

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.