



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 ?