

Recueil des avis CRSA Nouvelle-Aquitaine

2016-2019



Avertissement

Ce document regroupe le texte complet des 15 avis rendus par la CRSA Nouvelle-Aquitaine du 11 juillet 2016 au 24 juin 2019. Ces avis sont classés par ordre chronologique. Selon les cas, ils ont été adoptés par l'assemblée plénière, la commission permanente ou une commission spécialisée.

Regrouper tous les avis dans un même document permet ainsi d'apprécier la continuité de la réflexion de la CRSA, mais aussi sa volonté d'être entendue aussi bien au niveau régional qu'au niveau national.

En tant que tel, ce document complète le Rapport d'activité de la CRSA 2016-2019 disponible par ailleurs

SOMMAIRE

> Avis sur le projet de définition des territoires de démocratie sanitaire - 21 octobre 2016 (AP)	1
> Avis sur les modalités d'élaboration du projet régional de santé (PRS) - 6 décembre 2016 (CP)	4
> Avis sur l'élaboration du projet régional de santé (PRS) - 17 mars 2017 (AP)	7
> Avis sur le projet de 3ème plan régional santé environnement (PRSE) - 11 avril 2017 (CP)	13
> Avis sur l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes - 11 avril 2017 (CP)	28
> Avis sur la note de l'ARS relative au découpage de la planification sanitaire, zones du schéma régional de santé (SRS) - 6 juin 2017 (CP)	33
> Avis sur la stratégie nationale de santé (SNS) - 17 novembre 2017 (AP)	38
> Avis sur le projet de définition des zones du SRS - 17 novembre 2017 (AP)	42
> Avis sur le projet de nouveau zonage des médecins - 23 mai 2018 (AP)	46
> Avis sur le projet régional de santé (PRS) - 23 mai 2018 (AP)	49
> Avis sur le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie (PRIAC) Nouvelle Aquitaine - 26 juin 2018	80
> Avis sur le plan d'action régional en faveur de la santé bucco-dentaire - 18 octobre 2018 (AP)	85
> Avis sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé - 24 janvier 2019 (CP)	89
> Avis sur le projet de nouveau zonage orthophonistes - 5 février 2019 (CP)	97
> Avis sur le projet de nouveau zonage masseurs-kinésithérapeutes libéraux - 14 mai 2019 (CP)	98

La numérotation en haut à droite d'un avis renvoie à la numérotation au sein de ce recueil alors que la numérotation en bas à droite d'un avis renvoie à la numérotation au sein de celui-ci.

**AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE
DE LA NOUVELLE AQUITAINE SUR LE PROJET DE DEFINITION
DES TERRITOIRES DE DEMOCRATIE SANITAIRE**

adopté par l'assemblée plénière le 21 octobre 2016
à l'unanimité moins une abstention et un vote contre

CONTEXTE

La création de territoires de la démocratie sanitaire constitue l'une des mesures de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. C'est le directeur général de l'ARS qui est chargé d'arrêter le découpage de la région en territoire de démocratie sanitaire, sa proposition étant soumise à l'avis d'un certain nombre d'instances ou d'autorités, dont la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

En Nouvelle Aquitaine, le projet de découpage élaboré par l'ARS est soumis à concertation depuis le 25 août 2016, le président de la CRSA ayant été saisi dans ce cadre.

MODALITES D'ELABORATION

Le projet de l'ARS a été présenté et débattu dans toutes les commissions spécialisées de la CRSA au cours du mois de septembre. Au cours de sa séance du 4 octobre 2016, la commission permanente a pris connaissance de ces différents points de vue pour élaborer le présent projet d'avis qui sera soumis à l'assemblée plénière de la CRSA le 21 octobre 2016.

UN AVIS FAVORABLE SUR LE DECOUPAGE PROPOSE...

L'ARS propose de découper la région en 12 territoires de démocratie sanitaire respectant les limites départementales. Elle considère en effet que le département constitue l'assiette géographique permettant « une cohérence dans l'intervention globale des politiques publiques ayant un impact direct ou indirect sur la santé ». Par ailleurs, « le département est facilement identifiable par les usagers et la population, il facilite l'articulation et la transversalité entre les champs sanitaire, social et médico-social ». En effet, pour l'ARS, le cadre départemental

- « est celui de l'animation territoriale assurée par l'ARS par le biais de ses délégations départementales,
- correspond à la réalité de l'action administrative territoriale : veille et sécurité sanitaire et dispositifs d'accompagnements médico-sociaux (schémas départementaux personnes âgées et handicapées des Conseils départementaux),

CRSA NOUVELLE AQUITAINE

- est consacré par la loi 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement qui inscrit la quasi-totalité de ses dispositifs au niveau départemental : territoire départemental ou métropolitain de la conférence des financeurs (CdF), conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA),
- est de manière établie celui de la territorialisation des politiques impactant directement ou indirectement la santé. Y sont positionnés une grande majorité des partenaires institutionnels et professionnels de l'ARS : représentants des professionnels de santé, acteurs de la cohésion sociale, acteurs de la prévention, Education nationale, services du développement durable et de l'environnement, services du travail et de l'emploi, organismes d'assurance maladie, etc ».

La CRSA considère que ces arguments sont pertinents à partir du moment où la dernière réforme territoriale n'a pas été l'occasion de repenser le découpage départemental hérité de la Révolution pour le mettre au diapason de la réalité sociogéographique de la France actuelle.

Si, dans l'absolu, d'autres découpages tenant compte de façon plus satisfaisante de la répartition et des caractéristiques de la population pouvaient être envisagés, le risque de découplage avec les territoires d'action des décideurs aurait été important, tout comme le manque de visibilité pour les usagers et les professionnels.

En conséquence, la CRSA considère que le projet de découpage de la Nouvelle Aquitaine en 12 territoires de démocratie sanitaire respectant les limites départementales est le découpage le plus adapté possible en l'état actuel de l'organisation et des compétences territoriales.

...ASSORTI DE QUATRE CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

Cet avis favorable s'accompagne toutefois de quatre conditions de mise en œuvre :

1°) La CRSA tient à souligner qu'à ses yeux l'animation et la vie de la démocratie dans les territoires ainsi définis constituent l'enjeu essentiel, plus encore que celui du découpage. Les douze territoires de la démocratie sanitaires n'auront de sens que s'ils sont dotés de moyens suffisants pour fonctionner, notamment par l'appui de personnel dédié.

2°) La loi de modernisation de notre système de santé distingue désormais les territoires de la démocratie sanitaire et les zones de l'offre. La CRSA s'interroge sur les effets de cette séparation. La démocratie sanitaire ne doit pas être absente des zones de l'offre et de leur dynamique. Elle considère donc qu'il appartiendra à l'ARS de proposer un découpage des zones de l'offre permettant une mise en cohérence avec les préoccupations des territoires de démocratie sanitaire. Elle rappelle que la structure de coordination des trois ex-CRSA a ainsi proposé que la délimitation des zones d'implantation de l'offre repose sur une appréciation des besoins de la population prenant en compte l'avis du ou des conseils territoriaux concernés pour chaque zone.

3°) Comme le précise l'ARS, « la délimitation en territoires de démocratie sanitaire n'épuise pas la réflexion sur la territorialisation de la politique de santé ». De fait, au

delà des territoires de la démocratie sanitaire et des zones de l'offre pourront aussi exister une multitude d'autres découpages géographiques s'inscrivant le plus souvent dans des logiques d'appui et/ou de coordination. Les dispositions contenues dans la loi de modernisation de notre système de santé apparaissent comme porteuses d'un risque de complexification territoriale important. En effet, les dispositifs territoriaux sont très nombreux : équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale, contrat local de santé, plate-forme territoriale d'appui, territoire de la démocratie en santé, groupement hospitalier de territoire, zone d'organisation de l'offre pour ne citer que les dispositifs entrant directement dans le champ de l'ARS. Tous ces dispositifs, exceptés les zones d'organisation de l'offre, sont dotés d'une instance de gouvernance et d'un projet. Si la combinaison de toutes ces possibilités offre une grande liberté d'organisation aux acteurs de terrain, comme à l'ARS, elle peut aussi déboucher rapidement sur une organisation totalement illisible, durablement inefficace du fait de ses chevauchements et incohérences.

La CRSA considère capital que l'ARS et les acteurs régionaux aient la volonté de ne pas ajouter de la complexité à la complexité avec le double souci d'assurer la cohérence locale au sein d'un même périmètre géographique et la cohérence régionale dans le cadre d'une démarche co-construite pour articuler local et régional.

4°) Enfin, il ne saurait y avoir de promotion de la démocratie sanitaire dans la Nouvelle Aquitaine sans une articulation forte entre la CRSA et les conseils territoriaux de santé. A cet égard, la CRSA se félicite des possibilités de saisine réciproque introduites par le décret du 26 juillet 2016 relatif aux territoires de démocratie sanitaire, aux zones des schémas régionaux de santé et aux conseils territoriaux de santé permettant d'une part au Président de la CRSA de saisir les futurs conseils territoriaux de santé, d'autre part aux présidents de conseils territoriaux de santé de saisir la CRSA.

Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Nouvelle Aquitaine

AVIS DE LA CRSA NOUVELLE AQUITAINE SUR LES MODALITES D'ELABORATION DU PRS adopté à l'unanimité par la commission permanente du 6 décembre 2016

Aux termes de la loi de modernisation de notre système de santé et de ses textes d'application, le PRS doit être adopté avant le 31 décembre 2017 après consultation de différentes instances, dont la CRSA et les conseils territoriaux de santé. La période de consultation est de trois mois.

Lors de l'assemblée plénière du 21 octobre 2016, de nombreux membres de la CRSA sont intervenus pour souligner l'importance de la concertation avec les territoires et la nécessité d'un temps d'explication et d'appropriation par les acteurs de terrain.

Or, les conseils territoriaux ne seront pas opérationnels avant le début de l'année 2017. Par ailleurs, le calendrier réglementaire, avec le respect des trois mois de concertation, s'ajoutant à la période des vacances d'été, impose pratiquement que le projet de PRS élaboré par l'ARS soit achevé fin juillet. Si ce délai permet une consultation formelle respectant le texte de la loi, les débats conduits en assemblée plénière ont mis en évidence qu'il ne permettait pas de conduire une réelle concertation de proximité, respectant non plus la lettre mais l'esprit de la loi.

La réunion de l'ensemble des CRSA le 8 novembre 2016 à Rennes a permis de constater que toutes étaient arrivées à une conclusion identique. Dès lors, l'ensemble du collège des CRSA a proposé à la Conférence nationale de santé l'adoption d'un avis demandant le report d'un an de la date d'adoption du PRS. Ce vœu, annexé, a été adopté à l'unanimité lors de l'assemblée plénière de la Conférence nationale de santé du 23 novembre 2016.

La CRSA Nouvelle Aquitaine souscrit pleinement à cette demande de report. Mais au cas où elle ne serait pas acceptée, elle demande d'ores et déjà que la préparation du PRS en Nouvelle Aquitaine considère deux horizons de temps, au 31 décembre 2017 et au 30 septembre 2018. A la première de ces deux dates serait arrêté un PRS « de base » pour respecter la réglementation. Une révision de ce PRS « de base » avant le 30 septembre 2018 permettrait ensuite d'aboutir à un PRS « enrichi » destiné à être le véritable document de référence pour les 4,5 ans restant à courir. La concertation avec les territoires et les acteurs de terrain pourrait ainsi se tenir, sans interruption, du 1^{er} janvier 2017 au 30 juin 2018. La CRSA mandate ses représentants au comité de pilotage du PRS pour défendre une procédure d'élaboration du PRS qui puisse donner toute sa place à une véritable concertation, qui ne soit pas un simulacre formel de démocratie en santé, faute de temps.

La CRSA insiste également sur la nécessité d'articuler le PRS non seulement avec les différents plans et schémas élaborés par les services de l'Etat, comme le plan, régional santé environnement, mais également avec ceux élaborés par le Conseil

régional, en particulier le schéma régional de formation para-médicale et le schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), et ceux élaborés par les conseils départementaux dans le secteur social et médico-social.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé distingue désormais les territoires de la démocratie et les zones de l'offre, qui faisaient l'objet d'un même découpage antérieurement. Elle prévoit également que le projet de découpage de la région en zones de l'offre élaboré par l'ARS ne soit pas soumis à l'avis de l'ensemble de la CRSA, mais uniquement à celui de sa commission spécialisée de l'offre de soins (CSOS). Dans son avis du 21 octobre 2016 sur le projet de définition de territoires de démocratie sanitaire, la CRSA a déjà exprimé ses réserves sur ce découpage tant du point de vue de la démocratie que de la cohérence territoriale. Elle considère en outre que la définition des zones de l'offre intéresse l'activité de l'ensemble des autres commissions spécialisées et qu'il n'y a donc pas lieu de se restreindre au seul avis de la CSOS sur ce sujet. C'est pourquoi, au delà de la consultation réglementaire de la CSOS, la CRSA fait part de son intention de s'autosaisir à moins que le Directeur de l'ARS ne la saisisse lui-même pour avis sur son projet de définition des zones de l'offre, à l'instar de la démarche suivie pour les territoires de démocratie.

Enfin, la CRSA souligne l'importance d'inscrire l'élaboration du PRS dans une véritable vision prospective, prenant en compte les évolutions sociodémographiques, l'évolution des besoins de santé, l'évolution des comportements et des pratiques, tant des professionnels que de la population, et les évolutions techniques et thérapeutiques. Il faut consacrer à cette prospective autant de temps, sinon plus, qu'au bilan et au diagnostic. Forte de la diversité de ses membres, de leur expérience et de leur expertise, la CRSA a la volonté de contribuer pleinement dans le cadre de ses commissions spécialisées à cette indispensable réflexion prospective.

ANNEXE



Vœu de la Conférence nationale de santé relatif au calendrier d'élaboration du PRS2

La Conférence nationale de santé réunie en assemblée plénière le 23 novembre 2016 a adopté à l'unanimité le vœu suivant :

La CNS constate que la date de fin d'élaboration prévue pour les PRS2 au 31/12/17 ne laisse que peu de temps à l'élaboration du cadre d'orientation stratégique pour lequel aucune concertation formelle n'est prévue, puis au schéma transversal et au PRAPS. En effet, l'adoption définitive du PRS2 doit suivre une période de concertation de 3 mois, ce qui conduit à considérer que les PRS devront être achevés au 1^{er} septembre (donc au 15 juillet ...).

La CNS attire l'attention sur le fait que les conseils territoriaux de santé ne seront installés que le 1^{er} janvier 2017 dans le meilleur des cas, que ces conseils sont sensés contribuer à l'élaboration des PRS notamment par la réalisation des diagnostics territoriaux

La CNS souligne également que la logique veut que la conception d'un nouveau plan tire profit des résultats de l'évaluation du plan antérieur. Or ces résultats ne sont disponibles qu'à partir de maintenant dans le meilleur des cas.

La CNS constate les contradictions dans le calendrier retenu qui font que les GHT élaborent leur projet médical indépendamment des orientations du futur PRS. Enfin, la mise en place des grandes régions qui nécessite la construction d'une culture commune entre deux ou trois régions antérieures et la mise à niveau d'un certain nombre de dispositifs, a quelque peu freiné l'engagement des travaux préparatoires au PRS2.

En conséquence, la CNS, en accord avec toutes les CRSA, demande que soit assouplie la date limite de réalisation des PRS et qu'elle soit reportée au 31/12/18 afin de permettre d'assurer une meilleure cohérence de la démarche et la participation des instances de démocratie en santé.



AVIS SUR L'ELABORATION DU PROJET REGIONAL DE SANTE ADOpte A L'UNANIMITE PAR L'ASSEMBLEE PLENIERE LE 17 MARS 2017

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a modifié la structure du projet régional de santé (PRS). Désormais, le PRS est constitué (*Art. L. 1434-2. du code de la santé publique*)

« 1^o **D'un cadre d'orientation stratégique** (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;

« 2^o **D'un schéma régional de santé** (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.

« Ces objectifs portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ils visent également à organiser la préparation du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en cas de situation sanitaire exceptionnelle "ORSAN" mentionné à l'article L. 3131-11.

« Ils peuvent être mis en œuvre par les contrats territoriaux de santé définis à l'article L. 1434-12, par les contrats territoriaux de santé mentale définis à l'article L. 3221-2 ou par les contrats locaux de santé définis à l'article L. 1434-10 ;

« 3^o **D'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies** (PRAPS).

La loi précise que les PRS doivent être adoptés avant le 31 décembre 2017, le projet élaboré par l'agence régionale de santé (ARS) devant au préalable être soumis à l'avis de différentes instances, dont la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA). La période de consultation a été portée de deux à trois mois.

Réunis en assemblée plénière le 17 mars 2017, les membres de la CRSA Nouvelle Aquitaine ont tenu à formuler un avis sur les conditions d'élaboration et d'adoption de ce PRS. Après un rappel du contexte, cet avis formule des recommandations et fait état des critères qui seront suivis par la CRSA pour formuler son avis lors de la consultation prévue par la loi.

UN CONTEXTE TRES PARTICULIER

La CRSA Nouvelle Aquitaine tient tout d'abord à faire remarquer que le PRS est élaboré dans le cadre d'un contexte particulier à plus d'un titre.

Le premier est celui de la fusion des régions, trois dans le cas de la Nouvelle Aquitaine. A l'évidence, cette démarche est à l'origine d'une période de transition et de rodage qui n'est pas achevée. Si la fusion est juridiquement faite, ce n'est le cas complètement, ni dans les têtes, ni dans les habitudes et pratiques de travail, ni même pour certaines institutions, par exemple les ordres régionaux de médecins, les observatoires régionaux de la santé, les unions régionales de la Mutualité française, etc. L'ARS Nouvelle Aquitaine, comme toutes les autres ARS dans la même situation, n'élabore donc pas son PRS dans les mêmes conditions de fonctionnement que les ARS des régions n'ayant pas fusionné. Or les dispositions nationales s'appliquent à toutes les régions, sans tenir compte de cette dimension, dont les effets ont été sous-estimés ou non anticipés.

Le deuxième aspect porte sur le calendrier. De l'avis général, il est exagérément contraint. A l'initiative de l'ensemble des CRSA, la Conférence nationale de santé, dans un vœu du 23 novembre 2016 adopté à l'unanimité, a demandé le report de cette date. A ce jour sans aucun succès. La CRSA Nouvelle Aquitaine tient à souligner que l'élaboration à marche forcée du PRS est difficilement compatible, faute de temps, avec l'élaboration d'un PRS renouvelé et qu'elle risque de conduire au plus facile, c'est à dire à un PRS construit « à l'ancienne », en juxtaposant une multitude de disciplines et de thèmes, avec des dimensions de parcours, de qualité ou de territoires pas toujours repérables. Les logiques transversales et de parcours seront certes en progrès, mais seront-elles au cœur de ce nouveau PRS ? Le manque de temps limite également de façon évidente les possibilités d'une véritable concertation et d'un processus d'élaboration associant les acteurs au plus près des douze territoires de démocratie en santé, de façon autre que formelle ou très limitée sur le plan de l'interactivité. Là encore, les dispositions nationales n'ont pas pris en compte l'impact massif de la taille des nouvelles régions.

Enfin, la CRSA tient à souligner qu'au jour de son assemblée plénière, les conseils territoriaux sont loin d'être tous fonctionnels. Ils ne sont pas non plus encore représentés à la CRSA...le code de la santé publique n'étant toujours pas modifié dans ce sens ! Les conseils territoriaux de santé seront donc conduits à prendre en marche le train à grande vitesse du PRS comme ils pourront.

La CRSA Nouvelle Aquitaine est bien consciente que l'impact de la fusion et du calendrier s'impose à l'ARS. Pour autant, elle tient à souligner que ces dimensions nationales n'exonèrent pas l'ARS Nouvelle Aquitaine d'adapter sa démarche en utilisant toutes les possibilités calendaires et en simplifiant son organisation pour ne pas faire « comme si » l'on disposait du même laps de temps que pour l'élaboration des PRS précédents. A cet égard, la CRSA rappelle que dans son avis du 6 décembre 2016 adopté à l'unanimité par la commission permanente, elle a proposé l'élaboration d'un PRS « de base » pour respecter l'échéance du 31 décembre 2017, complété par un PRS plus abouti à l'occasion d'une révision du PRS de base intervenant dans les premiers mois de 2018. Elle a également proposé plus récemment que la période de consultation de trois mois ne soit pas gelée et permette des avancées significatives à prendre en compte dans la version finale du PRS.

Elle rappelle enfin que l'article R1434-2 du code de la santé publique permet à l'ARS d'adopter séparément, et donc à des dates différentes, le cadre d'orientation stratégique, le schéma régional de santé et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies. Pourquoi ne pas se saisir de la possibilité ainsi offerte pour trouver le meilleur équilibre entre réglementation et concertation ?

SIX RECOMMANDATIONS POUR UN PRS NOUVEAU

La structure de coordination des trois ex-crsa a formulé plusieurs préconisations, notamment en matière de priorités. La lettre de saisine adressée par le Président de la CRSA aux présidents de commissions spécialisées a repris et complété ces éléments. L'ARS dispose ainsi d'ores et déjà de contributions de la CRSA. Les recommandations suivantes portent essentiellement sur la démarche d'élaboration du PRS, telle qu'elle a été récemment présentée.

1°) PROPOSER DES SCENARIOS

La CRSA demande que les différents éléments du PRS puissent faire l'objet de scénarios, de telle sorte que la concertation avec les acteurs ne soit pas fondée sur un document monolithique à prendre ou à amender à la marge. La formulation de scénarios permettrait d'instaurer un vrai débat démocratique sur la base d'arguments explicites.

2°) DISTINGUER SRS « SOCLE » ET SRS « PRIORITES »

La CRSA souhaite que le prochain schéma régional de santé (SRS) distingue clairement ce qui relève du fonctionnement général, pérenne du système régional de santé et ce qui relève de priorités clairement identifiées, comme autant de « rattrapage » de la situation régionale, soit par rapport à la situation des autres régions, soit par rapport à des évolutions défavorables, soit par rapport à des disparités sociales ou géographiques. C'est pourquoi, elle propose que le document préparé par l'ARS articule un SRS « socle » et un SRS « priorités » pour les cinq ans à venir.

3°) CONSACRER PLUS DE TEMPS ET DE PLACE AU « COMMENT » QU'AU « POURQUOI »

Que ce soit dans les réflexions préparatoires, les concertations ou la rédaction du PRS, il est essentiel de s'obliger à apporter des réponses au « comment ». Les expériences passées montrent qu'en général trop de temps est consacré au diagnostic, au « pourquoi » et pas assez au « comment ». Ce décalage débouche sur des propositions trop générales ou trop peu concrètes et pragmatiques, donc difficilement applicables. Le « comment » doit avant tout porter sur les leviers à disposition des acteurs régionaux et territoriaux.

4°) S'ASSURER EN PERMANENCE DE LA BONNE APPROPRIATION DU PRS PAR LES ACTEURS DE LA NOUVELLE AQUITAINE EN LEUR DONNANT LES MOYENS D'EN ETRE LES MOTEURS.

Même élaboré par l'ARS, il est essentiel que le PRS devienne celui de tous les acteurs de la région. Il ne doit pas être perçu comme un élément extérieur dont chacun s'accommode aux mieux des opportunités thématiques ou territoriales qu'il peut offrir. Chaque acteur de la région doit se considérer comme un des acteurs au cœur du PRS et non pas « à côté ». Chacun, citoyen, usager, professionnel, établissement, collectivité, etc. doit se demander en quoi et comment il peut agir très concrètement dans le cadre du PRS. Aboutir à un tel résultat nécessite un niveau d'appropriation élevé qui lui-même suppose que les intervenants régionaux commencent par être les vrais acteurs de l'élaboration du PRS, au plus près des territoires, dans une logique pleine et entière de démocratie en santé. A cet égard, dans la concertation avec les CTS, l'ARS doit tenir compte des délais de leur mise en place et du fait qu'à ce jour, ils sont loin d'être tous opérationnels.

5°) NE PAS DISSOCIER L'ELABORATION DU PRS DE L'ORGANISATION TERRITORIALE

La loi de modernisation du système de santé se traduit par un nombre conséquent de nouvelles formes d'organisation territoriale s'ajoutant à celles existant auparavant. Dans leur avis du 22 janvier 2016, les trois ex-CRSA s'étaient inquiétées d'un risque de balkanisation des acteurs en santé de la Nouvelle Aquitaine. La CRSA considère que l'ensemble des démarches territoriales à l'initiative de l'ARS comme à l'initiative des acteurs doivent se construire non pas séparément, ni même simultanément au PRS. Elles doivent en être un élément essentiel pour être en capacité de porter concrètement le PRS au plus près de la population et des professionnels.

6°) CONSTRUIRE UN PRS PROSPECTIF ET NON PAS RETROSPECTIF

Les diagnostics réalisés à chaque PRS ou exercice du même ordre, aussi bien régionalement que nationalement, mettent en évidence des dysfonctionnements, des inégalités sociales et géographiques, des pratiques non pertinentes, des orientations stratégiques répondant mal aux enjeux actuels. Les mesures préconisées à la suite de ces diagnostics ont pour objectifs d'améliorer la situation en mettant un terme à ces défauts ou en réduisant leur fréquence. Il s'agit ainsi d'une sorte de planification rétrospective. Mais pendant que l'on s'efforce de corriger les évolutions passées, d'autres problèmes apparaissent, souvent en fait largement anticipables. Le cadre d'orientation stratégique (COS) à dix ans nous invite très fortement à être beaucoup plus prospectifs qu'auparavant. Dans ce cadre, les acteurs de la région, à commencer par ceux de la CRSA, ont tous la capacité de se projeter dans l'avenir pour peu qu'ils y soient sollicités. Une approche par scénario pourrait être utilisée.

DIX CRITERES D'APPRECIATION DU PROJET DE PRS

Au plus tard le 30 septembre 2017, et sans doute avant, la CRSA sera saisi pour donner son avis sur le projet de PRS élaboré par l'ARS. De façon paradoxale, la consultation des conseils territoriaux de santé (CTS) n'est pas prévue, contrairement à celle des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA). En revanche, le président de la CRSA a la possibilité réglementaire de saisir les CTS pour que leurs avis soient pris en compte par celui rendu par la CRSA pour renforcer l'articulation avec les CTS. Cet avis reposera sur un ensemble de critères que la CRSA juge souhaitable de préciser dès maintenant. Chacun de ces critères est illustré par un questionnement.

1°) CRITERE DE SIMPLIFICATION

En quoi le PRS et ses actions simplifient-ils ou compliquent-ils l'organisation territoriale et administrative pour les citoyens, notamment les plus démunis, et pour les professionnels, notamment de premier recours ? Conduit-il ou pas à renforcer la suradministration du système de santé ?

2°) CRITERE D'ACCES GLOBAL A LA SANTE

En quoi le PRS et ses actions permettront-ils de développer une culture régionale favorable à la santé ? En quoi se traduiront-ils par une action volontariste sur les déterminants en amont et en aval des soins ? En quoi les différents milieux de vie, de travail, de loisirs, d'éducation, etc. seront-ils plus favorables à la santé, faisant de la Nouvelle Aquitaine une « fabrique » de santé ?

3°) CRITERE DE REORGANISATION DU SYSTEME REGIONAL DE SANTE ET DE COHERENCE TERRITORIALE

En quoi le PRS et ses actions permettront-ils d'évoluer vers un système préventif-centré et ambulo-centré ? En quoi développeront-ils les logiques de parcours, la prise en charge globale et la coordination des acteurs ? En quoi la cohérence territoriale en sera-t-elle renforcée, y compris avec les schémas des collectivités territoriales, notamment conseil régional et conseils départementaux ?

4°) CRITERE D'ACCES AUX SOINS (PREVENTIFS COMME CURATIFS OU PALLIATIFS), AUX PRISES EN CHARGE ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

En quoi le PRS et ses actions permettront-ils d'améliorer la situation des zones « blanches » en manque de professionnels de santé ? En quoi l'évolution de l'organisation et des pratiques permettra-t-elle de réduire les délais dans l'accès aux soins, aux prises en charge et aux accompagnements ? En quoi le PRS rendra-t-il plus facile l'accès aux soins, aux prises en charge et aux accompagnements des personnes en situation de handicap, de perte d'autonomie et/ou de précarité ?

5°) CRITERE DE DEMOCRATIE EN SANTE

En quoi le PRS et ses actions renforceront-ils le fonctionnement des instances de la démocratie en santé au niveau régional comme territorial ? En quoi permettront-ils d'évaluer régulièrement le niveau de satisfaction des citoyens, des patients, des usagers et des professionnels ?

6°) CRITERE DE COMPREHENSION ET D'APPROPRIATION

En quoi les documents relatifs au PRS sont-ils facilement compréhensibles et appropriables ? En quoi les démarches d'élaboration, mais aussi de mises en œuvre sont-elles de nature à faciliter par une information claire et précise l'appropriation par les acteurs et leur implication ?

7°) CRITERE DE FAISABILITE ET DE REPRODUCTIBILITE

En quoi les mesures et les actions incluses dans le PRS sont-elles faisables ? En quoi, sont-elles ou pas à la main des acteurs régionaux ? En quoi sont-elles facilement reproductibles de manière à couvrir, le cas échéant, toute la région sans rester limitées à des expérimentations ?

8°) CRITERE DE PRIORITE

En quoi le PRS et ses actions prennent-ils en compte des priorités identifiées permettant à la Nouvelle Aquitaine de rattraper son retard sur d'autres régions, de renverser des évolutions défavorables ou encore de réduire des disparités évitables ?

9°) CRITERE DE PERTINENCE, D'EFFICIENCE ET DE SOLIDARITE

En quoi le PRS et ses actions répondent-ils aux enjeux de santé et aux axes stratégiques identifiés ? En quoi, permettront-ils d'aboutir à plus d'efficacité et de pertinence dans le recours aux soins dans une logique de solidarité et de qualité ? Comment est-il prévu de mesurer l'impact du PRS sur la santé des habitants de la Nouvelle Aquitaine et sur leur degré de satisfaction et celui des professionnels ? Quels sont les dispositifs et les indicateurs permettant à la CRSA et aux CTS de suivre à intervalle régulier la bonne mise en œuvre du PRS ?

10°) CRITERE DE SUPPORTABILITE FINANCIERE

En quoi le PRS et ses actions permettront-ils de faire évoluer la mobilisation des enveloppes régionales et les pratiques des acteurs pour diminuer la pression des restes à charge en matière sanitaire comme en matière médico-sociale ?



**AVIS SUR LE PROJET DE 3^{ème} PLAN REGIONAL SANTE ENVIRONNEMENT
adopté à l'unanimité moins une abstention
par la Commission permanente le 11 avril 2017**

Dans le cadre de la concertation engagée à l'occasion de l'élaboration du troisième plan régional santé-environnement (PRSE3), l'Agence régionale de santé a souhaité avoir l'avis de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Trois documents ont été soumis récemment à la CRSA : un diaporama de présentation, un tableau de synthèse détaillé des actions et mesures, un ensemble de 12 fiches détaillées, totalisant environ 150 pages, rendant compte des propositions des 12 groupes de travail mis en place. Préalablement, la CRSA avait eu connaissance du diagnostic régional en matière de santé environnementale, sans avoir pu en débattre, ni du bilan des trois PRSE2.

Le présent avis s'appuie principalement sur les deux premiers documents cités. Il sera complété si besoin lors de la commission permanente du 9 mai 2017 en prenant plus complètement en compte les 12 fiches en question.

Le PRSE3 a pour objectif de mobiliser les acteurs en santé autour d'actions sur les déterminants environnementaux de la santé, notamment dans le cadre d'une territorialisation des politiques conduites dans ce cadre. Il est prévu qu'il soit intégré au sein du Projet régional de santé (PRS) actuellement en cours d'élaboration.

Le projet de PRSE soumis à la CRSA comprend :

- 5 orientations stratégiques,
- déclinées en 12 axes d'actions,
- eux mêmes déclinés en 24 actions,
- elles mêmes déclinées en 61 mesures.

UNE ELABORATION BASEE SUR 12 GROUPES DE TRAVAIL ET DEUX SEMINAIRES

La CRSA Nouvelle Aquitaine et les ex-CRSA n'ont pas été associées en tant que telle aux travaux préparatoires d'élaboration du PRSE. Après une phase d'état des lieux, ces travaux ont été structurés dans le cadre de 12 groupes de travail définis par un Comité stratégique. Leurs travaux se réfèrent à l'état des lieux mais aussi au Plan national santé-environnement (PNSE) et aux trois précédents plans régionaux

(PRSE2) dont ils prolongent souvent les thématiques. Deux séminaires ont complété ces approches. Plusieurs centaines de participants ou d'experts ont été ainsi mobilisés, mais la CRSA ne dispose pas à ce jour d'éléments complets lui permettant d'apprécier la composition de ces groupes, notamment du point de vue de la présence d'usagers ou de représentants d'instance de démocratie participative. D'après les quelques informations recueillies, il semble que le poids des représentants institutionnels et assimilés a été important, pouvant atteindre 60 à 80 %.

12 AXES D' ACTIONS REGROUPES EN CINQ ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Les cinq principales orientations stratégiques, premier niveau du PRSE, ont été définies en juillet 2016 par le Comité stratégique (ARS, DREAL et Conseil régional) et sont les suivantes :

- A- Agir sur les risques émergents ou ceux qui progressent,
- B- Agir sur les territoires particulièrement exposés,
- C- Améliorer le cadre de vie pour répondre aux enjeux de santé de demain,
- D- Protéger la santé des générations futures,
- E- Rendre chacun acteur de sa santé.

Ces cinq orientations ne sont pas contradictoires avec les cinq orientations stratégiques du futur PRS (amplifier les actions sur les déterminants de santé, promouvoir un égal accès à la santé sur les territoires, renforcer la coordination des acteurs et améliorer les parcours de santé, renforcer la démocratie sanitaire et la place du citoyen acteur de sa santé et du système de santé, soutenir et amplifier l'innovation au service de la qualité et de l'efficacité). La CRSA regrette cependant qu'elles ne renvoient explicitement ni à la coordination des acteurs, ni à l'innovation.

Deux thématiques issues des deux séminaires de concertation des acteurs ont été ajoutées : « risques environnementaux à fortes incertitudes » et « alimentation et santé ». Ces deux thématiques n'ont aucune raison de rester orphelines. La CRSA recommande donc leur intégration dans l'une des cinq orientations stratégiques mentionnées, comme cela est précisé ultérieurement.

12 AXES D' ACTIONS, 24 ACTIONS ET 61 MESURES DE NATURE ET DE PORTEE TRES VARIABLES, A ENRICHIR, A RESTRUCTURER ET A HIERARCHISER

Chacune des orientations stratégiques a été déclinée sous forme de deux axes d'actions, soit 12 au total (correspondant aux 12 groupes de travail).

A- Agir sur les risques émergents ou ceux qui progressent

- 1) *Anticiper les risques renforcés par le changement climatique*
- 2) *Connaître les pesticides pour limiter leurs impacts*

B- Agir sur les territoires particulièrement exposés,

- 3) *Gérer de façon intégrée la question du radon dans l'habitat*
- 4) *Caractériser les inégalités environnementales de santé*

C- Améliorer le cadre de vie pour répondre aux enjeux de santé de demain,

5) *Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé*

6) *Améliorer la sécurité sanitaire liée à l'alimentation en eau potable*

D- Protéger la santé des générations futures,

7) *Prévenir les risques liés à l'environnement intérieur sur les femmes enceintes et les jeunes enfants*

8) *Promouvoir la santé auditive des jeunes*

E- Rendre chacun acteur de sa santé.

9) *Former, éduquer : qui ? comment ?*

10) *Informer les citoyens*

Thématiques ajoutées (à reclasser)

11) *Risques environnementaux à fortes incertitudes*

12) *Alimentation et santé*

A chaque axe correspondent des actions et des mesures (voir en annexe le tableau synthétique). Les unes et les autres sont de nature variable. Certaines concernent l'amélioration de la connaissance, d'autres une action de réduction des risques, d'autres encore des mesures d'information. Parfois, ces trois démarches peuvent être associées comme dans le cas des pesticides. Dans d'autres cas, par exemple les inégalités environnementales, il s'agit essentiellement d'amélioration de la connaissance. Les axes sont aussi de portée différente, parfois très généraux, parfois très spécifiques (radon, eau potable, santé auditive..). Même si chaque parti pris peut sans doute être argumenté, ces changements multiples de perspectives compliquent la lisibilité et la cohérence globales au « profit » d'une vision plus juxtaposée. Le choix de retenir 12 axes d'actions conduit ainsi du fait de la multiplicité des thématiques traitées à un risque d'hétérogénéité ou à un manque de lisibilité, voire à une dispersion des moyens humains et financiers. Dans d'autres régions, le choix a été fait de ne retenir que 4 à 5 axes d'actions transversaux, par exemple dans le Grand-Est (4), en Occitanie (5), en Ile-de-France (4), en Normandie (4) ou dans les Hauts-de-France (4).

La CRSA recommande donc que l'ensemble des contributions des 12 groupes de travail soit repris dans un document de synthèse permettant de sortir de la juxtaposition actuelle en réordonnant si besoin les actions et les mesures.

Plus spécifiquement, la CRSA formule les remarques et interrogations suivantes pour chacun des 12 axes :

1) Limiter l'anticipation des risques renforcés par le changement climatique aux pollens, à l'ambrosie et au moustique tigre paraît assez réducteur, d'autant que plusieurs facteurs sont en jeu (pollens/pollution de l'air, ambrosie/érosion de la biodiversité). Qu'en est-il, également, de l'adaptation à la répétition des épisodes caniculaires, dont on connaît les conséquences meurtrières ou tout simplement de la prévention solaire pour réduire les risques de mélanome ?

2) Il faut faire de la réduction des pesticides, et plus globalement de la lutte contre les perturbateurs endocriniens, une mesure phare et structurante du PRSE3. Le lien avec les territoires est essentiel, tout comme celui avec la qualité de l'eau. Il faut aussi œuvrer aux conditions d'une véritable « alliance-santé » avec le monde agricole. Compte tenu des enjeux en cause, il s'agit de mettre en place dans ce domaine une gouvernance régionale, qui ne doit pas se limiter aux institutionnels et professionnels directement concernés, mais doit être ouverte à la démocratie en santé.

3) La question du radon ne devrait pas être placée au même niveau que celle des pesticides, d'autant qu'il s'agit d'une pollution « naturelle » localisée en Haute-Vienne et en Deux-Sèvres. Ce sujet devrait être traité dans le cadre des inégalités environnementales de santé.

4) Les inégalités environnementales sont essentiellement abordées sous l'angle géographique, même si le volet social peut être présent dans les mesures proposées. Toutefois, les inégalités sociales environnementales doivent être davantage prises en compte dans les approches territoriales.

5) La « promotion d'un cadre de vie favorable à la santé » est typiquement un axe transversal. Dans le projet de PRSE3, l'axe correspondant est focalisé sur la prise en compte des composantes santé-environnement dans les politiques publiques. Pour importantes qu'elles soient, ces politiques publiques sont loin de concerner l'ensemble du cadre de vie. Qu'en est-il du cadre de vie à domicile, au travail, à l'école, dans les lieux accueillant du public, etc ? Sans sous-estimer l'importance de l'action publique collective, il faut aussi valoriser et soutenir les capacités de la société à être l'acteur direct d'un cadre de vie plus favorable à la santé.

6) L'amélioration de la sécurité sanitaire liée à l'alimentation en eau potable fait l'objet de 7 mesures s'adressant à un public très spécialisé. Pour une plus grande sensibilisation, il faut ajouter à ces mesures la bonne utilisation de cette ressource naturelle par la population, les agriculteurs ou l'industrie. En outre, il n'est jamais fait explicitement référence aux pollutions liées aux perturbateurs endocriniens qui échappent aux normes sanitaires en raison de leurs faibles doses, résidus de pesticides et de leurs métabolites, métaux lourds, résidus médicamenteux d'origine humaine ou animale, nanoparticules.

7) L'action sur les risques liés à l'environnement intérieur concerne uniquement les femmes et les jeunes enfants (à l'exception de la question des sources d'émission d'ondes électromagnétiques). C'est un choix justifiable. Mais dans ce cas, pourquoi les actions proposées se limitent-elles aux professionnels de santé et aux gestionnaires d'établissement ? Même si les professionnels de santé sont perçus comme des vecteurs d'information pertinents, il est néanmoins paradoxal qu'aucune mesure ne s'adresse directement aux femmes et plus largement aux parents. La thématique « femmes-grossesse-vie foétale-petite enfance » pourrait constituer un axe structurant de l'ensemble du PRSE3. Ne pas oublier non plus la question de l'habitat insalubre et de ses effets sur la santé.

8) En terme de prévention et d'anticipation, promouvoir la santé auditive des jeunes est sans doute une nécessité, d'autant que le coût ultérieur des appareillages est pour l'essentiel à la charge de la population. Il pourrait être intéressant de ne pas se limiter aux bruits et aux moments « festifs ». Les entreprises pourraient être

mobilisées également. Il est paradoxal en effet que les jeunes apprentis ou salariés soient protégés à l'intérieur de l'entreprise (le « mauvais » bruit) mais ne le soient pas à l'extérieur, les bruits festifs et les musiques amplifiées étant perçus comme de « bons » bruits.

9) En dehors des enfants de 7 à 11 ans (9.2), les actions de formation ne concernent que les professionnels de santé, (formation initiale et continue). Au moment où la formation des usagers devient obligatoire, pourquoi ne pas prévoir une formation à la santé environnementale pour les usagers ou les membres d'instances de la démocratie participative, mais aussi pour d'autres catégories d'acteurs, journalistes par exemple ? Par ailleurs, pourquoi la sensibilisation des jeunes adultes (10.3) relève-t-elle d'un autre axe ? A cet égard, le PRSE3 pourrait comporter également un axe structurant « jeunes enfants (à partir de 6 ans)-adolescents-jeunes adultes » dans une perspective environnement saine / bien être.

10) Les actions d'information restent assez générales. Elles sont souvent basées sur la réalisation de plaquettes à diffuser. Pourquoi ne pas favoriser de véritable dynamique territoriale, s'appuyant sur les instances de démocratie participative de proximité, notamment pour permettre la tenue régulière de débats ? Cette démarche participerait de la démocratie en santé. Le recours aux nouvelles technologies de l'information, aux réseaux sociaux, à des approches comme les « serious games » ou les MOOC n'est pas évoqué ou de façon relativement accessoire.

11) La CRSA demande que l'axe 11 « risques environnementaux à fortes incertitudes » soit reformulé. En effet, qu'il s'agisse des nanoparticules ou des ondes électromagnétiques, il s'agit plutôt de risques à forte certitude comme en témoignent de nombreux travaux scientifiques et les préoccupations de l'Anses sous forme de colloques ouverts au public. Cet axe devrait par ailleurs être intégré à l'orientation « agir sur les risques émergents ou ceux qui progressent ».

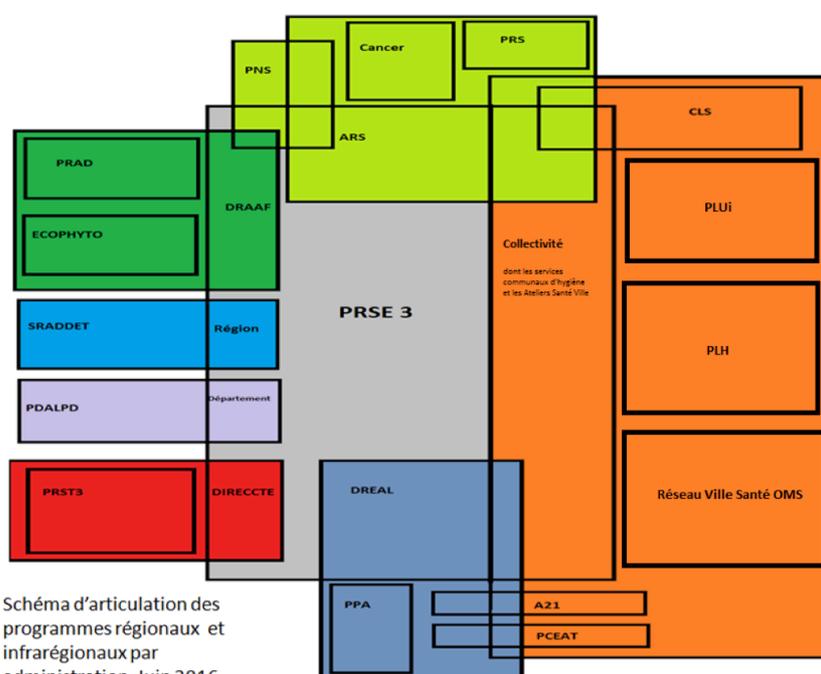
12) Si la CRSA considère qu'une alimentation saine et durable constitue un déterminant essentiel de la santé les actions envisagées en direction des publics fragiles semblent davantage impliquer les institutions que les associations au contact de ces personnes. S'agissant de la restauration collective, il ne faut pas oublier la restauration collective d'entreprise, au delà de la restauration scolaire ou en établissements sanitaires et médico-sociaux. Le lien pourrait être fait avec la problématique des pesticides, notamment pour valoriser les producteurs les utilisant le moins, voire l'agriculture intégrée ou bio, avec une attention particulière envers les producteurs locaux, permettant de plus, par une démarche d'économie circulaire et de développement durable, à faire diminuer l'empreinte carbone. Par ailleurs, la question de l'alimentation ne se pose pas, malheureusement, que de façon qualitative. Une partie de la population a des difficultés pour se nourrir. Un lien avec le PRAPS est nécessaire. Il est également souhaitable dans une logique durable d'intégrer la lutte contre le gaspillage tant dans la restauration collective qu'à la maison. Cet axe pourrait être intégré à l'orientation « améliorer le cadre de vie pour répondre aux enjeux de santé de demain ».

Enfin, en matière d'innovation, il serait souhaitable de distinguer deux dimensions. D'une part, la mise en œuvre en Nouvelle Aquitaine d'actions déjà pratiquées ailleurs. Il s'agit davantage de mesures nouvelles que de mesures innovantes. D'autre part, les actions basées sur des approches plus inédites, comme la mise en place d'une consultation « santé-environnement » (9.1.3).

DES LACUNES A COMBLER

Au delà des remarques spécifiques sur les actions et mesures proposées, la CRSA souhaite que le PRSE3 soit complété sur les points suivants :

- 1) Elargir la question des pesticides à celle des perturbateurs endocriniens avec des objectifs de connaissance des risques, d'information sur les risques et de réduction des risques, ce implique de renforcer les moyens de l'ORSE, non seulement dans le recueil des données en pesticides et en nitrates, mais également dans celui en nanoparticules, métaux lourds, résidus médicamenteux (humains et vétérinaires), ainsi que les phtalates, les PCB, etc.
- 2) Intégrer la problématique de la pollution atmosphérique, notamment celle liée à la circulation automobile ainsi qu'aux émanations industrielles (centrales thermiques, usines pétrochimiques, rejets de centrales nucléaires, usines « Seveso »...)
- 3) Faire explicitement le lien entre le PRSE3 et le plan régional santé au travail (PRST) pour toutes les thématiques et pas seulement sur la question des nanoparticules, les autres plans ou dispositifs (voir schéma) à l'initiative de l'Etat (notamment EcoPhyto, PRAD (agriculture durable), PRALIM (alimentation) et des collectivités territoriales ou encore les différents réseaux territoriaux (CLS, AVS, réseau OMS Ville-Santé, 'Hôpitaux Sans Perturbateurs Endocriniens', etc.). Là également, le rôle des conseils territoriaux de santé est crucial.
- 4) Mettre davantage l'accent sur les approches innovantes, notamment en terme d'information, de formation ou d'implication de la population et des usagers, en mobilisant les acteurs régionaux et locaux de la démocratie en santé, de l'université et de la recherche, du mouvement associatif, etc.
- 5) Enfin, renforcer la dimension territoriale du PRSE3 et la démocratie en santé en impliquant étroitement les conseils territoriaux de santé, mais aussi en impliquant les citoyens et les usagers dans le signalement des évènements indésirables graves, par l'utilisation du site « signalement-sante.gouv.fr ». D'où, la nécessité d'impulser une réflexion attentive afin d'innover dans la communication ciblée et de définir 'quel moyen' pour 'quel public'.



LE PRSE3 FACE AUX 10 CRITERES D'APPRECIATION DE LA CRSA

Dans son avis du 17 mars 2017, la CRSA a adopté à l'unanimité 10 critères d'appréciation du prochain PRS. Ces 10 critères ont été appliqués au PRSE3

1) Critère de simplification

Le projet de PRSE3 ne comporte pas d'actions ou de mesures débouchant globalement sur plus de simplification pour les acteurs ou de lisibilité pour la population. L'imbrication des compétences entre les divers services de l'Etat, mais également entre l'Etat et les collectivités territoriales oblige à multiplier les lieux de concertation et de coordination.

2) Critère d'accès global à la santé

Les actions et mesures du PRSE3 portent sur des déterminants essentiels de santé, en amont de la survenue de maladies. Toutefois, il ne faut pas que la priorité mise sur les professionnels de santé pour la diffusion de l'information conduise, comme dans d'autres secteurs de la prévention et de la promotion de la santé, à médicaliser ce qui n'a pas de raison de l'être. Il ne faut pas réduire la promotion de la santé environnementale à une prévention médicalisée en santé environnementale.

3) Critère de réorganisation du système régional de santé et de cohérence territoriale

La mise en œuvre du PRSE3 devrait contribuer à l'évolution vers un système de santé davantage préventif-centré. L'approche territoriale du PRSE3 porte essentiellement sur une meilleure connaissance des territoires pour les caractériser. Il peut en résulter à terme plus de cohérence territoriale à condition de ne pas s'arrêter au diagnostic. En revanche, plusieurs mesures sont porteuses d'amélioration de la cohésion avec certains schémas des collectivités territoriales.

4) Critère d'accès aux soins (préventifs comme curatifs ou palliatifs), aux prises en charge et aux accompagnements

Dans une logique de parcours de santé, le lien devra être établi dans le cadre du PRS avec la prise en charge des conséquences d'une mauvaise santé environnementale, par exemple les troubles respiratoires liés à la pollution atmosphérique.

5) Critère de démocratie en santé

En matière de démocratie en santé, le PRSE3 en reste au niveau des intentions. Aucun lien n'est évoqué avec les différentes instances de la démocratie en santé, notamment la CRSA et ses commissions, les conseils territoriaux de santé, les commissions des usagers, les conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie, mais également avec les instances de démocratie participative présentes dans les territoires à l'initiative des collectivités territoriales. La promotion de la démocratie en santé environnementale ne peut pas se résumer à la promotion des activités de l'Observatoire régional en santé environnement (ORSE) dont le rôle devra être précisé à cet égard.

6) Critère de compréhension et d'appropriation

En l'état, les documents soumis à la CRSA ne sont pas sous une forme qui facilite leur appropriation par le plus grand nombre, au delà des spécialistes.

7) Critère de faisabilité et de reproductibilité

De très nombreuses mesures, parmi les 61 proposées, concernent une amélioration des connaissances, le plus souvent de type observation. Ces mesures ne posent pas de problèmes de faisabilité, autres qu'habituels pour ce type d'approche. Les mesures impliquant les collectivités territoriales ou d'autres instances sont davantage sujettes à des problèmes de faisabilité, compte tenu de la multiplication des collectivités sur le terrain. En matière d'information, de sensibilisation ou de formation, les mesures évoquées paraissent assez classiques. Elles risquent donc de souffrir des mêmes problèmes de faisabilité et de reproductibilité que les démarches similaires en prévention et promotion de la santé, notamment en terme de moyens humains, financiers ou matériels. Le projet soumis à la CRSA comprend de très nombreuses actions, dont chacune ne couvrira de facto qu'une portion réduite du territoire ou de la population. La question peut donc se poser de choisir moins d'actions mais en veillant à ce que chacune diffuse le plus largement possible sur l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine à court ou moyen terme.

8) Critère de priorité

Incontestablement, les axes d'actions retenus constituent des priorités. Toutefois, la déclinaison en actions et mesures met en évidence une hiérarchie disparate. Par ailleurs, alors même que l'accent est beaucoup mis sur l'amélioration de la connaissance ou sur la formation, il n'y a pas d'axes sur la structuration des acteurs ou la mutualisation des outils, par exemple sous forme d'une plateforme régionale d'appui. Une hiérarchisation plus explicite permettrait aussi de choisir celles des actions qui devraient couvrir rapidement le territoire régional.

9) Critère de pertinence, d'efficience et de solidarité

Au delà des travaux de l'ORSE, les documents soumis à la CRSA n'explicitent pas suffisamment les modalités d'évaluation de l'impact du PRSE3 sur la santé de la population, sur l'amélioration de la perception des enjeux dans ce domaine ou encore sur le degré de satisfaction de la population et des professionnels vis-à-vis des actions menées.

10) Critère de supportabilité financière

Il n'existe à ce stade aucun moyen d'apprécier les conditions de financement de l'ensemble des 61 mesures proposées. De la même manière, il n'est pas possible d'apprécier le coût éventuel pour la population et les usagers des mesures préconisées, par exemple en matière de radon, de prévention des risques liés à l'environnement intérieur, ou d'alimentation saine. Il y a donc un risque de valoriser des préconisations qui se heurtent à des obstacles financiers pour une partie de la population, en l'absence de toute forme d'aide ou de prise en charge.



TABLEAU DETAILLE GT / ACTIONS / MESURES / ROP

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
1- Anticiper les risques renforcés par le changement climatique (lutte anti vectorielle, pollens...)	1.1 : Intensifier l'information sur les risques allergiques liés aux pollens	1.1.1 : Editer des calendriers polliniques adaptés, assurer leur diffusion en promouvant le bulletin régional hebdomadaire contenant les risques allerge-polliniques et la newsletter <i>Alerte Pollens !</i>	Biodiv'AirSanté
		1.1.2 : Former et sensibiliser les agents des collectivités territoriales à la thématique des plantes allergisantes	CNFPT
	1.2 : Promouvoir et accompagner le dispositif national mis en place pour limiter l'extension de l'ambroisie en se basant sur les actions déjà menées	1.2.1 : Promouvoir et accompagner le dispositif national de repérage, de cartographie et de lutte contre l'ambroisie	Conservatoire Botanique National Sud-Atlantique
		1.2.2 : Structurer des démarches concertées de plan de lutte contre l'ambroisie	ARS (réfèrent ambroisie ?, pôle SE ?) / FREDON
	1.3 : Améliorer et intensifier l'information sur la lutte contre la prolifération du moustique tigre	1.3.1 : Mettre en place une offre de formation homogène sur tous les départements de la région, former des personnes référentes dans les collectivités territoriales pour limiter le développement du moustique tigre Sur la base de la formation existante du CNFPT en PACA	ARS
		1.3.2 : Informer le grand public sur la prolifération du moustique tigre	A PRECISER
2- Connaître les pesticides pour limiter leurs impacts	Action 2.1 : Contribuer à l'amélioration des connaissances sur les pesticides et à leur diffusion	2.1.1 Déployer la surveillance des pesticides dans l'air dans toute la région Nouvelle-Aquitaine	ATMO Nouvelle-Aquitaine
		2.1.2 : Caractériser les expositions et les impacts aigus et chroniques sur la santé de la population	CIRE Nouvelle-Aquitaine

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
		générale	
		2.1.3 : Produire une synthèse sur les utilisations de pesticides et leur dispersion dans les différents compartiments de l'environnement en Nouvelle-Aquitaine	DRAAF
		2.1.4 : Capitaliser l'ensemble des connaissances produites sur la thématique des pesticides pour construire un portrait régional sur les pesticides et la santé	A PRECISER
	2.2 : Mettre en place une stratégie de réduction des expositions aux pesticides	2.2.1 : Recenser les initiatives locales en matière de réduction des expositions de la population aux pesticides agricoles	FREDON Poitou-Charentes
		2.2.2 : Accompagner les initiatives locales visant à la réduction des expositions de la population aux pesticides agricoles	Référente Ecophyto de la DREAL
		2.2.3 : Créer et animer une boîte à outils pédagogique sur les risques d'exposition aux pesticides	FREDON Poitou-Charentes sur le volet « pesticides agricoles » de la boîte à outils Les CMEI ou GRAINE sur le volet « pesticides domestiques »
		2.2.4 : Sensibiliser les particuliers aux risques d'exposition liés aux pesticides « domestiques »	DREAL (SEI) - CMEi NA « candidat »
3- Gérer de façon intégrée la question du radon dans l'habitat	3.1 : Accompagner la prise en compte du risque radon dans une approche globale et intégrée d'amélioration de l'habitat	3.1.1 : Organiser une gouvernance régionale du risque radon	DREAL – Service Qualité de la construction et économie du BTP localisé à Limoges
		3.1.2 : Sensibiliser au radon les propriétaires de logements qui s'engagent dans des travaux	A PRECISER
		3.1.3 : Mettre en place des chantiers modèle	CEREMA
		3.1.4 : Former au risque radon les professionnels du bâtiment en activité	Lycée des métiers du bâtiment de Felletin
4- Caractériser les inégalités environnementales de santé	4.1 : Identifier et caractériser les territoires à surexposition en Nouvelle-Aquitaine	4.1.1 : Actualiser l'état des lieux « Santé environnement » de la région Nouvelle-Aquitaine et mettre en place une cartographie interactive pour la mise à disposition des données	ORSE / ORS Nouvelle-Aquitaine
		4.1.2 : Réaliser des études permettant d'identifier et de caractériser les territoires à surexposition en	ORSE / ORS Nouvelle-Aquitaine

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
		Nouvelle-Aquitaine, à partir d'une méthodologie spécifique et d'un outil adapté	
	4.2 Mettre en œuvre des études innovantes et / ou pluridisciplinaires sur un ou plusieurs territoires présentant des surexpositions environnementales	Mesure 4.2.1 – Rédiger le cadre méthodologique des études qualitatives innovantes et/ pluridisciplinaires	Santé Publique France / CIRE
		Mesure 4.2.2 – Conduire une étude sur la « santé perçue » auprès de la population riveraine du site industriel de Lacq	Santé Publique France / CIRE
		Mesure 4.2.3 – Identifier les territoires à surexposition environnementale prioritaires qui pourraient faire l'objet d'études qualitatives	Santé Publique France / CIRE
5- Promouvoir un cadre de vie favorable à la santé	5.1 : Renforcer la prise en compte des composantes Santé Environnement dans les décisions publiques	5.1 : Renforcer la prise en compte de la Santé Environnement dans le SRADDET	Conseil régional Nouvelle-Aquitaine
		5.1.2 : Intégrer la thématique santé environnement dans les PLUI	DREAL
		5.1.3 : Promouvoir et développer les Etudes d'Impact en Santé	ARS
6- Améliorer la sécurité sanitaire liée à l'alimentation en eau potable	6.1 : Agir sur la ressource en amont pour améliorer la qualité et la fiabilité de l'eau potable	6.1.1 : Accompagner les collectivités à la mise en œuvre de la protection des captages utilisés pour l'alimentation en eau potable contre les pollutions (accidentelles et diffuses)	ARS
		6.1.2 : Conduire des actions d'amélioration de la connaissance et de recherche appliquée sur la qualité de la ressource	ARS
		6.1.3 : Favoriser la mise en œuvre des démarches et actions pour protéger les captages prioritaires par rapport aux pollutions diffuses	Conseil régional Nouvelle-Aquitaine
	6.2 : Inciter les personnes responsables de la production et de la distribution de l'eau (maîtres d'ouvrages et exploitants) à mettre en œuvre des Plans de Gestion de la	6.2.1 : Acculturation, sensibilisation et information des PRPDE (personnes responsable de la production ou de la distribution d'eau)	ARS
		6.2.2 : Proposition de modèles (outils) adaptés aux	ARS

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
	Sécurité Sanitaire de l'Eau (PGSSE)	PRPDE pour mettre en œuvre la démarche PGSSE	
		6.2.3 : Accompagnement pour la mise en place des PGSSE	ARS
		6.2.4 : Réalisation d'un état des lieux régional des réseaux (canalisation PVC) et gestion incitative pour les sites à risque CVM	ARS et Agences de l'eau
7- Prévenir les risques liés à l'environnement intérieur sur les femmes enceintes et les jeunes enfants	7.1 : Former et outiller les professionnels de la périnatalité	7.1.1 : Mettre en place des modules santé-environnement dans la formation initiale des professionnels de la périnatalité	ARS
		7.1.2 : Etudier la faisabilité d'un centre de ressources destiné aux professionnels de la périnatalité et, en fonction des résultats, le mettre en œuvre	ARS, Réseau périnatalité
		7.1.3 : Développer des actions de sensibilisation en direction des professionnels de la périnatalité	A PRECISER
		7.1.4 : Faire connaître l'expérimentation d'une chambre pédagogique en maternité	CHU Angoulême - CMEI
	7.2 : Sensibiliser les élus et les personnels des établissements recevant de jeunes enfants	7.2.1 : Sensibiliser les élus gestionnaires d'établissements accueillant des jeunes enfants	Délégations départementales de l'ARS
		7.2.2 : Développer des politiques d'achat visant à réduire les émissions à la source dans les établissements accueillant les femmes enceintes et les jeunes enfants	Association Aquitaine des Acheteurs publics Responsables (3AR)
8- Promouvoir la santé auditive des jeunes	8.1 : Décliner les différentes actions existantes concernant la prévention de la santé auditive chez les jeunes de façon coordonnée et harmonisée en Nouvelle-Aquitaine	8.1.1 : Etat des lieux des actions, ressources et méthodologies existantes sur la prévention de la santé auditive des jeunes	ARS
		8.1.2 : Déployer des actions harmonisées selon les besoins territoriaux	Binôme : - le futur pôle régional des indépendants de la musique (RIM) - en cours de finalisation- (qui permettra entre autre, de disposer là où c'est

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
			nécessaire de ressources complémentaires) - 2 ^{ème} acteur A PRECISER
	8.2 : Sensibiliser les organisateurs occasionnels d'évènements festifs musicaux aux démarches de prévention collective vis à vis de la musique amplifiée	8.2.1 : Guide des bonnes pratiques pour les organisateurs occasionnels d'évènements festifs musicaux	Fédération HIERO (sous réserve d'acceptation institutionnelle et de moyens)
		8.2.2 : Sensibiliser les autorités publiques	ARS DD40 et Bordeaux Métropole
9- Former, éduquer : qui ? Comment ?	9.1 : Développer la formation initiale et continue des professionnels de santé et les consultations en santé-environnement (SE)	9.1.1 : Inscrire dans la formation initiale un module dédié à la SE pour tous les professionnels de santé	Université de Poitiers
		9.1.2 : Offrir une formation continue courte (DPC) à la santé environnementale	C2DS
		9.1.3 : Elaborer un cadre, au travers d'expériences pilotes, pour mettre en place des consultations en Santé Environnementale	CHU de Bordeaux (centre Artémis)
	9.2 : Sensibiliser les enfants de 7-11 ans en milieu scolaire et hors scolaire	9.2.1 : Réaliser un catalogue des ressources existantes en matière de sensibilisation à la SE des enfants de 7-11 ans	IREPS Nouvelle-Aquitaine
		9.2.2 : Organiser un forum annuel et thématique des acteurs et structures relais impliquées dans la sensibilisation en SE des enfants de 7-11 ans	IREPS Nouvelle-Aquitaine
		9.2.3 : Soutenir les initiatives locales visant à sensibiliser à la SE les enfants de 7 à 11 ans	A PRECISER
10- Informer les citoyens	10.1: Mobiliser les relais de proximité pour la diffusion d'informations santé environnement fiables, ciblées et accessibles à la population (même que 10.1)	10.1.1 : Création d'une plaquette d'information et mise à disposition des relais de proximité pour qu'ils puissent la diffuser	A PRECISER
		10.1.2 : Favoriser la démocratie sanitaire et les médiations dans les territoires en Santé-Environnement	ORSE

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
	10.2 : Faire évoluer le portail SE pour qu'il réponde bien aux besoins des acteurs et des territoires de la Nouvelle-Aquitaine	10.2.1 : Elargir les fonctionnalités du portail SE Nouvelle-Aquitaine	Graine
	10.3 : sensibiliser les jeunes adultes pour une meilleure prise en compte de la SE dans leur quotidien	10.3.1 : Sensibiliser les jeunes à la santé environnement lors d'événements existants qui leur sont destinés	Région Nouvelle Aquitaine
11- Risques environnementaux à fortes incertitudes	11.1. Communiquer, sensibiliser sur la thématique des nanoparticules	11.1.1 : Concevoir un outil de médiation sur les nanomatériaux et l'expérimenter dans plusieurs manifestations régionales grand public	Vienne Nature et la Bêta Pi
	11.2 Accompagner l'évolution des comportements et des pratiques en matière de réduction aux expositions aux ondes électromagnétiques	11.2.1 : Réaliser et actualiser un recensement des personnes EHS à l'échelle de la région Nouvelle Aquitaine	A PRECISER
		11.2.2 : Intégrer les sources d'émissions d'ondes électromagnétiques et quelques bonnes pratiques dans un document d'information sur la santé environnement au domicile	DREAL
		11.2.3 : Intégrer les sources d'émissions d'ondes électromagnétiques et quelques bonnes pratiques dans la formation des professionnels de la femme enceinte et du petit enfant	DREAL
12- Alimentation et santé	12.1 : Education et accès pour tous à une alimentation saine et durable	12.1.1 : Former des ambassadeurs de promotion et d'accompagnement des initiatives auprès des habitants en faveur d'une alimentation saine et durable	A PRECISER
		12.1.2 Créer les conditions d'accès des habitants à une alimentation saine et durable en déployant des initiatives originales	ARS, DREAL, DRAAF

GT	Actions	Mesures	Proposition de ROP par le GT
	12.2 : Synergie des acteurs dans les territoires en vue de favoriser une alimentation saine et durable	12.2.1 : Créer un centre de ressources partagées	Binôme de Collectivités ayant déjà développé des initiatives (Bordeaux Métropole ? La Couronne ? Candidatures à confirmer) avec Co animation ARS et DREAL
		12.2.2 Sensibiliser, former et accompagner les acteurs de la restauration collective	Binôme de Collectivités (Préciser comment il sera identifié) ayant déjà développé des initiatives avec Co animation ARS et DREAL



AVIS SUR L'ACCOMPAGNEMENT EN NOUVELLE AQUITAINE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP VIEILLISSANTES

adopté à l'unanimité par la Commission permanente le 11 avril 2017

A la suite des travaux de sa Commission médico-sociale, l'assemblée plénière de l'ex-CRSA d'Aquitaine a adopté à l'unanimité le 19 novembre 2015 un avis concernant l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes. La Commission médico-sociale de la CRSA Nouvelle Aquitaine partageant les constats et les propositions formulés a souhaité compléter cet avis et qu'il soit repris à l'échelle de la nouvelle région. Au cours de sa réunion du 11 avril 2017, la Commission permanente a ainsi adopté le présent avis qui sera transmis au Directeur général de l'ARS ainsi qu'à chacun des 12 présidents de conseil départemental de la région.

EN PREMIER LIEU, RESPECTER LE DROIT DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP A CHOISIR LEUR LIEU DE VIE

Une personne en situation de handicap vieillissante est une citoyenne à part entière et le choix de son mode de vie doit être respecté, comme pour les autres personnes de même âge, en prenant en compte ses capacités et les potentialités d'aide de son environnement.

La CRSA tient à rappeler que la cessation d'activité professionnelle pour une personne en situation de handicap, notamment travailleurs en ESAT, ne doit pas se traduire systématiquement par un changement d'hébergement. Il est choquant qu'un travailleur en ESAT ne puisse pas continuer à résider dans son foyer lorsqu'il bénéficie de sa retraite, voire qu'il continue à travailler pour ne pas changer son lieu de vie. L'accueil de personnes en situation de handicap vieillissantes ne doit pas devenir une variable d'ajustement pour certaines EHPAD.

QUATRE CONSTATS PRINCIPAUX EN MATIERE DE MAINTIEN DANS LE LIEU DE VIE HABITUEL

- Le vieillissement n'est pas un nouvel état de la personne mais un continuum de son existence. Le vieillissement vient souvent amplifier le handicap existant et y ajouter des troubles liés au vieillissement (tension, perte de repère, mobilité restreinte, douleurs amplifiées, troubles digestifs, cognitifs, fatigue, perte visuelle...). La complémentarité entre des expertises spécifiques du handicap (en particulier moteur) et le vieillissement (pas suffisamment mis en avant) est nécessaire car le handicap reste bien présent dans le processus du vieillissement. Maintenir des équipes pluridisciplinaires d'expertise spécifique (comme celle de l'APF par exemple pour le handicap moteur) en complémentarité d'expertise de la gériatrie répond à l'ensemble des besoins croisés entre handicap et vieillissement.
- Le maintien de l'autonomie et la prévention de la dépendance liée au vieillissement ont tout leur sens chez les personnes en situation de handicap vieillissantes en adaptant ces actions aux spécificités du handicap.
- Avant même d'envisager des solutions alternatives, il est nécessaire de faire évoluer et de renforcer les modalités d'accompagnement inclusifs dans le cadre du maintien le plus longtemps possible de la personne en situation de handicap vieillissantes dans son lieu de vie habituel, soit de façon spécifique, soit en s'inspirant de ce qui est mis en place pour le reste des personnes âgées.
- Si le vieillissement s'accompagne de besoins supplémentaires l'organisation de la vie dans son quotidien, l'organisation est largement simplifiée si la personne en situation de handicap vieillissante peut s'appuyer sur des intervenants (auxiliaires de vie par exemple) polyvalents plutôt que sur une multiplicité d'intervenants, qui transforme le logement en "hall de gare", notamment pour les personnes en situation de handicap moteur.

CINQ CONSTATS PRINCIPAUX EN MATIERE D'HEBERGEMENT

- difficultés d'accueil en EHPAD des personnes en situation de handicap vieillissantes,
- méconnaissance réciproque du secteur médico-social (PA/PH) et du secteur hospitalier, déficit de coordination et difficulté d'établir des partenariats,
- manque de formation spécifique à l'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes,
- inaccessibilités intérieures et extérieures pour les personnes en situation de handicap,
- absences de consultations psychiatriques et de formation des personnels envers les patients souffrant de troubles psychiatriques ou psychiques en situation de handicap vieillissantes.

DES PROPOSITIONS EN MATIERE DE FORMATION, DE CREATION, DE PREVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT, D'EVALUATION DES BESOINS, D'HEBERGEMENT ALTERNATIF

La CRSA estime donc nécessaire :

- de faire repérer et émerger un socle commun (de connaissances, de pratiques, de références) entre les professionnels qui travaillent avec ces deux publics pour réduire la différence de culture (professionnelles, théorique) importante entre le secteur des personnes âgées et celui du handicap :
- Personnes âgées en perte d'autonomie,
- Personnes en situation de handicap vieillissantes,
- de créer et développer une culture commune en matière de formation des personnels,
- de renforcer les possibilités d'accompagnement pour favoriser le maintien dans le lieu de vie habituel
- de développer la prévention de la perte d'autonomie spécifiquement liée au processus de vieillissement
- de prévoir des dispositifs renforcés de soutien aux aidants, notamment familiaux
- de multiplier les passerelles entre les structures des deux secteurs (ESAT, Hôpitaux, EHPAD, SAMSAH, FO, FAM, MAS, etc.), pour favoriser la mobilité des agents et limiter les risques d'épuisement professionnel,
- de revaloriser l'image des métiers d'aide à la personne en situation de perte d'autonomie auprès des personnels de soins.

La CRSA appuie les propositions de la Commission médico-sociale :

- de créer auprès d'EHPAD volontaires des unités de vie spécialisées de 12 à 15 places soumis à un cahier des charges précis, qui puisse promouvoir la continuité du projet de vie des personnes handicapées vieillissantes,
- d'y adjoindre une équipe mobile pluridisciplinaire qui pourrait à la fois permettre l'accueil des patients malades lourds stabilisés et de permettre la cohabitation avec d'autres patients porteurs d'autres handicaps,
- de respecter le choix des personnes en situation d'un handicap vieillissantes de rester dans la structure qui les accueille jusqu'à leur admission dans une structure adaptée, (ex : évolution des agréments...)

- d'établir des conventions de partenariat entre le nouveau lieu d'accueil et le service ou la structure où vivait la personne pour l'accompagner dans son changement, mais aussi les équipes, les résidents et les familles notamment pour qu'elles acceptent les « différences ».
- de promouvoir l'accueil de personnes âgées de 55 ans et plus, susceptibles de bénéficier ou non d'une retraite, au sein d'unités de vie adaptées (nombre réduit d'usagers, soutien à l'autonomie, soutien à la vie sociale) :
 - en famille et travaillant ou non en ESAT,
 - sortant d'Hôpitaux de jour et stabilisés,
 - sans domicile fixe,
 - ayant résidé toute leur vie en famille et dont les familles en raison de l'âge des parents ou d'impossibilité des proches ne peuvent les maintenir dans le cercle familial.

La CRSA souligne le manque d'informations sur le nombre de personnes concernées, particulièrement sur les personnes vivant à domicile grâce au soutien d'aidants, eux-mêmes âgés ou très âgés. Elle demande donc que des évaluations précises des besoins en matière d'hébergement soient effectuées rapidement pour déterminer le niveau d'augmentation du taux d'équipement en EHPAD, en FAM et SAMSAH dédiés aux personnes handicapées psychiques pour pouvoir accueillir des personnes handicapées vieillissantes. En effet, les créations récentes de places de SAMSAH ne permettent pas à elles seules de résoudre la problématique du vieillissement nécessitant un encadrement constant.

En complément, la Crsa propose que soient étudiées des solutions de résidences sociales (résidences autonomie, maison des 5, dispositifs familles gouvernantes...), couplées à des SAMSAH, des SAVS, des SSIAD et associations d'aide à la vie quotidienne selon les besoins de la personne, pour permettre un maintien dans un domicile adapté et semi-collectif, alternative à l'isolement au domicile et à l'institution (EHPAD ou FAM).

Les actions exemplaires de cessation progressive d'activité des salariés âgés en ESAT doivent être développées pour les personnes le nécessitant.

La CRSA insiste sur la nécessité d'un travail en partenariat au niveau départemental entre les services des Départements, ceux de l'Agence Régionale de Santé et l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie, des MDPH et des CAF.

La CRSA demande que dans le cadre de leur parcours de vie, les orientations et les prises en charge soient décidées en fonction de l'état réel des personnes et de ses besoins, et non par défaut, ceci sans distinction d'âge et notamment en supprimant toute référence à l'âge de 60 ans.

La CRSA souhaite enfin que le présent avis soit pris en compte dans le cadre de l'actuelle élaboration du PRS de deuxième génération, comme dans le cadre des différents schémas arrêtés par les conseils départementaux.

Contribution de l'Association Emmanuelle à partir de la situation en Charente Maritime

L'Association Emmanuelle travaille sur le vieillissement des personnes en situation de handicap depuis plus de 25 ans.

Elle gère aujourd'hui une Maison de Retraite Spécialisée qui accueille des personnes en situation de handicap mental. Elle gère aussi un SAVS Séniors qui accompagne les personnes en situation de handicap à domicile. Le 1er juin prochain, elle ouvrira un nouveau service en EHPA avec un soutien du SAVS séniors en partenariat avec un EHPA et EHPAD. Elle a aussi créé un SADESAT à l'ESAT pour l'adaptation des postes et temps partiels tenant en compte du vieillissement des personnes.

Le Conseil départemental de Charente Maritime a donné son accord pour accompagner au delà de 60 ans les personnes en situation de handicap en foyer de vie. En effet, le vieillissement des personnes en situation de handicap mental ou psychiques sollicite un accompagnement spécifique et spécialisé dans certains domaines de l'accompagnement. Surtout pour des publics ressortissants de Foyer de vie, certains de foyer d'Esat et bien évidemment de MAS, FAM...

C'est pourquoi il faut proposer une pluralité de réponses, structures et services spécialisés dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap et aussi des partenariats avec les EHPA et EHPAD.

S'il y a partenariat avec le secteur des PA, il faut prévoir d'y joindre du personnel spécialisé du secteur du handicap (gestion des troubles du comportement, accompagnement psychique, communication alternative, activités éducatives, etc.). Il faut également tenir compte du vieillissement précoce pour certains. Cela nécessite un accueil spécifique et adapté dans la prise en charge en ESAT, mise en place du temps partiel, entrée en MRS avant l'âge de 60 ans.

L'Association Emmanuelle préconise pour un public moins autonome et vieillissant des établissements spécifiques, MRS, EHPAD Spécialisée.. En cas de partenariat avec les EHPAD et EHPA, les résidences autonomie, il est préférable de créer des unités spécifiques.

Par ailleurs, il conviendrait que la CRSA se préoccupe de l'harmonisation des politiques des conseils départementaux en la matière. Il ne faudrait pas avoir 12 règlements départementaux d'aide sociale différents.

Les personnes en situation de handicap ayant vécu depuis longtemps dans leur foyer devraient pouvoir continuer à y vivre au delà de 60 ans, si tel est leur souhait. L'Association Emmanuelle a obtenu un tel accord du Conseil départemental pour ses foyers de vie.

Pour les établissements de type MRS, il serait souhaitable de pouvoir bénéficier de la part de l'ARS de personnels soignants, de temps infirmiers, d'aides soignants.



AVIS DE LA COMMISSION PERMANENTE
SUR LA NOTE DE L'ARS RELATIVE AU DECOUPAGE
DE LA PLANIFICATION SANITAIRE - ZONES DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

adopté à l'unanimité le 6 juin 2017

Lors de sa réunion du mardi 6 juin 2017, la Commission permanente a pris connaissance de la note (jointe en annexe) présentée par l'ARS à la Commission spécialisée de l'organisation des soins le vendredi 2 juin 2017.

La Commission permanente fait part de son intérêt pour la démarche entreprise par l'ARS. Elle se félicite qu'il n'y ait pas une multiplication excessive des découpages par discipline. Toutefois, comme les débats en CSOS ou en Commission permanente l'ont montré, les travaux correspondants ont besoin d'être approfondis.

Si la prise en compte des « agglomérations » est pertinente, la question de leur périmètre mérite une appréciation plus fine. Faut-il privilégier un périmètre « administratif » traduisant la dynamique de certaines collectivités territoriales ou un périmètre « pragmatique » fondé sur des approches type « bassin de vie » ?

Le respect des limites départementales pose également question. Deux départements sont ainsi partagés. Au delà des questions historiques, pourquoi limiter un découpage infra départemental à ces deux départements ? Pourquoi également s'en tenir aux limites départementales quand l'évidence des flux de patients peut les rendre partiellement obsolètes ?

Ces deux premières séries d'interrogations conduisent au final à s'interroger clairement sur le statut des territoires hors « agglomérations ». Pour l'instant, ils sont totalement indifférenciés, de telle sorte que la seule visibilité et la seule transparence de ce découpage ne concernent que les agglomérations.

La Commission permanente s'étonne enfin du calendrier proposé. Si elle se félicite que la note mentionne que projet d'arrêté soit soumis à l'appréciation de l'assemblée plénière de la CRSA et pas seulement à celle de sa commission spécialisée, elle ne voit aucune raison pertinente de soumettre ce projet d'arrêté aux instances de la CRSA en juillet..

En conséquence la Commission permanente demande le report du calendrier proposé pour permettre d'une part d'approfondir la démarche, d'autre part d'associer les conseils territoriaux de santé à la réflexion. Sans aller jusqu'au terme réglementaire du 31 décembre 2017, elle considère qu'une échéance fixée au 31 octobre 2017 serait plus compatible avec un travail de qualité et une réelle concertation.

NOTE

Date :	30 mai 2017
Emetteur :	Pôle animation
Destinataire :	DGARS
Objet :	Découpage de la planification sanitaire - zone du schéma régional de santé (ZSRS)

La présente note a pour objectif de définir des zones du schéma régional de santé en vue de la CSOS qui se tient le 2 juin prochain.

Références : art L 1434-3 CSP issu de la loi de modernisation de notre système de santé ; note d'information DGS/R5/2017/162 du 9 mai 2017, complétant l'instruction du 21-10-2016 relative à la territorialisation de la politique de santé

Principes et enjeux

Le schéma régional de santé en cours d'élaboration fixe :

- les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins précisés par activité de soins et par équipement matériel lourds ;
- les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds (EML) ;
- les transformations, les regroupements et les coopérations entre établissements de santé.

En vertu de l'article R.1434-30 CSP, les ZSRS donnant lieu à répartition des activités de soins et des EML sont délimitées par le DG ARS pour chaque activité de soins (R.6122-25) et EML (R.6122-26).

Les zones peuvent être communes à tout ou partie des activités de soins et EML, ainsi qu'avec les territoires de démocratie sanitaire. Toutefois, la possibilité est offerte aux ARS d'adapter le zonage aux spécificités de chaque activité, en tenant compte des enjeux des territoires, tout en veillant à garantir la visibilité globale.

Le Ministère a souligné le fait que dans ce nouveau dispositif législatif, les zones relatives à la répartition des activités de soins et EML soumis à autorisation donnent aux ARS de la souplesse dans le choix de l'unité géographique donnant lieu à la répartition des objectifs quantitatifs de l'offre de soins (OQOS).

La délimitation de ces zones prend en compte, pour chaque activité de soins et EML :

- Besoins de la population ;
- Offre existante et adaptations nécessaires, et évolution techniques et scientifiques ;
- Démographie des professionnels de santé et répartition ;
- Cohérence entre différentes activités de soins et EML soumis à autorisation ;
- Coopération entre acteurs de santé ;
- Ces zones sont arrêtées par le DG ARS, **après avis du préfet de région et de la CSOS de la CRSA.**

- Les avis sont rendus dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande d'avis. Passé ce délai, l'avis est réputé rendu (R.1434-32).

Les enjeux, au travers de l'opposabilité des implantations, sont de maintenir une réponse aux besoins de santé, accessible, en temps, en qualité et financièrement et d'organiser la gradation des soins.

Le découpage retenu doit permettre d'éviter les écueils suivants :

- une délimitation en niveaux trop fins qui empêche les recompositions/ les complémentarités ;
- une délimitation en niveaux trop larges qui limite la réponse aux besoins « hors urbains » et limite le « aller vers » les besoins.

Proposition de découpage des ZSRS

Zones du SRS (cf. cartographie page 4)	Activités de soins et EML (exemples : en cours)
1 zone de planification régionale Nouvelle Aquitaine	Activités SIOS
4 zones de planification infrarégionale (ex-Limousin, ex-Poitou-Charentes, Nord Aquitaine –dépts 24, 33, 47- et Sud Aquitaine – dépts 40, 64)	AMP, DPN, génétique, réanimation néonatale, pédiatrique
14 zones de planification territoriale correspondant au département sauf dépt. 17 (2) et dépt. 64 (2)	cardiologie, réanimation adulte, néonatalogie, SLD, HAD
28 zones de planification infra territoriale : chaque zone de planification territoriale est divisée en une zone de proximité et une zone de recours (agglomération la plus peuplée et disposant de l'offre la plus complète)	médecine d'urgence, médecine, chirurgie, psychiatrie, SSR, IRC, EML, gynécologie-obstétrique, traitement du cancer

En cours de définition : laboratoire de biologie médicale (DSP)

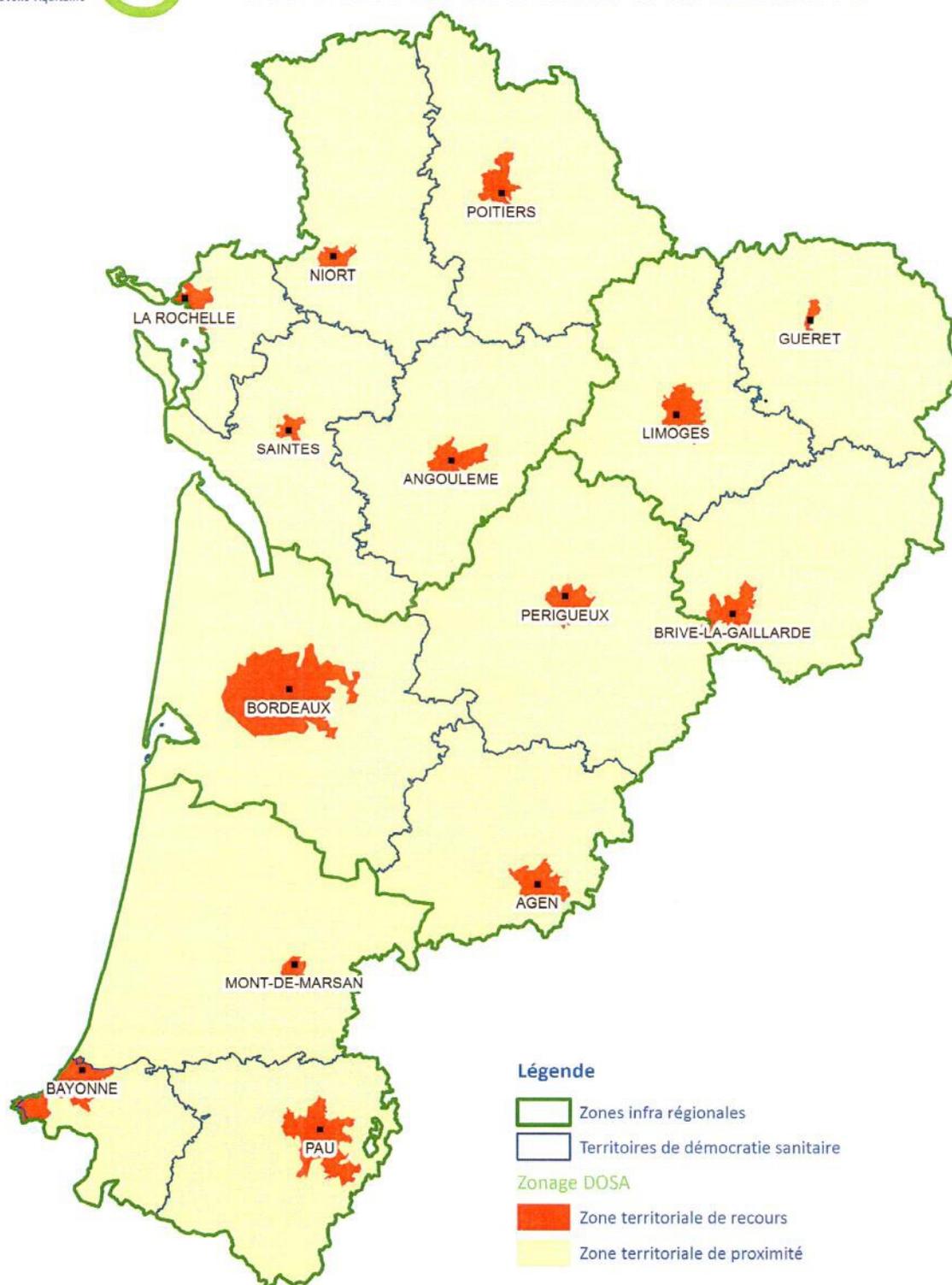
Calendrier proposé

L'ensemble des zones ainsi définies devront être arrêtées **au plus tard le 1er janvier 2018**, après avis du Préfet de région et des CSOS. Il est également proposé de soumettre l'arrêté à la commission plénière de la CRSA et pour information aux CTS et de fixer les échéances en cohérence avec l'échéance des concertations dans le cadre du SRS :

- 2 juin 2017 :
 - présentation en CSOS
 - saisine par écrit de la CSOS et du Préfet de Région pour avis
- 27 juin 2017 :
 - présentation lors du séminaire PRS en présence de la CRSA et des présidents des CTS
- 7 juillet 2017 :
 - vote de la CSOS
- 11 juillet 2017 :
 - présentation en CRSA
- 12 juillet 2017 :
 - publication de l'arrêté

EN COURS

Les territoires d'implantation des activités soumises à autorisation



Source : INSEE

Cartographie : Fonds IGN 2015 / Arcgis®

Réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine - DPSP, Pôle études, statistiques et évaluation

Mai 2017



AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE NOUVELLE-AQUITAINE SUR LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE

adopté à l'unanimité par l'Assemblée plénière du 17 novembre 2017

La Ministre des solidarités et de la santé a décidé de faire adopter avant la fin de l'année 2017 une stratégie nationale de santé (SNS). Sur la base du rapport du Haut conseil de santé publique (HCSP), une première version du document relatif à la SNS a été rendue publique le 7 novembre 2017 et un site internet ouvert pour recueillir l'avis de tous les citoyens.

Comme la réglementation le prévoit, la Conférence nationale de santé (CNS) a été saisie pour avis le 6 novembre 2017. La lettre de saisine souhaite que cet avis « puisse exprimer le point de vue des CRSA ». La CNS a prévu de rendre son avis au cours de sa prochaine assemblée plénière le 23 novembre 2017. Avec le présent avis, la CRSA Nouvelle-Aquitaine souhaite apporter sa contribution à ce processus.

Le document soumis à consultation comprend 73 pages et trois volets additionnels consacrés aux enfants, adolescents et jeunes, à la Corse et à l'Outre-mer. Comme cela est facilement compréhensible, la CRSA Nouvelle-Aquitaine n'a pas considérée être pertinente pour ces deux derniers volets additionnels.

Particulièrement intéressée par le projet de document sur la SNS, la CRSA Nouvelle-Aquitaine tient à souligner d'emblée qu'elle regrette que le délai dédié à la consultation soit si bref. En effet, elle considère que lui consacrer aussi peu de temps n'est pas rendre justice à la qualité de ce document, sur le fond comme sur la forme. En conséquence, elle a décidé de centrer son avis sur l'architecture générale de la stratégie nationale de santé faute d'avoir le temps matériel de procéder collectivement à une analyse détaillée.

Le présent avis comprend deux parties consacrées respectivement à une appréciation globale et aux réserves que la CRSA Nouvelle-Aquitaine pense nécessaire de lever.

UNE APPRECIATION GLOBALE POSITIVE

L'introduction du projet soumis à consultation précise que la stratégie nationale de santé est organisée autour de 4 axes, déclinés en 11 domaines prioritaires et 43 objectifs. En réalité, il existe un niveau supplémentaire, celui des encadrés, débutant toujours par la formule « Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire... ». On peut donc considérer que ces encadrés constituent la déclinaison opérationnelle des 43 objectifs. Sauf erreur de calcul, ces encadrés comportent 214 mesures, certaines formulées de manière très générale, d'autres très précises. Cet ensemble est complété par une série de sept principes d'action.

Une stratégie prenant en compte simultanément enjeux de santé, enjeux d'organisation et enjeux de protection sociale et de financement

La CRSA Nouvelle-Aquitaine se félicite que la stratégie nationale de santé prenne en compte trois séries d'enjeux qui lui paraissent essentielles. Tout d'abord des enjeux de santé pour la population, ensuite des enjeux d'organisation du système de santé et enfin des enjeux de protection sociale et de financement, par exemple en matière de restes à charge ou de tarification. La prise en compte simultanée de ces trois dimensions constitue une avancée importante dans la mesure où elle dépasse la segmentation habituelle des approches conduites dans notre pays.

La CRSA Nouvelle-Aquitaine se félicite également que la stratégie nationale de santé soit basée sur une approche globale de la santé prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé, dans une logique de promotion de la santé, et pas simplement de prévention, inscrite dans une perspective interministérielle.

La CRSA Nouvelle-Aquitaine se félicite enfin que la stratégie nationale de santé prenne en compte la nécessité d'évolution du système de santé, aussi bien en matière de transformation de l'organisation territoriale que de recentrage de l'organisation sur la qualité, la sécurité et la pertinence.

Un principe d'action à ajouter : la solidarité

La CRSA Nouvelle-Aquitaine partage les sept principes d'action suivis par la stratégie nationale de santé. Elle partage la même volonté de mobiliser l'ensemble des politiques publiques, d'adapter les stratégies d'action à la fois aux populations concernées, notamment les plus vulnérables, et aux spécificités des territoires. Elle est également convaincue de la nécessité de simplifier notre organisation tout en associant à la décision l'ensemble des acteurs dans une vraie logique participative. Elle partage le combat pour la transparence et la prévention des conflits d'intérêts. Elle ne peut que partager la volonté de s'appuyer sur les meilleures connaissances disponibles.

Toutefois, la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère que la solidarité devrait figurer également parmi les principes d'action. Celle-ci est trop souvent limitée à sa dimension financière alors qu'elle doit être au cœur de nombreuses démarches de santé, vaccination, hygiène collective, bonne utilisation des antibiotiques pour limiter les phénomènes de résistance, bon usage des ressources du système de santé, respect des rendez-vous, etc.

DES RESERVES A LEVER POUR UNE PLUS GRANDE CREDIBILITE

Promouvoir la démocratie en santé et pas seulement la citoyenneté en santé en complétant l'axe 4

La stratégie nationale de santé, dans son axe 4, souligne la nécessité de « réaffirmer la place des citoyens » et l'objectif B de ce même axe est ainsi rédigé « réaffirmer la place des citoyens dans le système de santé ». La CRSA Nouvelle-Aquitaine ne peut qu'approuver ces formulations. Toutefois, elle considère qu'il est nécessaire de distinguer deux dimensions, même si elles sont liées. La première est celle de la « citoyenneté en santé » et la seconde celle de la « démocratie en santé ». La première correspond à la promotion des droits individuels de chacun de nous et la seconde à celle de l'exercice collectif des droits dans le cadre de la gouvernance du système de santé dans une logique participative. Clairement, la stratégie nationale de santé, comme c'est trop souvent le cas des politiques publiques, met l'accent sur la première dimension en omettant largement la seconde.

La CRSA Nouvelle-Aquitaine demande donc que la stratégie nationale de santé cherche tout autant à promouvoir la citoyenneté en santé que la démocratie en santé. Elle propose donc les modifications suivantes dans le cadre de l'axe 4 :

- nouvelle rédaction de l'objectif B : « promouvoir la citoyenneté en santé »
- ajout d'un nouvel objectif C : « promouvoir la démocratie en santé », l'actuel objectif C devenant l'objectif D.

Hiérarchiser davantage

Dans sa rédaction actuelle, la stratégie nationale de santé comprend 4 axes, 11 domaines prioritaires, 43 objectifs...et 214 actions, à visée plus ou moins opérationnelle, listées dans les encadrés. Pour éviter de tomber dans des travers bien connus, il est indispensable de poursuivre l'effort de hiérarchisation au delà des 11 domaines prioritaires. A tout le moins, la CRSA Nouvelle-Aquitaine demande qu'au sein de chacun des domaines prioritaires soit identifié un objectif « majeur ». Le choix de cet objectif, qui pourrait faire l'objet d'une consultation des CRSA, des CTS et du public après l'adoption de la SNS, répondrait à différents critères, seuls ou cumulés, par exemple dimension symbolique, effet levier sur l'évolution du système de santé, capacité à mobiliser, modalités de mise en œuvre, action sur un enjeu de santé important, etc.

Préciser l'articulation avec les projets régionaux de santé (PRS) en cours d'élaboration

L'introduction du document mentionne que la « stratégie nationale de santé est mise en œuvre par les plans et programmes nationaux et par les différents outils régionaux, et notamment les projets régionaux de santé ». Dès lors se pose la question des modalités de cette déclinaison, dont le principe n'est pas contestable dans le cadre de l'organisation actuelle de nos institutions.

Si l'on s'en tient aux principes d'action énoncés, cette déclinaison pourrait consister en une adaptation des stratégies d'action aux spécificités de chaque région. Mais pour autant, chaque PRS devra-t-il reprendre obligatoirement les 4 axes de la SNS,

voir les 11 domaines prioritaires, dont on voit mal, s'ils sont prioritaires, qu'ils ne concernent pas toutes les régions, comme du reste la réglementation semble le prévoir. Mais qu'en sera-t-il des 43 objectifs et plus encore des 214 actions opérationnelles. Doit-on les considérer comme une sorte de « boîte à outils » à la disposition des régions pour leur permettre d'adapter la SNS à leurs spécificités ou les comprendre comme des chapitres programmatiques du PRS ?

Définir clairement les moyens de la stratégie nationale de santé

Même si la stratégie nationale de santé emporte in fine l'adhésion des acteurs dans son principe, ses modalités et sa rédaction, cela reste insuffisant pour en crédibiliser la mise en œuvre. Les acteurs de terrain n'en peuvent plus des plans successifs, nationaux et/ou régionaux ou locaux, sans réels moyens, en tout cas pas à la hauteur des ambitions affichées. Pour favoriser véritablement le volontarisme de l'action, la stratégie nationale de santé ne peut pas reposer sur la méthode Coué !

A cet égard, deux ressources financières sont citées dans le document : le fonds d'intervention régional (FIR) et un fonds pour l'innovation. La CRSA Nouvelle-Aquitaine considère que le portage en région de la stratégie nationale de santé ne peut pas reposer sur ces seules enveloppes. Même si les moyens du FIR ne sont pas négligeables, ils sont déjà largement gagés et leur montant reste très marginal comparativement aux dépenses de santé. Il n'est pas question de prétendre non plus que le succès de la stratégie nationale de santé repose nécessairement sur des moyens supplémentaires, même si le cas échéant ces moyens peuvent être recherchés. En conséquence, la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère que l'Etat doit expliciter la façon dont il entend réallouer les crédits existants au profit de la stratégie nationale de santé. Faute de quoi, la mise en œuvre de cette stratégie ne sera pas crédible et ne mobilisera pas.

En conclusion, faire de la stratégie nationale de santé une démarche vivante, évolutive, adaptative et inclusive

La CRSA Nouvelle-Aquitaine souhaite que la stratégie nationale de santé ne soit pas une démarche figée dans le marbre du journal officiel, mais qu'elle soit au contraire vivante. Même si les axes et les domaines prioritaires doivent avoir une certaine pérennité, il faut qu'après l'adoption de la stratégie nationale de santé, le débat se prolonge, par exemple sur la hiérarchie à apporter aux objectifs, sur l'approfondissement ou la révision des listes de mesures figurant dans les encadrés. Il faut qu'à travers ces débats et cette concertation avec l'ensemble des acteurs, la stratégie nationale de santé s'adapte aux territoires et qu'elle soit progressivement appropriée par la population de la manière la plus inclusive possible. La stratégie nationale de santé ne doit pas devenir un outil administratif ou technocratique, ni rester l'outil des seuls professionnels ou spécialistes, comme habituellement ce genre d'exercice. Elle doit être un véritable outil de santé communautaire qui irrigue les territoires, du local au national.



**AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE
DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE
SUR LE PROJET DE DEFINITION DES ZONES
DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE**

adopté à l'unanimité moins deux abstentions
par l'assemblée plénière du 17 novembre 2017

Conformément aux dispositions de l'article R.1434-32 du Code de la santé publique, le Directeur général de l'ARS a saisi la Commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) du « projet de définition des zones du schéma régional de santé ». Outre cette obligation réglementaire, le Directeur général de l'ARS a également saisi la CRSA, au delà de la seule CSOS.

L'assemblée plénière se félicite de cette saisine dont elle tient à souligner le caractère innovant dans la mesure où c'est la première fois que la CRSA est saisie par le Directeur général de l'ARS sur une base volontaire sans obligation réglementaire.

Le projet de définition des zones avait fait l'objet d'une première présentation à la CSOS au cours de sa séance du 2 juin 2017. Lors de sa réunion du mardi 6 juin 2017, la Commission permanente avait pris connaissance de la note présentée par l'ARS à la CSOS.

Dans un avis adopté à l'unanimité, la Commission permanente avait fait part de son intérêt pour la démarche entreprise par l'ARS, tout en soulignant à la suite des débats en CSOS et en Commission permanente que ce projet avait besoin d'être approfondi, notamment sur la prise en compte des « agglomérations » ou la pertinence du découpage départemental pour les zones dites de « proximité ».

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

UNE DELIMITATION DES ZONES DE L'OFFRE QUI NE FAIT AUCUNE REFERENCE AUX CRITERES REGLEMENTAIRES A PRENDRE EN CONSIDERATION

L'article R1434-30 du Code de la santé publique précise que

« La délimitation de ces zones prend en compte, pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd :

1° Les besoins de la population ;

2° L'offre existante et ses adaptations nécessaires ainsi que les évolutions techniques et scientifiques ;

3° La démographie des professionnels de santé et leur répartition ;

4° La cohérence entre les différentes activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation ;

5° Les coopérations entre acteurs de santé. »

La CRSA constate que le document soumis à son avis ne comporte aucun élément lui permettant d'apprécier en quoi les découpages proposés répondent à la prise en compte de ces critères.

L'absence de ces éléments ne lui permet pas non plus d'apprécier sur des bases plus objectives que le simple ressenti des uns et des autres, si les délimitations proposées sont les plus adéquates pour concourir *« à garantir pour chaque activité de soins et équipement matériel lourd la gradation des soins organisée pour ces activités, la continuité des prises en charge et la fluidification des parcours, l'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, la qualité et la sécurité des prises en charge et l'efficience de l'offre de soins. »* comme le demande le même article du Code de la santé publique.

DES ZONES DE L'OFFRE MULTIPLES REPOSANT LARGEMENT SUR DES CONTOURS ADMINISTRATIFS

Le principe de découper la Nouvelle Aquitaine en quatre niveaux d'offre allant de l'ensemble de la Nouvelle Aquitaine à des territoires de proximité est logique du point de vue de la gradation des soins.

Compte tenu de l'étendue de la région du nord au sud, créer quatre grandes zones infrarégionales peut sembler cohérent. Mais la CRSA constate que ces quatre zones de planification infrarégionale respectent les contours des trois ex régions composant la Nouvelle Aquitaine, malgré le partage de l'ex Aquitaine en deux entités nord et sud. Aucun élément n'est fourni pour expliquer en quoi la reprise du découpage des anciennes régions est pertinente au regard des cinq critères évoqués plus haut et de la gradation des soins. Pourquoi par exemple avoir découpé l'ex Aquitaine en deux sous ensembles, nord et sud, et ne pas avoir distingué en Nouvelle Aquitaine trois ou quatre zones, du nord au sud, en s'affranchissant des limites des anciennes régions pour mieux prendre en compte des réalités socio-démographiques et en terme d'offre de soins à l'échelle de la Nouvelle Aquitaine ?

Le projet prévoit ensuite 13 zones territoriales correspondant aux 12 départements, sauf pour les Pyrénées atlantiques divisé en deux territoires. Là encore, la CRSA constate qu'aucun élément n'est apporté pour justifier cette exception. La reprise des contours départementaux présente l'avantage de faire coïncider ce niveau de planification avec celui des territoires de démocratie en santé. C'est un argument understandable, qui ne dispense pas cependant d'objectiver en quoi ce découpage peut avoir du sens par rapport aux cinq critères prévus par la réglementation et par rapport à la gradation des soins. L'exception même des Pyrénées atlantiques montre que cette interrogation de la CRSA est légitime. Il aurait été pertinent de consulter les conseils territoriaux de santé sur le sujet. Sans augmenter le nombre de zones territoriales, un travail plus approfondi avec la CRSA et les CTS n'aurait-il pas permis d'aboutir à une douzaine de zones territoriales à composante départementale, mais aussi dans certains cas pluri-départementale ou infra-départementale ?

Les 13 zones territoriales du projet sont ensuite éclatées en 26 zones infra-territoriale distinguant une zone de proximité et une zone de recours. Dans chaque territoire, la zone de recours est constituée par les « agglomérations les plus peuplées disposant d'une offre complète ». La zone de proximité se déduit mécaniquement comme le reste du territoire. La logique de cette démarche conduit à considérer que la zone de recours d'un territoire est unique pour sa zone de proximité. A l'évidence, cela ne correspond pas à la réalité dans un certain nombre de situations du fait de l'implantation des équipements hospitaliers. Il y a donc un décalage entre zones de recours et de proximité proposées dans le projet de découpage et zones de recours et de proximité réelles, sans que pour autant la note fournisse des éléments permettant de penser que ce décalage se traduira à terme par une recomposition de l'offre.

ZONES DE RECOURS ET DE PROXIMITE, DES NOTIONS A CLARIFIER

Le projet de découpage proposé est essentiellement centré sur la problématique de la gradation des soins. Certes, les textes réglementaires évoquent clairement la gradation des soins comme objectif du découpage. Pour autant, la CRSA considère que cette dimension ne peut pas être la seule à considérer. Il s'agit de prendre en compte également la satisfaction des besoins « de base » de la population. La distinction entre zone de recours et zone de proximité doit être approfondie. Une zone de recours est aussi une zone de proximité pour les habitants qui y résident. Par ailleurs, contrairement à ce que peut laisser penser la note, les zones de recours, comme les zones de proximité, sont très disparates et recouvrent des réalités très différentes. Il s'ensuit que du point de vue même de la gradation des soins, il n'y a rien de commun entre zone de recours et de proximité de la Gironde et zones de recours et de proximité de la Creuse. Même s'il est illusoire de penser aboutir à des territoires qui seraient totalement homogènes, l'enfermement dans une logique strictement départementale conduit à amplifier les disparités. Aucun élément dans la note ne laisse penser que le choix d'un découpage amplifiant les disparités débouchera sur une politique de rééquilibrage territorial ambitieuse. Il pourrait être pertinent d'objectiver les situations en qualifiant avec deux ou trois niveaux les zones de recours comme on a pu le faire pour les maternités.

UNE PROBLEMATIQUE DE TRANSPARENCE

Les zones de l'offre de soins vont servir à définir des objectifs quantifiés (OQOS) fixant les différents niveaux d'équipements à atteindre et/ou à ne pas dépasser. Dans la mesure où l'on ne dispose d'aucun élément explicite permettant de juger de la pertinence du découpage proposé, la CRSA considère que la non connaissance, y compris sous forme d'hypothèses, des futures OQOS dans chacune des zones débouche sur un manque de transparence. La question se pose alors de savoir si le découpage proposé n'a pas été établi ex post pour servir de cadre à un niveau d'OQOS prédéfini au lieu de partir d'une analyse des critères prévus par la réglementation pour déboucher ensuite sur un découpage et un niveau d'OQOS.

A cet égard, le raisonnement sur les zones de recours est intéressant. La prise en compte de zones de recours basées sur les grands pôles urbains est présentée comme le moyen d'éviter de concentrer plus encore l'offre en préservant les intérêts des zones de proximité. Cet argument est cependant réversible dans la mesure où l'on peut aussi considérer que cette façon de procéder permet également de protéger les niveaux d'offre de ces grands pôles en ne permettant plus d'éventuels transferts vers la périphérie. Le caractère succinct de la note permet d'envisager toutes les éventualités. Par ailleurs, le fait qu'une zone de recours soit aussi une zone de proximité doit conduire à distinguer les niveaux d'offre concourant à ces fonctions pour permettre une plus juste appréciation et des densités actuelles et des futurs OQOS.

EN CONCLUSION

La CRSA considère que le projet de découpage actuel ne prend pas en compte la réalité de la Nouvelle Aquitaine. Il aurait pu être exactement le même dans le contexte des trois anciennes régions. Largement ancré sur des limites administratives, y compris anciennes, ce découpage risque de figer les situations.

En l'état actuel, la CRSA considère que les éléments manquent pour juger de la pertinence et de l'adéquation de ce découpage au besoin de « *gradation des soins, de continuité des prises en charge et de fluidification des parcours, d'accessibilité aux soins, notamment aux plans géographique et financier, de qualité et de sécurité des prises en charge et d'efficience de l'offre de soins* ».

Comme elle l'avait déjà évoqué dans son avis du 6 juin 2017, la CRSA demande que le projet de découpage soit revu sur des bases plus explicites en utilisant les critères réglementaires prévus. Elle demande que les CTS et la CRSA, notamment sa commission spécialisée de l'organisation des soins, soient associés à ce réexamen. Dans ce cadre, elle demande que l'ARS présente à l'appui de son projet de découpage la stratégie qu'elle entend suivre en matière d'évolution de l'offre de soins en Nouvelle Aquitaine dans un souci de transparence et de clarification du débat.

Tout découpage venant à l'appui d'une vision stratégique, la CRSA demande en conséquence que la définition des zones du schéma régional soit arrêtée en même temps que le projet régional de santé. C'est la meilleure manière d'éviter les malentendus, de dissiper les inquiétudes, de renforcer la transparence et la démocratie en santé. Dans un souci de cohérence, elle demande également l'application du même calendrier pour la détermination des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins pour la profession de médecin



AVIS SUR LE PROJET DE NOUVEAU ZONAGE DES MEDECINS SOMIS A CONSULTATION PAR LE DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS

adopté par l'assemblée plénière du 23 mai 2018

Le 12 avril 2018, le Directeur général de l'ARS a saisi la CRSA dans le cadre de la consultation préalable à l'adoption pour la Nouvelle-Aquitaine du zonage des médecins prévu à l'article L1434-4 du code de la santé publique.

Le Président de la CRSA a demandé à la commission de l'organisation des soins (CSOS) de débattre de la proposition de l'ARS. Ce point a donc été inscrit à l'ordre du jour de la séance de la CSOS du 4 mai 2018. A cette occasion l'ARS a présenté la note accompagnant sa proposition de zonage avant que la CSOS en débattenne.

Outre la note de l'ARS, le présent avis repose donc sur les échanges de la CSOS mais aussi sur les réflexions nombreuses menées par la CRSA sur la problématique plus générale de la définition des différents zonages, notamment territoire de santé, zones de l'offre et maintenant zonage des médecins.

1- RAPPEL DES OBJECTIFS ET DE LA METHODE APPLIQUEE

1.1 UN ZONAGE DESTINE A PRECISER LES TERRITOIRES POUVANT BENEFICIER DES DIFFERENTS TYPES D'AIDE AU BENEFICE DES MEDECINS LIBERAUX

L'objet du présent découpage est de préciser quels sont les territoires caractérisés par une offre de soins insuffisante ou des difficultés d'accès aux soins. Selon l'intensité des difficultés, les médecins peuvent y bénéficier de différents accompagnements financiers :

- aides conventionnelles (les contrats démographiques de l'assurance maladie) ;
- exonération de l'impôt sur les revenus des revenus perçus au titre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) ;
- prise en charge par l'assurance maladie de l'établissement des certificats de décès réalisés entre 8h et 20h ;
- mesures du pacte territoire santé (PTS) ;
- subventions d'investissement accordées par l'Etat ou les collectivités territoriales ;
- financement dans le cadre des orientations du FIR.

1.2 UNE METHODOLOGIE NATIONALE COMPLEXE

Les zones sont repérées dans le cadre d'une méthodologie nationale basée sur un indicateur, l'accessibilité potentielle localisée ou APL. Cet indicateur prend en compte l'activité des médecins de chaque territoire de vie santé (TVS). Seuls sont pris en compte les médecins de moins de 65 ans pour anticiper les départs en retraite prévisible à brève échéance.

Tous les territoires ayant un APL inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant sont sélectionnés d'office comme les plus prioritaires (zone A). Quand l'indicateur est compris entre 2,5 et 4, certains territoires (zone B) sont alignés sur ceux de la zone A en matière d'aide pour constituer les zones d'intervention prioritaires (ZIP) bénéficiant de la totalité des aides. Les autres zones sont des zones d'action complémentaire (ZAC) ou encore des zones de vigilance.

En respectant des quotas de population définis nationalement, le Directeur général de l'ARS définit le zonage B et peut également modifier certains classements, toujours dans des limites précises et sans pouvoir modifier le zonage A.

2- APPRECIATION D'ENSEMBLE

2.1 UN PROGRES PAR RAPPORT AUX DEMARCHES DE ZONAGE ANTERIEURES

La CRSA considère que la démarche suivie pour établir le zonage constitue un progrès. Elle est systématique et obéit à une logique nationale permettant une équité de traitement entre les territoires. Par ailleurs, l'indicateur utilisé, l'APL, présente une dimension prospective en anticipant les départs en retraite des médecins.

Par ailleurs, l'application de cette méthodologie nationale permet d'élargir la base démographique de population couverte par les accompagnements financiers.

2.2 DES LIMITES METHODOLOGIQUES

Malgré son intérêt, la démarche suivie présente plusieurs limites. La première tient à l'ancienneté des données qui remontent à 2015. Il aurait du être possible de disposer a minima des données 2016. Toutefois, cet aspect ne relève pas de l'ARS. La deuxième limite est la non prise en compte des évolutions de population. Alors que les médecins de 65 ans et plus sont exclus du calcul de l'APL pour tenir compte de leur prochaine cessation d'activité, il n'y a aucune approche de ce type en matière de population. Il existe pourtant des projections de population pour apprécier le vieillissement de la population. Enfin, l'APL repose sur des données de consommation de soins qui ne sont qu'un reflet partiel des besoins de santé de la population. Toutefois, la méthodologie nationale prévoit que l'ARS puisse utiliser les données relatives aux ALD, plus proches de données sur les besoins, notamment dans le cadre de l'utilisation de marges de manœuvre régionales. La CRSA regrette que cette possibilité n'ait pas été davantage employée en Nouvelle-Aquitaine.

2.3 DES CHOIX REGIONAUX COMPREHENSIBLES

Dans un cadre strictement défini par la méthodologie nationale, l'ARS dispose de quelques possibilités d'adaptation. Elle les a utilisées principalement d'une part pour reclasser en zone de vigilance certaines zones des agglomérations de Bordeaux, Bayonne et Pau, classées sur la base de l'APL en zones prioritaires ou en ZAC. L'ARS a en effet considéré que ces zones bénéficiaient par ailleurs de très bonnes capacités d'attractivité en raison de leur situation géographique. Inversement, l'ARS a classé en zone prioritaire certains territoires de la Creuse, qui ne l'étaient pas sur la base de l'APL, considérant que cette modification « politique » était cohérente avec le plan « santé Creuse ».

La CRSA considère ces choix comme acceptables à condition qu'ils soient révisés si à l'épreuve des faits les éléments qui les ont justifiés ne sont pas vérifiés.

3- RECOMMANDATIONS

3.1 SURVEILLER L'EVOLUTION DE LA SITUATION EN MILIEU URBAIN

Les données les plus récentes mettent en évidence que les territoires ruraux ne sont pas les seuls touchés par la désertification médicale. Le phénomène s'observe également en milieu urbain. La CRSA recommande donc que l'ARS mette à jour annuellement les données et suive tout particulièrement l'évolution dans les agglomérations, le cas échéant avec de nouveaux outils permettant d'aller au niveau des quartiers, quartiers prioritaires de la ville notamment. Face aux choix de l'ARS évoqués précédemment, elle demande que l'attractivité supposée plus forte de ces territoires urbains soit appréciée plus finement.

3.2 FACILITER L'APPROPRIATION DU ZONAGE PAR LES PROFESSIONNELS CONCERNES

La CRSA considère que la complexité du zonage, mais aussi des différentes possibilités d'aide, constituent des obstacles importants à l'appropriation de ce dispositif par les professionnels qu'il concerne. La CRSA recommande que des mesures d'accompagnements des professionnels soient mises en place. La formule du guichet unique ne lui paraît pas la seule à promouvoir car ne répondant pas nécessairement à tous les besoins. Plus qu'un guichet unique, il serait dans doute préférable que les professionnels aient un interlocuteur unique qui les suive tout au long de leur installation. Les médecins libéraux membres de la CSOS estiment souhaitable d'informer et d'impliquer les associations de gestion agréées.

3.3 AVOIR UNE VISION GLOBALE DES SYNERGIES ENTRE LES DIFFERENTES COMPOSANTES DE L'OFFRE DE SOINS

La CRSA renouvelle sa recommandation d'une approche territoriale globale et non pas juxtaposée par type d'offre, au delà des procédures réglementaires, sans oublier les pharmacies. Les débats conduits en CSOS ont ainsi mis en évidence que certains choix effectués dans le cadre des OQOS du schéma régional de santé pouvaient avoir des effets inverses de ceux recherchés avec le zonage des médecins.

Au final, la CRSA donne un avis favorable au zonage des médecins proposé par l'ARS à qui elle demande de tenir compte de ses recommandations.



AVIS SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE (PRS) SOU MIS A CONSULTATION PAR LE DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS

adopté en assemblée plénière le 23 mai 2018

Le 2 mars 2018, le Directeur général de l'ARS a publié un avis de consultation sur le Projet régional de santé Nouvelle-Aquitaine conformément à l'article R1434-1 du Code de la santé publique, dont le Président de la CRSA a été averti.

La Commission permanente a organisé les travaux de manière à rendre un avis avant la fin du délai réglementaire de consultation de trois mois. Toutes les commissions spécialisées ont débattu à plusieurs reprises de ce projet, soit globalement, soit par élément. Depuis le début de l'année 2018, l'ordre du jour de toutes les séances de la Commission permanente a intégré un point sur le PRS. Par ailleurs, tous les présidents de conseils territoriaux de santé (CTS) ont été systématiquement invités à participer aux réunions de la commission permanente. Cette volonté d'associer les CTS aux travaux de la CRSA constitue un élément fort de l'articulation des instances de la démocratie en santé en Nouvelle-Aquitaine. A cet égard, la CRSA se félicite que le Directeur général de l'ARS ait décidé d'élargir la consultation sur le PRS à tous les CTS impliquant ainsi les instances de proximité de la démocratie en santé.

A la suite de tous les travaux menés en commissions spécialisées et des débats en commission permanente, une trame d'avis détaillée a été proposée et débattue au cours de l'assemblée plénière du 26 avril 2018. Amendée, cette trame a servi de cadre à la rédaction du présent avis soumis à l'assemblée plénière du 23 mai 2018.

Celui-ci comprend un préambule et cinq parties. La première est consacrée à une appréciation globale du PRS, la deuxième à une appréciation pour chacune des composantes du PRS, la troisième à une appréciation sur la base des 10 critères d'évaluation adoptés par la CRSA dans son avis du 17 mars 2017. La quatrième partie présente des recommandations finales et la cinquième liste des amendements spécifiques. Enfin, les différentes contributions reçues ainsi que les avis formulés par d'autres instances figurent en annexe.

A travers cet avis, la CRSA, confiante dans la réalité du processus de concertation conduit, souhaite apporter de façon argumentée des éléments permettant de son point de vue d'améliorer le projet qui lui a été soumis. Elle considère ainsi que la phase d'élaboration du PRS ne se termine qu'avec l'arrêté du Directeur général de l'ARS en approuvant le contenu.

PREAMBULE

UN PRS MODIFIE DANS SA STRUCTURE ET SA PORTEE GEOGRAPHIQUE

La deuxième génération du PRS se distingue de la première par l'abandon des schémas sectoriels (prévention, organisation des soins, médico-social) au profit d'un schéma transversal unique, le schéma régional de santé (SRS) qui doit être en cohérence avec d'autres plans ou schémas spécifiques, notamment les schémas départementaux. Ce schéma, à horizon de 5 ans, est complété par un cadre d'orientation stratégique à 10 ans dont il est la déclinaison opérationnelle. A ces nouvelles logiques, temporelle et de découpage, s'est ajoutée une nouvelle logique territoriale avec la réforme régionale. Le cadre géographique des trois ex-régions a littéralement explosé pour aboutir à une région très vaste, aux territoires très variés, comprenant 12 départements.

Prendre en compte cette double rupture, conceptuelle et géographique, est un défi.

UN CONTEXTE POLITIQUE EN EVOLUTION ET UN CALENDRIER BOUSCULE

Le changement de Président de la République et l'arrivée d'une nouvelle majorité à l'Assemblée nationale ont profondément modifié l'environnement politique du PRS. La décision de la Ministre des solidarités et de la santé de réviser la Stratégie nationale de santé a eu deux conséquences : la prise en compte de cette Stratégie dans les futurs PRS et de facto le décalage du calendrier initial d'adoption des PRS. Ultérieurement, le Gouvernement a annoncé un Plan national de santé et mis en œuvre plusieurs chantiers pour réformer le système de santé, avec des délais ramassés. Des changements profonds doivent survenir d'ici 18 à 24 mois.

Inscrire un PRS dans une perspective à 5 ans (SRS), et a fortiori à 10 ans (COS), expose donc à un risque de décalage.

UN SYSTEME DE SANTE SOUS TENSION

Tout le monde s'accorde pour souligner que notre système de santé est à bout de souffle : vieillissement de la population, forte croissance des maladies chroniques, crise démographique des professions de santé, dégradation des conditions de travail aussi bien en ambulatoire, qu'en établissements de santé ou dans le médico-social, situation des urgences, perte de confiance de la population, etc. Dans de nombreux cas, apporter des réponses à bref délai est d'une nécessité absolue.

Si un PRS a par essence une vocation structurelle, il ne peut pas s'affranchir de la prise en compte de la conjoncture et des inquiétudes fortes qu'elle soulève.

UN PRS « TRANSITOIRE »

Les différentes annonces gouvernementales conduisent à considérer que la 3ème génération de PRS arrivera vite. Dès 2020 tous les PRS pourraient être révisés.

Plus que jamais, il faut avoir du PRS non pas une vision statique mais une vision « glissante », constamment adaptative.

1- APPRECIATION GLOBALE

1.1 UN PRS ELABORE DE FACON « CLASSIQUE » MAIS SANS VRAI BILAN DES PRS PRECEDENTS

L'élaboration du PRS a été placée sous la responsabilité de la Direction de la stratégie et des parcours de l'ARS dans une logique transversale. Très classiquement un comité de pilotage a été mis en place, composé des principaux cadres de l'ARS, du bureau de la CRSA (président de la CRSA et présidents des commissions spécialisées). Ce comité a été complété ultérieurement à leur demande par des représentants des principales fédérations d'établissements et services qui n'ont pas estimé être représentées par l'intermédiaire de leur participation à la CRSA.

L'analyse des enjeux de santé en Nouvelle-Aquitaine a été effectuée préalablement sur la base d'un diagnostic régional et territorial s'appuyant pour l'essentiel sur des indicateurs habituels (démographie, mortalité, offre de soins, etc.), sans innovation particulière, par exemple en matière de connaissance des délais d'accès aux soins ou de mesure du degré de satisfaction de la population et des professionnels. Néanmoins le document régional et les documents territoriaux apportent déjà de nombreuses informations qui pourront utilement servir de base à la mesure des évolutions résultant de la mise en œuvre du PRS.

En revanche, la CRSA regrette que le bilan des trois PRS des ex régions Aquitaine, Limousin et Poitou-Charentes n'ait pas été dressé de façon exhaustive et approfondie. Sauf de manière impressionniste, il n'est ainsi pas possible de tirer profit de l'expérience acquise. La CRSA ne dispose d'aucun élément lui permettant de savoir ce qui a été réalisé, le niveau et la nature des financements mobilisés, ni de connaître les démarches réussies et celles qui ont rencontré des difficultés. Disposer d'un tel bilan aurait certainement conduit l'ensemble des acteurs à une meilleure compréhension des forces et faiblesses de l'organisation régionale et à plus de réalisme dans l'élaboration du premier PRS de la Nouvelle-Aquitaine !

Pour construire le cadre d'orientation stratégique, nouveauté du PRS2, les membres de la CRSA, des commissions de coordination des politiques publiques, du conseil de surveillance de l'ARS et des représentants des CTS ont été conviés à deux séminaires de travail d'une journée en mars et juin 2017. La CRSA s'est impliquée dans l'organisation et l'animation des travaux. Ces deux moments ont été tout à fait productifs et appréciés par les membres de la CRSA qui ont pu y participer. Ils ont permis une concertation riche, tout en contribuant à l'intégration des acteurs des trois ex régions dans une nouvelle communauté régionale.

L'élaboration du schéma régional de santé (SRS) s'est appuyée, comme lors du PRS précédent pour les schémas sectoriels, sur plusieurs dizaines de groupes thématiques qui ont totalisé une centaine de réunions. La composition des ces groupes a été fixée par l'ARS avec une volonté d'ouverture. La CRSA regrette toutefois de n'avoir pas été impliquée en tant que telle, notamment dans le cadre de ses commissions spécialisées, dans la dynamique de ces groupes de travail. Ils ont en effet fonctionné de façon juxtaposée en produisant une abondance de rapports qui a quelque peu débordé au final les équipes en charge du PRS et le comité de

pilotage. La réalisation d'une première synthèse a demandé énormément d'effort pour aboutir à un document certes très complet, mais difficilement utilisable en l'état pour servir de support au SRS. La CRSA demande néanmoins que tous les acteurs puissent avoir accès à ce premier document de synthèse témoignant du travail réalisé. La version finale a nécessairement généré quelques frustrations mais dans l'ensemble, les participants aux groupes de travail s'accordent pour reconnaître que l'ARS a respecté les travaux des groupes sans les déformer. La CRSA se félicite de ce climat de confiance et tient à souligner la forte implication des équipes de l'ARS.

La dimension territoriale a été abordée dans chacun des groupes de travail. Les CTS ont également été invités à identifier les enjeux de santé et les priorités de leur territoire sur la base de diagnostics territoriaux. Mais ces approches n'ont pas débouché sur un véritable axe territorial au sein du PRS dans une logique ascendante, de telle sorte que l'on ne voit pas aujourd'hui comment les logiques territoriales et leurs priorités vont trouver leur place au sein du PRS. A moins d'imaginer qu'elles n'en sont que la déclinaison...ce qui n'est pas nécessairement la façon de voir des acteurs locaux.

Au final, comme le Directeur général de l'Ars l'avait souhaité, le PRS comporte beaucoup moins de pages que chacun des trois ex PRS et a fortiori que les trois réunis. Toutefois, et sans doute paradoxalement, il ne comporte pas nécessairement moins d'actions à conduire !

1.2 DES RECOMMANDATIONS PREALABLES DE LA CRSA INEGALEMENT SUIVIES

Dans son avis du 17 mars 2017 relatif à l'élaboration du PRS, la CRSA avait formulé six recommandations.

1.2.1 PROPOSER DES SCENARIOS

Pour favoriser le débat démocratique, la CRSA proposait que les différents éléments du PRS puissent faire l'objet de scénarios, de telle sorte que la concertation avec les acteurs ne soit pas fondée sur un document monolithique à prendre ou à amender à la marge mais sur des choix véritables.

Cette recommandation n'a pas été suivie.

1.2.2 DISTINGUER DANS LE SRS UNE DIMENSION « SOCLE » ET UNE DIMENSION « PRIORITES »

Dès la fin de l'année 2016, la structure de coordination des 3 ex CRSA a clairement formulé le souhait que des priorités soient dégagées en terme d'enjeux de santé et/ou dans une logique de « rattrapage » de la situation régionale par rapport à celle des autres régions, par rapport à des évolutions défavorables d'enjeux de santé ou encore par rapport à des disparités sociales ou géographiques. Il s'agit d'être ainsi réaliste sur notre capacité à faire, aussi bien humainement que financièrement. L'avis du 17 mars 2017 propose de distinguer dans le SRS ce qui relève du fonctionnement général, pérenne du système régional de santé (le « socle ») et ce qui relève de priorités clairement identifiées pour la durée du PRS. Outre

l'explicitation incontournable de priorités, une telle approche aurait également pour mérite de mieux prendre en compte l'intégralité des travaux des groupes thématiques qui formerait alors le « socle », sans préjuger de la dimension « priorités ».

Pour l'instant, cette recommandation n'a pas été suivie.

1.2.3 CONSACRER PLUS DE TEMPS ET DE PLACE AU « COMMENT » QU'AU « POURQUOI »

Les expériences passées montrent qu'en général trop de temps est consacré au diagnostic, au « pourquoi » et pas assez au « comment ». Ce décalage débouche sur des propositions trop générales ou trop peu concrètes et pragmatiques, donc difficilement applicables. Le « comment » doit avant tout porter sur les leviers à disposition des acteurs régionaux et territoriaux. Que ce soit dans les réflexions préparatoires, les concertations ou la rédaction du PRS, il est essentiel de s'obliger à apporter des réponses au « comment ».

La rédaction du SRS s'inscrit dans la recommandation de la CRSA avec des éléments de diagnostics (le « pourquoi ») bien synthétisés sans être envahissant. En revanche, comme il sera redit, le « comment » reste trop souvent général.

1.2.4 S'ASSURER EN PERMANENCE DE LA BONNE APPROPRIATION DU PRS PAR LES ACTEURS DE LA NOUVELLE AQUITAINE EN LEUR DONNANT LES MOYENS D'EN ETRE LES MOTEURS.

Le PRS ne doit pas être perçu comme un élément extérieur dont chacun s'accommode aux mieux des opportunités thématiques ou territoriales qu'il peut offrir. Chaque acteur de la région doit se considérer comme un des acteurs au cœur du PRS et non pas « à côté ». Chacun, citoyen, usager, professionnel, établissement, collectivité, etc. doit se demander en quoi et comment il peut agir très concrètement dans le cadre du PRS. Dans son avis du 17 mars 2017, la CRSA souligne qu'aboutir à un tel résultat nécessite un niveau d'appropriation élevé qui lui-même suppose que les intervenants régionaux commencent par être les vrais acteurs de l'élaboration du PRS, au plus près des territoires, dans une logique pleine et entière de démocratie en santé.

La CRSA reconnaît l'effort de l'ARS d'inscrire l'élaboration du PRS dans une démarche de concertation. Mais cette démarche, réelle, n'a touché que 200 à 300 acteurs, professionnels, représentants d'établissements, d'associations ou d'usagers, etc. Il n'y a pas eu de consultation de la population et il n'y a eu aucun débat organisé dans les territoires avec la population et les acteurs de proximité. Pourtant, les ex régions avaient conduit avec succès des débats de ce type, par exemple autour des questions environnementales ou du bien-être des jeunes.

La CRSA estime donc que sa recommandation n'a été que très partiellement suivie.

1.2.5 NE PAS DISSOCIER L'ELABORATION DU PRS DE L'ORGANISATION TERRITORIALE

Dans leur avis du 22 janvier 2016, les trois ex-CRSA s'étaient inquiétées d'un risque de balkanisation des acteurs en santé de la Nouvelle Aquitaine. La CRSA considère que l'ensemble des démarches territoriales à l'initiative de l'ARS comme à l'initiative des acteurs doivent se construire non pas séparément, ni même simultanément au PRS. Elles doivent en être un élément essentiel pour être en capacité de porter concrètement le PRS au plus près de la population et des professionnels. Malgré les demandes répétées de la CRSA formulées dans plusieurs avis, les différents zonages ont été construits de façon juxtaposée. Or les débats en commission spécialisée de l'organisation des soins, en commission permanente ou en assemblée plénière ont souligné l'interdépendance de la dynamique d'offre et de réponses aux besoins entre les différents zonages. Les décisions prises ainsi en matière d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) dans le cadre du zonage de l'offre en établissement peuvent avoir des conséquences sensibles sur l'attractivité des territoires définis dans le cadre des aides pour soutenir l'installation des médecins. La CRSA constate qu'on risque ainsi, dans une sorte de schizophrénie, de fragiliser d'un côté ce qu'on veut soutenir de l'autre !

La recommandation de la CRSA d'une approche territoriale globale et non pas juxtaposée au sein du PRS n'a pas été suivie.

1.2.6 CONSTRUIRE UN PRS PROSPECTIF ET NON PAS RETROSPECTIF

Le PRS comporte deux horizons de temps : 10 ans pour le COS et 5 ans pour le PRS. Sa construction ne peut donc pas reposer uniquement sur des éléments de constats rétrospectifs ou actuels. Si le diagnostic comporte certains indicateurs prospectifs, par exemple en matière de démographie, il n'y a pas eu de réflexion prospective avec les acteurs, y compris la population, pour réfléchir à l'évolution des techniques et des pratiques. On voit par exemple se développer de nouvelles pratiques d'accès aux professionnels de santé dans le cadre de plateforme de consultations, avec développement d'une offre qui échappe à toute forme de régulation, dans la mesure où elle est uniquement solvabilisée de façon privée (patient ou complémentaire santé). Plus largement, la télémédecine est à nos portes. Quel impact sur l'accès aux soins ?

La recommandation de la CRSA a été incomplètement suivie.

1.3 UN CADRE CONCEPTUEL ET UNE ARTICULATION ENTRE LES DOCUMENTS ET LES AUTRES DISPOSITIFS A RENFORCER

Les trois éléments du PRS (COS, SRS et PRAPS) s'inscrivent dans une même logique globale mais en utilisant des concepts qui ne sont pas vraiment définis ni précisément articulés. On parle ainsi d'orientation et d'objectif stratégique dans le COS. Le SRS comporte des axes qui ne sont pas sans rappeler les orientations du COS. Ces axes sont déclinés en objectifs opérationnels, notion que l'on retrouve dans le PRAPS, complétée par celle d'action. On trouve aussi dans le PRAPS des axes transversaux.

Le cadre d'orientation stratégique qui doit servir de référence à tous le PRS est en lui-même très structurant. Le schéma régional de santé doit en être la déclinaison opérationnelle. La CRSA constate qu'il n'est pas facile de passer du COS au SRS. En effet, les cinq orientations du COS ne se retrouvent pas directement dans le trois axes du SRS. Certes, une lecture attentive du SRS permet de retrouver les cinq orientations du COS. Passer des objectifs stratégiques du COS aux objectifs opérationnels du SRS n'est pas aisé non plus.

De la même manière, si le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) mentionne clairement son articulation avec le SRS, faire le lien entre ses six objectifs opérationnels et la trame du SRS n'est pas immédiat. Ainsi, l'objectif 2 du PRAPS « renforcer le pouvoir d'agir des personnes » renvoie-t-il au point 1.1.1 du SRS, tandis que l'objectif 4 « éviter les ruptures de parcours » fait référence au point 2.2 du SRS.

Pour y voir plus clair et gérer la complexité de ces articulations, certains membres de la CRSA ont ainsi demandé que l'ARS fournisse une grille de passage entre les trois éléments du PRS. Même en admettant qu'une certaine complexité soit inhérente à ce type de démarche, il ne faut pas qu'elle atteigne un niveau nuisant en définitive aux objectifs poursuivis.

Par ailleurs, alors que se développe la volonté de politiques « inclusives », la CRSA considère que le PRS n'intègre pas suffisamment l'ensemble des démarches conduites dans le champ de la santé avec des logiques similaires.

L'article L1434-1 du code de la santé publique précise bien que le PRS définit les objectifs pluriannuels de l'ARS dans le domaine de ses compétences. Mais la CRSA, considérant que la politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat (article L1411-1) et que la Stratégie nationale de santé adoptée récemment repose sur une approche globale de la santé et de ses déterminants, estime que le succès même des objectifs du PRS repose sur l'articulation avec tous les autres plans et programmes. Elle demande donc qu'outre les aspects spécifiques à l'ARS, le PRS comporte une dimension davantage inclusive et explicite relative à ces autres plans et programmes. Il s'agit notamment du plan régional santé-environnement, du plan régional santé au travail, de la feuille de route du Conseil régional, des plans et schémas des conseils départementaux et des autres collectivités territoriales.

Il ne s'agit pas d'établir une sorte de prééminence du PRS mais de faciliter la prise en compte de l'ensemble des déterminants de santé et de permettre à tous les acteurs régionaux et locaux de mieux se repérer parmi toutes les démarches menées grâce à un document de référence partagé. En réalité, la réussite de chacune de ces démarches repose sur la synergie avec les autres.

1.4 UNE ARTICULATION INSUFFISANTE AVEC LES DYNAMIQUES TERRITORIALES DE PROXIMITE

La CRSA a été amenée à donner un avis favorable à la définition de territoires de santé respectant le contour des chacun des 12 départements de la région. Elle a ainsi voulu que l'action des conseils territoriaux de santé s'inscrive dans un périmètre

bien identifié par la population en synergie avec un acteur important des politiques publiques, le conseil départemental. Pour autant, elle n'a pas voulu « sacrifier » le découpage départemental.

A cet égard, notamment à l'occasion de l'examen du projet de définition des zones de l'offre de soins, la CRSA a attiré l'attention de l'ARS sur la nécessité de tenir compte des dynamiques territoriales multiples en Nouvelle-Aquitaine, qu'elles concernent le littoral, les zones de montagne, le milieu rural, le développement urbain, etc. Il n'y a pas de prises en compte de ces dynamiques dans le PRS alors même qu'elles composent ou recomposent fortement la réalité territoriale de la Nouvelle-Aquitaine. Il n'y a par exemple aucune étude d'impact de l'extension de la ligne LGV jusqu'à Bordeaux, de la dynamique actuelle de la métropole bordelaise ou encore de celle du littoral. En outre, le PRS ne prend pas assez en considération les besoins spécifiques aux territoires hyper ruraux notamment le département de la Creuse.

Se limiter à distinguer au sein des départements des zones de proximité et des zones de recours ne répond pas avec suffisamment de pertinence aux enjeux actuels et à venir.

On ne trouve pas trace non plus dans le PRS de la dynamique des acteurs locaux, à travers différentes démarches de mutualisation, de coopération ou de coordination dont les contrats locaux de santé sont un des exemples. Certes, il est sans doute prévu ultérieurement de donner un ancrage au PRS dans le cadre de contrats territoriaux de santé. Certes le PRS prévoit d'accompagner les initiatives de terrain. Mais la CRSA considère qu'il aurait été pertinent que ces initiatives nourrissent davantage le PRS en amont dans une logique ascendante. Il est probable que ce manque soit à mettre en parallèle avec le manque de bilan des PRS échus. C'est en effet sans doute à travers ce bilan que cette réalité de terrain aurait pu être intégrée.

2- APPRECIATION PAR DOCUMENT

2.1 CADRE D'ORIENTATION STRATEGIQUE

2.1.1 *Appréciation générale*

Le cadre d'orientation stratégique se présente sous la forme d'un document ramassé de 30 pages. La CRSA tient à souligner la lisibilité de ce document qui commence par récapituler clairement les enjeux liés à la population, à l'état de santé des néo-aquitains et à l'offre de santé. Toutefois, la CRSA regrette que les enjeux liés à l'offre de prévention ne soient pas évoqués. Deux enjeux transversaux sont également mentionnés pour réduire les atteintes à la santé et améliorer le parcours de santé.

Après un travail de concertation très approfondi avec les différentes commissions de la CRSA, mais aussi au sein du comité de pilotage, les cinq orientations et les 35 objectifs stratégiques qu'il comprend font très largement consensus. Chacune des orientations est complétée par une série de résultats attendus à 10 ans. Leur nombre, 18 au total, varie de 2 à 7 par orientation. La CRSA considère que ces résultats attendus, longtemps présentés par l'ARS comme de simples indicateurs, correspondent en réalité à de véritables objectifs opérationnels. Elle salue le travail de l'ARS pour en réduire le nombre afin de leur donner plus de force.

2.1.2 *Recommandations*

Même si le COS est très largement satisfaisant, la CRSA formule les recommandations suivantes :

- il existe une certaine redondance entre la formulation des deux enjeux transversaux et celle de plusieurs objectifs stratégiques notamment de l'orientation 1 et de l'orientation 3 ; de facto, ces deux enjeux apparaissent plus comme des finalités globales. Par exemple, réduire les atteintes évitables à la santé ne concerne pas que les milieux de vie et les comportements individuels, mais concerne aussi les activités de soins (iatrogénie notamment) ;
- les enjeux liés à l'offre en santé et au système de santé doivent être enrichis d'une dimension prévention ;
- l'orientation 1 doit comprendre un objectif stratégique supplémentaire, « prévenir la perte d'autonomie, notamment liée à l'âge » ;
- les orientations 3, 4 et 5 devraient comprendre un objectif stratégique lié à la formation des professionnels, mais aussi des usagers et de la population, pour accompagner les transformations du système de santé ; à cet égard, la formation pourrait être considérée comme un enjeu transversal du PRS ;
- au regard de la situation actuelle, la CRSA souhaite que les conditions d'accès et les modalités d'accueil aux urgences fassent l'objet d'un objectif stratégique beaucoup plus ambitieux avec en parallèle des résultats attendus qui ne se limitent pas à réduire la part de la population à plus de 30mn d'un service d'urgences ;

- au regard de la situation dans les établissements de santé, les établissements médico-sociaux et en ambulatoire, la CRSA souhaite que la dimension du « prendre soin » soit renforcée dans le COS avec des résultats attendus.

En conclusion, sous réserve des recommandations qui viennent d'être formulées, la CRSA approuve le cadre d'orientation stratégique proposé par l'ARS. Elle considère qu'il s'agit d'un document de qualité, appropriable, dont les résultats attendus débouchent sur des actions à dimension prioritaire. Dès lors qu'un résultat attendu figure dans le COS, on n'imagine pas en effet que l'ARS ne mette pas en œuvre les mesures pour l'atteindre.

2.2 SCHEMA REGIONAL DE SANTE – AXES 1 A 3

Le schéma régional de santé comprend plus de 200 pages et trois parties. La première consacrée à en définir les axes, la deuxième à en préciser les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) et la troisième à la permanence des soins en établissements de santé (PDSES).

2.2.1 Appréciation générale

La première partie d'une centaine de pages est dense et complexe. Elle présente cinq niveaux de lecture. Les trois axes se déclinent en 11 sous thèmes, qui à leur tour se déclinent en 33 rubriques dont une, la 2.2.2, elle-même subdivisée en 8. Il existe enfin pour chaque rubrique deux à trois niveaux d'objectifs opérationnels listant plusieurs centaines d'actions à mettre en œuvre.

La CRSA constate que le SRS ne renvoie explicitement ni aux orientations, ni aux objectifs stratégiques du COS, dont il est pourtant la déclinaison opérationnelle à 5 ans. Il y a ainsi cinq orientations dans le COS mais trois axes dans le SRS. On peut retrouver les objectifs stratégiques du COS soit dans les sous thèmes, soit dans les rubriques des axes, mais avec des rédactions différentes bien que proches. Il existe donc un risque non négligeable de voir ces deux documents être utilisés de façon juxtaposée et non pas articulée ou de voir l'un utilisé au détriment de l'autre.

La CRSA constate ensuite que le SRS est très inhomogène dans sa structuration, notamment dans la définition de ses objectifs opérationnels. Certains sont ainsi très généraux, par exemple en matière d'accès aux soins des personnes en situation de handicap (pages 33-34), d'autres au contraire sont particulièrement détaillés et concrets comme en matière d'accès aux soins urgents ou non programmés (pages 34-38) ou en matière de parcours de santé pour les personnes atteintes de cancer (pages 74-76).

La CRSA constate enfin que le SRS ne comporte aucune priorité, la liste de ses actions apparaissant alors comme une sorte de catalogue général. On ne dispose d'aucun objectifs chiffrés, ni d'aucun éléments financiers. Dès lors, la CRSA considère que le projet de SRS qui lui est soumis pose clairement des problèmes de faisabilité humaine et financière. Instruit par l'expérience, plus aucun acteur ne croit possible la mise en œuvre de l'intégralité du SRS dans les cinq ans à venir.

Au delà des recommandations d'amélioration qui vont suivre, la CRSA tient à faire part de plusieurs appréciations positives. S'agissant plus spécifiquement de l'axe 1 sur les déterminants de santé, même s'il ne « pèse » que le quart du document et n'est pas toujours décliné en actions opérationnelles, la CRSA considère que son registre est très complet, qu'il cible bien des publics couvrant tous les âges de la vie et qu'enfin il repose sur un universalisme proportionné, c'est-à-dire qu'il s'adresse à tous, de façon universelle, mais en dosant ses actions proportionnellement aux besoins des personnes et des groupes de population¹.

La CRSA apprécie que l'axe 2 consacré à l'organisation du système de santé et des parcours de santé mette l'accent sur le développement des prises en charge en ambulatoire et à domicile, levier majeur de transformation du système de santé. Elle soutient également la volonté de renforcer la démocratie sanitaire (en souhaitant que cette expression soit remplacée par « démocratie en santé ») l'implication du citoyen et le partenariat usagers-professionnels. Elle regrette néanmoins qu'aucune mesure ne soit envisagée pour évaluer le degré de satisfaction de la population.

L'axe 3 porte sur la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge. Dans ce cadre, la CRSA se félicite que l'amélioration de la prise en charge de la douleur et de la fin de vie figure dans le PRS. Elle rappelle les travaux de la CRSA Aquitaine mettant en évidence les délais insupportables allant jusqu'à plus de 6 mois pour accéder à une consultation de prise en charge de la douleur. La CRSA se félicite également de la volonté de promouvoir l'approche éthique dans les soins et les accompagnements.

2.2.2 *Recommandations*

Pour les trois axes, la CRSA souhaite que le contexte et les enjeux de santé mis en évidence dans le diagnostic régional viennent davantage étayer les objectifs proposés qui ne doivent pas seulement relever de considérants nationaux. Elle souhaite également que les objectifs opérationnels s'inscrivent dans une territorialisation des actions tenant compte de la réalité néo-aquitaine et de la logique d'universalisme proportionné. A cet égard, elle demande que le SRS promeuve et intègre les coopérations « ascendantes » portées par les acteurs de terrain et ne se limite pas à une déclinaison essentiellement « descendante ».

Concernant l'axe 1 « renforcer l'action sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé, la CRSA recommande :

- d'explicitier les modalités de coordination des acteurs de prévention et d'évaluation des actions de prévention ;

¹ L'universalisme proportionné est un concept défini par Sir Michael Marmot dans son rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010), "Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé". « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. C'est ce que nous appelons l'universalisme proportionné ».

- de prévoir des actions pour améliorer la lisibilité et l'accessibilité de l'offre de prévention sur la base d'objectifs explicites d'amélioration ;
- de ne pas en rester à l'ambition de promouvoir le pouvoir d'agir des personnes mais de prévoir des leviers pour y parvenir
- d'intégrer l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prévention et la prévention dans le parcours de santé ;
- d'élargir le périmètre de la promotion de la qualité de l'air intérieur à l'ensemble des locaux publics et privés ;
- de renforcer très substantiellement la promotion de la vaccination en identifiant des objectifs opérationnels beaucoup plus détaillés et précis.
- de développer la prévention et la promotion de la santé en faveur des personnes en situation de handicap, en particulier la prévention de la survenue du handicap.

Concernant l'axe 2 « organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé », la CRSA recommande :

- de renforcer le volet concernant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, pour l'instant très général et lapidaire ;
- d'intégrer la santé bucco-dentaire dans le SRS, aussi bien en matière de promotion de la santé, que de prévention ou d'accès aux soins et aux réhabilitations ;
- de développer la e-santé en Nouvelle-Aquitaine dans une logique d'universalisme proportionné, c'est-à-dire dans tous les territoires mais avec un effort marqué pour les plus isolés et les moins pourvus, en associant les collectivités territoriales ;
- de promouvoir l'ambulatoire sans en faire la compensation des baisses de capacité des établissements ;
- de mettre en place de façon concertée des outils d'évaluation de la qualité des soins par territoire ;
- de développer l'exercice mixte hôpital-libéral ;
- de faciliter la mise en place des maisons et centres de santé en s'appuyant sur les professionnels hospitaliers et libéraux ;
- de ne pas faire du redéploiement et de la transformation des places le seul levier d'évolution de l'offre médico-sociale ;
- pour renforcer les modalités actuelles d'accompagnement de la perte d'autonomie à domicile ou en promouvoir de nouvelles formes, d'inscrire dans le SRS le principe de création de places, par exemple en SSIAD ;
- de conforter le rôle des EHPAD comme pôle de ressources de proximité pour soutenir l'accompagnement à domicile
- de mesurer régulièrement le degré de satisfaction de la population et des professionnels, notamment en matière de délais d'accès aux soins.

Concernant l'axe 3 « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge », la CRSA recommande :

- d'élargir le « prendre soin » à l'ensemble des professionnels du champ de la santé (soins et médico-social) dans toutes ses composantes (lourdeurs physiques et psychiques, souffrance mentale) ;
- d'intégrer dans le SRS une vraie stratégie d'expérimentation, notamment en s'appuyant sur l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, et qui prévoit dès le départ en fonction des résultats, soit les modalités d'une extension ou d'une généralisation, soit les modalités d'une remise en cause avec accompagnement des promoteurs.

En conclusion, la CRSA considère que le contenu des axes 1 à 3 du SRS, reflet du travail accompli dans les groupes mis en place par l'ARS, traduit un effort de synthèse conséquent mais qui n'a pas pu être mené à son terme avec la même qualité que pour le COS par manque de temps. Le document est riche, mais hétérogène, parfois très général, parfois très précis. Il effectue une mise à plat avec le souci de ne rien oublier. Mais tout est mis au même niveau et il en résulte un effet catalogue. Si la CRSA se retrouve en accord avec de nombreux aspects développés, elle considère que la partie du SRS relative aux axes 1 à 3 doit être améliorée pour plus d'articulation et de continuité avec le COS, plus d'homogénéité dans les niveaux d'actions proposés, en prenant en compte les recommandations qu'elle a formulées. Elle soulève à nouveau la nécessité de faire émerger des priorités.

2.3 SCHEMA REGIONAL DE SANTE – OBJECTIFS QUANTIFIES DE L'OFFRE DE SOINS (OQOS)

La CRSA attire d'abord l'attention sur la réforme prochaine du régime des autorisations qui sera très structurante et devrait conduire à revoir le SRS d'ici 18 mois. Ce nouvel élément, s'il ne limite pas la portée des OQOS, renforce la nécessité d'une vision adaptative partagée.

2.3.1 Appréciation générale

La partie du SRS consacrée aux objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) est unanimement considérée comme d'une grande complexité. Même les membres de la CRSA les plus au fait de ces sujets disent avoir eu beaucoup de difficulté à s'approprier son contenu. Face à cette situation, la CRSA tient à souligner que l'ARS a fait preuve de réactivité et d'écoute en proposant de rencontrer les fédérations d'établissements qui le souhaiteraient.

Les OQOS s'appuient sur un zonage de l'offre de soins dont la CRSA souligne à nouveau qu'il a été défini sans référence aux critères réglementaires, sans référence aux zonages existants, sans prise en compte de la réalité des territoires néo-aquitains et sans vision prospective notamment au regard des évolutions de population. La distinction entre zones de proximité et zones de recours ne s'avère pas nécessairement protectrice des zones de recours au vu des OQOS. La CRSA regrette donc une fois de plus qu'aucune de ses remarques n'aient été entendue, sans aucune évolution du texte accompagnant le projet de zonage qui lui a été présenté à plusieurs reprises à l'identique.

Si la gradation des soins hospitaliers entre zones est logique, la CRSA s'étonne qu'il n'existe aucune approche globale au sein des zones tenant compte tout d'abord des soins ambulatoires de premier ou deuxième recours. Cette absence de vision globale conduit à envisager de probables suppressions d'autorisation au risque de fragiliser encore plus des territoires en difficulté sur le plan de la démographie médicale et de l'accès aux soins. L'offre médico-sociale relative aux personnes âgées ou en situation de handicap n'est pas non plus considérée, malgré son impact en amont ou en aval des soins hospitaliers. Plus généralement, la CRSA constate que si dans certains territoires les OQOS résultent d'une concertation et d'un consensus entre les acteurs sur la base de projets structurants, ce n'est pas le cas dans d'autres

territoires, ce qui peut conduire à des situations de blocage et de tensions tout à fait préjudiciables. La CRSA considère que tout projet de coopération et de restructuration doit faire l'objet d'une évaluation préalable.

La CRSA tient enfin à alerter l'ARS sur les critères et les conditions techniques à respecter pour obtenir une autorisation. Si les cahiers des charges nationaux s'imposent à tous juridiquement, les critères « régionaux » ajoutés, par exemple seuils de chirurgie, organisation de la cancérologie, équipements lourds, doivent permettre de diminuer les inégalités de traitement, entre zones ou entre régions, Ils doivent également contribuer à lutter contre les impacts négatifs de l'évolution de la démographie médicale dans certaines spécialités et à éviter des répartitions inévitables des contraintes de la permanence des soins entre professionnels d'un même territoire.

Pour autant, la CRSA considère légitime que l'ARS souhaite accompagner les critères nationaux d'éléments d'appréciation supplémentaires prenant en compte soit la réalité de la Nouvelle-Aquitaine, soit les orientations d'une politique régionale en faveur d'une égalité d'accès aux soins. Au demeurant la CSOS a déjà témoigné dans ses avis qu'elle pouvait appuyer la vision portée par l'ARS.

La CRSA pose toutefois deux conditions à une telle approche. En premier lieu, ces critères d'appréciation supplémentaires doivent résulter d'une véritable concertation la plus consensuelle possible. En second lieu, l'ARS doit prendre en compte les avis de la CRSA (CSOS) sur les modalités d'application de ces critères dans des cas précis et s'engager à donner par écrit ses arguments en cas de non suivi de l'avis de la CRSA.

2.3.2 Recommandations

S'agissant de la détermination des OQOS, la CRSA recommande

- de mieux tenir compte des flux de population, notamment de façon prospective ;
- de prendre en compte la réalité de la démographie des médecins et autres professionnels de santé dans le cadre d'une synergie globale soins en établissement / soins ambulatoires notamment pour éviter une déstabilisation supplémentaire des acteurs de premiers et second recours ;
- de prendre en compte la réalité de l'offre médico-sociale figurant dans le PRIAC ;
- de compléter la mesure des seuils d'activité, par des mesures du nombre d'actes par habitant ;
- de définir des OQOS validant les projets restructurants ayant fait l'objet d'un consensus entre les acteurs ;
- dans les zones encore en débat, de définir les OQOS sous forme de fourchette et non pas d'une valeur unique pour éviter de bloquer les négociations et pour faire du SRS un point d'appui pour la concertation ;
- de préciser la notion de site mais également la valeur des différents seuils évoqués.

En conclusion, la CRSA considère que la partie du SRS consacrée aux OQOS manque de lisibilité, sans pour autant y voir une volonté délibérée de l'ARS. La CRSA considère que plusieurs aspects de cette partie sont insatisfaisants, notamment ceux qui ont trait à la définition des zones de l'offre, au manque d'approche globale de l'ensemble de l'offre, au statut imprécis de critères s'ajoutant aux cahiers des charges nationaux, au manque ou à l'insuffisance de concertation préalable dans certaines zones. La CRSA invite donc l'ARS à faire évoluer son projet pour faire du SRS, et des OQOS, un véritable outil de référence traduisant une vision la plus possible partagée dans une logique d'ouverture, de concertation, d'écoute et de confiance entre les acteurs.

2.4 SCHEMA REGIONAL DE SANTE – PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE (PDSES)

2.4.1 Appréciation générale

La dernière partie du SRS est consacrée à la permanence des soins en établissement de santé. Que ce soit au cours de l'assemblée plénière du 26 avril 2018 ou au cours de la séance du 4 mai de la Commission de l'organisation des soins (CSOS), le projet d'organisation de la PDSES a été jugé insatisfaisant.

L'augmentation des ½ astreintes pose la question de la permanence des soins en nuit profonde. Tout comme se pose la question des nouvelles lignes de PDSES à partir d'offres existantes.

Au delà de ces remarques, les débats ont mis en évidence une absence de concertation avec les acteurs de la PDSES. La CRSA a le sentiment que le souci d'harmoniser les pratiques entre les trois ex régions a prévalu sur une approche au plus près des besoins. La CRSA ne souhaite pas non plus qu'un souci d'efficience compréhensif ne conduise à faire de la logique financière le critère dominant de l'organisation de la PDSES

2.4.2 Recommandation

Compte tenu des éléments qui précèdent, la CRSA recommande que le projet de PDSES figurant dans le SRS soit revu dans le cadre d'une concertation avec l'ensemble des acteurs concernés. Lors de la CSOS du 4 mai 2018, il est apparu que cette concertation pouvait se tenir dans les prochaines semaines de telle sorte que le PRS arrêté par le Directeur général de l'ARS d'ici mi-juillet puisse en tenir compte.

En conclusion, la CRSA considère que la partie du SRS consacrée à la permanence des soins en établissements de santé n'a pas été suffisamment concertée avec les acteurs régionaux concernés. Il ne s'agit pas seulement de partir de l'existant en harmonisant les pratiques entre les trois ex régions. Il faut aussi faire face à de nouveaux enjeux en termes humains et financiers pour répondre aux besoins des habitants.

2.5 PROGRAMME REGIONAL D'ACCES A LA PREVENTION ET AUX SOINS (PRAPS)

2.4.1 Appréciation générale

Partie intégrante du PRS, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins se distingue des deux autres documents par sa dimension programmatique plus directement opérationnelle. Il a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail pluraliste dans la même logique que les autres groupes.

La CRSA considère que le document qui lui a été remis est un document clair, précis et appropriable. Elle partage les six objectifs opérationnels et les deux axes transversaux du PRAPS.

Par ailleurs, la CRSA a été sensible à la volonté d'articulation du PRAPS avec les autres dispositifs, et d'abord le SRS. Le PRAPS comporte une soixantaine d'actions dont 13 ont été identifiées comme prioritaires. La CRSA se félicite tout particulièrement de cette volonté d'identifier des priorités au sein des actions à conduire.

Elle se félicite également de l'effort d'affichage des moyens mobilisés, financiers et techniques, même si cet effort ne va pas jusqu'au chiffrage.

2.4.2 Recommandations

S'agissant du programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), la CRSA recommande

- de compléter les indicateurs d'objectifs, essentiellement indicateurs d'activité, par des indicateurs permettant d'apprécier l'impact du PRAPS sur l'accès aux soins, à la prévention et à la promotion de la santé des personnes cibles du programme et l'amélioration de leur état de santé ;
- au delà de la dimension inclusive, de placer également le PRAPS dans une logique d'universalisme proportionné.

En conclusion, la CRSA approuve le programme régional d'accès à la prévention et aux soins. Elle considère qu'il s'agit, comme le COS, d'un document de qualité. Elle se félicite du souci d'articulation, de la définition d'actions prioritaires et de l'explicitation des moyens mobilisés.

3- APPRECIATION SUR LA BASE DES 10 CRITERES D'EVALUATION DE LA CRSA

Dans son avis du 17 mars 2017 sur l'élaboration du PRS, la CRSA a souhaité préciser les critères qu'elle utiliserait pour donner son appréciation sur le projet de PRS. Au nombre de 10, ces critères permettent une évaluation transversale de l'ensemble du PRS, au delà de chacune de ses composantes.

3.1 CRITERE DE SIMPLIFICATION

Le système de santé est aujourd'hui d'une grande complexité ce qui pénalise aussi bien les professionnels que la population. Si le PRS n'aggrave pas cette complexité au niveau régional, il ne la réduit pas non plus et ne renforce pas l'agilité des acteurs. La CRSA regrette que PRS ne comporte aucune incitation invitant chaque acteur, notamment institutionnel, à auditer ses procédures pour voir comment les simplifier, par exemple en matière d'admission dans un établissement.

3.2 CRITERE D'ACCES GLOBAL A LA SANTE

Dans la logique de la Stratégie nationale de santé, l'approche globale du PRS devrait favoriser la culture préventive et la prise en compte d'un plus grand nombre de déterminants de santé, notamment en sensibilisant les collectivités territoriales, sous réserve d'intégrer les données des plans et schémas spécifiques autre que le PRS.

Toutefois, le monde de l'entreprise est peu présent, tant dans sa dimension santé au travail que dans l'impact de ses activités sur la santé. Il manque également un objectif fédérateur et mobilisateur pour faire de la Nouvelle-Aquitaine, une région promotrice de santé, une région « fabrique de santé ».

3.3 CRITERE DE REORGANISATION DU SYSTEME REGIONAL DE SANTE ET DE COHERENCE TERRITORIALE

A l'évidence, la logique de parcours de santé est bien présente dans le PRS et avec elle une façon de répondre aux besoins de santé de la population plus cohérente et moins génératrice de rupture. Malheureusement, on ne voit pas bien comment cette logique de parcours entre en synergie avec une cohérence territoriale lui donnant toute sa force. Les territoires sont en effet définis de façon segmentée par type d'offre et non pas de façon à construire une offre globale par territoire pour permettre à chacun de pouvoir suivre le parcours de santé dont il a besoin.

3.4 CRITERE D'ACCES AUX SOINS (PREVENTIFS, CURATIFS OU PALLIATIFS), AUX PRISES EN CHARGE ET AUX ACCOMPAGNEMENTS

La CRSA rappelle que le PRS doit concourir à assurer la même qualité de soin partout et pour tous.

La CRSA constate tout d'abord que la santé bucco-dentaire n'est pas prise en compte par le PRS, hormis les situations de précarité, alors qu'il s'agit d'un domaine avec de nombreux renoncements aux soins.

Alors même que la question des délais est aujourd'hui la principale difficulté d'accès aux soins avant même les aspects financiers, le PRS comporte peu de moyens susceptibles d'agir concrètement sur les délais d'accès aux soins et aux accompagnements.

Si la CRSA constate que les mesures à destination des personnes en situation de précarité prévues dans le PRAPS devraient faciliter leur accès aux soins, elle regrette que celles à destination des personnes en situation de handicap restent aussi générales et peu précises en matière d'accès aux soins.

Par ailleurs, il existe un risque que dans certaines zones les OQOS envisagés fragilisent par contrecoup le tissu médical libéral ambulatoire.

Enfin, il n'existe pas de mesure, même partielle, de la qualité des soins par territoire.

3.5 CRITERE DE DEMOCRATIE EN SANTE

Le PRS comporte différentes mesures pour renforcer la citoyenneté en santé. En revanche, il n'y a pas de mesure renforçant les instances de démocratie en santé, CRSA et CTS. La CRSA regrette que ces instances, régionale ou de proximité, ne disposent pas d'une véritable plate-forme d'appui dotée de moyens spécifiques clairement identifiés.

Par ailleurs, malgré différentes expériences auprès de la population ou des professionnels dans les trois ex régions, le PRS ne prévoit pas de dispositifs permettant de suivre régulièrement le degré de satisfaction des habitants et des professionnels et plus généralement de les consulter.

3.6 CRITERE DE COMPREHENSION ET D'APPROPRIATION

Les documents relatifs au cadre d'orientation stratégique et au programme régional d'accès à la prévention et aux soins sont lisibles et sans doute assez largement appropriables par la plupart des acteurs de santé, professionnels et associations d'usagers. Dans cet avis, la CRSA en a souligné la qualité.

Le SRS est un document dense, difficilement appropriable dans sa globalité, en particulier la partie sur les OQOS. Son articulation avec le COS n'est pas immédiate. La liste de ses actions, plusieurs centaines, accentue sa dimension sectorielle.

3.7 CRITERE DE FAISABILITE ET DE REPRODUCTIBILITE

La faisabilité du PRS, la reproductibilité ou la généralisation de ses actions posent clairement problème. On ne dispose en effet d'aucune indication sur les moyens humains ou financiers nécessaires, à l'heure même où les effectifs de l'ARS connaissent une baisse sensible. La CRSA constate que ce doute sur la faisabilité du PRS a désormais gagné l'essentiel des acteurs professionnels ou institutionnels.

3.8 CRITERE DE PRIORITE

Contrairement aux demandes répétées de la CRSA, le PRS ne comporte aucune priorité explicite, ce qui nuit à sa crédibilité auprès des acteurs et risque d'en faire un catalogue de « bonnes intentions » où chacun viendra puiser au gré des opportunités. Toutefois, la CRSA souligne que, sans le reconnaître comme tel, les 18 résultats attendus à 10 ans dans le cadre du COS constituent une forme de priorité.

3.9 CRITERE DE PERTINENCE, D'EFFICIENCE ET DE SOLIDARITE

Au regard des enjeux de santé ou des besoins de la population, différentes actions évoquées dans le PRS sont tout à fait pertinentes. En revanche, la CRSA constate que l'impact prévisible du PRS en terme d'efficacité et de plus value est difficile à apprécier. Aucun dispositif d'évaluation, d'impact ou même de suivi n'est proposé dans le PRS.

3.10 CRITERE DE SUPPORTABILITE FINANCIERE

Aucun élément du PRS ne permet d'apprécier concrètement et précisément la façon dont les dotations financières seront redéployées, selon quelles modalités, en fonction de quelles priorités, vers quels acteurs ou quels territoires.

Par ailleurs, la diminution de la pression des restes à charge n'est pas abordée. Elle est donc laissée à l'impact de mesures nationales, sans aucune initiative régionale, a minima pour en préciser l'importance par territoire, y compris dans le champ du médico-social.

4- RECOMMANDATIONS FINALES

Au fil de son avis, la CRSA a formulé différentes recommandations. Elle souhaite dans cette partie insister sur les plus importantes, en particulier en formulant des propositions de priorités à inscrire dans le PRS.

4.1 INTEGRER TROIS CHARTES EN TANT QU'ELEMENT DE REFERENCE DU PRS

La CRSA recommande tout d'abord que les trois chartes suivantes soient intégrées au PRS et que leur promotion et leur application fassent l'objet d'un soutien engagé de l'ARS, soutien auquel la CRSA est prête à apporter son concours :

- Charte de la personne dans son parcours personnalisé de santé et des professionnels l'accompagnant dite « charte du parcours de santé » de la Conférence nationale de santé
- Charte Romain Jacob « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap »
- Charte de bonnes pratiques des médecins et des patients/usagers élaborée à l'initiative de la commission éthique de l'URPS médecins libéraux, à décliner pour les autres professionnels de santé.

4.2 RESTRUCTURER LE SRS POUR UNE ARTICULATION LISIBLE AVEC LE COS

La CRSA recommande d'abandonner les trois axes du SRS pour reprendre les cinq orientations stratégiques du COS afin de souligner l'articulation entre ces deux composantes du PRS. Elle recommande également que les objectifs stratégiques du COS apparaissent plus explicitement dans le SRS. La CRSA recommande également de renforcer l'homogénéité du SRS en réduisant les disparités entre aspects très généraux et aspects très précis.

4.3 Définir des priorités pour les 5 ans à venir

Les trois ex CRSA ont conduit une réflexion commune avant la mise en place de la CRSA Nouvelle-Aquitaine pour définir les priorités à porter dans le futur PRS. Ces priorités ont été complétées pour tenir compte de l'urgence de certaines situations. Dans ce cadre la CRSA rappelle que « définir une priorité consiste à mettre l'accent, humain, financier, en terme de réflexion, sur un domaine particulier sur la base de critères de choix explicites. Mettre ainsi l'accent sur un secteur ne signifie pas pour autant que l'on s'arrête de s'occuper des autres. De la même manière que donner la priorité à une matière scolaire où un enfant a des lacunes ou des difficultés, par exemple en lui donnant des cours supplémentaires, n'implique en rien d'arrêter de lui enseigner les autres matières. »

A cet égard, la CRSA se félicite qu'à l'occasion du conseil de surveillance de l'ARS du 14 mars 2018, le Directeur général de l'ARS ait déclaré : « c'est certain qu'il allait falloir faire des priorités » dans le cadre du PRS.

4.3.1 Une priorité centrale

Pour la CRSA, il convient d'agir avec volontarisme pour réduire les freins organisationnels et la complexité du système de santé. Sans attendre les décisions nationales, il faut commencer par simplifier toutes les procédures sinon à la main des acteurs régionaux, du moins à leur pouvoir d'appréciation et d'interprétation. Et elles sont nombreuses en réalité. Il faut libérer l'énergie des acteurs pour faciliter la vie des professionnels comme celle des usagers. Cela doit être une préoccupation constante à tous les niveaux. Cela doit être la préoccupation de tous.

4.3.2 Sept priorités de santé

Sur la base des réflexions conduites par les trois ex CRSA, la CRSA Nouvelle-Aquitaine souhaite que le PRS fasse tout d'abord émerger les cinq domaines prioritaires suivants :

- santé environnementale
- santé mentale
- addictions (alcool, tabac et cannabis)
- situation de handicap et de perte d'autonomie
- prévention vaccinale des maladies.

Par ailleurs, pour tenir compte de la situation de tension actuelle du système de santé qui exige des réponses à la fois conjoncturelles et structurelles, la CRSA juge

indispensable d'ajouter aux cinq domaines prioritaires précédents, les deux suivants :

- organisation de la réponse aux urgences
- organisation du « prendre soin » des professionnels.

Tous ces domaines figurent déjà dans le PRS au même niveau que les autres. La CRSA demande qu'ils soient mis en avant, chacun d'eux accompagné d'objectifs opérationnels précis avec fléchage des moyens envisagés et calendrier de mise en œuvre.

4.3.3 Cinq priorités « logistiques »

Pour compléter les priorités de santé, la CRSA demande que les dimensions suivantes soient elles aussi considérées comme prioritaires :

- renforcer le système d'information et d'évaluation, y compris de façon prospective
- mettre en place un dispositif d'évaluation du PRS et de ses actions
- promouvoir l'utilisation du « nouveau » DMP tant auprès des professionnels que de la population
- donner la priorité aux plates-formes territoriales d'appui pour les professionnels et les usagers pour renforcer la logique de parcours de santé
- engager un effort conséquent de formation et d'information en direction des professionnels, des usagers et de la population.

4.4 DONNER TOUTE SA PLACE A LA DEMOCRATIE EN SANTE

A de nombreuses reprises au cours de la phase d'élaboration du PRS, l'ARS a expliqué que le SRS étant un schéma et non un programme, il était normal qu'il reste assez général. Par contre, l'ARS a précisé, par exemple en matière d'accès aux soins des personnes en situation de handicap que l'ARS disposait d'un plan d'action beaucoup plus précis que les seules indications du PRS.

Même si ce n'est pas toujours le cas en pratique, comme cela a été indiqué, il s'agit d'un argument understandable. Mais il pose un vrai problème en terme de consultation de la CRSA et de démocratie en santé. En effet, la loi ne prévoit la consultation de la CRSA que sur le PRS. Si celui-ci reste général, car étant un schéma et non pas un programme, cela revient à demander à la CRSA une sorte « d'avis en blanc », par analogie avec un « chèque en blanc », sachant que l'essentiel se déroulera ultérieurement au moment de la déclinaison opérationnelle du PRS. La CRSA considère que cette façon de procéder est contraire à l'esprit de la démocratie en santé, même si elle est juridiquement conforme.

En conséquence, la CRSA demande que le texte du PRS prévoit d'associer systématiquement les instances de la démocratie en santé, CRSA et CTS, à la mise en œuvre du PRS dans le cadre d'une concertation et d'une consultation lors de l'élaboration par l'ARS de sa feuille de route annuelle ou pluriannuelle et de son suivi. C'est l'occasion de sortir de la situation actuelle où la CRSA n'a aucune visibilité sur l'ensemble des activités de l'ARS. Si l'on admet aujourd'hui que les patients puissent avoir une véritable expertise qui doit être prise en compte, il est grand temps de considérer que les 300 membres de la CRSA (titulaires et suppléants) disposent eux-aussi d'une véritable expertise collective de terrain dont la mobilisation ne peut qu'apporter de la valeur ajoutée à la politique de santé régionale. Cette reconnaissance de la démocratie en santé, en prolongement de la citoyenneté en santé, nécessite un minimum de moyens qui pourraient trouver place au sein d'une plate-forme régionale d'appui commune à la CRSA et au CTS.

5- AMENDEMENTS SPECIFIQUES AU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

A la suite des propositions formulées par différents de ses membres, la cinquième partie de l'avis de la CRSA regroupe les demandes spécifiques de modification du schéma régional de santé adoptées par l'assemblée plénière. Les demandes sont présentées en suivant la pagination du SRS. Chacune d'elles a fait l'objet d'un vote particulier.

Page 40

- REMPLACER LE PARAGRAPHE SUIVANT :

« *Dans ce contexte, les missions de santé publique relatives à l'imagerie médicale doivent être garanties en prenant en compte, en tant que de besoin, dans les dossiers de demande d'autorisation et renouvellement d'autorisation... ».*

- PAR LE TEXTE SUIVANT :

« Dans ce contexte, les missions de santé publique relatives à l'imagerie médicale doivent être prises en compte. Les dossiers de demande d'autorisation et de renouvellement d'autorisation doivent s'en tenir au cahier des charges national, ce qui n'exclut pas de la part des promoteurs la prise en compte de différents éléments de service public mais lesquels ne doivent pas être considérés comme éléments opposables ».

Page 45

PARAGRAPHE SUIVANT A SUPPRIMER

« *Une des réponses posée par la loi de modernisation de notre système de santé à la question de la gradation de l'offre, en proximité, réside dans l'instauration des groupements hospitaliers de territoires (GHT) dont la pierre angulaire est le projet médical partagé (PMP) qui définit l'organisation par filière au sein du territoire. »*

JUSTIFICATION : L'organisation territoriale ne peut ni se limiter au GHT, ni se résumer à la gradation de l'offre de soins dans les GHT. Le projet médical de territoire (PMT) doit se faire avec tous les acteurs de terrain.

Page 72 et page 74

Page 72 : REMPLACER « Il s'agit donc de développer les soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisés en affections des systèmes nerveux »

PAR « Il s'agit..... **SSR avec mention principale pour les** affections du système nerveux ».

Page 72 : pour les CSO (Centres Spécialisés Obésité) : REMPLACER «L'accès à un SSR spécialisé »

PAR « L'accès à un **SSR avec mention Obésité Nutrition** ».

Page 74 : REMPLACER « Développer les soins de suite et de réadaptation (SSR) en onco-hématologie »

PAR « développer des soins de suite **avec mention onco-hématologie** ».

JUSTIFICATION : Les SSR ont des autorisations dans certaines thématiques de soins de suite, nommées « mentions » selon leur orientation et nombres d'entre eux peuvent être polyvalents avec plusieurs « mentions ».

Page 106

TEXTE SUIVANT A COMPLETER :

« L'objectif générique de dissociation par territoire d'une zone de recours et d'une zone de proximité vise précisément à empêcher une massification des autorisations sur la zone urbaine qui présente déjà l'offre de soins la plus dense. Cette dissociation permet ainsi d'éviter le plus possible ce phénomène de concentration qui a tendance à se produire si le périmètre des besoins à satisfaire impérativement en proximité n'est pas plus finement décrit dans le schéma. La description de l'offre qui doit être déclinée hors de la zone la plus dense permet en effet d'assurer matériellement l'égalité d'accès aux soins en encadrant mieux la délivrance des autorisations futures. ». *Les activités de recours peuvent être dans un territoire de proximité.*

JUSTIFICATION : Risque de confusion entre territoire de recours et activités de recours.

Page 111

- Tableau 2 (Sud ex-Aquitaine, 40 - 64)
Ligne 6 : Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux.

COLONNE 2 : CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS

RAJOUTER 1

COLONNE 3 SCHEMA CIBLE 2018 -2023 :

RAJOUTER 1

JUSTIFICATION : Pour les activités d'AMP et autres il y a quatre zones de planification. La zone sud ex-Aquitaine est et sera encore la seule à ne pas avoir d'autorisation de « Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux ».

Page 115

- Tableau 3 (Gironde)
Ligne 2 : Rythmologie interventionnelle

COLONNE 2 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS :

RAJOUTER + 1.

COLONNE 3 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 :

REPLACER 3 PAR 4.

JUSTIFICATION : Gros centre de cardiologie reconnu avec 18 cardiologues, sans cette autorisation, avec des besoins

Page 116

- Tableau 5 (Haute Vienne)
Ligne 1 : Rythmologie interventionnelle

COLONNE 2 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS :
REPLACER -1 PAR -1 A 0
COLONNE 3 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 :
REPLACER 1 PAR 1 A 2.

JUSTIFICATION : Les seuils sont atteints. Ce territoire, étant contigu à celui de la Creuse (territoire en grande difficulté sur l'offre de médecine de spécialités), il est envisagé de travailler sur des activités « hors les murs ». Le maillage par les cardiologues sur les territoires de proximité est en cours. Si suppression d'un site, difficultés de recrutement médical par défaut d'attractivité. Diminution de l'accessibilité aux soins.

Page 132

- Tableau 1 (Vienne)
Ligne 1 : Médecine sous la forme HAD

COLONNE 2 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS :
REPLACER -2 PAR 0

JUSTIFICATION : Etant données les caractéristiques de la population de la Vienne (département rural, population vieillissante, problématiques de transports, d'inégalités sociales en santé, ..) et la fragilité de l'offre en santé, l'hospitalisation à domicile doit rester une offre de proximité

Page 143

- Tableau 1 (Vienne)
Ligne 6 : Structure des urgences

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :
REPLACER -1 PAR 0

JUSTIFICATION : La prise en charge des urgences notamment neuro-vasculaire et cardiologique doit permettre à chaque citoyen d'être à moins de 30 minutes d'un groupe hospitalier pour éviter toute perte de chance dans le traitement indiqué. Etant données les caractéristiques de la population de la Vienne (département rural, problématique de transport, zone de désertification médicale ..) et la fragilité de l'offre en santé la mise en place d'un centre de soins non programmés ne remplace en aucun cas un SMUR terrestre et une structure des urgences pour une prise en charge identique de chacun des citoyens de la Vienne quelque soit son lieu de résidence.

Page 145

- Tableau 2 (Creuse)
Lignes 1 et 2 Chirurgie HC et chirurgie ambulatoire

COLONNE 3 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

REEMPLACER EN ZONE DE RECOURS -1 PAR -1 A 0.

COLONNE 5 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

REEMPLACER EN ZONE DE RECOURS 1 PAR 1 A 2.

JUSTIFICATION : Pour ce territoire, laisser aux acteurs du territoire la possibilité de négocier sereinement leurs coopérations : sinon risque majeur de désertification chirurgicale et de perte d'attractivité.

Page 147

- Tableau 2 (Vienne)
Lignes 1 et 2 Chirurgie HC et chirurgie ambulatoire

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

REEMPLACER EN ZONE DE PROXIMITE -2 A 0 PAR 0.

COLONNE 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

REEMPLACER EN ZONE DE PROXIMITE 1 A 3 PAR 3.

JUSTIFICATION : Le territoire de la Vienne est en grande partie rural et les derniers chiffres (avril et mai 2018) de l'Observatoire Régional de la Santé attestent des difficultés de la population notamment dans le territoire Nord-Vienne, de la désertification en santé avec le risque d'un renoncement aux soins. Dans ce contexte, les OQOS doivent conforter l'offre existante pour permettre de préserver une offre de soins de proximité. Etant donné la fragilité de cette offre, la pérennisation des autorisations est de nature à rassurer les acteurs. C'est une condition essentielle pour éviter tout départ de professionnels qui serait catastrophique pour le territoire et permettre de nouveaux recrutements. C'est aussi le moyen de conforter les travaux de coopérations déjà engagés.

Page 150

- Tableau 4 (Lot et Garonne)
Lignes 3 et 4 maternité niveau 2A, maternité niveau 1

COLONNE 3 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

EN ZONE DE RECOURS EN LIGNE 3, METTRE 0 A +1 ET EN LIGNE 4, METTRE -1 A 0.

COLONNE 5 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

EN ZONE DE RECOURS EN LIGNE 3, METTRE 1 ET GRISER LA LIGNE 4.

JUSTIFICATION : Activité soutenue d'obstétrique qui serait sécurisée par une reconnaissance d'un niveau supérieur

Page 151

Tableau 2 (Béarn et Soule)
Lignes 3 et 4 maternité niveau 2A, maternité niveau 1

COLONNE 3 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

EN ZONE DE RECOURS EN LIGNE 3, METTRE 0 A +1 ET EN LIGNE 4, METTRE -1 A 0.

COLONNE 5 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

EN ZONE DE RECOURS EN LIGNE 3, METTRE 1 ET GRISER LA LIGNE 4.

JUSTIFICATION : Maternité de plus de 1 500 accouchements avec un fonctionnement répondant aux normes techniques et humaines d'un niveau 2A sans reconnaissance. Cette reconnaissance serait plus attractive pour le recrutement des obstétriciens sur l'ensemble du territoire.

Page 152

Tableau 1 (Haute Vienne)
Lignes 3 et 4 maternité niveau 2A, maternité niveau 1

COLONNE 3 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE DE RECOURS :

EN ZONE DE RECOURS EN LIGNE 3, METTRE 0 A +1 ET EN LIGNE 4, METTRE -1 A 0.

COLONNE 5 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 :

EN ZONE DE RECOURS EN LIGNE 3, METTRE 1 ET GRISER LA LIGNE 4.

JUSTIFICATION : Activité soutenue d'obstétrique qui serait sécurisée par une reconnaissance d'un niveau supérieur

OQOS SSR (pages 154 à 166)

SUR TOUS LES TABLEAUX, PRECISER QUE L'ENDOCRINOLOGIE, LA NUTRITION ET L'OBESITE SE TROUVENT SOUS LA MENTION GLOBALE « DIGESTIF ».

SUR TOUS LES TABLEAUX, ENLEVER LES PLACES POSSIBLES EN PEDIATRIE AU NIVEAU DE L'ACTIVITE « PERSONNES AGEES ».

Page 160

Tableau 1 (Landes)
Activité N° 8, Personnes âgées

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, METTRE EN HOSPITALISATION COMPLETE +1.

COLONNE 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, REMPLACER EN HOSPITALISATION COMPLETE 3 PAR 4.

JUSTIFICATION : Projet d'un établissement en cours (spécialisation d'un SSR polyvalent).

Page 161

Tableau 1 (Lot et Garonne)
 Activité N° 8, Personnes âgées

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

EN ZONE DE PROXIMITE, RAJOUTER EN HOSPITALISATION COMPLETE +1

COLONNE 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

EN ZONE DE PROXIMITE, REMPLACER EN HOSPITALISATION COMPLETE 5 PAR 6.

JUSTIFICATION : Projet d'un établissement en cours (spécialisation d'un SSR polyvalent).

Page 172

DERNIER PARAGRAPHE A COMPLETER :

« Lorsque sur toute une zone territoriale (zone infra-territoriale de recours + zone infra-territoriale de proximité), on constate une absence d'offre garantie à tarifs opposables, **ou sans reste à charge**, une implantation supplémentaire, exprimée en fourchette haute, est prévue comme possible. »

Page 173

SUPPRESSION DU PARAGRAPHE 2 SUIVANT :

« Compte tenu des tensions extrêmement fortes en termes de démographie médicale des gynécologues-obstétriciens, les autorisations relatives à ces deux types de chirurgie carcinologique sont liées chaque fois que possible avec les autorisations délivrées en obstétrique afin d'éviter une mise en concurrence des établissements dans leurs recrutements médicaux qui soit au détriment des structures ayant à faire vivre une autorisation d'obstétrique sans autorisation de carcinologie en parallèle. L'implantation des jeunes praticiens dans l'activité d'obstétrique dépendant fortement des possibilités d'accès à un plateau technique disposant des autorisations de chirurgie carcinologie gynécologique et mammaire (en tout cas, a minima de chirurgie mammaire) la constitution de pôles « femme-mère-enfant » est privilégiée. Lorsque les autorisations d'obstétrique et de chirurgie carcinologique gynécologique et mammaire sont découplées, la délivrance de ces autorisations de chirurgie carcinologique ou leur renouvellement pourra être conditionné à une participation à l'activité obstétricale du territoire concerné. »

JUSTIFICATION : Aujourd'hui le lien juridique entre les autorisations de cancers gynécologique et mammaire et l'autorisation d'obstétrique n'existe pas. Ce sont des autorisations distinctes. Il n'y a pas lieu de créer une spécification régionale.

Page 173

DANS LA PHRASE SUIVANTE, CORRIGER LE SEUIL D'ACTIVITE MINIMALE A **150** AU LIEU DE 80 :
 « *La pratique suffisante et régulière d'une équipe pour assurer une prise en charge de qualité a justifié la mise en place des seuils annuels d'activité définis pour la chimiothérapie. Ainsi le seuil d'activité minimale est fixé à au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en ambulatoire* ».

JUSTIFICATION : le seuil d'activité minimale fixé à 80 patients traités par an pour obtenir une autorisation de chimiothérapie par zone infra-territoriale de recours paraît très faible.

Page 173

PARAGRAPHE 4, ALINEA 2, REMPLACER « DUMENT APPROUVE PAR L'ARS » PAR « SOUMISE POUR INFORMATION A L'ARS »

Texte après amendement

« Dans le cadre d'une convention précisant les modalités organisationnelles de ce partenariat et ~~dument approuvée par l'ARS~~ **soumise pour information à l'ARS** ils peuvent administrer des traitements de chimiothérapie primo-prescrits par le titulaire de l'autorisation ou en réaliser le suivi. »

JUSTIFICATION : Une convention de centre associé précisant les modalités organisationnelles du partenariat entre deux établissements, conformément à l'article R 6123-94 CPS et aux recommandations de l'INCA, doit être transmise au DG ARS « pour information ».

Page 178

Tableau (Dordogne)

Lignes 1 (traitement du cancer-pathologie digestive) et 2 (traitement du cancer-pathologies gynécologiques)

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

LIGNES 1 ET 2, EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, REMPLACER -1 PAR -1 A 0.

COLONNE 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

LIGNE 1, REMPLACER 1 PAR 2 ET LIGNE 2, METTRE 1.

JUSTIFICATION : Seuils atteints. Risque de fragiliser ce territoire pour la chirurgie en général.

Page 179

Tableau (Gironde)

Lignes 1, 2, 3, 4 et 6 (traitement du cancer – pathologies digestives, pathologies gynécologiques, pathologies ORL maxillo-faciales, pathologies mammaires, pathologies urologiques)

COLONNES 3 ET 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS :

COLONNE 3, EN TERRITOIRE DE RECOURS, LIGNES 2 ET 4 REMPLACER -1 PAR -1 A 0.

COLONNE 3, EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, LIGNES 1, 2, 3 ET 6 REMPLACER -1 PAR -1 A 0

COLONNES 5 ET 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 :

COLONNE 5, EN TERRITOIRE DE RECOURS LIGNES 2 ET 4 REMPLACER 7 PAR 8.

COLONNE 6, EN TERRITOIRE DE PROXIMITE :

LIGNE 1 REMPLACER 4 PAR 5,

LIGNE 2 REMPLACER 3 PAR 4,

LIGNE 3 REMPLACER 1 PAR 2,

LIGNE 6 REMPLACER 2 PAR 3.

JUSTIFICATION : Seuils atteints.

Page 181

Tableau (Lot et Garonne)

Ligne 2 (traitement du cancer – pathologies gynécologiques)

COLONNES 3 ET 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS :

COLONNE 3, EN TERRITOIRE DE RECOURS, REMPLACER 0 A +1 PAR 0.

COLONNE 4, EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, REMPLACER -1 A 0 PAR 0.

COLONNES 5 ET 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 :

COLONNE 5, EN TERRITOIRE DE RECOURS, REMPLACER 1 A 2 PAR 1.

COLONNE 6, EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, REMPLACER 0 A 1 PAR 1.

JUSTIFICATION : Maintien de l'offre de cancer gynécologique en territoire de proximité plutôt qu'augmentation de l'offre déjà existante en territoire de recours.

Page 185

Tableau 1 (Vienne)

Ligne 1 : Traitement du cancer « pathologies digestives »

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

REEMPLACER -1 PAR 0

Justification : Etant données les caractéristiques de la population de la Vienne (département rural, problématique de transport, zone de désertification médicale ..) et la fragilité de l'offre en santé la prise en charge locale du traitement du cancer doit être préservée sous peine de retard au diagnostic et/ou de renoncement aux soins

Page 185

Tableau 1 (Vienne)

Ligne 6 : Traitement du cancer « pathologies urologiques »

COLONNE 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE PROXIMITE :

REEMPLACER -1 PAR 0

JUSTIFICATION : Etant données les caractéristiques de la population de la Vienne (département rural, problématique de transport, zone de désertification médicale ..) et la fragilité de l'offre en santé la prise en charge locale du traitement du cancer doit être préservée sous peine de retard au diagnostic et/ou de renoncement aux soins

Page 185

Tableau (Vienne)

Lignes 1, 2 et 6 (traitement du cancer – pathologies digestives, pathologies gynécologiques, pathologies urologiques)

COLONNES 3 ET 4 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS :

COLONNE 3, EN TERRITOIRE DE RECOURS, REMPLACER -1 PAR -1 A 0 EN LIGNE 2.

EN TERRITOIRE DE PROXIMITE LIGNES 1 ET 6, REMPLACER -1 PAR -1 A 0.

COLONNES 5 ET 6 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 :

EN TERRITOIRE DE RECOURS, REMPLACER 2 PAR 2 A 3 EN LIGNE 2.

EN TERRITOIRE DE PROXIMITE, LIGNES 1 A 6 REMPLACER 1 PAR 1 A 2.

JUSTIFICATION : Ne pas fragiliser encore plus le territoire de proximité en enlevant de la chirurgie du cancer. Risque d'augmentation de la désertification médicale et du renoncement aux soins.

Page 189 pour le territoire de la Corrèze **et page 194** pour le territoire de la Haute-Vienne concernant les créations-suppressions-recompositions

Les 2 IRM supplémentaires (une 3T sur zone de recours et une 1,5T sur zone de proximité) au profit de la Haute-Vienne, mentionnées dans le tableau OQOS remis par l'ARS et approuvé lors de la dernière du groupe de travail, ont été transférées à la Corrèze si on se base sur le SRS consultable.

UNE REPARTITION DE CES 2 IRM SUR LES 2 DEPARTEMENTS EST SOUHAITABLE.

Page 192

Tableau 1 (Navarre Côte-Basque)
Ligne 1 scanner et ligne 4 IRM polyvalent 1,5 tesla

UN SCANNER ET UNE IRM SUPPLEMENTAIRES :
COLONNE 3 , CREATIONS SUPPRESSIONS RECOMPOSITIONS ZONE TERRITORIALE DE
RECOURS :

EN TERRITOIRE DE RECOURS :
LIGNE 1, AJOUTER +1
LIGNE 4, REMPLACER -2 PAR -1.

COLONNE 5 , SCHEMA CIBLE 2018 – 2023 ZONE TERRITORIALE DE RECOURS :

EN TERRITOIRE DE RECOURS :
LIGNE 1, REMPLACER 4 PAR 5
LIGNE 4, REMPLACER 3 PAR 4

JUSTIFICATION : La population est en augmentation constante et en particulier avec des personnes âgées. Elle tend à égaler celle du Béarn et Soule. De même, la population de l'arrondissement de Bayonne est aujourd'hui quasi équivalente à celle de l'arrondissement de Pau avec une croissance nettement supérieure sur le territoire de recours, ce qui indique qu'elle dépassera celle du territoire de recours de Béarn Soule dans les cinq années à venir.

Les scanners et IRM de Navarre Côte Basque sont aujourd'hui saturés. La délocalisation de deux IRM du territoire de recours vers les territoires de proximité, associée à l'augmentation de la population, ne permettra pas de satisfaire le besoin dans le territoire de recours.



COMMISSION PRISE EN CHARGE ET ACCOMPAGNEMENT MEDICO-SOCIAL

AVIS SUR LE PROGRAMME INTERDEPARTEMENTAL D'ACCOMPAGNEMENT

DE LA PERTE D'AUTONOMIE (PRIAC)

NOUVELLE AQUITAINE 2017/2021

PREAMBULE

Les membres de la commission Médico-Sociale ont été saisis au mois de Mars 2018 par le Directeur Général de l'ARS Nouvelle Aquitaine afin d'émettre un avis sur le PRIAC.

En effet conformément à l'article D.1432-40 du Code de la Santé Publique, la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux (CSPAMS) est chargée d'émettre un avis sur l'élaboration et l'actualisation du PRIAC et, en vertu de l'article D.1432-47 dudit code, les avis rendus par la commission spécialisée sont émis au nom de la CRSA.

Parallèlement à la saisine de la CSPAMS, le projet de PRIAC a été présenté à la CCPP, qui s'est réunie le 28 mars 2018, ainsi qu'aux Présidents des Conseils départementaux.

Le calendrier initial a été assoupli, afin d'adopter un PRIAC 2018-2022 correspondant aux échéances du PRS, même si cette annexe n'est pas opposable.

Rappel des objectifs du PRIAC :

- La réduction des inégalités sociales et territoriales de santé,
- Le développement de l'accès et du maintien en lieu de vie ordinaire des personnes âgées et handicapées grâce au développement d'une offre résolument inclusive, ambulatoire, mais aussi d'offre de répit et d'aide aux aidants,
- Le développement d'une offre adaptée au vieillissement des personnes en situation de handicap,
- Le renforcement d'une offre de qualité et adaptée, en faveur de certaines situations telles que les personnes avec trouble du spectre de l'autisme, en situation de polyhandicap, de handicap psychique ou atteintes de maladies neurodégénératives.

Le PRIAC intègre les mesures suivantes :

- Les crédits issus du plan maladies neurodégénératives 2014/2019
- La dernière tranche des crédits du 3ème plan autisme 2015/2017
- La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale et la réponse accompagnée pour tous

CONSULTATION

La commission a bénéficié d'une présentation de la démarche du PRIAC en juillet 2017 et elle a examiné le projet de PRIAC à l'occasion de deux séances :

- Le 12 décembre 2017
- Le 19 mars 2018.

CONSTATS

La commission rappelle le décalage dans le calendrier relatif à l'adoption du PRIAC. En effet, Il y a eu un fort décalage dans la transmission des documents lié à la consultation des conseils départementaux et à des raisons techniques.

L'assouplissement du délai va permettre une « synchronisation » avec le calendrier du P.R.S. Il y a existence d'un vide juridique concernant la situation de l'ex-Limousin, qui serait visiblement de peu d'ampleur car toutes les places seraient installées. Les membres de la commission souhaitaient avoir des compléments d'information à ce sujet pour s'en assurer. Il leur a été précisé que de 2018 à 2022 de nouvelles concertations seront engagées en rapport avec ce décalage.

APPRECIATION GLOBALE

Chaque département ayant construit des offres d'accompagnement différentes, il est intéressant de pouvoir partager les pratiques ; il est également primordial de pouvoir résorber les inégalités territoriales.

De plus, il est important que l'existant qui fonctionne aujourd'hui ne soit pas remis en cause dans un objectif de standardisation.

Il y a un intérêt à mettre en parallèle les places occupées et la densité de l'offre.

Il est important de faire la distinction entre structures autorisées et structures installées.

Les crédits correspondant aux places autorisées et non installées ont vocation à être repris en lien avec la caducité ou alors redéployées. Une enquête flash va être menée pour faire le

point sur la situation. Cette évaluation du décalage entre autorisation et installation devait être de plus en plus fiable. La commission souligne les limites du PRIAC dont une des finalités est l'appel de crédits.

- **Pour les personnes âgées,**

-La commission évoque la Loi A.S.V. qui crée des liens entre les S.A.D. et les S.S.I.A.D., les SPASSAD dont la création de places est insuffisante.

Les places installées pour les services de soins à domicile auraient vocation à être renforcées avec des spécificités de prises en charge. En effet il n'existe pas de S.S.I.A.D. spécifiques, comme ceux de nuit.... De plus, les ESA sont un dispositif complémentaire mais ne remplacent pas les S.S.I.A.D.

-L'absence de places de S.S.I.A.D. relève d'une politique régionale et d'une politique générale actuelle. La commission considère que cela va à l'encontre de la priorité mise sur le domicile et le virage ambulatoire dans la partie descriptive du PRIAC mais aussi dans le PRS. Cette priorité se traduit de manière inégale dans la programmation. Il n'est par exemple presque pas prévu de création de places de SSIAD (PA et PH). Alors même que l'enjeu fondamental relatif à la perte d'autonomie est visiblement le « vivre chez soi ».

-Il est précisé à la commission qu'un travail est mené actuellement par l'ARS sur la territorialisation de ces services. *Page 21 : l'ARS prévoit la réalisation d'une cartographie de la régulation de l'offre EHPAD/SSIAD et de l'ensemble PH (comment cette enquête sera réalisée, quand les résultats seront-ils disponibles, comment ces résultats seront-ils intégrés au PRIAC ?)*. Préciser de quelle étude il s'agit, si c'est celle sur la « modulation de coûts » ? si oui préciser.

La proposition de réalisation d'une cartographie de la densité et de la couverture géographique est retenue. La commission souhaite la même démarche sur les centres de soins infirmiers et l'ensemble des cabinets libéraux d'infirmiers (mitage géographique).

-De plus il serait intéressant d'étayer ce diagnostic afin de s'assurer de la prise en compte de l'ensemble des dispositifs présents sur chaque territoire (USLD, EHPA, résidences autonomie, SSIAD, SPASAD, dispositifs innovants, au-delà de la notion même d'EHPAD etc.) ainsi que des historiques et contextes locaux afin de pouvoir avoir une réelle analyse de l'offre. Il est important de préciser aussi qu'il y a de nombreuses Résidences Séniors qui fleurissent (et qui échappent à tout contrôle, avec des GMP qui augmente et pour lesquels nous n'avons aucune visibilité.

-Ajouter les tableaux des SSIAD, EHPA et USLD du diagnostic territorial régional.

-Page 13 : la commission souhaite qu'il soit précisé, une vie à domicile la plus « sécurisée » et non « la plus sûre »

- Pour avoir des éléments de comparaison, il serait important que sur les graphiques, les taux nationaux soient rajoutés en plus des échelons départementaux et de la référence Nouvelle-

Aquitaine. L'attention portée à la réduction des inégalités d'offre entre les départements est un plus pour les membres de la commission, notamment pour les places d'hébergement PA.

- Une explication pourrait être ajoutée en préambule des tableaux de programmation afin d'en faciliter la lecture. Ex : page 20 tableau préciser dans les titres qu'il s'agit du nombre de places d'EHPAD.

De plus, (dans les mêmes tableaux) il est utile de distinguer les places autorisées et non installées, les places restant à installer et les places nouvelles.

Se pose la question des personnes « détenues » qui ne sont pas facilement admises en structure classique avec l'avancée en âge car la stigmatisation est possible.

En termes d'EHPAD, la commission souhaiterait de la transparence quant aux taux d'occupation par territoires. Il est question, en effet, de zones très tendues, sur le littoral par exemple, et d'autres zones où de nombreuses places d'EHPAD sont vacantes compte tenue des flux migratoires.

- Pour les personnes en situation de handicap

-La commission souhaite que soient précisés les différents types de publics en situation de handicap comme dans le diagnostic territorial, régional et les volets départementaux. Une précision peut-être également apportée sur les tranches d'âge qui n'apparaissent pas.

- Pour les personnes handicapées vieillissantes : la commission souhaite une reformulation du texte suivant « éviter les effets de filière entre le secteur PH ainsi que les tranches d'âge et les EHPAD ».

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

- Les dimensions de la stratégie quinquennale sont à développer car il n'y a pas de lisibilité sur 5 ans.

-Il serait important d'explicitier le développement de l'offre de répit pour les personnes en situation de handicap. (Accompagnement temporaire).

-L'accueil séquentiel est insuffisant ; il serait important d'avoir avec un lieu de référence par ancienne région avec évaluation de l'existant.

-La commission souligne la nécessité de renforcer l'aide et le soutien aux aidants.

-Il faudrait ajouter les densités de l'offre PH actuelles et projetées.

-Le nombre de places SSIAD PH existantes est à indiquer car il n'est pas mentionné.

-La densité des structures n'est pas abordée, ni même le rééquilibrage. Ceci est à compléter en ce qui concerne les densités relatives aux services qui concernent l'ARS.

-De même que pour les personnes âgées, il faudrait préciser pour les personnes handicapées dans les tableaux de programmations les places autorisées non installées, les places restant à installer et les places nouvelles.

-Précision à faire sur l'existence des GEM et leur nombre au niveau de la Nouvelle Aquitaine (sont hors champ ARS et au nombre de 70 environ)

-Il est malheureusement beaucoup question de redéploiement ou transformation de places, sans évocation de créations.

Tous les propos où il est stipulé dans le PRIAC « prise en charge » pourraient être remplacés par « prise en compte ou accompagnement ». La prise en charge se limitant pour les membres de la commission à la prise en charge financière.

De manière globale, il serait important d'intégrer certaines données du diagnostic régional dans le diagnostic PRIAC.

APPELS A PROJETS ET APPELS A CANDIDATURES

-Il n'y a pas de lisibilité des AAP et AAC sur les 5 ans de la durée du PRIAC

-La commission souhaiterait avoir le détail des différents AAP et AAC à prévoir chaque année.

-De plus certains AAC innovants sont spécifiques à des établissements (ex : le prendre soins, IDE de nuit, pole ressources qui étaient destinés au EHPAD...).

La commission souhaite donc rapidement une ouverture de ces AAC et AAP aux autres services comme le domicile SSIAD/ESA/SPASAD... afin de gommer les clivages entre domicile et institution.

-Les membres de la Commission souhaiteraient un point régulier sur les résultats des commissions des AAC et AAP qui se sont tenues.

-Les membres siégeant aux AAC et AAP précisent que les convocations sont très tardives.

Les membres demandent à ce qu'il y ait une actualisation relative au Plan Grand Age et que cette notion soit intégrée au PRIAC au niveau de la page 2.

La Présidente,

Aurély BOUGNOTEAU



AVIS SUR LE PLAN D'ACTION REGIONAL EN FAVEUR DE LA SANTE BUCCO-DENTAIRE

Adopté à l'unanimité par l'assemblée plénière du 18 octobre 2018

A la suite des travaux de l'URPS des chirurgiens-dentistes Poitou-Charentes puis Nouvelle-Aquitaine, l'Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine a défini en concertation avec de nombreux acteurs d'abord professionnels puis usagers un « plan régional en faveur de la santé bucco-dentaire ».

Au cours de sa séance du 11 septembre 2018, la commission permanente a décidé d'une autosaisine de la CRSA sur ce plan. Le présent avis est basé sur une version très aboutie mais pas encore définitive du plan. En l'état, ce projet comporte 76 pages, dont le plus grand nombre consacré à des fiches action.

L'avis de la CRSA ne portera pas sur le détail de ces 35 fiches action, mais sur le principe et les conditions d'élaboration de ce plan, son contenu et sa structuration.

PRINCIPE ET CONDITIONS D'ELABORATION

La CRSA tient tout d'abord à apporter à l'ARS son plein soutien au principe de ce plan. Dans son avis du 23 mai 2018 sur le PRS, la CRSA demandait en effet « d'intégrer la santé bucco-dentaire dans le SRS, aussi bien en matière de promotion de la santé, que de prévention ou d'accès aux soins et aux réhabilitations ». Ce plan d'action régional comble donc une lacune du PRS.

La CRSA regrette toutefois les conditions d'élaboration de ce plan. Elle constate qu'aucune de ses formations, commissions spécialisées, commission permanente ou encore assemblée plénière, n'en a été saisie. Il a fallu qu'elle s'autosaisisse pour que ce plan lui soit présenté ! Une telle situation est anormale.

La CRSA constate ensuite que l'élaboration du plan s'est d'abord appuyée uniquement sur des instances représentatives, professionnelles ou universitaires des chirurgiens-dentistes. Ce n'est qu'après validation de ce plan régional par le Comité de direction de l'ARS, qu'un comité technique régional (COTER) a inclus des représentants de l'assurance maladie, des médecins libéraux, des établissements de santé ou médicaux sociaux et enfin des représentants du secteur de la précarité ou

des usagers. Le président de la CRSA a été invité à participer à ce COTER. La CRSA ne peut que regretter cette façon de procéder en deux temps, même si le dynamisme des professionnels concernés l'explique en partie.

CONTENU ET STRUCTURATION

Conception générale

L'ARS précise d'emblée que « *Le plan d'action régional est élaboré prioritairement en faveur des populations vulnérables (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes en situation de handicap, personnes en situation de précarité)* » et que « *l'objectif de ce plan est d'améliorer le parcours de santé bucco-dentaire (prévention, bilans et soins) des personnes vulnérables en Nouvelle-Aquitaine* ».

Naturellement, la CRSA ne peut qu'adhérer à la volonté de l'ARS d'améliorer la prise en charge de la santé bucco-dentaire des personnes concernées. Elle estime toutefois dans un souci d'efficacité que le plan régional devrait s'inscrire dans une logique plus universelle tout en tenant compte des besoins de chacun. C'est ce que recommande le récent rapport du HCSP sur « la place des offreurs de soins dans la prévention » en se basant sur les travaux de Michael Marmot. « Viser exclusivement les plus défavorisés ne réduira pas suffisamment les inégalités de santé. Pour aplanir la pente du gradient social, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale. »¹

Structuration

Le plan régional est structuré en quatre objectifs stratégiques :

- 1) Intégrer la santé bucco-dentaire dans une approche globale de la santé
- 2) Optimiser les pratiques des professionnels pour dispenser une prise en charge la plus adaptée à chaque personne
- 3) Garantir l'accessibilité aux soins bucco-dentaires et réduire les disparités territoriales
- 4) Développer la prévention en matière de santé bucco-dentaire auprès des personnes ayant des besoins spécifiques et de leurs aidants

La CRSA partage ces objectifs mais regrette d'une part que l'actuel objectif 4 mettant l'accent sur la dimension préventive ne figure pas en premier, d'autre part que la dimension financière n'apparaisse pas plus explicitement.

Chaque objectif stratégique est ensuite décliné en objectifs opérationnels puis en actions. Chaque action comportant ensuite ses objectifs, ses indicateurs d'évaluation des objectifs, son calendrier, ses partenaires et ses moyens d'action. La CRSA est sensible à cet effort de structuration et de précision, notamment en termes de moyens. Elle estime toutefois qu'un nombre réduit d'actions devrait être identifié comme prioritaire sur la base de leur plus grande utilité, de leur faisabilité, de leur acceptabilité et de leur reproductibilité.

¹ « Une société juste, des vies en santé : rapport critique et stratégique sur les inégalités de santé », rapport établi à la demande du Ministère de la santé britannique (2010). Cette notion est qualifiée « d'universalisme proportionnée »

S'agissant des personnes en situation de précarité, la CRSA souligne que le plan régional ne doit pas se limiter aux structures médico-sociales, mais doit aussi intégrer les structures sociales et les centres communaux d'action sociale. Le plan doit aussi impliquer des services de l'Etat, autres que l'ARS, en particulier directions de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale et directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations.

La CRSA souhaite également faire les remarques suivantes :

- sur l'objectif stratégique 1 : intégrer la santé bucco-dentaire dans une approche globale de la santé

La CRSA regrette que l'objectif opérationnel 1.1 (informer, sensibiliser et mobiliser les professionnels et partenaires institutionnels aux enjeux de la santé bucco-dentaire) ne concerne pas véritablement les professionnels de santé en milieu ambulatoire ou en établissement de santé.

- sur l'objectif stratégique 2 : optimiser les pratiques des professionnels pour dispenser une prise en charge la plus adaptée à chaque personne

La CRSA s'étonne que l'objectif opérationnel 2.1 (améliorer la formation des professionnels de santé et médico-sociaux) ne prévoit pour l'instant que le renforcement de la formation initiale des professionnels paramédicaux et pas celle des futurs professionnels médicaux (médecins, pharmaciens, sages-femmes).

Par ailleurs, la plaquette d'information prévue pour les médecins dans le cadre de l'objectif opérationnel 2.2 (favoriser la coopération entre les professionnels) trouverait mieux sa place dans le cadre de l'objectif stratégique précédent.

S'agissant de l'objectif opérationnel 2.3 (mettre à disposition des professionnels des outils de coordination interprofessionnels), la CRSA s'étonne que rien ne soit prévu pour promouvoir l'utilisation du dossier médical partagé.

- sur l'objectif stratégique 3 : garantir l'accessibilité aux soins bucco-dentaires et réduire les disparités territoriales

La CRSA déplore que les problématiques financières de l'accessibilité soient à ce point ignorées, à l'exception de celle liée aux transports. A l'évidence, il serait a minima nécessaire de favoriser la connaissance des dispositifs comme l'ACS et la CMU-C pour en réduire la sous-utilisation, en lien avec le dispositif déployé dans les CPAM pour lutter contre le renoncement aux soins.

L'objectif opérationnel 3.2 (construire un maillage visant à renforcer l'accès territorial aux soins dentaires) ne comprend pas moins de 9 actions. La CRSA estime qu'il existe une redondance partielle entre ces actions. Par ailleurs, elle souligne qu'avant d'être celle des personnes en situation vulnérable, la problématique de l'accès territorial aux soins dentaires est celle de toute la population. La CRSA souhaite que le plan régional prévoit explicitement qu'en lien avec les CTS ce maillage territorial implique les contrats locaux de santé, les plates-formes territoriales d'appui ou

encore les communautés professionnelles territoriales de santé. La CRSA préconise donc de se pencher à nouveau sur les actions prévues dans cet objectif opérationnel, avec une logique plus universelle tout en prenant en compte les besoins spécifiques de chaque territoire.

Il est également nécessaire d'intégrer dans le plan le dispositif de consultations dentaires prises en charge par l'assurance maladie, y compris les soins résultant, pour les jeunes entre 3 et 24 ans, prévu par le PLFSS 2019.

S'agissant de l'objectif opérationnel 3.3 (favoriser l'accès aux soins prothétiques des personnes en situation de précarité), le document actuel ne fournit aucun détail sur les actions expérimentales possibles, sans doute dans l'attente du dispositif « reste à charge zéro ».

- sur l'objectif stratégique 4 : développer la prévention en matière de santé bucco-dentaire auprès des populations ayant des besoins spécifiques et de leurs aidants

Cet objectif stratégique est typiquement celui où devrait prévaloir une logique universelle pour mieux atteindre les personnes ayant des besoins spécifiques. Au demeurant, conduire des actions de prévention en milieu scolaire (4.1.2) ou dans les maternités (4.1.3) s'adressent par nature à l'ensemble de la population et pas seulement aux personnes en situation de vulnérabilité, l'universalisme de l'approche n'excluant pas des mesures adaptées à leur égard.

La CRSA s'étonne que parmi la liste de tous les lieux où conduire des actions de préventions ne figurent ni les services de PMI, ni les maisons de santé, ni les centres de santé, ni les établissements de santé au-delà des maternités.

En conclusion, la CRSA se félicite de l'existence de ce plan régional. Elle considère qu'il doit évoluer vers plus d'universalisme tout en tenant compte des besoins de chacun, qu'il doit améliorer sa composante territoriale en lien avec les CTS, et qu'il doit enfin, comme le préconise son premier objectif stratégique s'inscrire davantage dans une approche globale de la santé en étant moins exclusivement centré sur le monde médico-social et en s'ouvrant davantage aux autres acteurs.

La CRSA recommande également de veiller à l'information sur la mise en œuvre de ce plan et à son appropriation par les professionnels. Elle estime nécessaire de prendre en compte son impact sur les pratiques et les usages, y compris d'un point de vue financier. La CRSA avec ses commissions spécialisées est prête à apporter son concours dans ce cadre et elle demande à être associée au suivi de ce plan régional.



AVIS SUR LE PROJET DE LOI RELATIF A L'ORGANISATION ET A LA TRANSFORMATION DU SYSTEME DE SANTE

adopté à l'unanimité moins une abstention
par la Commission permanente le 24 janvier 2019

SUR LES CONDITIONS DE L'AVIS

Dans le cadre de la Stratégie nationale de santé et du plan « sante 2022 », le Gouvernement a préparé un projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé. Fin décembre, le Gouvernement, par l'intermédiaire de la Directrice générale de l'offre de soins, a engagé une consultation d'abord sur un document de présentation, ensuite sur un projet de texte accompagné d'un exposé des motifs.

Dès qu'il a eu connaissance de cette consultation, le Président de la CRSA Nouvelle-Aquitaine a pris contact à deux reprises avec la Directrice générale de l'offre de soins pour lui indiquer « qu'alors même que la loi quand elle sera appliquée aura des conséquences importantes sur le fonctionnement des territoires, il était tout à fait paradoxal que les instances locales de démocratie en santé, CRSA et CTS, soient ignorées. C'est encore plus choquant dans la période que nous traversons due en partie au manque de considération apportée aux acteurs locaux, aux territoires et plus largement aux citoyens. »

Dans sa réponse, la Directrice générale de l'offre de soins indiquait que « s'agissant d'un texte national **même si la portée est bien évidemment fortement territoriale**, les consultations organisées sont des consultations nationales, comme pour tout projet de loi. » Elle renvoyait les crsa soit à une contribution dans le cadre de la saisine de la Conférence nationale de santé, soit à une autosaisine.

La CRSA Nouvelle-Aquitaine est en complet désaccord avec cette position et considère essentiel d'en expliquer les raisons dans l'intérêt même de la démocratie en santé, dont elle constitue une instance légitime voulue par le législateur, tout comme les conseils territoriaux de santé.

Pour justifier la non consultation des crsa, même si la portée du projet de loi « est bien évidemment fortement territoriale », il est tout d'abord signifié que les consultations sont nationales car il s'agit d'un projet de loi. Sans faire de recherches historiques, le principe ainsi édicté a connu de nombreuses exceptions. Et quand bien-même, comme l'a indiqué récemment le « Speaker » de la Chambre des Communes : « *Si nous procédions seulement par référence à des précédents, à l'évidence rien ne changerait jamais* ».

L'inutilité de la saisine des crsa s'expliquerait ensuite par leur faculté de s'exprimer au sein de la Conférence nationale de santé ou par autosaisine. La CRSA Nouvelle-Aquitaine se félicite naturellement de la saisine de la Conférence nationale de santé. Mais l'expression au sein de cette instance dans le cadre d'un point de vue collectif national n'exonère en rien la saisine des crsa, en tant qu'instances représentant les acteurs locaux. Au demeurant, des organisations membres de la CNS sont également consultées par ailleurs. Pourquoi faire une telle distinction au sein des membres de la CNS relativement à cette procédure de concertation ? Par ailleurs, la CRSA Nouvelle-Aquitaine tient à souligner que la saisine de la CNS dans le cadre de la Stratégie nationale de santé demandait explicitement que l'avis de la CNS exprime le point de vue des CRSA. Rien de tel dans la saisine actuelle.

La non saisine des CRSA s'expliquerait enfin par la possibilité pour les CRSA de s'autosaisir du projet de texte de loi. Certes, cette possibilité existe. Mais la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère qu'elle n'est en rien équivalente à une saisine. Etre saisie par les pouvoirs publics, c'est être reconnue en tant que telle comme une instance de démocratie en santé légitime. Etre renvoyée à une démarche d'autosaisine, c'est être poussée à adopter une posture protestataire plus que contributive ou participative sans aucune garantie sur la façon dont l'avis serait pris en compte. Fondamentalement, la possibilité d'autosaisine répond d'abord au besoin d'explorer des aspects non pris en compte par les procédures réglementaires ou classiques. Etre contraint à l'autosaisine faute d'avoir été saisie constitue un palliatif à un dysfonctionnement de la démocratie en santé. Au demeurant, ce dysfonctionnement se manifeste aussi dans le délai, un mois, laissé à chaque instance consultée officiellement pour donner son avis.

Ainsi donc, non seulement on va décider nationalement de l'organisation des territoires sans même prendre l'avis de ceux qui sont concernés, mais on laisse à ceux qui sont consultés un délai si court qu'il les met dans l'impossibilité de consulter sérieusement les acteurs locaux qu'ils représentent. La CRSA Nouvelle-Aquitaine peut comprendre la volonté d'agir rapidement du Gouvernement. Mais aller trop vite, c'est au final perdre du temps. C'est s'exposer, comme le démontre sur de nombreux points la crise actuelle, à revenir sur des mesures n'ayant pas bénéficié d'une concertation suffisante auprès de la population et des acteurs locaux. La CRSA Nouvelle-Aquitaine a la conviction que prendre le temps de consulter les crsa et les cts, qui rassemblent de façon légitime et organisée plusieurs milliers d'acteurs de la santé, usagers, professionnels, collectivités territoriales, établissements et services, etc, c'est donner à ce projet de texte plus de chances de correspondre aux réalités des acteurs et des territoires, plus de chance d'appropriation et donc plus de chances de réussite.

Les acteurs des territoires ne peuvent plus se contenter de regarder passer le train de l'organisation et de la transformation du système de santé sans même avoir leur mot à dire. A moins de vouloir encore aggraver la crise actuelle sans en tirer les leçons.

Pour toutes ces raisons, et malgré les réserves nombreuses que suscitent non pas l'ambition de transformation de notre système de santé, mais une approche technique trop réductrice pour y parvenir, la CRSA Nouvelle-Aquitaine, par le biais de sa commission permanente, a décidé de s'autosaisir le 15 janvier 2019 et de rendre un avis dans les conditions prévues par l'article D1432-33 du Code de la santé publique.

SUR LE PROJET DE LOI DANS SA GLOBALITE

Le projet de loi comprend cinq titres :

- I - Décloisonner le parcours de formation et les carrières des professionnels de santé
- II - Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires
- III - Développer l'ambition numérique en santé
- IV - Mesures diverses
- V - Ratifications et modifications d'ordonnances

Compte tenu du délai très bref de la concertation, la CRSA Nouvelle-Aquitaine a choisi d'intervenir plus spécifiquement sur l'article 7 (projets territoriaux de santé). Auparavant, elle souhaite néanmoins formuler trois remarques.

La première porte sur le recours très important à l'autorisation de légiférer par ordonnance. Encore une fois, la CRSA peut comprendre la volonté du Gouvernement d'agir rapidement. Mais le projet de loi ne comprend pas moins de six autorisations à légiférer par ordonnance. Dès lors, la consultation sur ce projet de texte est en grande partie vidée de son sens, puisqu'il est impossible de donner un avis sur des dispositions qui restent inconnues.

Ces ordonnances portent sur des sujets de portée très variée allant de la réforme des études médicales à la e-prescription, en passant par la certification des médecins, le statut des professionnels hospitaliers, les hôpitaux de proximité ou encore le rôle des agences régionales de santé. En l'absence d'explications sur les raisons de ces recours aux ordonnances, la CRSA Nouvelle-Aquitaine s'interroge sur leur bien fondé.

Dans tous les cas, la CRSA Nouvelle-Aquitaine insiste pour que le recours aux ordonnances ne s'accompagne pas d'une concertation en amont réduite à la portion congrue. Elle considère au contraire qu'une concertation renforcée avec les professionnels concernées et plus largement les acteurs du système de santé, notamment territoriaux, est la contrepartie du recours aux ordonnances. A l'évidence, les crsa et les cts doivent être impliqués dans cette concertation, notamment dans le cadre des ordonnances prévues par l'article 8 (hôpitaux de proximité), l'article 9 (régime des autorisations) et l'article 19 (organisation et missions des ars).

La deuxième remarque de la CRSA Nouvelle-Aquitaine porte sur la simplification. En raison d'une part du recours aux ordonnances, d'autre part d'un article 18 encore à venir, il est difficile de porter une appréciation finale sur cette dimension. Le projet

territorial de santé, objet du point suivant, ne peut être considérée comme une simplification de l'organisation territoriale.

La troisième remarque concerne l'introduction de la notion de « télésoins » pour distinguer les pratiques de soins à distance des pharmaciens et auxiliaires médicaux de la « télémédecine » portant sur les soins à distance des professionnels médicaux, le tout faisant partie de la « télésanté ». Cette distinction apparaît avant tout fondée sur des considérations médico-administratives, notamment à usage conventionnel. L'organisation du système de santé, dans ses composantes sanitaire, médico-sociale et sociale, repose depuis 1945 sur une segmentation traduisant la segmentation des financeurs (Etat, assurance maladie, collectivités territoriales) mais pas une logique de prise en charge globale. La distinction entre télémédecine et télésoins se situe dans cette continuité, mais pas dans celle unificatrice du parcours de soins et de communautés d'acteurs sur le terrain. On voit mal par ailleurs comment cette complexité sémantique peut être comprise par l'utilisateur confronté à l'organisation de son parcours de soins. La CRSA Nouvelle-Aquitaine recommande donc de parler uniquement de « télésoins », terme générique facilement compréhensible par tous, notamment les usagers, pour qualifier les pratiques de soins à distance, ceux-ci pouvant être effectués par des médecins ou d'autres professionnels de santé. Comme il y a aujourd'hui, par exemple, les soins médicaux et les soins infirmiers, il y aurait les télésoins médicaux et les télésoins infirmiers. Les « télésoins » sont par ailleurs une des composantes de la « télésanté ».

SUR LE PROJET TERRITORIAL DE SANTE

Le Titre II du projet de loi vise à « créer un collectif de soins au service des patients et à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires ». Pour y parvenir, le premier moyen évoqué est de promouvoir les projets territoriaux de santé.

Au fil des réformes successives, l'organisation territoriale est devenue de plus en plus complexe avec une multiplication des zones d'interventions et d'actions : équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale, contrat local de santé, plateforme territoriale d'appui, territoire de la démocratie en santé, groupement hospitalier de territoire, zone d'organisation de l'offre, territoire de la santé mentale, sans oublier les zonages ou les sectorisations utilisés par les collectivités territoriales, conseils départementaux notamment. La liste est loin d'être exhaustive. La plupart de ces dispositifs sont dotés d'une instance de gouvernance et d'un projet. Il en résulte une forme de balkanisation de l'organisation territoriale du système de santé qui s'ajoute à la segmentation de l'offre de prise en charge résultant très souvent de logiques administrative et financière entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales : secteur public/secteur privé, sanitaire-médico-social, offre ambulatoire/offre hospitalière, etc.

Par ailleurs, au-delà du découpage territorial, la segmentation des financements entre l'Etat, l'assurance maladie et les collectivités territoriales favorise les jeux d'acteurs et oblige à définir sans cesse des structures de « coordination » pour dépasser cette segmentation.

Aujourd'hui, pour améliorer l'accessibilité et l'efficacité du système de santé en favorisant la coordination des acteurs et leur coopération, la CRSA Nouvelle-Aquitaine

considère qu'il faut d'abord réduire la segmentation des financements, a minima en les mutualisant et qu'il faut simplifier l'organisation territoriale pour la rendre plus lisible. Il faut lui donner plus de cohérence et il faut qu'elle favorise la coopération des acteurs.

Le projet de loi simplifie-t-il les mécanismes de financement ?

La logique de parcours de santé se heurte, on l'a dit, à la segmentation de l'offre de prise en charge, largement dépendante de la segmentation des financements héritée des choix de 1945. Plutôt que de multiplier les structures de coordination pour dépasser ces segmentations afin d'aboutir à une approche globale, la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère qu'il serait plus efficace de réduire, sinon supprimer, la segmentation des financeurs. A tout le moins, il faut constituer à l'échelle territoriale une enveloppe mutualisée unique, dépassant largement le cadre du Fonds d'intervention régional.

L'actuel projet de loi ne comporte aucune mesure de cette nature de telle sorte que la volonté des acteurs de terrain de créer des collectifs et de construire des parcours de santé globaux continuera de se heurter aux logiques financières des uns et des autres.

Le projet de loi simplifie-t-il l'organisation territoriale ?

A ce stade, la CRSA Nouvelle-Aquitaine considère que les dispositions relatives au projet territorial de santé prévues dans l'article 7 ne simplifie pas l'organisation territoriale dont toutes les strates sectorielles demeurent. Qui plus est la notion de territoire est utilisée indifféremment pour des zonages d'ampleur très différente.

Le diagnostic territorial partagé, élaboré à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire défini à l'article L.1434-9 du Code de la santé publique, donnerait lieu à l'élaboration de projets territoriaux de santé qui doivent eux-mêmes définir leur « territoire ». A moins qu'il n'existe qu'un seul projet territorial couvrant l'ensemble du territoire de démocratie sanitaire, il s'agit donc en réalité de projets infra-territoriaux. Il s'ensuit que les projets « territoriaux » de santé prévus par le projet de loi ajoutent de facto un zonage à ceux existants.

Le projet de loi améliore-t-il la cohérence territoriale ?

Le projet de texte stipule qu'un projet territorial doit tenir compte des projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé, du projet médical partagé des groupements hospitaliers de territoire, du projet territorial de santé mentale, des contrats locaux de santé ainsi que des projets médicaux des établissements de santé privés et des établissements et services médico-sociaux. Cette rédaction traduit la préoccupation de tenir compte de l'existant, ce qui est compréhensible. Curieusement, elle ne mentionne pas les contrats territoriaux de santé prévus par l'article L1434-13 du code de la santé publique, ni les plates-formes territoriales d'appui pourtant mise en place pour aider à construire des parcours de santé. Mais paradoxalement, le « tenir compte » de la rédaction actuelle risque de facto de placer le projet territorial de santé dans une logique de plus petit commun dénominateur entre les différents

projets de santé mentionnés conçus avec les logiques spécifiques. La CRSA Nouvelle-Aquitaine a de fortes interrogations sur la possibilité d'aboutir a posteriori à la mise en cohérence de ces projets, à moins de prévoir que l'élaboration du projet territorial de santé ne s'accompagne de la redéfinition de tous les projets de santé sectoriels.

Le projet de loi facilitera-t-il la création d'un collectif de soins et la coordination des acteurs ?

Le projet territorial de santé doit permettre de décrire les modalités d'amélioration de l'accès aux soins et de la coordination autour des parcours de santé dans le territoire concerné. Cet objectif ne peut que recueillir l'accord de principe de la CRSA Nouvelle-Aquitaine. Mais la CRSA souhaite attirer l'attention sur la nécessité de ne pas sous-estimer le temps nécessaire pour l'atteindre ni l'accompagnement indispensable dans ce cadre. Toutes les expériences antérieures au cours de ces dernières années, notamment les démarches de réseaux de santé, de maisons de santé, de contrats locaux de santé mettent en évidence qu'aboutir à un consensus d'acteurs et d'institutions nécessite souvent plusieurs années. Il en résulte un nombre très important de réunions, la réalisation de dossiers administratifs souvent complexes pour obtenir l'aval de l'agence régionale de la santé. Bref un investissement humain très important qui peut décourager des acteurs de terrain dont la mission est d'abord d'apporter des soins à la population. Au moment même où l'on cherche à alléger le travail administratif des professionnels de santé, il serait contre-productif d'alourdir ainsi leur emploi du temps.

De la même manière, un projet territorial de santé et une plate-forme territoriale d'appui mobilisent en grande partie les mêmes acteurs dans le même objectif de contribuer à l'organisation de parcours de santé.

Par ailleurs, même si le projet de loi soumet le projet territorial à l'approbation du directeur général de l'ars, notamment pour en vérifier la compatibilité avec le projet régional de santé, rien n'est mentionné sur l'articulation des projets territoriaux avec le zonage de l'offre défini par l'ars qui sert de support aux objectifs quantifiés de l'offre de soins dont l'articulation avec le parcours de santé est pourtant essentielle ou encore le zonage des professionnels libéraux au regard de leur densité. Rien ne permet de conclure que la mise en œuvre d'un projet régional de santé se traduira effectivement par une réduction des délais d'accès aux soins

Sur la base de l'ensemble de ces considérations, la CRSA Nouvelle-Aquitaine formule les propositions qui suivent pour une évolution du contenu de l'article 7

RECOMMANDATIONS DE LA CRSA NOUVELLE-AQUITAINE POUR UNE EVOLUTION DU CONTENU DE L'ARTICLE 7

Il existe deux approches pour favoriser la création de collectifs de soins et les parcours de santé. La première, portée par les projets territoriaux de santé, est basée sur la concertation des acteurs et la recherche de consensus sur leurs relations et les procédures à suivre. La seconde, basée sur la révolution des usages, s'appuie sur la mise à disposition d'outils partagés de coordination, dont l'utilisation massive améliore de façon pragmatique la coordination, facilite la vie des professionnels et des usagers, mais aussi provoque une évolution des relations entre acteurs et leur structuration. Ces outils peuvent être thématiques ou globaux comme une plate-forme territoriale d'appui. Ces deux approches constituent en quelque sorte la « tête » et les « jambes ». Elles sont indissociables pour progresser. La première est trop souvent hypertrophiée et la seconde absente ou réduite à la portion congrue. La première demande du temps, alors que la seconde peut apporter rapidement des réponses très concrètes aux professionnels et aux usagers. Il faut donc associer ces deux dimensions dans le titre II.

Tirer parties des expériences antérieures, notamment l'échec du déploiement des réseaux de santé, conduit à considérer que la meilleure manière d'amener à grande échelle les acteurs territoriaux à créer des collectifs de soins et des projets territoriaux de santé est de leur en donner l'envie en favorisant d'emblée, y compris financièrement, l'utilisation d'outils de coordination et de simplification, même partielles, leur procurant de façon pragmatique et agile des bénéfices rapides dans leur pratique et pour leurs patients. En d'autres termes, et sans doute d'une façon qui nous est moins naturelle, il ne s'agit plus de commencer par la théorie, où tout le monde doit se mettre d'accord sur tout ou presque avant de passer à la pratique, mais de créer des processus interactifs entre pratique et théorie.

Sur la base de ces expériences et de celle de ses membres, acteurs du système de santé régional, la CRSA Nouvelle-Aquitaine, après avoir consulté les CTS de la région, formulent donc les recommandations suivantes :

1°) Sans attendre l'existence d'un projet territorial de santé, permettre à tous les acteurs, publics et privés, ambulatoires ou hospitaliers, sanitaire ou médico-sociaux, d'accéder rapidement à des outils communs de coordination et de simplification pour construire des parcours de santé autour des patients, en mettant à leur disposition au minimum une plate-forme territoriale d'appui par territoire de démocratie sanitaire prévu au 1° de l'article 1434-9 du code de la santé publique mais aussi en facilitant leur accès à des outils spécifiques mis au point pour répondre à leurs besoins.

2°) Simplifier les dispositifs d'appui et de coordination en les unifiant dans une logique transversale et de guichet unique, encourager les acteurs des territoires à simplifier leurs procédures et leur donner des possibilités de simplification administrative.

3°) Ne pas faire de l'existence d'un projet territorial, la condition pour accéder aux outils de la coordination et de simplification, mais au contraire, s'appuyer sur les usages pour faire de l'utilisation d'outils partagés, le point d'appui d'une volonté commune se finalisant ensuite dans un projet territorial de santé.

4°) Pour ne pas complexifier l'organisation territoriale tout en profitant des logiques de concertation ayant déjà eu lieu, transformer d'emblée en projets territoriaux de santé les contrats locaux de santé déjà conclus par les ars conformément au IV de l'article L1434-10 du code de la santé publique ainsi que les contrats territoriaux de santé conclus par les ars conformément à l'article L1434-13 du code de la santé publique.

5°) Inscrire explicitement le ou les dispositifs d'appui et de coordination dans le champ des projets territoriaux de santé

6°) A l'occasion de l'élaboration d'un projet territorial de santé, ne pas se limiter au « tenir compte » mais prévoir l'évolution des différents projets de santé existants dans le territoire concerné dans une perspective de mise en cohérence globale.

7°) Dans une logique coordonnée au niveau régional, après avis des instances de démocratie sanitaire, doter les projets territoriaux de santé de moyens financiers dans le cadre d'une enveloppe unifiée ou mutualisée, permettant aux acteurs d'avoir une négociation financière unique.



AVIS SUR LE PROJET DE NOUVEAU ZONAGE ORTHOPHONISTES

adopté à l'unanimité
par la Commission permanente le 5 février 2019

SUR LES CONDITIONS DE L'AVIS

Le présent avis fait suite à la saisine du Directeur général de l'Agence régionale de santé par courrier en date du 18 janvier 2019 en application de l'article R1434-42 du Code de la santé publique.

Préalablement à son examen par la commission permanente, le projet de zonage a été présenté à la Commission de l'organisation des soins.

L'URPS orthophoniste a été invitée à participer à la commission permanente.

AVIS PRIS

A l'issue des débats, les membres de la commission permanente ont adopté à l'unanimité le projet de zonage proposé par l'ARS.

Cet avis est assorti de 3 remarques :

- La CRSA est sensible à l'effort de solidarité géographique que ce découpage traduit de la part des professionnels.
- La CRSA estime souhaitable d'avoir une meilleure compréhension des besoins au regard de la démographie par territoire et elle souhaite attirer l'attention de l'ARS sur les difficultés de certains établissements sanitaires ou médico-sociaux à disposer d'orthophonistes.
- La CRSA considère que les affectations dans le cadre du service sanitaire doivent tenir compte des différences de densité observées entre territoires.



AVIS SUR LE PROJET DE NOUVEAU ZONAGE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES LIBERAUX

adopté à l'unanimité
par la Commission permanente le 14 mai 2019

SUR LES CONDITIONS DE L'AVIS

Le présent avis fait suite à la saisine du Directeur général de l'Agence régionale de santé par courrier en date du 23 avril 2019 en application de l'article R1434-42 du Code de la santé publique.

Compte tenu d'ordres du jour très chargés, ce projet n'a pas pu être présenté à la Commission de l'organisation des soins préalablement à son examen par la commission permanente.

L'URPS des masseurs-kinésithérapeutes a été invitée à participer à la commission permanente.

SUR LA NOTE DE PRESENTATION ADRESSEE A LA CRSA

La Commission permanente tient à souligner le caractère très incomplet de la note accompagnant la saisine par le Directeur général de l'ARS. La note ne présente en effet aucun élément évolutif et surtout elle ne contient aucun élément relatif aux modifications de zonage résultant de l'utilisation des marges de manœuvre de l'ARS.

Qui plus est, la note a fait l'objet de rectificatif et la Commission a appris que le zonage présenté à la commission paritaire n'était pas le bon, d'où un avis négatif de cette commission.

La Commission regrette donc les conditions approximatives de cette saisine, mais tient à souligner la qualité et la complétude de la présentation qui lui a été faite en séance le 14 mai 2019. C'est cette présentation qui lui a permis de rendre un avis.

SUR LA SITUATION REGIONALE

La Nouvelle-Aquitaine se caractérise par une situation beaucoup plus contrastée que dans les autres régions. La proportion d'habitants résidant dans des zones sous dotées ou sur dotées y est en effet nettement plus forte. Les territoires sous dotés ou très sous dotés sont quasiment tous situés dans la partie nord de la région (ex régions Limousin et Poitou-Charentes) qui à l'inverse ne comporte pas de zones dotées ou très dotées, à une seule exception.

La comparaison avec le zonage 2012-2013 témoigne de l'aggravation de la situation et de l'inefficacité des dispositifs conventionnels, même si on peut toujours avancer qu'en l'absence de ces dispositifs la situation aurait été pire aujourd'hui.

SUR LA METHODE UTILISEE

La CRSA a parfaitement conscience que la méthode utilisée s'imposait à l'ARS dans le cadre d'une démarche nationale. Néanmoins, elle souhaite formuler les remarques suivantes qu'elle demande à l'ARS de relayer :

- la taille des mailles lui semble trop inhomogène,
- les données utilisées ne sont pas assez actualisées,
- aucun élément prospectif n'est pris en compte, hormis l'exclusion des professionnels d'au moins 65 ans proches d'un arrêt de leur activité.

La Commission permanente souhaite insister sur le fait que plusieurs zones, notamment dans certaines agglomérations, à l'intérieur de certaines agglomérations, ou sur le littoral atlantique sont en croissance démographique forte, sans que cette dynamique soit prise en compte.

SUR LES ECHANGES DE ZONES

La Commission permanente considère que les changements de zones effectués par l'ARS sont pour l'essentiel pertinents par rapport aux caractéristiques des zones en cause, notamment en cas de forte attractivité saisonnière. En revanche, elle constate que le passage de certaines zones de la catégorie dotée à très dotée n'est pas lié à des caractéristiques objectives des zones en question, mais aux caractéristiques des zones voisines. Le changement de zonage vise en effet à limiter les possibilités d'installation des nouveaux professionnels sur les zones en question au regard du caractère très doté des zones contiguës et non pas objectivement des zones concernées selon les critères de la méthodologie nationale. Si la CRSA peut comprendre l'intention de l'ARS d'éviter ainsi une sorte de contournement des limitations d'installation dans les zones « très dotées » par installation dans des zones « dotées » voisines, elle considère qu'en l'état ces changements ne sont pas suffisamment argumentés, notamment d'un point de vue juridique. Objectivement en effet, la démarche suivie revient à considérer une nouvelle maille « virtuelle », non prévue. Par ailleurs, l'ARS n'indique pas si toutes les zones « dotées » où ce type de raisonnement pourrait être appliqué ont été concernées par ce type de modification.

AVIS PRIS

A l'issue des débats, les membres de la commission permanente ont adopté à l'unanimité le projet de zonage proposé par l'ARS.

Toutefois, la CRSA considère que ce zonage n'est pas une fin en soi et qu'il ne va pas aboutir magiquement à la disparition des disparités observées qui se sont accentuées au cours des dernières années.

C'est pourquoi la CRSA exhorte l'ARS, l'assurance maladie et les professionnels à déployer une action très volontariste pour une utilisation maximale des possibilités d'aide à l'installation et/ou au maintien des professionnels libéraux.

La CRSA demande, dans le cadre d'une démarche partenariale d'observation, qu'un bilan annuel de l'ensemble de ces dispositifs légaux et conventionnels lui soit présenté.

Dans ce cadre, elle demande que les éléments de la méthodologie nationale soient actualisés et enrichis, a minima pour permettre une meilleure compréhension des évolutions.

Formulée à l'occasion de l'avis sur le zonage des masseurs-kinésithérapeutes, cette demande de la CRSA relative à un bilan annuel concerne toutes les professions concernées par le même type de zonage.