



## **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 population<sup>1</sup>.

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 ;

---

<sup>1</sup> 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'ait 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'efficacité 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 entendable. 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.

**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.