de cohésion territoriale (2), sur le volet « renforcer l'accès territorial aux soins », Par M. Bruno ROJOUAN, Sénateur

Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 personnes) en 2020²⁰

Le département de l'AUBE compte 69,4 médecins généralistes pour 100 000 habitants, c'est celui qui en compte le moins sur la région. Il est suivi par la Meuse avec 77,7 médecins généralistes pour 100 000 habitants 77,7 en Meuse et 78,8 en Moselle. La Meurthe et Moselle et l'Alsace sont les départements avec une densité plus forte avec 99,1 pour le premier et 111,9 pour le second.

La démographie médicale a beaucoup évolué ces dernières années et les perspectives ne vont pas vers une amélioration. Le départ à la retraite des professionnels de santé est estimé à plus de 30 % dans les 3 prochaines années pour le Grand Est. En 2030, presque $\frac{1}{4}$ de la population de la région sera âgé de plus de 64 ans, ce qui va accroître les demandes de soins et nécessitera de renforcer l'accès aux soins de proximité compte tenu du vieillissement de la population mais aussi en raison de l'augmentation des maladies chroniques. Par ailleurs, les politiques de maintien à domicile des personnes âgées rendent nécessaires l'accès aux soins de proximité (Visite à domicile).

La suppression du numerus clausus pourrait avoir un réel impact sur la démographie médicale dans une dizaine d'années, même s'il est difficile de dire qu'elle sera bénéfique à la profession des généralistes ou qu'elle permettra de garantir une meilleure offre de soins dans les territoires. La liberté d'installation, si elle reste en vigueur, ne garantira pas les installations

²⁰ Observatoire des territoires : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#bbox=6670,6478470,1232590,655812&c=indicator&i=offre_sante.dens_nb_medg&s=2020&view=map9

des professionnels de santé directement dans les territoires « sous-denses ». Par ailleurs, Le gouvernement veut allonger d'un an la durée des études de médecine générale, en ajoutant une quatrième année d'internat, et inciter les étudiants à effectuer cette année supplémentaire dans des déserts médicaux. De plus, des évolutions des profils professionnels sont observées comme la féminisation, la volonté de débiter sa carrière par des remplacements ou encore les changements de mode de vie qui poussent certains professionnels de santé à opter pour l'exercice salarié au détriment du libéral.

Le rapport de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) intitulé « Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques²¹ » apporte un éclairage complémentaire sur les nouvelles aspirations des professionnels de santé :

- Le choix pour un professionnel de santé de s'installer dans une zone mal desservie dépend des liens existants avec le territoire (s'il y a grandi ou s'il dispose d'attaches familiales ou amicales) ;
- Le rôle des contenus de la formation ou des lieux de stages peuvent contribuer à inciter un professionnel de santé à s'installer dans un territoire ;
- Les conditions d'exercice sont aussi à prendre en compte comme sa volonté de maîtriser la charge de travail et surtout ne pas être isolé professionnellement ;
- Les aspects financiers apparaissent secondaires par rapport aux conditions de l'épanouissement professionnel ;
- Le contexte du territoire ou plutôt son attractivité (présence des services publics, offres culturelles) a une influence également en fonction de sa situation familiale.

De plus, l'attractivité des pays frontaliers de la région Grand Est comme le Luxembourg et la Suisse fragilise davantage et renforce les inégalités. L'inégale répartition, à l'échelle nationale, des effectifs médicaux explique aussi en partie la situation (renforcée par la liberté d'installation).

Par ailleurs, il est utile de rappeler que la présence d'un service de santé sur un territoire est facteur d'attractivité (installation de nouvelles populations, qualité de vie, facilitation d'installation de nouvelles activités économiques...). Actuellement de nombreuses communes de la région ne disposent pas de tous les services de soins sur le territoire, les habitants se déplacent souvent en voiture pour accéder à l'un de ces services parfois à plus de 20 minutes de leur domicile. **La carte mentionnée ci-dessous²² montre la part de la population éloignée de plus de 20 minutes d'au moins un des services de santé de proximité en 2019 : pharmacies, médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes,**

²¹ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/remedier-aux-penuries-de-medecins-dans-certaines-zones>

²² Observatoire des territoires : https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/outils/cartographie-interactive/#c=indicateur&i=acces_soin.part&s=2019&view=map9

infirmiers libéraux. 0,5 % de la population au niveau national contre 0,3 % à l'échelle de la région Grand Est sont concernés par cette problématique. Les départements du territoire régional les plus impactés sont la Haute Marne (2 %), les Vosges (1,3%) ou encore la Meuse (1,2%). Par contre la Meurthe et Moselle, la Moselle et l'Alsace semblent moins touchées par ce phénomène.

Chiffres clés – source : Agence Régionale de Santé :

8 300 aides-soignants et 8 400 Infirmiers Diplômés d'État sont à former en plus d'ici 2030 pour la région ; 26% des professionnels de santé formés dans le Grand Est exercent hors de la région dont 10 % dans les pays voisins.

L'Agence Régionale de Santé mobilise de nombreux leviers permettant de renforcer l'attractivité des territoires : un soutien financier à l'installation, un accompagnement au déploiement à l'exercice coordonné, un accompagnement personnalisé pour les projets et une volonté d'associer les élus ainsi que les représentants d'utilisateurs.

a) Des incitations financières pour pallier au manque de professionnels de santé dans les territoires « sous-denses »

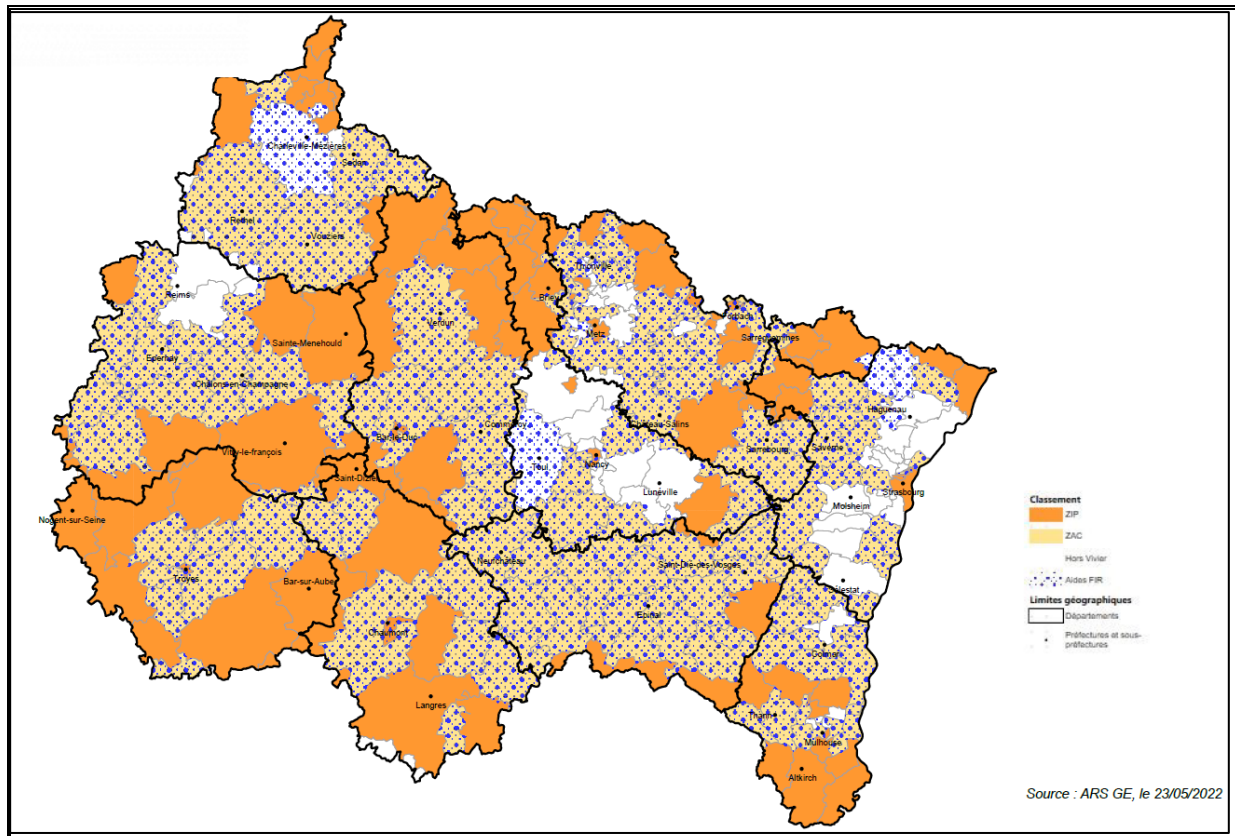
La mise en place d'incitations financières à destination des professionnels de santé est l'une des réponses apportées par les pouvoirs publics pour répondre aux besoins des territoires disposant d'une offre de soins insuffisante pour leur population, du fait d'un faible renouvellement des professionnels, de leurs départs à la retraite. Ces aides peuvent être attribuées aux professionnels de santé par les collectivités, l'Agence Régionale de Santé ou les Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

L'article L.5111-8 du Code Général des Collectivités Territoriales dote les collectivités (région, département, communes et intercommunalités) de plusieurs outils financiers destinés à pallier la pénurie de professionnels de santé sur les territoires « sous-denses ».

L'article L1434-4 du code de santé publique précise que le directeur général de l'agence régionale de santé détermine par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, pour les professions de santé et pour les spécialités ou groupes de spécialités médicales pour lesquels des dispositifs d'aides sont prévus en application du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ;
2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ont prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement. Elles sont arrêtées dans le respect de la méthodologie déterminée dans ces conventions.

Depuis 2018, il existe trois types de zonages : les zones d'intervention prioritaires (en orange), les zones d'action complémentaires (en jaune) et les zones de vigilance. Les zones sont définies à partir de l'indicateur d'Accessibilité Potentielle Localisée²³ (APL).

Carte de révision du « zonage médecin », au 1^{er} juillet 2022 dans le Grand Est



Les évolutions²⁴ survenues suite à une révision des zones au 1^{er} juillet dernier pour le Grand Est sont les suivantes :

- La part de population couverte par les zones d'intervention prioritaires (ZIP) sur lesquelles sont mobilisables l'ensemble des leviers incitatifs augmente fortement, puisque l'on passe de 8,7% en 2018 à 20,7% en 2022, soit 1,15 million d'habitants couverts en Grand Est ;
- La part de population couverte par les zones d'action complémentaire (ZAC) passe de 48,3% en 2018 à 45,2% en 2022, soit 2,5 millions d'habitants couverts.

²³ Disponible au niveau de chaque commune, l'APL tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes et du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins

²⁴ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/medecins-generalistes-publication-de-la-nouvelle-cartographie-2022-des-zones-prioritaires-ouvrant>

Chiffres clés – source Agence Régionale de Santé

20,7% de la population couverte par des aides conventionnelles de l'Assurance maladie ; **Une aide spécifique à l'installation (ASI) de l'ARS de 50 K€** pour les territoires non éligibles aux aides conventionnelles. Soit au total un peu moins de 70 % de la population couverte.

Un accompagnement personnalisé de l'ensemble des projets

Un dispositif d'installation des jeunes médecins intitulé « GEMINSTAL²⁵ » permet d'accompagner individuellement les projets d'installation des futurs médecins au sein des facultés de médecine des universités de la région Grand Est. L'Agence Régionale de Santé apporte des financements pour des postes de chargés de missions afin de personnaliser le soutien au plus près des professionnels de santé de la région.

Une palette d'aides pour inciter à l'installation²⁶

En fonction du classement (ZIP, ZAC, Zones Hors Vivier), il est possible de mobiliser une large palette d'aides financières²⁷ (voir tableau ci-dessous)

Zones	Gestionnaire de l'aide	Nom de l'aide	Détails
Zones d'Intervention Prioritaire	Les aides conventionnelles de l'Assurance Maladie	•Le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM),	•50 K€ en 2 fois. Favoriser l'installation et aide à financer les investissements nécessaires (locaux, équipements, charges diverses...).
		•Le contrat de stabilisation et de coordination des médecins (COSCOM), contrat de 3 ans à 5000€ par an	•5K€ / an sur 3 ans. Soutenir l'activité des médecins installés en ZIP et qu'ils exercent en groupe (ESP, MSP, CPTS)
		•Le contrat de transition (COTRAM)	•3 ans, majoration des cotisations plafonnée à 20K€/an

²⁵ <https://www.grand-est.paps.sante.fr/le-dispositif-daccompagnement-la-passerelle>

²⁶ Source Caisse Primaire d'Assurance Maladie

²⁷ La liste des communes classées dans les différentes catégories d'aides est visible sur le lien suivant : <https://www.grand-est.paps.sante.fr/les-aides-linstallation-2>

Zones	Gestionnaire de l'aide	Nom de l'aide	Détails
	Les aides financières de l'Etat	<ul style="list-style-type: none"> Le contrat d'engagement de service public (CESP) 	<ul style="list-style-type: none"> 2 ans. Allocation mensuelle brute d'un montant de 1 200€ pendant les études. En contrepartie, les bénéficiaires de l'allocation s'engagent à exercer leurs futures fonctions en ZIP.
		<ul style="list-style-type: none"> Le contrat de début d'exercice (CDE) médecin installé 	<ul style="list-style-type: none"> 3 ans. La 1ère année, rémunération complémentaire mensuelle à l'activité selon conditions plus avantage en protection sociale (maladie) sur les 3 années du contrat.
		<ul style="list-style-type: none"> Le contrat de début d'exercice (CDE) médecin remplaçant 	<ul style="list-style-type: none"> 3 ans, non renouvelable, complément de rémunération trimestrielle (au moins 29j) liée à l'activité et à des avantages en terme de protection sociale.
	Les exonérations fiscales et sociales	<ul style="list-style-type: none"> Exonérations d'impôts sur le revenu pour l'activité de permanence des soins ambulatoires (60 jours / an) 	
		<ul style="list-style-type: none"> Exonérations d'impôts sur les sociétés ou sur les revenus 	
		<ul style="list-style-type: none"> Exonérations de cotisations foncières des entreprises (CFE) 	
		<ul style="list-style-type: none"> Exonérations de cotisations patronales 	

Zones	Gestionnaire de l'aide	Nom de l'aide	Détails
Zones d'Action Complémentaire	Les aides conventionnelles de l'Assurance Maladie	Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)	3 ans, majoration des cotisations plafonnée à 5K€/an. Inciter les médecins des zones mieux dotées à venir compléter l'activité de leurs confrères en zone sous dotées (au 10 jours par an)
	Les aides financières de l'ARS Grand Est	L'aide spécifique à l'installation (ASI)	•50 K€ en 2 fois. Favoriser l'installation et aide à financer les investissements nécessaires (locaux, équipements, charges diverses...).
		L'aide au développement de l'exercice coordonné (ADEC)	•Aide forfaitaire de 25 000€ versée en deux fois. Engagement d'intégrer un mode d'exercice coordonné (ESP, MSP)
	Les aides financières de l'Etat	•Le contrat d'engagement de service public (CESP)	•2 ans. Allocation mensuelle brute d'un montant de 1 200€ pendant les études. En contrepartie, les bénéficiaires de l'allocation s'engagent à exercer leurs futures fonctions en ZIP.
		•Le contrat de début d'exercice (CDE) médecin installé	•3 ans. La 1ère année, rémunération complémentaire mensuelle à l'activité selon conditions plus avantage en protection sociale (maladie) sur les 3 années du contrat.
		•Le contrat de début d'exercice (CDE) médecin remplaçant	

Zones	Gestionnaire de l'aide	Nom de l'aide	Détails
ZONES HORS VIVIER	Les aides conventionnelles de l'Assurance Maladie	Le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)	3 ans, majoration des cotisations plafonnée à 5K€/an. Inciter les médecins des zones mieux dotées à venir compléter l'activité de leurs confrères en zone sous dotées (au 10 jours par an)
	Les aides financières de l'ARS Grand Est	L'aide au développement de l'exercice coordonné (ADEC)	Aide forfaitaire de 25 000€ versée en deux fois. Engagement d'intégrer un mode d'exercice coordonné (ESP, MSP)

b) Le développement de l'exercice coordonné pour lutter contre l'isolement professionnel et améliorer le parcours de soins

Le plan national « ma santé 2022 » a pour objectif d'accroître l'exercice coordonné et de marginaliser l'exercice isolé. Il constitue également une priorité du Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'Agence Régionale de Santé Grand Est afin de favoriser le développement des protocoles de coopération, des délégations de tâches et de la pratique avancée qui permettent d'alléger la charge de travail des médecins.

L'exercice coordonné offre un cadre attractif aux professionnels de santé notamment dans les territoires caractérisés par une faible densité et permet de garantir l'accessibilité aux soins, de favoriser les échanges et la coordination entre les professionnels de santé, pour une meilleure prise en charge médicale des patients. Cela répond aussi aux aspirations de nombreux médecins, notamment les nouveaux professionnels, qui ne veulent plus travailler seuls.

Dans le même temps, « Mon espace santé » est en cours de déploiement et permet de stocker et partager les documents et données de santé en toute confidentialité.

Les objectifs d'une prise en charge coordonnée par plusieurs professionnels de santé sont de :

- Renforcer la prévention, avoir un impact sur les pathologie à caractère évitable ;
- Permettre une meilleure prise en charge des patients : suivi régulier des pathologies chroniques, éviter les complications (parcours de soins) ;
- Diminuer le recours à l'hôpital et aux services d'urgence ;
- Organiser une meilleur articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social, pour fluidifier la sortie.

La Fédération de l'Exercice Coordonné et Maisons de Santé en Grand Est (FEMAGE) est un acteur incontournable dans la région. Sa mission est de promouvoir l'exercice coordonné pluriprofessionnel libéral et salarial en soins primaires et secondaires dans le but d'améliorer l'accès aux soins de proximité et permettre la qualité des soins à l'échelle locale. Disposant d'une solide connaissance des projets développés en Grand Est, elle porte une analyse pertinente sur les conditions de réussite de mise en œuvre d'une structure favorisant l'exercice coordonné. Elle soutient sur le plan méthodologique les porteurs de projet en favorisant la mobilisation de divers leviers.

45 Centres de santé dans le Grand Est

Les centres de santé sont des structures à but non lucratif (association loi 1901 ou service public) permettant aux professionnels de santé d'exercer en étant salarié. Un projet de santé doit être construit, il s'appuie sur les besoins des professionnels de santé et d'un diagnostic de territoire.

161 Maisons de Santé Pluriprofessionnelles dans le Grand Est

La création des maisons de santé est formalisée dans la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007, pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles sont le résultat d'une rencontre entre une volonté politique des élus locaux, un territoire et des professionnels de santé avec l'aide de la population. La nécessité d'une volonté partagée est une condition obligatoire pour réussir ce projet. Certaines collectivités ont créé des locaux pour faire venir des médecins mais cela ne fonctionne pas. Une MSP doit comporter au minimum deux professionnels de santé (médecin, dentiste, Kiné, pharmacie, infirmière, orthoptiste, psychologue...) et est implantée dans des lieux où il existe un déficit défini à partir d'une carte déterminée entre l'ordre des médecins et l'ARS.

Il est possible d'y faire intervenir, pour une demi-journée par exemple, d'autres spécialistes exerçant dans un hôpital. Les MSP sont installées dans des locaux appartenant aux médecins ou à une collectivité qui fait payer un loyer aux locataires. Un cahier des charges doit être obligatoirement défini prenant aussi en compte les aspects préventifs. Des gardes sont assurées par les professionnels de santé, cela permet d'apporter une réponse de proximité. Il est à noter que la présence de plusieurs professionnels de santé facilite la rotation pour ces gardes. Des stagiaires en médecine générale y sont accueillis afin de les fidéliser aux territoires.

Toutes les MSP ne se ressemblent pas, mais toutes luttent contre l'isolement des professionnels de santé et permettent de mettre en lien les professionnels afin d'affiner les diagnostics et d'assurer un meilleur suivi des patients. Les MSP peuvent bénéficier d'une subvention par le Conseil régional. L'assurance maladie finance le fonctionnement (achat de matériel médical...). L'ARS intervient financièrement également.

L'observatoire des MSP en Grand Est indique que 2 378 professionnels de santé exercent dans une MSP dont plus de 10 % sont des médecins généralistes (656). Les autres professionnels sont des orthophonistes, des pharmaciens, des podologues, des psychiatres, des psychologues, des médecins spécialistes, des sages-femmes, des diététiciens, des ergothérapeutes, des chirurgiens-dentistes...

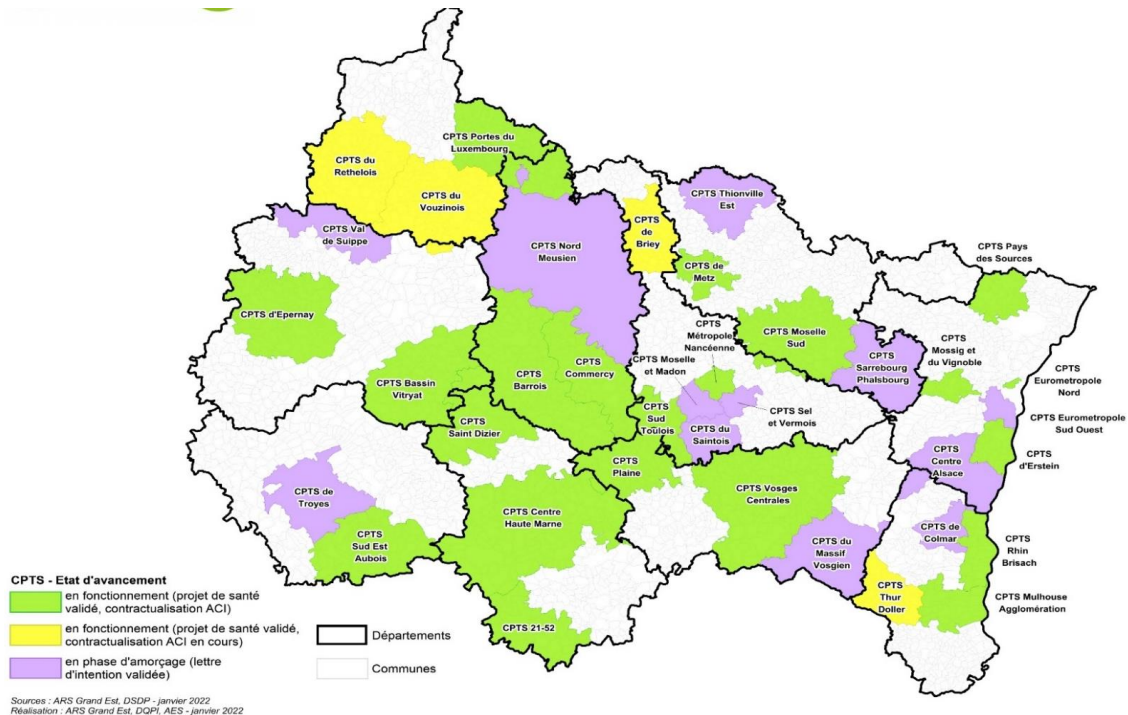
49 Communautés Professionnelles territoriales de Santé (CPTS) dans le Grand Est

Les Communautés Professionnelles territoriales de Santé sont créées par la loi du 26 janvier 2016 afin de renforcer la structuration des parcours de santé et de favoriser la réalisation des objectifs du Projet Régional de Santé. La loi du 24 juillet 2019 affiche l'objectif de création de 1 000 CPTS à l'échelle nationale, il est inscrit dans le plan « ma santé 2022 ». Les CPTS sont des réseaux territoriaux constitués par les professionnels pour les professionnels autour d'un projet de santé pour mieux répondre aux besoins de la population sur leur territoire. Les CPTS ont vocation à structurer l'offre de soins sur son périmètre d'action.

Les cinq missions confiées aux CPTS sont les suivantes :

- Améliorer l'accès aux soins : accompagner les patients sans médecin traitant ; organiser une réponse pour la prise en charge des soins non programmés ; faciliter l'accès aux spécialistes.
- Organiser des parcours autour des patients : fluidifier le lien entre la ville et l'hôpital ; mettre en place des ateliers d'éducation à la santé du jeune enfant ; améliorer le parcours et la coordination des soins pour les patients présentant un trouble neurocognitif.
- Développer des actions territoriales de prévention : améliorer l'accès aux dépistages des cancers du sein (en cours), colorectal et col de l'utérus ; vaccination HPV (Human Papillomavirus) des adolescents ; prévention des chutes chez les personnes âgées.
- Développer la qualité et la pertinence des soins : organiser une prise en charge pluridisciplinaire et coordonnée de l'endométriose ; améliorer le dépistage et la coordination des soins des enfants présentant des troubles neurodéveloppementaux.
- Accompagner les professionnels de santé sur le territoire : améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des professionnels de santé en situation d'épuisement.

Carte des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé dans le Grand Est



Comme le montre la carte ci-dessus, 70% de la population est couverte par une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Les professionnels de santé exerçant en leur sein sont essentiellement des professionnels libéraux. Ils doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devra être conclu avec les maisons de santé afin de permettre de bénéficier des aides financières de l'ARS.

Ci-dessous, le schéma²⁸ montre les différentes étapes pour la création d'une CPTS :



Chiffres clés dans le Grand Est – source : ARS

161 maisons de santé pluri-professionnelles

45 centres de santé pluri-professionnels

47 CPTS en fonctionnement ; plus de 70% de couverture populationnelle

²⁸ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/structures-de-soins/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-cpts/article/cpts-s-organiser-sur-un-territoire-pour-renforcer-les-soins-aux-patients>

c) Des nouveaux métiers pour libérer du temps médical

L'un des arguments avancés par les généralistes pour expliquer les difficultés pour accueillir de nouveaux patients est le temps important qu'ils consacrent à la gestion administrative mais ce n'est pas la seule action chronophage des professionnels de santé. Des assistants médicaux, des infirmiers de pratiques avancées ou encore le dispositif ASALEE intègrent timidement le paysage des acteurs de la santé et viennent soutenir l'activité des médecins.

Assistants médicaux²⁹

Les négociations entre les représentants des médecins et l'assurance maladie ont débouché en 2019 sur la création de postes « d'assistants médicaux » dont la finalité est d'optimiser les temps de consultation et donc de permettre aux professionnels de santé de prendre en charge davantage de patients dans de meilleures conditions. Les médecins pourront s'appuyer sur les assistants médicaux, dont le salaire est partiellement pris en charge par l'assurance maladie, dans leurs tâches quotidiennes : **mise à jour du dossier médical, accueil du patient, prise du poids et de la tension, réalisation de certains examens simples, prise de rendez-vous chez un spécialiste....**

Cette nouvelle fonction est accessible à des soignants, comme les infirmières ou les aides-soignants, ainsi qu'à des profils non soignants, comme les secrétaires médicales. Ils doivent être formés ou s'engager à suivre une formation spécifique dans les 2 ans après leur recrutement, et avoir obtenu cette qualification professionnelle dans les 3 ans.

Le médecin doit également :

- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 et être adhérent à l'Optam ou à l'Optam-CO (pour **Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique**, qui est une version particulière de l'OPTAM. Ce contrat est réservé aux médecins conventionnés du secteur 2 et spécialisés en chirurgie ou en gynécologie obstétrique) ;
- Exercer en mode regroupé (au moins 2 médecins dans un même cabinet), avec une dérogation pour les médecins en zone sous-dense ;
- S'inscrire dans une démarche d'exercice coordonné, quelle que soit sa forme (maison de santé pluriprofessionnelle (espace Exercice coordonné), équipe de soins primaires ou spécialisées, communauté professionnelle territoriale de santé (espace Exercice coordonné) ou s'engager à le faire dans les 2 ans.

Infirmiers Pratique Avancée

La loi de modernisation de notre système de santé pose le cadre juridique de ce que l'on peut appeler « la pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux. Cet exercice en santé existe déjà dans de nombreux pays. En France, le choix a été fait de le déployer au sein d'une équipe, en

²⁹ <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/des-assistants-medicaux-pour-retrouver-du-temps-medical>

commençant par la profession d'infirmier. La pratique avancée vise à améliorer l'accès aux soins ainsi que la qualité des parcours des patients en **réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies ciblées : les pathologies chroniques stabilisées et les polyopathologies courantes en soins primaires ; l'oncologie et l'hémato-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse, la transplantation rénale.**

Concrètement, le décret³⁰ précise que la pratique avancée recouvre :

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

En 2021, cela représente 78 nouveaux diplômés à la suite d'une formation de deux années à Nancy ou encore à Reims. La répartition des IPA dans le secteur public et privé est inconnue, de même que leur lieu d'exercice et les domaines dans lesquels elles interviennent. Il serait souhaitable de connaître la stratégie mise en œuvre par l'État pour leur permettre de mieux intégrer le paysage des professionnels de santé.

Actions de Santé Libérale En Équipe (ASALEE)

Il s'agit d'un dispositif mis en place afin de favoriser une coopération pluri-professionnelle entre médecins généralistes et infirmiers intégrée au cabinet des praticiens. Spécifiquement formés, les infirmiers interviennent, dans le cadre d'un protocole autorisé par l'ARS, **auprès de patients atteints de maladies chroniques**, en proposant un accompagnement individuel qui intervient en complément de la pratique médicale, au sein du cabinet d'un médecin généraliste.

Cette forme d'exercice coordonné permet : de libérer du temps médical, de fluidifier les parcours des patients en améliorant la qualité de prise en charge, de valoriser de nouvelles compétences paramédicales et de référencer des bonnes pratiques de coopération.

Les évaluations menées au niveau national montrent que ce protocole :

- Génère des gains de temps significatifs pour le praticien (ex. 20 mn pour une consultation « de fond » pour un patient diabétique déséquilibré, 7 mn pour les consultations de suivi),

³⁰ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée

- Contribue à une amélioration notable de la qualité des soins pour certains patients chroniques (ex. Asalee est 2,8 fois plus efficient qu'une prise en charge habituelle pour la prise en charge du diabète de type 2 (source : IRDES),
- Favorise une approche plus globale du patient, avec plus de prescriptions mais moins d'hospitalisations aiguës (source : CNAM)

À ce jour, 43 équipes sont engagées dans la démarche en région Grand Est, soit 50 Infirmières diplômées d'État et 222 médecins généralistes. L'ARS Grand Est soutient le déploiement du dispositif par une contractualisation avec l'association ASALEE, l'objectif de ce projet étant de mettre en place une démarche « proactive » pour aider à proposer le service, faciliter la constitution d'équipes et développer la mise en place de ces protocoles sur la région Grand Est.

Une attention particulière est portée sur les territoires sous dotés voire dépourvus d'infirmière ASALEE : les Ardennes, l'Aube, la Haute Marne, la Moselle, le nord de la Meurthe et Moselle. Une réflexion sur l'extension du périmètre à d'autres thématiques de suivi de parcours des patients est en cours : insuffisance cardiaque, obésité, oncologie, etc.

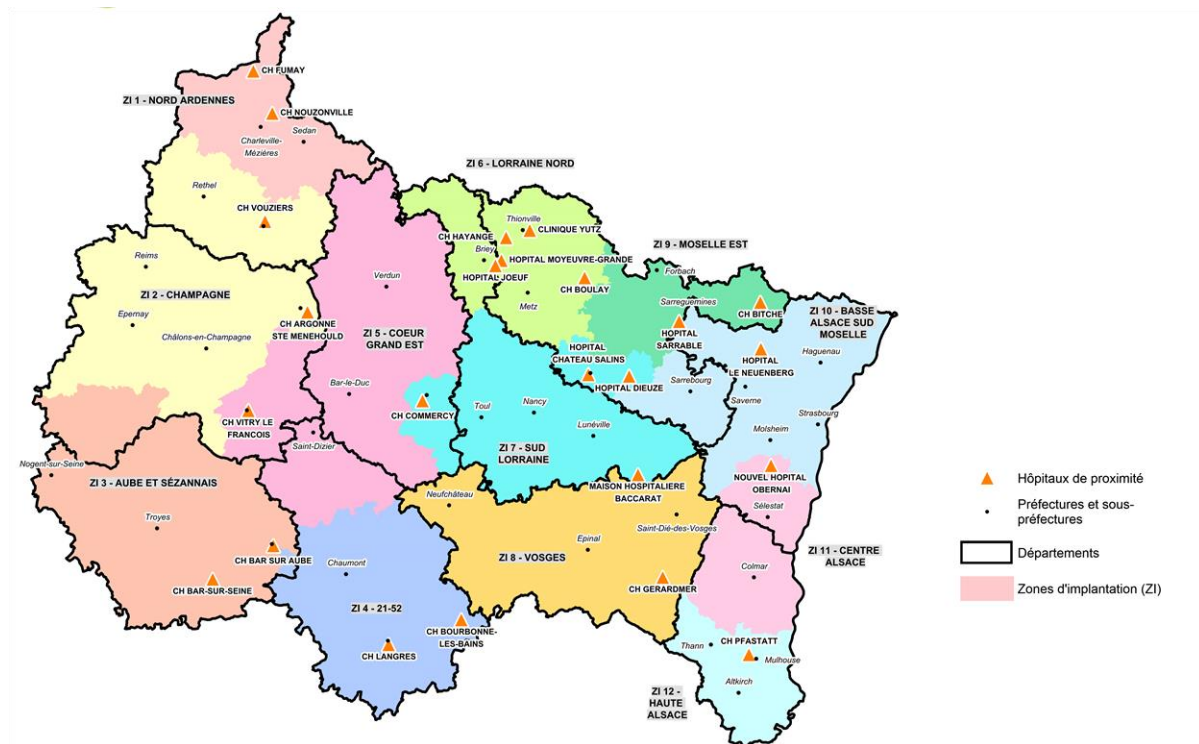
d) Labellisation des hôpitaux de proximité³¹

Dans le Grand Est, 24 hôpitaux de proximité ont été labellisés (cf. carte ci-dessous). Cela répond au 2^{ème} axe stratégique du Projet Régional de Santé sur « les soins de proximité ». Ils apportent un appui aux professionnels de santé libéraux et favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité. Ils participent à la prévention et à la promotion de la santé dans leur territoire et contribuent, en fonction de l'offre existante, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge. Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine et des consultations de spécialistes. Ils disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie, de biologie médicale et à des équipements de télésanté.

Les missions des hôpitaux de proximité ont été redéfinies par la loi Ma Santé 2022. La labellisation résulte d'une démarche volontaire des établissements de santé à partir d'un dossier de candidature national. Les dossiers sont instruits par les ARS, qui s'assurent de l'adéquation du projet proposé par l'établissement au cadre de missions définies. Chaque région détermine sa procédure de labellisation et son calendrier d'instruction des demandes.

³¹ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/hopitaux-de-proximite-lars-grand-est-labellise-24-etablissements-de-sante-de-la-region>

Carte des hôpitaux de proximité dans le Grand Est



e) Le développement de la télémédecine dans le Grand Est

La télémédecine est souvent présentée comme une opportunité pour répondre aux besoins des habitants situés sur un territoire avec une faible offre médicale ou alors lorsque l'accès à une offre de santé est difficile. Depuis le 15 septembre 2018, les téléconsultations et la téléexpertise sont prises en charge par l'Assurance maladie. Cette disposition s'est mise en place après une dizaine d'années d'expérimentation à l'échelle nationale et a pour ambition d'améliorer la prise en charge des patients, de simplifier le suivi des patients, de faciliter l'accès de tous à des soins de qualité et d'améliorer la qualité de vie des patients.

La crise sanitaire de la COVID-19 a permis l'accélération de son utilisation, avec plus de 300 000 téléconsultations mensuelles au plus fort de l'épidémie dans le Grand Est. L'usage de la télémédecine permet aux patients de rester dans leur cadre habituel (domicile ou substitut de domicile comme l'EPHAD) et leur permet d'éviter des déplacements importants engendrant un état de stress supplémentaire.

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 précise les actes relevant de la télémédecine :

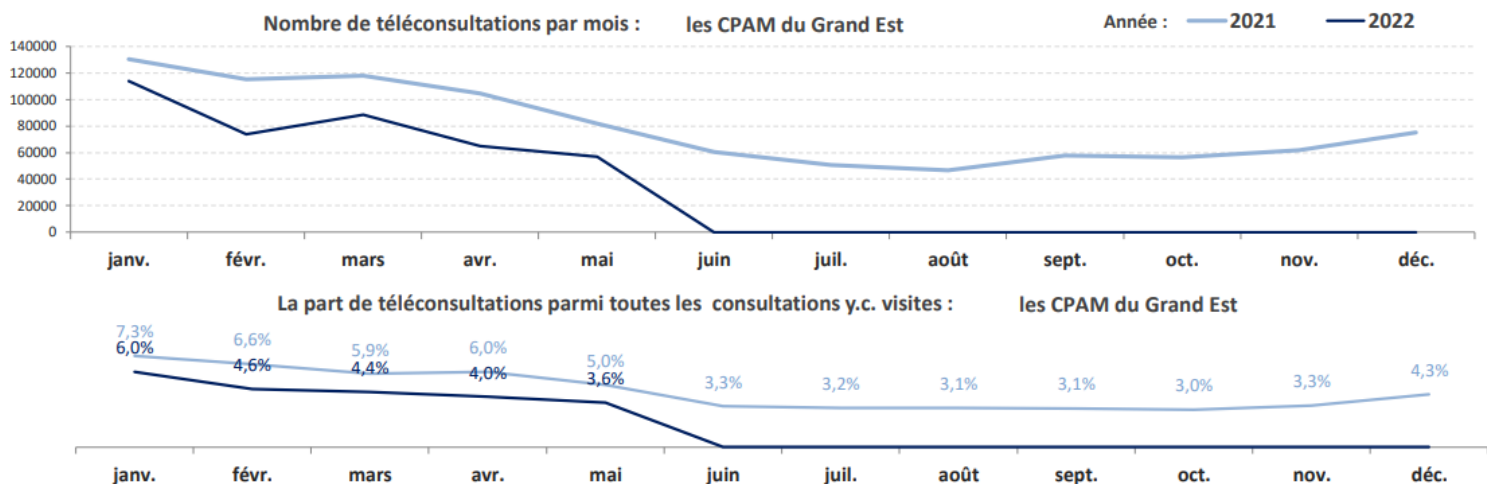
- **La téléconsultation** a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation

- **La téléexpertise** a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- **La télésurveillance** médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;
- **La téléassistance** médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Le développement de la télémédecine est le 7^e axe stratégique du Projet Régional de Santé du Grand Est. Il existe **une feuille de route régionale « Télémédecine³² » signée par l'ARS – le Préfet de région – L'assurance maladie – le Conseil régional pour la période 2021-2023**. L'objectif est de garantir la mise en œuvre opérationnelle de 100 sites sur la région en 2022.

Actuellement, en corrélation avec le recul de la crise sanitaire, il est constaté une baisse continue du nombre de téléconsultations (TLC), même si elles restent bien au-dessus du niveau de 2019 (2019 = 1500 à 3000 TLC/mois pour la région). Il est à noter que la part des TLC dans l'activité des médecins se maintient entre 3 et 4%.

Évolution de la téléconsultation par mois dans le Grand Est



L'ARS a pour objectif de maintenir un niveau de téléconsultations en réponse à des déficits territoriaux (*Permanence des soins ou spécialistes*)

³² <https://www.grandest.fr/objectif-sante/feuille-de-route-telemedecine-2021-2023/>

Chiffres clés en Grand Est - source : ARS Grand Est

- **107 sites accompagnés** et 54 sites détectés en cours de qualification
- 26 sites passés en production = matériel installé et testé
- 80% des EHPAD ont réalisé des téléconsultations en 2021

4. La territorialisation des politiques de santé avec les Contrats Locaux de Santé

Le Contrat Local de Santé (CLS) a été institué par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ». Il constitue une déclinaison opérationnelle, à l'échelle d'un territoire donné (ville, intercommunalité, etc.), du Projet Régional de Santé établi par l'ARS et vise à réduire les inégalités territoriales et sociales en la matière, en soutenant la coordination des actions engagées localement. La durée des CLS varie selon les territoires, ils peuvent être réalisés sur une période de 3 à 5 ans. La loi 3DS relative à la Différenciation, la Décentralisation, la Déconcentration et la Simplification indique que la signature de contrats locaux de santé devient prioritaire dans les déserts médicaux identifiés par l'ARS (Article L.1434-4 du code de la santé publique). Le projet régional de santé (PRS), défini en cohérence avec la stratégie nationale de santé, devra désormais tenir compte des contrats locaux de santé existants sur le territoire régional (article 120).

a) Enjeux des Contrats Locaux de Santé

Les Contrats Locaux de Santé permettent de mettre en place des actions innovantes, transversales en fédérant une grande diversité d'acteurs locaux autour des enjeux identifiés préalablement et collectivement. La population est aussi associée à la dynamique de construction du diagnostic mais pourrait être davantage sollicitée lors de la mise en place des projets, sa participation ne peut se réduire à une présence physique lors des événements. Ce temps consacré à l'élaboration du CLS permet également de reconnaître, valoriser et mobiliser l'expertise de chaque acteur et contribue à une meilleure connaissance mutuelle. Cela peut faciliter la mise en place de projets.

L'accompagnement technique des CLS peut être réalisé par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS - 25 CLS en 2021) ou un cabinet spécialisé. L'observatoire régional de santé peut aussi être sollicité.

Au niveau régional, l'IREPS accompagne aussi les agents de l'ARS sur la méthodologie dans les Contrats Locaux de Santé et permet d'aider à identifier les critères à prendre en compte dans les actions portées par l'ARS favorisant la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Sur les questions de la démocratie, l'IREPS apporte un éclairage pour mieux impliquer les parties prenantes dont les publics cibles dans les différentes phases du projet en mettant en place des méthodes pour favoriser leurs expressions.

L'IREPS n'a pas les moyens d'agir pour répondre au manque de médecin sur les territoires mais elle apporte une analyse et encourage dans les Contrats Locaux de Santé à réfléchir à leur répartition sur les territoires ou encore à interroger les services qui amènent les habitants vers les professionnels de santé. L'IREPS interpelle aussi les acteurs en s'appuyant sur les observations des habitants. Le nombre de médecins peut être suffisant sur un territoire mais la population peut exprimer une difficulté à s'y rendre : pas de médecin traitant, concentration de médecins sur une partie du territoire, difficultés d'accès, refus de prise en charge... L'IREPS amène les acteurs à interroger les raisons de ces difficultés d'accès aux soins et contribue à trouver des réponses par la concertation entre les acteurs sur les transports, la télémédecine ou encore sur d'autres thématiques... L'IREPS recommande de ne pas se limiter uniquement à des données chiffrées mais aussi au vécu des habitants par le biais d'une approche qualitative en donnant la parole aux acteurs. L'IREPS accompagne aussi les territoires sur les questions liées à l'attractivité en invitant les acteurs à régler les problématiques d'accessibilité au sens large.

Pour le territoire du Pays terres de Lorraine, le Contrat Local de Santé était une opportunité pour mobiliser les acteurs pendant la période de la crise sanitaire notamment pour faciliter l'accès à la vaccination pour la population.

Les CLS sont une belle opportunité de rassembler les parties prenantes (le Conseil régional, l'Éducation Nationale, l'Agence Régionale de Santé, l'assurance maladie, le Conseil Départemental, les collectivités locales, le tissu associatif...) sur la politique de santé sur un territoire pour définir des objectifs et des actions en faveur de la lutte contre les inégalités et pour la qualité de vie de la population. Le CLS regroupe de nombreuses compétences et ressources (transports, urbanisme, cadre de vie, scolaire, santé...) pour agir sur les déterminants en santé.

Trois instances sont généralement mises en place au niveau de la gouvernance du Contrat Local de Santé : le comité de pilotage ; le comité opérationnel et des groupes de travail thématiques. Une conférence annuelle peut également être organisée pour débattre d'un sujet de santé.

Selon l'IREPS, 76 % des actions financées et menées dans les territoires sont centrées sur de l'apport d'informations en direction des acteurs et de la population. L'IREPS recommande de dépasser le stade de l'information pour aller un peu plus loin dans les réponses à apporter sur la qualité de vie des populations. L'information est une petite partie des CLS, la contractualisation mentionne des objectifs plus larges. Les marges de manœuvre sont importantes mais visiblement encore peu exploitées.

L'avantage des Contrats Locaux de Santé est aussi de permettre de répondre à une problématique à l'échelle d'un territoire et d'éviter les doublons, de veiller à la cohérence des réponses.

Il y a un coordonnateur dans chaque Contrat local de Santé mais le temps consacré à cette mission est aléatoire selon les territoires, ils sont chargés de :

- La coordination du réseau de partenaires en matière de santé, médico-social et social ;
- La mise en œuvre des actions des CLS en lien avec les partenaires ;
- Assurer le suivi des actions ;
- Être personne ressource du territoire (diffusion de l'information, donner des outils, mise en relation en fonction des projets) ;
- Un rôle de prospective en matière de financement, thématiques nouvelles ou projets.

Les coordonnateurs ont des postes difficiles en raison de leur interface avec une multitude d'acteurs qui en plus portent en dehors des CLS différentes actions. Il est difficile d'avoir une vision complète des acteurs et des actions sur un territoire (certaines d'entre elles n'entrent pas dans le cadre du CLS) d'autant plus que les coordonnateurs n'ont aucune possibilité de mobiliser des financements. Des actions peuvent entrer dans le cadre des objectifs du CLS mais les financements disponibles ne correspondent pas toujours en raison des priorités différentes fixées par les financeurs.

Les coordonnateurs animent avec le ou la délégué(e) territorial(e) de l'ARS qui est chargée de :

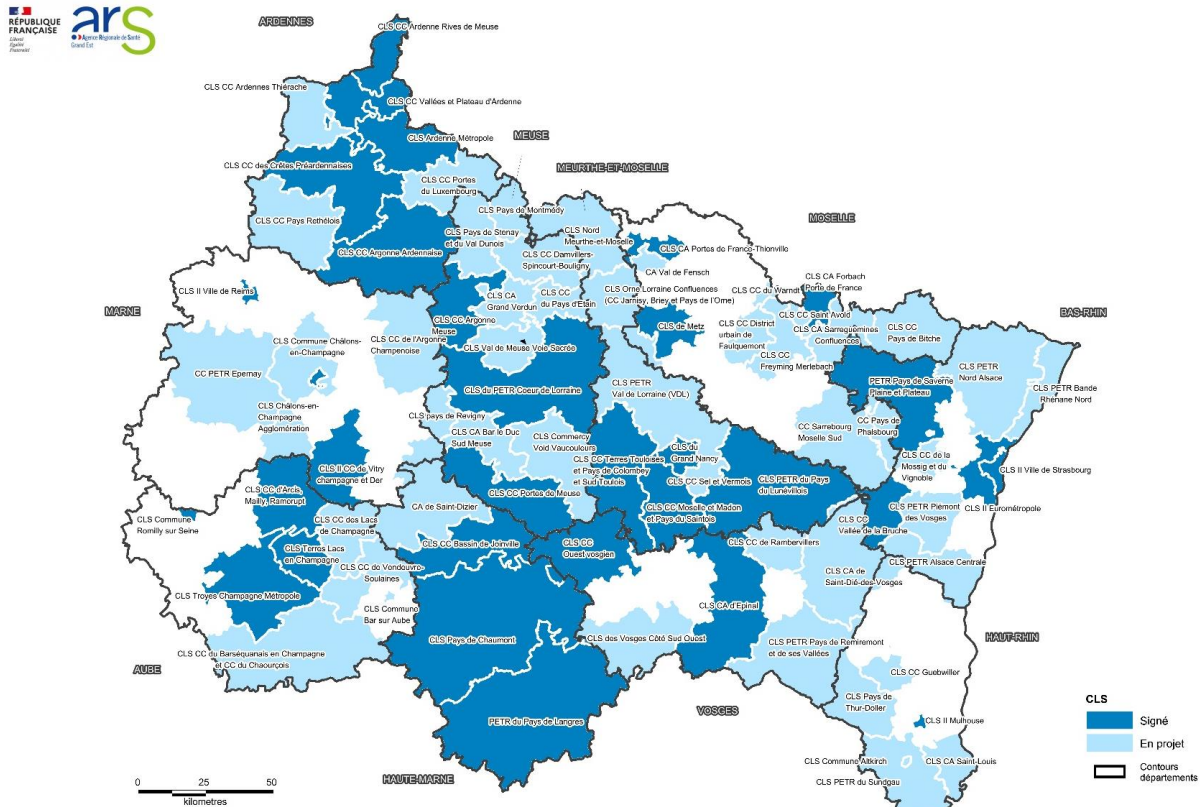
- Engager les acteurs et les partenaires dans la démarche ;
- Assurer la cohérence de la démarche avec l'ensemble des autres dispositifs ;
- Assurer l'alignement avec les politiques publiques au niveau départemental ;
- Coordonner et co-animer, avec les principaux partenaires, les instances de pilotage et les groupes de travail pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des CLS ;
- Associer les expertises internes nécessaires à chaque étape de déploiement des CLS ;
- Assurer la remontée d'information en interne ;
- Préciser en lien avec les directions métiers les perspectives d'utilisation du Fonds d'Intervention Régionale³³ pour le déploiement des CLS.

³³ Le fonds d'intervention régional (FIR) a été créé le 1er mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2012. Outil de pilotage confié aux ARS, l'objectif du FIR est de permettre une plus importante souplesse de gestion et une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires. Les ARS sont ainsi libres d'adapter leurs financements en fonction de ce qu'elles identifient comme nécessaires à leur territoire aussi bien en terme d'offre de soins sanitaire et médico-sociale, qu'en matière de prévention ou de facilitation de l'accès aux soins. Il s'inscrit ainsi dans l'action des projets régionaux de santé pour assurer notamment le financement de l'investissement dans les établissements de santé aussi bien des expérimentations d'innovations régionales (source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/fonds-d-intervention-regional/article/le-fonds-d-intervention-regional-fir>)

La carte ci-dessous montre que **43% de la population régionale est couverte par un contrat local de santé**, actuellement il y a 32 CLS signés et 39 CLS en projet.

Carte des Contrats Locaux de Santé dans le Grand Est

(en bleu foncé, les CLS signé ; en bleu clair, les CLS en projet)



Source : ARS Grand Est
Réalisation : ARS Grand Est, DQPI, AES avec MapInfo - janvier 2022

Il est observé une appropriation progressive des CLS par les collectivités locales avec une montée en puissance depuis la crise sanitaire. Aucune enveloppe financière fléchée n'existe aujourd'hui pour les Contrats Locaux de Santé, ni sur le plan local ni même à l'échelle nationale. C'est une problématique dans la mesure où cela freine la dynamique impulsée depuis la construction du CLS. En effet, la mobilisation de nombreux acteurs au cours des multiples réunions à travers lesquelles ils font remonter les préoccupations de terrain et où ils prennent le temps de partager collectivement le diagnostic global et les enjeux est fragilisé par le manque de fonds dédiés. Il est utile de maintenir les synergies sur la durée pour assurer la continuité de la mobilisation des acteurs locaux en leur permettant de bénéficier de financements pérennes pour la mise en place d'actions.

Toutefois, les actions répondant aux objectifs fixés peuvent être financées par les signataires des CLS (ARS, collectivités signataires, caisses d'assurance maladie) ou sur les budgets relevant des politiques déconcentrées de l'État notamment à travers la politique de la ville, ou par des ressources mises en œuvre dans le cadre de démarches locales de santé existantes ou encore parfois par de l'autofinancement.

Les axes de travail identifiés et sur lesquels les signataires se sont engagés à agir sont distincts d'un territoire à un autre. Chaque CLS est différent et s'appuie sur les atouts du territoire pour répondre aux faiblesses. Il est observé des difficultés de trouver des porteurs de projets en cohérence avec les objectifs des CLS mais aussi des difficultés pour le porteur d'un projet d'identifier le CLS ainsi que ses objectifs et l'intérêt à contribuer par des actions dans ce cadre. Il revient aux signataires des CLS de valoriser la plus-value pour les porteurs de projets à s'inscrire dans cette dynamique. Lors de la mise en place d'une action par un acteur, il devra, comme avant la mise en place du CLS, effectuer des demandes de financements auprès de chaque décideur avec des dossiers différents et des dossiers d'évaluation différents pour chaque financeur.

b) Quelle imbrication des contrats locaux de santé avec les autres outils de santé existants à l'échelle locale ?

Il existe une multitude d'outils locaux de santé déployés à l'échelle territoriale sur des périmètres parfois différents (intercommunalités, département voire quartier) mais il est difficile de comprendre comment ils s'imbriquent entre eux et quelles sont les interactions existantes entre ces outils d'autant plus qu'il n'existe pas de précision claire dans les textes législatifs :

- Le Contrat Territorial de Santé Mentale³⁴ (CTSM) : article 69 de la LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ; Art 122 de la 3DS loi « Les contrats locaux de santé comportent un volet consacré à la santé mentale, qui tient compte du projet territorial de santé mentale. Ils sont conclus en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, au sens du 1° de l'article L. 1434-4. »
- Le schéma départemental des soins de proximité et sa déclinaison par territoire ;
- Le programme PAERPA (personnes âgées en risque de perte d'autonomie) ;
- Projet d'établissement des hôpitaux ;
- Projet Régional Santé Environnement : Des éléments sur la santé environnement sont indiqués dans les diagnostics et pas repris dans les actions à mettre en œuvre ;
- Projet de territoire de l'EPCI qui intègre des éléments de santé ;
- Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) ;
- Les Ateliers Santé Ville (ASV) des contrats de ville : À leur lancement, en 2000, les ASV ont d'abord été intégrés dans les contrats de ville, puis, entre 2006 et 2013, dans le volet « santé » des contrats urbains de cohésion sociale. Depuis la loi « hôpital, patients, santé et territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, les ASV peuvent être inscrits dans les contrats locaux de santé conclus entre les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités locales.

³⁴ <https://www.grand-est.ars.sante.fr/lars-accompagne-les-projets-territoriaux-de-sante-mentale>

c) Évaluation des Contrats Locaux de Santé

Un premier guide d'évaluation intitulé « boîte à outils pour évaluer un contrat local de santé³⁵ » a été rédigé, en mars 2022, par l'Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Grand Est, s'appuyant sur son expérience importante dans l'accompagnement des Délégations territoriales (DT) de l'Agence régionale de santé Grand Est, des collectivités et des porteurs, dans le cadre des contrats locaux de santé, depuis 2013. Ce document s'adresse principalement aux équipes en charge de la coordination de CLS. Il présente toutes les étapes de l'évaluation des CLS et donne des conseils pratiques pour la réalisation de celle-ci.

5. La prise en compte de la démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire a pour ambition de mettre le patient au cœur du système de santé, de rendre les malades acteurs de leur propre santé, de leur permettre de s'exprimer sur leur situation et sur le système de santé. Il s'agit de permettre aux citoyens de participer aux politiques de santé pour plus d'égalité et à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Le patient, fragilisé par sa maladie, a le droit à l'information et à participer à sa bonne santé.

La démocratie sanitaire est une démarche qui vise à associer l'ensemble des acteurs du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Pour faire vivre la démocratie sanitaire, il est nécessaire d'intervenir à plusieurs niveaux : développer la concertation régionale et le débat public, améliorer la participation des acteurs de santé, promouvoir les droits individuels et collectifs des usagers.

Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé (article 1111-2). Dans le contexte où l'information est abondante et facilement accessible via internet, il est nécessaire pour le patient de bénéficier des informations relatives à son état de santé par le professionnel de santé qui le suit tout en gardant la possibilité de choisir l'option qui lui conviendra en fonction de sa situation. L'obligation du consentement est un droit fondamental, aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre de la personne. L'accès au dossier médical pour les patients oblige les professionnels de santé à le remplir. Il suffit de le demander par écrit. Connaître l'ensemble des échanges médicaux.

³⁵ <https://www.ireps-grandest.fr/index.php/etre-accompagne-e/notre-accompagnement/item/1300-evaluer-un-contrat-local-de-sante-un-guide-pratique-qui-vous-accompagne-pas-a-pas>

a) La Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA) ou « le parlement régional de la santé »

Instance encore méconnue du grand public, la CRSA Grand Est a été renouvelée le 21 octobre 2021 pour une mandature de 5 ans (2021-2026). C'est un organisme consultatif, autonome d'une centaine de membres (et 200 suppléants) disposant d'une voix délibérative. Les membres sont répartis en 8 collèges : représentants des collectivités territoriales, représentants des usagers de services de santé ou médicosociaux, représentants des conseils territoriaux de santé, représentants des partenaires sociaux, représentants des acteurs de la cohésion et de la protection sociale, représentants des acteurs de la prévention et de l'éducation à la santé, représentants des offreurs de services de santé et personnes qualifiées. L'Agence Régionale de Santé assure le secrétariat de la CRSA et contribue à son fonctionnement par le biais de moyens alloués inscrits dans son budget.

La CRSA a pour mission de rendre un avis sur :

- le projet régional de santé (qui regroupe le Cadre d'Orientation Stratégique, le Schéma Régional de Santé et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins) ;
- le schéma interrégional de santé et le cas échéant les schémas interrégionaux spécifiques, mentionnés à l'article R. 1434-10 ;
- les priorités d'actions de l'agence régionale de santé dans le cadre de sa politique de réduction des inégalités de santé dans la région ;
- les orientations des politiques de santé et un point d'étape annuel sur la mise en œuvre de la stratégie régionale d'investissement dans le système de santé ;
- les orientations stratégiques annuelles d'utilisation du fonds d'intervention régional ;
- le plan régional santé environnement.

La CRSA mène également des travaux au sein des commissions spécialisées qui devront être force de proposition sur les politiques conduites par l'ARS : Évaluer les conditions d'application des droits des malades et organiser des débats publics sur les questions de santé de son choix.

Par ailleurs, en cas d'état d'urgence sanitaire la commission permanente de la CRSA est réunie tous les mois en formation spéciale associant l'ensemble des présidents des Conseils Territoriaux de Santé. Or, les deux premières années de la crise sanitaire auraient pu permettre aux pouvoirs publics de s'appuyer davantage sur les structures de démocratie sanitaire existantes, en les associant aux prises de décisions. Force est de constater que ce ne fut pas le cas pour la Conférence Régionale de la Santé et de l'autonomie. De plus, les élus des différentes collectivités siègent dans ces instances mais ne s'appuient pas suffisamment sur elles. Leur assiduité aux réunions serait très appréciée et montrerait un intérêt pour la démocratie sanitaire.

b) France Assos Santé

La loi du 26 janvier 2016 permet la reconnaissance de l'Union Nationale des associations agréées de santé. Après 30 ans d'activités et en s'inscrivant dans la continuité, le Collectif Interassociatif (CISS) sur la santé se transforme en France Assos Santé, créée en mars 2017 à l'initiative de 72 associations nationales fondatrices, afin de faire connaître son action comme organisation de référence pour représenter les patients et les usagers du système de santé et défendre leurs intérêts.

Le Conseil d'État précise le 26 avril 2018 que France Assos Santé ne détient pas le monopole de la représentation et indique que les associations membres et les associations non membres ont aussi la possibilité de défendre les intérêts des usagers.

France Assos Santé fédère les associations agréées santé. Elle accompagne et forme les représentants d'usagers afin de porter une parole collective et qu'ils puissent comprendre le fonctionnement du système de santé. Elle informe les associations sur les évolutions du système de santé et les consulte sur différentes thématiques (exemple, le Ségur de la santé). Les associations agréées informent France Assos Santé des dysfonctionnements et des manquements du système de santé à l'échelle locale.

c) Le Conseil Territorial de Santé

Sur chacun des territoires de démocratie sanitaire, le directeur général de l'ARS constitue **un Conseil Territorial de Santé (CTS)** qui comporte entre 34 et 50 membres. Le Conseil Territorial de Santé est une instance sur le territoire qui a vocation à participer à la déclinaison du projet régional de santé et en particulier à l'organisation des parcours de santé en lien avec les professionnels du territoire. Le CTS peut formuler des propositions pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire. Il peut aussi évaluer, en lien avec la CRSA, les conditions dans lesquelles sont appliqués et respectés les droits des usagers du système de santé et la qualité des prises en charge.

III. Les enjeux de l'accès aux soins

Le CESER reprend dans le tableau synthétique ci-dessous les forces, faiblesses, menaces et opportunités de l'accès aux soins dans la région Grand Est. Il s'agit dans cette partie de porter une analyse en s'appuyant sur l'ensemble des éléments évoqués précédemment dans le présent document.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> - Les acteurs de la démocratie sanitaire - Système de santé performant dans les métropoles (proximité des structures médicales) - Travail en équipe du personnel de santé et en réseau (coordination des soins) - Qualité du système de santé au niveau national (comparaison avec d'autres pays) - Poste d'assistants pour soutenir les médecins sur le plan administratif - Médecine performante (recherche...) - Volonté politique, moyens budgétaires importants (Ma santé 2022 ; projet régional de santé, dispositifs de la Région : soutien au MSP...) - Les actions pour favoriser « le pouvoir d'agir » de la population - Recueillir la parole des usagers - Conventions bilatérales avec plusieurs pays frontaliers (vers une véritable politique de santé européenne ? question de la subsidiarité) - Parole du CESER pour une meilleure prise de conscience - Médicaments génériques - Chirurgie ambulatoire - Protection sociale de l'Alsace - Moselle 	<ul style="list-style-type: none"> - Attractivité des métiers de la santé - Lourdeurs administratives - Liberté d'installation des médecins - Inégalités sociales et territoriales de la santé - Absence de la promotion et prévention en matière de santé notamment en direction des plus vulnérables - Parole pas assez donnée aux usagers - Formations des représentants des usagers (capacité à répondre aux enjeux) - Prise en charge de la santé mentale (accompagnement, rdv chez un psychologue pas remboursé) - Universalisme proportionnée (santé, éducation...) : équité, éthique. - Culpabiliser les usagers par certains professionnels de santé sur leur situation - Dépassement d'honoraires - Co-construction et co-évaluation des politiques de santé avec les acteurs et les usagers - Difficultés à accéder à une mutuelle (sauf pour les personnes en emploi)

Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> - Maillage des Maisons de Santé Pluri professionnelles / disciplinaires dans les territoires - Contrats locaux de santé - Digitalisation, uniformisation de l'offre sur le territoire - Les données de santé disponibles - Système éducatif : interventions en termes de prévention et promotion en direction de la jeunesse par des associations pour rendre acteurs les usagers dont les apprentis - Développement des actions « aller vers » les publics éloignés de l'offre de santé - « Mon espace santé », ancien Dossier Médical Partagé - Échelle pertinent des politiques de santé (coordination et cohérence) : décentralisation et territorialisation des politiques de santé / État – Régions – Départements – communes – EPCI - 100 % santé : audition, dentaire, optique - Entreprises : prise en charge d'une partie du montant de la mutuelle - Télémédecine 	<ul style="list-style-type: none"> - Démographie des professionnels de santé (chiffres ARS / OREF 2021) - Vieillesse de la population - Augmentation des maladies chroniques - Déserts médicaux - Vie des espaces d'expression, de négociations, de débats - Postes en gériatrie pas pourvus (peu valorisé en direction des jeunes) - L'aspect qualitatif pas pris en compte dans les quotas et pas uniquement quantitatif (exemple de la Ségur) - Financement de la santé et de l'hôpital public (financement à l'acte) - Le numérique (illelectronisme) : prise en charge des personnes vulnérables - Augmentation des impôts ou de la dette pour financer le système de santé

1. L'efficacité des politiques publiques en matière de santé et la place de l'évaluation

Le sentiment de l'inefficacité de l'action publique s'accroît sur de nombreux sujets, y compris sur les questions liées à la santé et plus spécifiquement à l'accès aux soins. Le rôle des acteurs publics est d'articuler les politiques publiques de santé avec celles du logement, du sport, des mobilités, etc. pour agir sur les déterminants de la santé. Les collectivités ont aussi un rôle à jouer dans le développement des territoires (services publics de qualité, offre culturelle...) et de les valoriser. L'attractivité des territoires favorise l'installation des professionnels de santé. Les politiques publiques doivent permettre également de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

L'Agence Régionale de Santé souffre encore d'une mauvaise image liée à la gestion de la crise sanitaire. Son rôle ne doit pas se limiter à contrôler les actions mais il doit être un partenaire

pour les différents acteurs. Le Conseil régional du Grand Est tente d'apporter des réponses dans les territoires avec une volonté de prendre une place plus importante sur les questions de la santé. Il a la possibilité de soutenir des actions mises en place dans le cadre des Contrats Locaux de Santé (ex : actions de promotion de la santé) et de veiller à une articulation des politiques publiques de santé avec celles du sport (le dispositif « Prescirmouv »), avec les projets alimentaires territoriaux ou encore d'intégrer la santé dans les pactes territoriaux. Dans le même temps toutes les intercommunalités de la région ne font pas de la santé une priorité. Il existe des disparités entre les territoires. De plus, les potentiels qu'offrent les Contrats Locaux de Santé ne semblent pas être complètement exploités.

L'un des enjeux est aussi de veiller à une cohérence des actions de santé à l'échelle locale en imbriquant les différents outils existants sur le territoire que sont : les contrats locaux de santé, le projet territorial de santé mentale, le schéma départemental d'accès aux soins, les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS)... Les collectivités prennent aussi des initiatives pour financer des locaux afin de faciliter l'installation de professionnels de santé ou certaines font le choix de salarier un médecin. La cohérence des décisions à l'échelle d'une intercommunalité permettrait d'éviter la concurrence entre les territoires. Les départs à la retraite des médecins généralistes ne sont parfois pas remplacés et les nouveaux médecins ne s'installent pas forcément dans les cabinets vides ou dans les locaux construits par les collectivités locales.

Les acteurs publics doivent s'appuyer sur l'expertise des associations pour mettre en place des actions de prévention et de promotion de la santé. L'accompagnement des publics fragiles ou éloignés doit être une priorité. Enfin, il est nécessaire de capitaliser sur les actions ayant fait leurs preuves et de recenser toutes les bonnes pratiques à l'échelle du Grand Est. Les collectivités territoriales peuvent évaluer les politiques publiques de santé mais aussi se doter d'outils d'aide à la décision pour anticiper les situations et planifier les actions à mettre en œuvre.

2. L'enjeu pour les métiers de la santé

Les professionnels de santé ont été particulièrement exposés tant au virus de COVID 19 qu'à un épuisement lié à leur sollicitation exceptionnelle durant la crise sanitaire. En première ligne pour soutenir les malades, ils ont eux aussi été fortement impactés. Cela s'est traduit par des burnouts, de nombreux professionnels de santé ont décidé de changer de métiers car ils ne considèrent plus le métier attractif. Il est vrai que tout n'a pas commencé pendant la crise sanitaire mais cette période a mis en lumière un certain nombre de dysfonctionnements qui se sont accrus à ce moment-là. Le Ségur de la santé a apporté des réponses en augmentant les salaires des professionnels de santé mais visiblement cela n'a pas suffi. De plus, la proximité de la région Grand Est avec des pays limitrophes facilite le départ des professionnels de santé notamment les infirmiers vers le Luxembourg. Cela démontre combien l'entente

entre les pays est importante pour répondre collectivement aux aspirations des professionnels de santé pour une meilleure organisation du travail mais également pour structurer les réponses d'accès aux soins de proximité des habitants à l'échelle transfrontalier³⁶.

La démographie médicale dans le Grand Est impacte fortement les territoires et dans les années à venir, avec le départ à la retraite des médecins généralistes, cela rendra encore plus difficile l'accès aux soins et ce, malgré la timide apparition dans le paysage des professionnels de santé des assistants médicaux et des infirmières de pratique avancée qui ont pour objectif de soutenir les médecins dans leurs activités afin de leur permettre de libérer du temps médical pour accueillir davantage de patients. Lors des auditions des syndicats de professionnels de santé, il a été évoqué la nécessité de prendre le temps d'en former encore davantage mais aussi de les accompagner afin qu'ils puissent être acceptés, reconnus et valorisés par les professionnels de santé. Il est aussi utile de permettre à chaque médecin de s'adapter à son rythme pour accueillir un assistant médical. Par ailleurs, les pharmaciens ont eu une place importante également pendant la crise sanitaire. Il s'agissait pour eux de permettre aux habitants d'effectuer des tests COVID, de vacciner mais aussi de faciliter l'accès aux médicaments pour les patients disposant d'une ordonnance de plus de 3 mois. Ils ont aussi l'obligation d'effectuer des gardes. Il faut noter que les pharmacies maillent le territoire. Cette profession est aussi confrontée à des difficultés de recrutement. Comme le nombre de médecins généralistes n'augmentera pas d'ici les prochaines années, renforcer la pluri-professionnalité est la meilleure solution pour mieux coordonner les soins et améliorer le parcours des soins.

Pour garantir la qualité du suivi médical pour les populations vulnérables (populations précaires, personnes porteuses d'un handicap...), le rôle de la formation des professionnels de santé est incontournable tant dans les contenus de formation théorique que par la réalisation des stages sur le terrain par les professionnels de santé. Il s'agit de sensibiliser les professionnels de santé aux différents publics.

Pour mieux répondre aux problématiques d'accès aux soins dans les territoires, l'implication des professionnels de santé dans les instances existantes, telles que les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, est une des conditions incontournables pour structurer l'offre de soins dans les territoires et permettre la coordination des soins.

Le développement de la télémédecine a permis de répondre à de nombreux besoins notamment pendant la crise sanitaire. Ces outils sont une solution pour faciliter un suivi médical mais ils ne doivent être utilisés sans accompagnement d'un professionnel de santé si ce n'est pour assurer une continuité de l'accès aux soins et faciliter le parcours de soins.

³⁶ Voir l'Avis « les bassins de vie transfrontaliers, laboratoires de l'intégration européenne » adopté par le CESER Grand Est le 10 novembre 2022

3. L'enjeu de la démocratie sanitaire et la place des usagers

La préoccupation des citoyens sur les questions de santé est de plus en plus importante. Dans le même temps, La démocratie sanitaire s'est développée progressivement en France. Il s'agit de permettre à chaque patient de connaître ses droits, mais également de lui permettre à partir de son expérience-patient d'améliorer le système de santé, c'est-à-dire d'être acteur de santé mais aussi acteur du système de santé. Force est de constater que pendant la crise sanitaire, les institutions ne se sont pas appuyées sur les acteurs de la démocratie sanitaire pour co-construire une réponse. Il existe de nombreuses associations qui défendent les intérêts des malades, les bénévoles qui s'y engagent participent à des travaux qui demandent du temps mais aussi un niveau d'expertise important. Le rôle de la formation est aussi un enjeu important.

Pour la qualité de la compréhension des enjeux et maintenir le dialogue entre les différents acteurs, une implication constante dans les instances de démocratie sanitaire est incontournable, y compris pour les élus.



02. AVIS

Le CESER a souhaité travailler sur l'accès aux soins des habitants du Grand Est dans un contexte de crise sanitaire, de problèmes de démographie médicale, de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques. Les citoyens s'intéressent de plus en plus aux problématiques de santé et dans le même temps, ils peinent à accéder aux soins et ne sont que trop peu associés à la construction des politiques publiques de la santé (actions, projets, dispositifs...).

Chaque jour, la presse aborde les difficultés d'accès aux soins des habitants dans les territoires en évoquant le départ d'un médecin à la retraite et son non-remplacement ou encore la communication innovante mise en place par des collectivités pour recruter ou accueillir un médecin. Le thème de l'accès aux soins de proximité est traité dans de nombreux rapports ou études pour évoquer la problématique des déserts médicaux. Le CESER tient à apporter une contribution complémentaire à partir des articles de presse, de rapports ou études mais aussi en s'appuyant sur une grande diversité d'acteurs auditionnés³⁷ (CPAM, ARS, IREPS, syndicats de professionnels de santé, France Assos Santé...) en favorisant une approche territoriale des inégalités d'accès aux soins et à la santé. Il a identifié des expériences inspirantes favorisant l'accès au droit à la santé (soins, information et éducation à la santé, prévention...) dans les territoires. Il a également repéré des formes innovantes de démocratie sanitaire concourant à une meilleure prise en compte de la réduction des inégalités d'accès à la santé. Face à la diversité des acteurs agissant sur l'accès aux soins, le CESER formule ses préconisations, en premier lieu pour les politiques du Conseil régional, mais également pour l'ensemble des acteurs, au regard des politiques croisées, et des partenariats opérationnels en la matière.

Il s'agit dans le présent avis de traiter des soins de santé primaires, de premier recours, c'est-à-dire le niveau qui constitue la porte d'entrée dans le système, qui offre des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins.

Le CESER tient à préciser que dans cet avis la problématique des hôpitaux, des Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), de la Protection Maternelle Infantile (PMI), de la médecine scolaire, du travail ou universitaire ne sont pas abordés. Certains de ces sujets ont été traités par le CESER dans les documents suivants :

- « Contribution au Projet Régional de Santé 2018-2028 », adoptée le 26 avril 2018 ;
- Motion de la jeunesse intitulée « Devoir d'avenir : quelles priorités pour les 15-29 ans dans les politiques publiques ? » adoptée le 15 avril 2021;
- Avis intitulé « le vieillissement de la population dans le Grand Est », adopté le 8 octobre 2020.

³⁷ Liste en annexe

La région est un territoire vaste, même si la question de l'accès aux soins est un sujet qui comprend un grand nombre de paramètres que l'on peut retrouver partout, pour le CESER, il doit être traité en prenant en compte des particularités locales. Il observe l'accentuation de la territorialisation des politiques de santé avec la création des Agences régionales de santé (depuis 2009), des Contrats Locaux de Santé (depuis 2009) ou encore des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) en 2016.

Les notions de « désert médical » ou « zone sous dense » sont utilisées pour qualifier les difficultés d'accès aux soins en raison d'une démographie médicale faisant obstacle à la fluidité des soins. Cela accentue les inégalités sociales et territoriales.

L'avis est divisé en trois parties. La première partie évoque les enjeux des politiques publiques de santé. La seconde partie traite des professionnels de santé et la dernière, de la démocratie sanitaire.

I. Enjeux des politiques publiques de santé

L'État et les collectivités territoriales peuvent agir en matière de santé par le biais d'aide à l'installation, en mettant des locaux à disposition ou en les finançant. Les élus locaux sont sollicités par les administrés pour les aider à trouver un médecin généraliste ou avoir un rendez-vous chez un spécialiste. La Région Grand Est ne dispose pas de compétences spécifiques dans le domaine de la santé, mais elle y contribue par un certain nombre d'actions et d'interventions au titre de l'aménagement des territoires. La collectivité a réalisé un tour d'horizon des actions de santé dont l'égal accès aux soins sur les territoires et l'attractivité des professions de santé.

Attractivité des territoires

L'attractivité des territoires est un élément déterminant pour l'installation de la nouvelle génération de professionnels de santé qui souhaitent s'installer à proximité de services publics (écoles, crèches, offre culturelle...) et profiter d'un cadre de vie agréable. Dans le même temps, la présence de service de santé sur un territoire est aussi facteur d'attractivité d'où la nécessité de les maintenir. Cela favorise d'ailleurs l'installation de nouvelles populations à la recherche d'une bonne qualité de vie et facilite l'installation de nouvelles activités économiques... Le rôle des collectivités est important dans le développement du territoire et dans la mise en place d'une stratégie collective à l'échelle intercommunale pour valoriser les atouts du territoire sans se mettre en concurrence avec les territoires voisins.

Préconisation n° 1 : Le CESER préconise au Conseil régional d'accompagner les territoires à mieux valoriser leurs atouts. A l'heure du télétravail, des tiers lieux ou autres espaces de coworking, qui incitent les télétravailleurs urbains à se mettre au vert pour profiter d'un nouveau cadre de vie, la caricature de zones rurales où rien n'existe n'a plus lieu d'être. Dans un cercle vertueux, les services de proximité, écoles, crèches, commerces dont circuits courts, présence de la fibre, du paramédical, d'associations ou autres activités, culturelles, sportives et économiques ont vocation à être promus pour attirer cette réponse médicale qui elle-même redonnera de l'attractivité aux territoires.

Développer l'offre de déplacement vers les services de santé

Si les collectivités locales mettent en œuvre des Transports A la Demande (TAD) dans les zones rurales où la faible densité de population rend complexe et coûteuse la mise en place de Transports en Commun, les initiatives des Mouvements associatifs qui développent des transports solidaires conformes à l'Arrêté du 17 octobre 2019 relatifs aux transports d'utilité sociale ont vocation à être accompagnés dans la mesure où ils sont des réponses auxiliaires de l'accès aux soins.

Préconisation n°2 : Le CESER préconise au Conseil régional d'accompagner et de développer ces initiatives du « venir chez » à l'inverse de « l'aller vers » qui permettent aux populations isolées, non véhiculées, de se rendre chez les professionnels de santé à moindre coût et ainsi de réduire les visites à domicile chronophages pour les médecins et génératrices de perte de temps médical.

Analyse de la problématique de l'accès aux soins au niveau local

Toutes les collectivités peuvent analyser les problématiques d'accès aux soins de la population sur leur territoire en récoltant des informations auprès des partenaires tels que l'Agence Régionale de Santé, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES), de l'Observatoire DEs NON-REcours et Services (ODENORE) ou encore de l'Observatoire Régional de Santé (ORS)... Ces informations permettent de porter un regard précis et territorialisé sur la problématique de l'accès aux soins (nombre de médecins, populations, santé...) qui pourrait être vecteur d'une mobilisation collective après l'élaboration du diagnostic partagé. Les collectivités territoriales peuvent compléter cette analyse quantitative par une collecte d'informations qualitatives en s'appuyant sur des instances de démocratie locale (conseils des jeunes, conseils des aînés, conseils citoyens, conseils de développement...) afin de recueillir le retour d'expérience et le vécu de la population. Il est aussi possible pour les communes disposant d'un Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou d'un Centre Intercommunal d'Action Sociale (CIAS) de réaliser au cours du mandat une analyse des besoins sociaux sur la thématique de l'accès aux soins. Elle peut être réalisée en interne ou par le biais d'un cabinet spécialisé.

Préconisation n°3 : Le CESER préconise à l'ensemble des intercommunalités de mettre le thème de la santé et de l'accès aux soins dans les priorités des politiques à mettre en œuvre. Il les invite à porter une analyse des enjeux sur ces questions en s'appuyant sur des données qualitatives et quantitatives. Le CESER invite les intercommunalités à mettre en place une stratégie collective pour maintenir les services de santé existants et à s'appuyer sur les données récoltées pour anticiper les difficultés d'accès aux soins.

Services de soins de proximité

Les centres de soins sont des structures à but non lucratif (association loi 1901 ou service public) permettant aux professionnels de santé d'exercer en étant salariés. Un projet de santé doit être construit, il s'appuie sur les besoins des professionnels de santé et d'un diagnostic de territoire. La création des maisons de santé est formalisée dans la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007, pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Le CESER propose de favoriser la mise en place de Maisons de Santé pluri-professionnelles en poursuivant l'accompagnement par le biais d'une aide financière et recommande une mise à disposition de locaux pour créer des permanences. Les collectivités peuvent aussi recenser les locaux disponibles sur les communes pour permettre l'accueil de médecins itinérants (ex anciens cabinets médicaux, bureaux inoccupés...).

Préconisation n°4 : Le CESER propose aux collectivités locales de favoriser la mise en place de Maisons de Santé Pluri-professionnelles en exercice libéral permettant une coordination des soins. Il souhaite qu'une vigilance soit de mise au niveau du secteur de conventionnement puisque seul le secteur 1 permet de ne pas amplifier les fractures sociales et territoriales. De même, ces collectivités locales peuvent accompagner la création de Centres de Santé qui répondent à l'aspiration de professionnels de santé optant pour l'exercice salarié.

Information – Prévention - promotion de la santé :

La prévention et la promotion de la santé sont des leviers à développer au niveau local pour informer les populations sur les risques encourus possibles pour leur santé afin qu'ils puissent, ensuite améliorer leur comportement (alimentaires, pratique d'une activité physique...). Des actions de prévention sont mises en place par différents acteurs (CPAM, structures sociales ou associations) dans les territoires mais au regard des enjeux importants, il est crucial que ces actions puissent mieux atteindre leurs cibles. Il faut donc les structurer davantage en veillant à lever tous les obstacles que pourraient rencontrer les habitants pour en bénéficier : informer, réaliser ses actions dans des lieux accessibles pour toutes et tous, coordonner les acteurs, mettre en place des caravanes de la santé pour diffuser l'information sur les territoires... De plus, ces actions doivent s'appuyer davantage sur des partenaires tels que les associations ou encore l'éducation nationale. L'Instance Régionale d'Éducation et de

Promotion de la Santé (IREPS) est un acteur incontournable, elle accompagne les politiques publiques, conseille et accompagne les acteurs, forme les acteurs, dispose d'un centre de ressources dans la mise en place d'actions favorisant la prise en compte des inégalités sociales et territoriales.

Préconisation n°5 : le CESER propose aux collectivités locales de construire une politique de prévention et de dépistage des pathologies les plus fréquentes à l'échelle des territoires. Il insiste sur l'importance de coordonner les acteurs de prévention pour gagner en efficacité sur un territoire donné. Il recommande de renforcer le pouvoir d'agir des habitants, en allant vers les populations notamment celles qui sont éloignées des actions de promotion de la santé afin d'agir sur tous les déterminants de santé.

Les Contrats Locaux de Santé, pour une territorialisation réussie des politiques de santé

De nombreux Contrats Locaux de Santé (CLS) ont été mis en place dans les territoires de la région à l'échelle des intercommunalités depuis leur création par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST). Les Contrats Locaux de Santé sont une déclinaison du Projet Régional de Santé (PRS) mis en œuvre par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et ont pour objectif de lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Ils sont signés par différents acteurs à la suite de l'élaboration d'un diagnostic complet permettant de cerner les enjeux de santé à l'échelle locale. Les acteurs impliqués dans un Contrat Local de Santé sont les collectivités, l'État, les associations, l'Éducation Nationale...

Outre, la nécessité de poursuivre la couverture de la région de Contrats Locaux de Santé, il conviendrait aussi d'exploiter le potentiel qu'ils offrent en leur donnant davantage de moyens. Pour répondre aux objectifs des CLS, les acteurs locaux peuvent mettre en place des projets sans garantie d'obtenir son financement... En effet, aujourd'hui aucune enveloppe n'est fléchée pour les actions mises en place dans ce cadre même si des financements peuvent être mobilisés par les acteurs par le biais d'appel à projets ou par des dispositifs spécifiques.

De plus, il existe une multitude d'outils de santé mis en place à l'échelle locale en plus des Contrats Locaux de Santé, tels que des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), les projets d'établissements des hôpitaux, les Schémas Départementaux d'Accès aux Soins... Il est nécessaire de veiller à une bonne articulation entre tous ces outils et de trouver une organisation qui permettra d'impliquer les professionnels de santé sur les territoires. Selon les professionnels de santé, il est donc impératif d'éviter les réunions chronophages et de mettre en place des temps d'échanges dans un cadre souple et convivial. Par ailleurs, ces différents outils de santé disposent d'éléments de diagnostics permettant la construction des orientations. Il convient de partager ces données pour favoriser une meilleure compréhension des enjeux et mobiliser les leviers pour traiter des problématiques.

Préconisation n°6 : le CESER suggère aux intercommunalités de s'appuyer sur les Contrats Locaux de Santé (CLS) existants, car ils sont une opportunité pour traiter les problématiques à l'échelle locale et pour mobiliser les acteurs et la population. Le CESER recommande à l'Agence Régionale de Santé de tendre vers leur couverture régionale, de mettre en place des moyens pour renforcer l'ingénierie, accompagner les porteurs de projets et mettre en place une enveloppe financière dédiée. Le CESER préconise à l'Agence Régionale de Santé de veiller à une bonne articulation et imbrication des outils locaux de santé. Le CESER propose de sensibiliser les acteurs sur les dispositifs existants pour une meilleure connaissance, appropriation et mobilisation. Le CESER propose au Conseil régional de valoriser les actions innovantes lors d'une rencontre régionale annuelle sur les Contrats Locaux de Santé.

Simplification des démarches pour tous afin de lutter contre le renoncement aux soins / non-recours

Il existe de nombreux dispositifs qui évoluent constamment. Il est difficile de s'y retrouver en tant que citoyen, mais les professionnels peuvent également s'y perdre et cela peut avoir un impact dans les réponses apportées pour faciliter l'accès aux soins des personnes.

Les différentes raisons du non-recours ou du renoncement aux soins sont nombreuses : des difficultés de compréhension du fonctionnement du système de santé, des problèmes de langue, une méconnaissance des droits, une complexité des démarches, leur dématérialisation, des problèmes financiers, une situation personnelle compliquée, une appréhension du monde médical. Ces éléments ont été évoqués par de nombreuses personnes auditionnées dont l'Observatoire des Non-Recours des Droits et Services (ODENORE).

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) mettent en place des moyens (humains et financiers) pour informer sur les droits ou accompagner les personnes dans les démarches administratives par le biais des Missions Accompagnement Santé (MAS). Il s'agit de mettre un agent à l'accueil chargé de faire le point sur la situation des bénéficiaires, d'améliorer leur accès aux droits et leur parcours de soins. Dans certaines communes, il existe des Centres Communaux d'Action Sociale (CCAS) qui sont les premières portes pour les personnes en difficultés. En fonction du constat, l'agent de la collectivité l'informerait sur ses droits et pourrait l'orienter vers le partenaire adéquat. Les associations caritatives peuvent également être à l'écoute des bénéficiaires mais semblent démunies pour apporter des réponses liées à l'accès aux soins. D'autres professionnels et bénévoles peuvent également intervenir ponctuellement. Les bénéficiaires du RSA disposent automatiquement, sans aucune démarche à effectuer, de la Complémentaire Sociale Solidaire.

De nombreuses communes ou intercommunalités proposent désormais une offre de complémentaire santé à leur échelle. Le choix opéré se porte souvent sur le moins disant à

savoir un tarif d'appel réajusté les années suivantes. Ce modèle vise l'ensemble d'une population générant des effets d'aubaine pour des populations déjà couvertes par un contrat et qui basculent vers le plus avantageux. Ce qui prédomine dans cet avis, c'est de proposer une offre destinée à couvrir les personnes sans complémentaire santé situés soit sur des effets de seuil soit dont le reste à vivre est insuffisant. Par ailleurs, l'association Accès Droits Santé Solidaire (AD2S) a mis en place une offre de complémentaire santé qui permet aux habitants se situant juste au-dessus du plafond de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) de bénéficier d'une complémentaire santé à des tarifs attractifs. Pour bénéficier de l'offre 100 % santé (dentaires, auditives, lunettes), il faut avoir une complémentaire santé. Il est nécessaire d'accompagner les populations vulnérables dans les démarches administratives que ce soit pour contracter une complémentaire santé mais aussi pour toutes autres demandes particulières liées à l'accès aux soins et à la santé afin de les aider à trouver un professionnel de santé et pour leur faciliter l'accès à un médecin traitant.

Les associations caritatives ont insisté lors de l'audition sur le fait que pour permettre aux populations les plus pauvres d'accéder à une meilleure santé, il convient de les accompagner et dans le même temps d'agir sur la pauvreté car la principale préoccupation de ces publics est de manger et de se loger. Ils remettent souvent au second plan la santé pour des raisons financières, de temps ou de priorité...

Préconisation n°7 : Le CESER préconise au Conseil régional de faciliter l'accès à une complémentaire santé en soutenant l'association AD2S dans le développement de son offre à l'échelle régionale et en permettant à chacun de trouver la meilleure proposition en fonction de sa situation personnelle. L'AD2S cible spécifiquement les populations non couvertes parce que faiblement solvables dont les ressources les excluent de la C2S (phénomène dit des « effets de seuil »). Il peut s'agir également des personnes ou familles dont le « reste à vivre » est modeste. Cette réponse construite avec les associations caritatives ne provoque pas de radiation immédiate en cas d'incident de paiement mais une orientation vers un service social.

Préconisation n°8 : Le CESER préconise la création d'un guichet unique permettant aux publics précaires et aux associations caritatives l'accès à une information, un accompagnement dans les démarches administratives permettant l'accès aux soins. Il ne s'agit pas de remettre en cause l'action des Missions d'Accompagnement Santé de l'Assurance Maladie, des Maisons France Service, des travailleurs sociaux ou de la banque de données de l'AD2S mais d'imaginer une coordination à l'image des Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées (MDPH) ou des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour la gérontologie.

Évaluation des politiques publiques de santé

L'évaluation des politiques publiques permet d'accompagner la transformation de l'intervention publique, de rationaliser les dépenses publiques, de responsabiliser les décideurs publics et de favoriser la participation citoyenne au contrôle et à la fabrique des politiques publiques. Le Conseil régional évalue régulièrement ses politiques publiques, d'autres collectivités ou intercommunalités de la région disposent également de moyens pour mettre en place une évaluation (personnels dédiés et formés, instances particulières...).

Préconisation n°9 : le CESER propose au Conseil régional et à l'Agence Régionale de Santé d'évaluer l'efficacité des aides à l'installation à destination des professionnels de santé, en tenant compte du contexte territorial dans lequel elles sont mises en œuvre tant sur la facilitation de l'accès aux soins mais aussi sur les bénéfices en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que l'amélioration des données de santé de la population qu'elle couvre.

II. Enjeux pour les professionnels de santé

Le monde de la santé a particulièrement été éprouvé durant la crise sanitaire. Cela a impacté les conditions de travail ainsi que l'état physique et psychique des professionnels de santé. Il est constaté une désaffection des métiers de la santé ou tout du moins un engouement moindre. Le système de santé se transforme et dans le même temps, les besoins en santé des habitants sont de plus en plus forts en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques.

La coordination des professionnels de santé et l'amélioration du parcours de soins

La médecine est une filière de soins associant des médecins généralistes, des infirmières, des kinés, des cardiologues, des radiologues, et des équipements (scanners, IRM, plateaux techniques...). Il faut reconstituer les filières de soins dans les territoires en développant des activités pour permettre aux habitants d'être soignés en proximité. Compte tenu du fait que le nombre de médecins généralistes n'augmentera pas d'ici les prochaines années, le renforcement de la pluri-professionnalité est la meilleure solution pour mieux coordonner et améliorer le parcours des soins, en intégrant les pharmaciens qui ont eu une place particulière pendant la crise sanitaire pour faciliter le renouvellement des ordonnances de plus de 3 mois, et permettre l'accès aux tests COVID puis ensuite pour la réalisation de la vaccination.

De nouveaux métiers intègrent timidement le paysage des acteurs de la santé, il s'agit des assistants médicaux et des Infirmiers de Pratique Avancée (IPA). Les médecins généralistes sont invités à recruter des assistants médicaux pour augmenter leur temps médical et accueillir davantage de patients. L'IPA est un concept qui a été créé initialement à l'hôpital pour faciliter son fonctionnement autour d'une pathologie précise. Ce qui permet de lui déléguer un certain nombre de compétences, au fur et à mesure des années, du fait de sa

proximité avec le médecin. Les IPA sont des nouveaux métiers accessibles à ceux qui disposent déjà d'une expérience professionnelle et souhaitant se spécialiser sur deux années d'études supplémentaires. Les médecins généralistes ne connaissent pas suffisamment les compétences des IPA et peuvent les confondre avec les infirmiers, les assistants médicaux ou encore les infirmiers ASALEE. Il est nécessaire de former davantage d'assistants médicaux et d'infirmiers en pratique avancée et de leur permettre d'avoir une meilleure place dans le paysage des professionnels de santé en favorisant leur acceptabilité par ces derniers.

Préconisation n°10 : Le CESER prend acte des nouvelles compétences données aux pharmaciens en termes de vaccinations obligatoires. Il préconise à l'État d'accroître les délégations données à ces derniers compte-tenu de l'expertise démontrée sur la période de la crise sanitaire (renouvellements d'ordonnances, de réalisations de tests COVID et de vaccinations), de leur maillage des territoires et du lien de confiance avec la population. L'élargissement de leur champ de compétences doit être amplifié pour améliorer le parcours de soins.

Préconisation n°11 : le CESER préconise au Conseil régional et à l'Agence Régionale de Santé, de promouvoir les métiers d'assistants médicaux et d'infirmiers de pratique avancée auprès des professionnels de santé et du grand public. Le CESER leur propose d'en former plus pour libérer du temps médical et accueillir davantage de patients. Il convient d'encourager une meilleure collaboration entre les Infirmiers de Pratique Avancée, les assistants médicaux et les médecins. Le CESER insiste sur l'importance de lever les freins financiers et administratifs en assouplissant les critères d'éligibilité des aides à l'embauche pour inciter davantage de médecins à s'engager dans le dispositif.

Structurer et coordonner l'offre de soins dans les territoires

Les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, ou CPTS, sont des organismes de coordination de santé issues de la loi de modernisation du système de santé du 21 janvier 2016, leur développement s'intègre dans le projet national « Ma santé 2022 ». Elles maillent progressivement le territoire. Leurs rôles sont d'organiser et de structurer l'offre de soins sur leur périmètre par les professionnels de santé en favorisant les échanges réguliers entre eux.

Préconisation n°12 : le CESER encourage le développement et la coordination des acteurs de la santé. À cette fin le CESER propose de poursuivre la structuration et la généralisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) par l'Agence Régionale de Santé.

Lutter contre les déserts médicaux

Pour lutter contre les déserts médicaux ou zones sous denses, plusieurs actions peuvent être mises en œuvre : aides à l'installation, favoriser l'exercice coordonné, permettre de libérer du

temps médical aux médecins généralistes par le recrutement d'assistants médicaux, d'infirmiers de pratique avancée, une labellisation des hôpitaux de proximité ou encore le déploiement de la télémédecine (téléconsultation, la télé expertise, la télésurveillance et la téléassistance). Aujourd'hui avec la suppression du numerus clausus, il n'y a aucune garantie que dans 10 ans, les nouveaux médecins formés deviennent des généralistes ou qu'ils s'installeront dans les zones sous denses. C'est pourquoi la liberté d'installation doit être orientée par des mesures incitatives, lesquelles peuvent commencer dès la formation initiale. Le stage en milieu rural est très utile pour, potentiellement, l'inciter plus tard à s'y installer durablement.

Le déploiement de la feuille de route de télémédecine 2021-2023 signée par l'ARS – le Préfet de région – L'assurance maladie – le Conseil régional au travers de l'atteinte de 200 sites de téléconsultations nouveaux ou réactivés est en cours de mise en œuvre. La téléconsultation peut faire gagner du temps de déplacement et permettre de soigner les habitants en proximité via une télécabine. Afin de permettre une meilleure appropriation des professionnels de santé ainsi que des patients, il est nécessaire de la démystifier et de la démocratiser, tout en maintenant des relations humaines entre professionnels de santé et patients. Aujourd'hui il est cependant difficile de s'appuyer sur des médecins issus des territoires correctement dotés pour effectuer de la télémédecine au profit des territoires sous dotés car ils sont déjà très occupés par leurs propres consultations.

Préconisation n°13 : Le CESER préconise à l'État de faire évoluer le principe de la liberté d'installation des médecins libéraux en vigueur depuis 95 ans (1927) pour permettre à tous quel que soit le territoire, d'accéder aux soins de proximité. La santé est une priorité en termes de service au public et se doit d'être adaptée pour permettre une équité dans l'accès aux soins des citoyens.

Préconisation n°14 : Le CESER est favorable au déploiement de la téléconsultation dans les lieux où l'accompagnement physique par des professionnels de santé est possible (cabinets d'infirmiers, pharmacies ou autres auxiliaires médicaux). Le CESER souhaite avoir une cartographie des lieux d'implantation de la télémédecine. Il insiste néanmoins sur la nécessité de ne pas résoudre le problème du déficit des personnels médicaux par des réponses numériques.

III. Enjeux pour la démocratie sanitaire

La démocratie sanitaire permet d'organiser l'expression des usagers à tous les niveaux, de façon à leur permettre d'être partie prenante des orientations de la politique de santé, pour favoriser le débat public et faciliter l'accès à l'information à tous les acteurs et à tous les citoyens. La démocratie sanitaire ne doit pas être uniquement un temps d'information mais être réellement contributive et participative. Il existe des réunions de consultation ou de

concertation à travers lesquelles des propositions sont formulées, il est important de les prendre en compte et de les reconnaître. La démocratie sanitaire permet à chaque patient de faire part de son expérience-patient afin qu'il soit acteur de sa santé et qu'il puisse contribuer à améliorer le système de santé.

L'information joue à cet égard un rôle primordial. Il faudrait veiller à identifier des acteurs dans chaque commune pour bien orienter les usagers vers les bons services. Il est utile de faire redescendre les informations décidées au niveau national vers toutes les associations qui, elles, sont au plus près de la population dans le besoin.

Par ailleurs, il existe plusieurs espaces d'expression pour traiter de la santé. L'implication des élus dans les instances de démocratie sanitaire telles que la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA) ou les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) est cruciale. Il existe de nombreuses associations qui défendent les intérêts des malades, elles sont pour une grande partie regroupées au sein de l'association France Assos Santé. Les bénévoles engagés participent à des travaux qui demandent du temps mais aussi un niveau d'expertise. Le rôle de la formation est également un des enjeux importants auquel il faut répondre.

Préconisation n°15 : Le CESER préconise aux collectivités locales et à l'Agence Régionale de Santé de s'appuyer davantage sur les différentes instances de démocratie sanitaire afin de prendre en compte les réalités du terrain (témoignage de la population, des professionnels de santé et des élus locaux). Le CESER préconise de créer davantage de liens entre l'utilisateur et les instances décisionnelles ainsi qu'une meilleure coopération au niveau local entre élus, professionnels de santé et population.

Conclusion

Dans un contexte où la santé fait débat autour du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) pour l'année 2023, de rapports parlementaires issus des deux assemblées, de la négociation de la nouvelle convention médicale, des ateliers en région du Conseil National de la Refondation (CNR) – volet santé, de nombreux reportages, articles de presse qui font que chaque citoyen se forge un avis sur la question, le CESER tente d'apporter des réponses complémentaires. S'appuyant sur les nombreuses auditions, il a pu dresser un panorama de l'accès aux soins où de multiples acteurs interviennent autour des patients et des professionnels de santé. Mieux faire connaître, évaluer, développer ce qui fonctionne, balayer les a priori, prévenir plutôt de devoir guérir ou interroger des principes qui se doivent d'évoluer, telles sont les questions soulevées auxquelles tente de répondre le présent avis. Puisse-t-il inspirer les décideurs politiques et l'ensemble des acteurs.



03. EXPLICATIONS DE VOTE

EXPLICATION DE VOTE DE MEMBRES DU CESER REPRÉSENTANT LA CONFÉDÉRATION FRANÇAISE DÉMOCRATIQUE DU TRAVAIL (CFDT)

À la lecture de cet avis la délégation CFDT souhaite formuler plusieurs observations :

1. L'accès aux soins et les déserts médicaux doivent être des enjeux prioritaires pour la région Gand Est dans son ensemble :

Pour garantir l'égalité d'accès aux soins, pour rappel un des principes fondateurs de l'Assurance Maladie et rétablir l'égalité territoriale d'accès aux soins, il est impératif :

- D'optimiser le temps médical disponible au bénéfice des patients, en recrutant en nombre suffisant des assistants médicaux à qui seront confiées les tâches connexes à l'acte médical (travail administratif notamment),
- De qualifier d'autres personnels de santé afin qu'ils soient autorisés à réaliser plus de gestes médicaux qu'actuellement,
- D'encourager les collectivités locales à la création de guichets uniques permettant en zone sous pénurie l'installation des professionnels de santé,
- D'accompagner le regroupement de médecins et l'exercice sur plusieurs sites.

2. L'organisation des territoires doit gagner en cohérence :

L'organisation et les projets portés par les hôpitaux de proximité, acteur pivot du territoire, doivent être en synergie avec d'une part l'organisation et les projets portés par l'ensemble des acteurs de proximité et d'autre part ceux portés par les groupements hospitaliers de territoire (GHT).

De plus, les hôpitaux de proximité doivent être positionnés et équipés comme structures hospitalières de premier recours à l'inverse de ce que fait l'ARS dont les décisions ne sont inspirées que par des contraintes budgétaires.

Enfin les GHT doivent recentrer leurs objectifs vers l'égalité d'accès aux soins sans que la rationalisation des modes de gestion ne soit leur seule référence.

Pour la CFDT si les politiques de santé doivent être décidées au niveau national pour assurer un cadre commun, il est urgent de soutenir les territoires de notre région par des actions concrètes en matière d'organisation des soins.

3. La formation des professions paramédicales doit être une priorité renforcée :

Face à la pénurie d'infirmiers formés (désaffection des étudiants et demande croissante de poste), il est urgent pour la CFDT :

- De doter les instituts de formation des ressources humaines et du matériel à la hauteur de l'exigence de recrutements.

- D'augmenter sensiblement le nombre de formateurs en leur permettant d'acquérir les compétences pédagogiques et le savoir-faire nécessaire à l'accompagnement et à l'écoute des étudiants.
- De concevoir des outils et des processus d'orientation mieux adaptés à une bonne connaissance de la réalité des professions paramédicales et des différents espaces d'exercices.

4. Pour une démocratie sanitaire :

La santé ne peut échapper à l'obligation de démocratie qui fait le ciment de notre république et la démocratie sanitaire n'est pas qu'une question de principe.

Il y a urgence à mettre en place des outils de démocratie participative permettant aux citoyens d'émettre des avis et de contribuer activement à la définition des choix stratégiques et arbitrages nécessaires. Plus que jamais la santé ne peut pas être réduite à l'état de slogan.

Pour la CFDT cette démarche démocratique commence par un changement d'orientation de l'ARS qui doit se mettre en position d'écoute pour réussir la mise en œuvre d'une politique de santé au service de tous les acteurs de la région.

La CFDT votera l'avis qui est proposé.

Mélanie BLANDIN, Najat COTTUN, Bartolina CUCUZZELLA, Adrien ETTWILLER, Didier GABRIEL, Alex GORGE, Philippe GUETH, Roland HARLAUX, Erwan LE QUELLEC, Dominique LEDEME, Bruno MALTHET, Corinne MARCHAL, Paul NKENG, Brigitte RITZENTHALER, Francine PETER

EXPLICATION DE VOTE DE MEMBRES DU CESER REPRÉSENTANT LA CONFÉDÉRATION GÉNÉRALE DU TRAVAIL (CGT)

Pour la CGT, différentes problématiques ne figurent pas dans ce projet d'avis.

Notamment, il fait l'impasse sur la spécificité du régime local Alsace-Moselle, qui est pourtant un des maillons les plus importants de la prise en charge de l'ensemble des soins des salariés du secteur privé.

Ce projet d'avis ne fait pas état de propositions telles que :

- La responsabilité de la santé au travail et l'accès aux soins (les problèmes d'environnements psychiques et physiques sur les lieux de travail). Le rôle de la médecine du travail en lien avec la médecine généraliste.
- La situation des hôpitaux et de leurs proximités auprès des patients, y compris les problématiques croissantes d'accès aux soins et les besoins de financement de la santé mentale.
- La prise en charge des problématiques de santé des enfants et étudiants (santé mentale, les DYS, etc) qui engendrent des situations d'échec et d'exclusions scolaires.
- L'égalité d'accès aux soins spécifiques à la périnatalité.
- Les conditions de transports des patients, le rôle de la télémédecine, etc.

Il n'est pas fait état également des profondes inégalités des prises en charge de l'accès aux soins générées par l'existence des complémentaires santé et en demander son élargissement ne nous semble pas être la meilleure solution.

De plus, l'accès aux soins des retraités n'est pas abordé alors que son coût pour ces personnes va, dans les années à venir, être insupportable et risque de générer un taux de renoncement aux soins par l'impossibilité de souscrire à une complémentaire santé qui, augmente deux fois plus vite que le niveau de pension des retraites.

La question de la participation des citoyens aux décisions concernant leur santé et comment satisfaire leurs besoins en santé, devrait passer par l'élection de leurs représentants dans les divers organismes de sécurité sociale, avec voix prépondérante.

Pour la CGT, ce projet d'avis, ignore visiblement, les véritables responsabilités des difficultés d'accès aux soins et de l'état de santé de la population de notre région. Il donne une place prépondérante à l'ARS et à la médecine libérale, sans faire de réelles propositions pour améliorer notre système de prise en charge de la santé.

Pour toutes ces raisons, la CGT demande que ce travail se poursuive dans la commission cohésion sociale et souhaite le report de cet avis.

À défaut, le groupe CGT votera contre.

Odile AGRAFEIL, Loukas BENARD, Chantal BERTHELEMY, Chahid BOUGNOUCH,
Jean-Luc CARDOSO, Bénédicte DA PONT, Pascal DEBAY, Jean-Pierre LANGLET,
Emmanuelle MOISSONNIER, Yolande ROSENBLATT, Delphine ROUXEL

EXPLICATION DE VOTE DU MEMBRE DU CESER REPRÉSENTANT LE RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE D'ALSACE-MOSELLE

L'avis fait l'impasse sur la situation particulière du système de santé sur les départements d'Alsace Moselle. Le régime local Alsace Moselle est un des maillons incontournables de l'accès aux soins des salariés du secteur privé. J'attire votre attention sur le rôle du RLAM dans la prise en charge des soins et de son rôle sur le financement de la prévention.

C'est un système de protection sociale unique en Europe. Sa gouvernance lui donne une force par sa proximité et ses capacités de décision. Il a une complète autonomie de décision dans le cadre du code de sécurité sociale. Il décide de ses recettes mais aussi des prestations à prendre en charge. Il vient de baisser ses cotisations de 64 Millions d'euro par an.

Le RLAM, en lien avec l'ARS, est un acteur majeur de la prévention. Il est signataire et soutien massivement tous les contrats locaux de santé. Il est trop souvent le seul financeur d'actions de prévention innovantes, mis en œuvre par les CLS, sur les 3 départements.

Son budget de prévention est de 2,5 Millions d'euros. Il a financé la recherche sur le cancer du sein à l'IHU de Strasbourg. Il est le seul à soutenir l'AFPR sur GEOCOEUR sur la Moselle. Depuis plus de 10 ans, il soutient le sport santé sur ordonnance. C'est un partenaire des Réseaux Métabolique et de PRESCRIMOOV. Il a fait une proposition de modification du code de sécurité sociale pour doubler, voire tripler son budget de prévention.

L'élargissement d'un dispositif de complémentaire santé préconisé par le CESER ne nous semble pas être la meilleure solution. L'existence des complémentaires santés génèrent de profondes inégalités. Elles sont de 1 à 4 selon que l'on soit Actif, invalide, à la recherche d'un emploi ou retraités, selon la taille de l'entreprise.

Un point majeur, c'est l'accès aux soins des retraités. Son coût va être insupportable et générer des renoncements aux soins important par l'augmentation des complémentaires santés qui évolue deux fois plus vite que le niveau des pensions de retraite. Le RLAM a mis en place une solidarité intergénérationnelle par l'exonération de la cotisation de tous les retraités qui ne sont pas soumis à la CSG. 30 % des retraités en sont bénéficiaire. C'est à l'assurance maladie d'être le garant de l'accès à des soins de qualité par une prise en charge de haut niveau.

Depuis 2013, Le RLAM souhaite pouvoir élargir son champ d'action sur le panier de soins de l'ANI et le reste à charge zéro dans le cadre d'un taux de cotisation plus efficient économiquement et socialement, mais aussi environnemental par sa simplicité. Il permettrait d'assurer une véritable garantie de prise en charge optimale des soins pour la population retraités et précaires par l'efficience de son haut degré de solidarité.

D'autre part, Nous ne pouvons pas nous satisfaire de la mise en place de la télémédecine. Elle ne garantit pas la meilleure prise en charge de soins, mais aussi de suivi du patient. La vraie

médecine de proximité est l'existence proche d'un médecin. Il suffit d'observer les nombreuses infractions ou fraudes constatés par l'assurance maladie.

Les véritables responsabilités des difficultés d'accès aux soins impactant l'évitement d'un renoncement aux soins ne sont pas abordées. Il nous faut poursuivre le travail dans la commission cohésion sociale. Je demande le report de l'avis. Sinon, je serais obligé de voter contre. Cet avis donne raison à ceux qui veulent une région ALSACE de plein pouvoir.

Patrick HEIDMANN



04. ANNEXES

Annexe 1 : Liste des personnes auditionnées

Anoutchka CHABEAU, Commissaire à la lutte contre la pauvreté dans le Grand Est

Brigitte CASUCCI, présidente de l'Association Accès Droits Santé Solidaire (AD2S) et **Emeline VASSE** directrice du CCAS de Villers les Nancy, secrétaire de l'AD2S

Dr Marie-France GERARD, Présidente de la FEMAGE et **Nicolas DECHASSAT**, directeur de la FEMAGE

Florian BARBE, Coordonnateur des Contrats Locaux de Santé au Pays Terres de Lorraine

Helena REVIL, docteure et chercheuse en science politique au Laboratoire de sciences sociales PACTE/CNRS, Responsable de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE) Université Grenoble-Alpes

Hubert ATTENONT, Président de la Conférence Régional de la Santé et de l'Autonomie

Jean PERRIN, Vice-Président et **Esther MUNERELLE** – Coordinatrice Régionale à France Assos Santé

Marie PERSIANI, directrice générale de l'Instance Régional de l'Éducation et de la Promotion pour la Santé du Grand Est et **Marie FLIPPOT-GAUDEFROY**, référente de l'axe appui aux politiques en Grand Est (notamment l'accompagnement des Contrats Locaux de Santé) et responsable des départements Meuse et Meurthe et Moselle.

Maxime ROUCHON, directeur de la CPAM du Bas Rhin et en charge de coordination des CPAM du Grand Est et **Philippe LAGUITTON**, directeur à Troyes de la CPAM de l'Aube et chef de projet régional en charge de la coordination

Thibault MARMONT, directeur du Centre Régional d'Etudes d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité

Véronique GUILLOTIN conseillère régionale et Présidente de la Commission Santé, Solidarité et Citoyenneté du Conseil régional

Virginie CAYRE, Directrice générale, **Dominique THIRION**, Directrice adjointe de la stratégie et **Patrick JOUIN** en charge des relations transfrontalières pour la direction de la stratégie de l'Agence régional de Santé du Grand Est

Julien BOEHRINGER, Président Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Infirmiers libéraux du Grand Est ; Secrétaire Général Adjoint de la FNI ; **Pascal CHARLES**, Président – Syndicat des médecins du Bas Rhin ; Vice-président – Union régionale des médecins libéraux d'Alsace ; **Philippe GAERTNER**, Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France – UNAPL ; **Monique LUTTENBACHER-RUBEL**, Vice-présidente régionale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CMSF) ; **Vincent ROYAUX**, Président régional de l'Ordre des médecins du Grand Est.

David THIÉBAUD, Délégué des Hauts-de-Lorraine Meurthe-et-Moselle – Vosges au Secours Catholique

Marie-Françoise THULL, Présidente de la Fédération de Moselle - Secours populaire français

Le CESER remercie l'ensemble des personnes citées ci-dessus pour la qualité des échanges et pour le temps qu'ils nous ont consacré.

Annexe 2 : Glossaire

3DS	Différenciation, Décentralisation et Déconcentration
AD2S	Accès Droits Santé Solidarité
ADEC	Aide au Développement de l'Exercice Coordonné
AIT	Accident Ischémique Transitoire
ALD	Affection Longue Durée
APL	Accessibilité Potentielle Localisée
ARS	Agence Régionale de Santé
ASALEE	Actions de Santé Libérale En Equipe
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASI	Aide Spécifique à l'Installation
ASS	Action Sanitaire et Sociale
ASV	Atelier Santé Ville
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAIM	Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de Santé au Travail
CDE	Contrat Début d'Exercice
CESER	Conseil Economique Social Environnemental Régional
CESP	Contrat d'Engagement de Service Public
CFE	Cotisations Foncières des Entreprises
CGCT	Code Général des Collectivités Territoriales
CLS	Contrat Local de Santé
COSCOM	Contrat de Stabilisation et Coordination des Médecins
COTRAM	Contrat de Transition
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CR	Conseil Régional
C2S	Complémentaire Santé Solidaire
CSTM	Contrat de Solidarité Territoriale Médecin
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DT	Délégué Territorial
EHPAD	Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
EPCI	Etablissement Public de Coopération Intercommunale
FEMAGE	Fédération de l'Exercice Coordonné et des Maisons de Santé en Grand Est
FIR	Fonds d'Intervention Régional
HPST	Hôpital Patients Santé Territoire
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
IREPS	Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé
MAS	Mission Accompagnement Santé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MSP	Maison de Santé Pluri-professionnelle
ODENORE	Observatoire Des Non-recours aux Droits et services

OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPTAM	Option Pratique Tarifaire Maîtrisée
OREF	Observatoire Régional Emploi Formation
ORS	Observatoire Régional de Santé
PAERPA	Personnes Âgées En Risque de Perte d'Autonomie
PRS	Projet Régional de Santé
QPV	Quartier Politique de la Ville
RSA	Revenu de Solidarité Active
SWOT	Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats
TLC	Téléconsultation
ZAC	Zone d'Action Complémentaire
ZIP	Zones d'Intervention Prioritaire

Annexe 3 : Tableau des 15 préconisations pour favoriser l'accès aux soins dans le Grand st

Le tableau reprend les préconisations du CESER en précisant la temporalité de mise en œuvre et les acteurs concernés. Il sera nécessaire de rajouter pour chaque préconisation des indicateurs de suivi, à construire avec les acteurs concernés.

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
Le CESER préconise au Conseil régional d'accompagner les territoires à mieux valoriser leurs atouts. A l'heure du télétravail, des tiers lieux ou autres espaces de coworking, qui incitent les télétravailleurs urbains à se mettre au vert pour profiter d'un nouveau cadre de vie, la caricature de zones rurales où rien	1												À définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
n'existe n'a plus lieu d'être. Dans un cercle vertueux, les services de proximité, écoles, crèches, commerces dont circuits courts, présence de la fibre, du paramédical, d'associations ou autres activités, culturelles, sportives et économiques ont vocation à être promus pour attirer cette réponse médicale qui elle-même redonnera de l'attractivité aux territoires.													
	2												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
Le CESER préconise au Conseil régional d'accompagner et de développer ces initiatives du « venir chez » à l'inverse de « l'aller vers » qui permettent aux populations isolées, non véhiculées, de se rendre chez les professionnels de santé à moindre coût et ainsi de réduire les visites à domicile chronophages pour les médecins et génératrices de perte de temps médical.													
Le CESER préconise à l'ensemble des	3												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
intercommunalités de mettre le thème de la santé et de l'accès aux soins dans les priorités des politiques à mettre en œuvre. Il les invite à porter une analyse des enjeux sur ces questions en s'appuyant sur des données qualitatives et quantitatives. Le CESER invite les intercommunalités à mettre en place une stratégie collective pour maintenir les services de santé existants et à s'appuyer sur les données récoltées pour anticiper les difficultés d'accès aux soins.													

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
Le CESER propose aux collectivités locales de favoriser la mise en place de Maisons de Santé Pluri-professionnelles en exercice libéral permettant une coordination des soins. Il souhaite qu'une vigilance soit de mise au niveau du secteur de conventionnement puisque seul le secteur 1 permet de ne pas amplifier les fractures sociales et territoriales. De même, ces collectivités locales	4												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
peuvent accompagner la création de Centres de Santé qui répondent à l'aspiration de professionnels de santé optant pour l'exercice salarié.													
Le CESER propose aux collectivités locales de construire une politique de prévention et de dépistage des pathologies les plus fréquentes à l'échelle des territoires. Il insiste sur l'importance de coordonner les acteurs de prévention pour gagner en efficacité sur	5												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
un territoire donné. Il recommande de renforcer le pouvoir d’agir des habitants, en allant vers les populations notamment celles qui sont éloignées des actions de promotion de la santé afin d’agir sur tous les déterminants de santé.													
Le CESER suggère aux intercommunalités de s’appuyer sur les Contrats Locaux de Santé (CLS) existants, car ils sont une opportunité pour traiter les problématiques à l’échelle locale et pour	6												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
<p>mobiliser les acteurs et la population. Le CESER recommande à l'Agence Régionale de Santé de tendre vers leur couverture régionale, de mettre en place des moyens pour renforcer l'ingénierie, accompagner les porteurs de projets et mettre en place une enveloppe financière dédiée. Le CESER préconise à l'Agence Régionale de Santé de veiller à une bonne articulation et imbrication des outils locaux de santé. Le CESER propose de sensibiliser les acteurs sur les dispositifs existants pour une</p>													

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
meilleure connaissance, appropriation et mobilisation. Le CESER propose au Conseil régional de valoriser les actions innovantes lors d'une rencontre régionale annuelle sur les Contrats Locaux de Santé.													
Le CESER préconise au Conseil régional de faciliter l'accès à une complémentaire santé en soutenant l'association AD2S dans le développement de son offre à l'échelle régionale et en permettant à	7												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
chacun de trouver la meilleure proposition en fonction de sa situation personnelle. L'AD2S cible spécifiquement les populations non couvertes parce que faiblement solvables dont les ressources les excluent de la C2S (phénomène dit des « effets de seuil »). Il peut s'agir également des personnes ou familles dont le « reste à vivre » est modeste. Cette réponse construite avec les associations caritatives ne provoque pas de radiation immédiate en cas d'incident de paiement													

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
mais une orientation vers un service social.													
Le CESER préconise la création d'un guichet unique permettant aux publics précaires et aux associations caritatives l'accès à une information, un accompagnement dans les démarches administratives permettant l'accès aux soins. Il ne s'agit pas de remettre en cause l'action des Missions d'Accompagnement Santé de l'Assurance Maladie, des Maisons	8												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
France Service, des travailleurs sociaux ou de la banque de données de l'AD2S mais d'imaginer une coordination à l'image des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) ou des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) pour la gérontologie.													
Le CESER propose au Conseil régional et à l'Agence Régionale de Santé d'évaluer l'efficacité des aides à l'installation à destination	9												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
des professionnels de santé, en tenant compte du contexte territorial dans lequel elles sont mises en œuvre tant sur la facilitation de l'accès aux soins mais aussi sur les bénéficiaires en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire ainsi que l'amélioration des données de santé de la population qu'elle couvre.													
Le CESER prend acte des nouvelles compétences données aux pharmaciens en termes	10												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
de vaccinations obligatoires. Il préconise à l'État d'accroître les délégations données à ces derniers compte-tenu de l'expertise démontrée sur la période de la crise sanitaire (renouvellements d'ordonnances, de réalisations de tests COVID et de vaccinations), de leur maillage des territoires et du lien de confiance avec la population. L'élargissement de leur champ de compétences doit être amplifié pour améliorer le parcours de soins.													

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
Le CESER préconise au Conseil régional et à l'Agence Régionale de Santé, de promouvoir les métiers d'assistants médicaux et d'infirmiers de pratique avancée auprès des professionnels de santé et du grand public. Le CESER leur propose d'en former plus pour libérer du temps médical et accueillir davantage de patients. Il convient d'encourager une meilleure collaboration entre les Infirmiers de Pratique	11												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
Avancée, les assistants médicaux et les médecins. Le CESER insiste sur l'importance de lever les freins financiers et administratifs en assouplissant les critères d'éligibilité des aides à l'embauche pour inciter davantage de médecins à s'engager dans le dispositif.													
Le CESER encourage le développement et la coordination des acteurs de la santé. A cette fin le CESER propose de	12												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
poursuivre la structuration et la généralisation des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) par l'Agence Régionale de Santé.													
Le CESER préconise à l'État de faire évoluer le principe de la liberté d'installation des médecins libéraux en vigueur depuis 95 ans (1927) pour permettre à tous quel que soit le territoire, d'accéder aux soins de proximité. La	13												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFESSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
santé est une priorité en termes de service au public et se doit d'être adaptée pour permettre une équité dans l'accès aux soins des citoyens.													
Le CESER est favorable au déploiement de la téléconsultation dans les lieux où l'accompagnement physique par des professionnels de santé est possible (cabinets d'infirmiers, pharmacies ou autres auxiliaires médicaux). Le CESER	14												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
souhaite avoir une cartographie des lieux d'implantation de la télémédecine. Il insiste néanmoins sur la nécessité de ne pas résoudre le problème du déficit des personnels médicaux par des réponses numériques.													
Le CESER préconise aux collectivités locales et à l'Agence Régionale de Santé de s'appuyer davantage sur les différentes instances de démocratie sanitaire afin de prendre en compte les	15												A définir

		PRIORITÉS			DESTINATAIRES DES PRÉCONISATIONS								
INTITULÉ DE LA PRÉCONISATION	N°	CT ≤ 2 ANS	MT 3 A 5 ANS	LT ≥ 5 ANS	ÉTAT / ARS	RÉGION	DÉPARTEMENT	EPCI	COMMUNES	Assurance Maladie	PROFSSIONNELS DE SANTE	ASSOCIATIONS	Indicateur de suivi
réalités du terrain (témoignage de la population, des professionnels de santé et des élus locaux). Le CESER préconise de créer davantage de liens entre l'utilisateur et les instances décisionnelles ainsi qu'une meilleure coopération au niveau local entre élus, professionnels de santé et population.													



RETROUVEZ TOUTES LES INFOS
DU CESER GRAND EST SUR INTERNET
ET LES RÉSEAUX SOCIAUX :

 [www .ceser-grandest.fr](http://www.ceser-grandest.fr)

 <https://www.facebook.com/ceserge/>

 <https://twitter.com/cesergrandest>

SITE DE CHÂLONS-EN-CHAMPAGNE

5 rue de Jéricho
51037 Châlons-en-Champagne
03 26 70 31 79

SITE DE METZ

Place Gabriel Hocquard
57036 Metz Cedex 1
03 87 33 60 26

SITE DE STRASBOURG

1 Place Adrien Zeller
67000 Strasbourg
03 88 15 68 00