

**COMPTE-RENDU
SÉANCE PLÉNIÈRE DE LA CRSA**
Mardi 27 juin 2023
CCI d'Orléans

Nombre de membres présents ou représentés : 67 membres.

Le quorum est atteint, la séance peut valablement se tenir.

1) Approbation du compte-rendu de l'assemblée plénière du 15 novembre 2022, du 13 décembre 2022 et du 28 février 2023

Les comptes- rendus sont adoptés à l'unanimité des voix exprimées (1 abstention).

2) Introduction de la séance par le Président de la CRSA et la Directrice générale de l'Agence régionale de santé

Le président de la CRSA, **Olivier SERVAIRE- LORENZET**, souhaite la bienvenue à Mme Clara DE BORT, nouvelle directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire. Il rappelle l'état d'esprit qui anime la CRSA : fédérer, transformer, innover, suite au séminaire de la CRSA en mars 2022. La pluralité d'avis et l'esprit d'analyse critique permettent la richesse des débats. Tous les membres de la CRSA partagent le même objectif d'améliorer le système de santé et d'en permettre la refondation, qui doit pouvoir passer par des propositions de mesures radicales si nécessaire. Notre système actuel manque parfois d'agilité, et il est nécessaire d'agir en s'appuyant sur la volonté d'engagement des acteurs de terrain.

Mme Clara DE BORT salue les membres et remercie l'assemblée pour son accueil. Elle prend ses fonctions à un moment clé, alors que la CRSA va rendre son avis sur le Projet régional de santé 2023-2028, dans le cadre de la consultation réglementaire en cours. Elle constate que beaucoup de travail a été effectué en amont collectivement. Plus que le document produit en sortie, c'est ce temps-là de travail et d'échanges qui a été le plus fructueux pour le développement de notre offre en santé dans la région. Le PRS n'est pas un tout exhaustif, ni un document figé, mais une étape importante, à laquelle ont participé tous les acteurs de la région avec beaucoup d'engagement, en CRSA et ses commissions spécialisées, en Conseils territoriaux de Santé, etc. Ce travail a suscité beaucoup d'espoirs, peut-être aussi de petites déceptions. Il témoigne globalement d'un accord de tous sur le diagnostic et de l'envie d'avancer dans le même sens, même si l'Agence et la CRSA ne sont pas forcément d'accord sur la force de traction mise en œuvre pour avancer. Elle souhaite surtout écouter ce matin : c'est une chance qu'il y ait des désaccords qui s'expriment et qu'ils puissent être tracés pour aiguillonner l'Agence ensuite dans la mise en œuvre du PRS. Sa révision sera de toute façon nécessaire en fonction de la sortie de prochains textes (ex : sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins) et certains sujets doivent peut-être encore mûrir et être approfondis avec les acteurs sur le territoire. C'est avec optimisme qu'elle regarde les années à venir, au vue de l'engagement constaté de tous dans ces travaux préparatoires et le niveau de concertation et de propositions fait à l'Agence à cette occasion. Elle souhaite faire le meilleur avec la CRSA pour faire avancer les sujets.

M. SERVAIRE- LORENZET indique le déroulement de la séance : un premier temps d'interventions est prévu par les présidents des CTS et les présidents des commissions spécialisées, puis aura lieu un temps d'échange avec l'Assemblée et une prise de parole de l'ARS. Suivra ensuite le vote de la CRSA sur le projet de PRS 3.

3) Paroles des territoires : intervention des six Présidences des Conseils territoriaux de santé



Concertation du CTS18 dans le cadre du PRS 3 – 27 juin 2023

En introduction nous soulignons la qualité et la quantité du travail effectuée qui nous apparaît remarquable et mobilisant de nombreux acteurs. Nous remercions également l'ARS pour son retour suite à notre contribution et pour la prise en compte des divers éléments remontés. Toutefois, si nous avons conscience de l'effort exprimé, au regard de la situation du Cher, les éléments du PRS 3 nous paraissent insuffisants sur divers points.

Nos points d'attention

1- Universalisme proportionné : si dans l'introduction du PRS apparaissent les contours du projet de Santé, notamment en termes d'universalisme proportionné, les projets nationaux descendants et les attributions régionales, trop souvent liés au seul indicateur populationnel démentent régulièrement cet enjeu.

Aussi, représentants d'un des territoires identifiés comme particulièrement en difficulté (population en mauvaise santé et carence de moyens humains imposant des moyens financiers supplémentaires « idée du rattrapage »), nous identifions le risque que cette orientation ne reste qu'une incantation.

2- Pénurie des métiers de la Santé

a. la pénurie de professionnels reste trop axée sur les personnels médicaux et paramédicaux. Dans le Cher l'ensemble des métiers sociaux et médicosociaux sont concernés par des difficultés de recrutement ce qui aggrave la situation de Santé du territoire.

b. du fait de manque majeur de moyens humains, il n'est pas aisé d'identifier la faisabilité des objectifs posés. De ce fait nous constatons une discordance entre les multiples objectifs du PRS3 et les moyens surtout humains que l'on pourra y affecter.

3- Attractivité des métiers de la Santé

a. l'équité de traitement entre les professionnels intervenant dans le champs de la santé restent non effective – ici nous parlons de l'attribution du Ségur qui a laissé sur le bord de la route les professionnels notamment de la prévention ou encore pour le social et médicosocial, l'ensemble des fonctions supports et de Direction. Pourtant pour atteindre les obligations réglementaires et de qualité, toujours plus complexes, attendues dans notre domaine, ces fonctions ne paraissent pas optionnelles.

b. des choix basés aujourd'hui sur des questions de sécurité vont intervenir sur le maintien ou non, notamment de services hospitaliers, ce qui viendra interroger de fait, la mobilité possible ou pas des patients. De plus, ces décisions impacteront l'attractivité du territoire, pour les professionnels de la Santé, et risque de venir en contradiction avec les objectifs présentés dans le PRS sur l'attractivité des métiers, notamment médicaux et paramédicaux.

c. la formation est également un enjeu concernant la répartition des internes sur la région qui doit être équitable, ou encore, l'importance de formation des acteurs à la pluriprofessionnalité dès la formation initiale qui favoriserait l'installation des nouveaux métiers : assistants médicaux, médiateurs santé ...

Au-delà de l'équité, des notions d'attractivité sont en jeu. Le PRS n'aborde pas cette question du Ségur, nous avons conscience d'orientations nécessaires au plan national, mais sans cet axe il semble difficile d'approuver ce plan. A minima un axe de travail sur cette question pourrait être noté en introduction.

4- Prévention : à noter : la prévention ne représente que quelques pages ou se lit en élément transversal et la prévention universelle 2 pages. Selon nous, cette illustration souligne la place laissée à cet incontournable qu'est la prévention, lorsque nous parlons Santé.

Pourtant le PRS3 rappelle « La santé est en effet le résultat de facteurs génétiques personnels mais aussi, pour 80 %, de comportements et d'habitudes de vie, de conditions socio-économiques et environnementales... Développer la prévention est d'autant plus essentielle qu'elle contribue majoritairement à la baisse de la mortalité prématurée. 85 % Part de la prévention dans la baisse de la mortalité prématurée, contre 15 % pour le soin ». La situation sur nos territoires des démographies des

métiers médicaux, paramédicaux et médicosociaux invite à tout mettre en oeuvre afin de renforcer la prévention à destination des publics les plus fragiles en encourageant et facilitant la coordination entre les différents acteurs, professionnels libéraux via les CPTS – établissements de santé via les GHT et ESMS. La prévention est l'élément majeur d'une meilleure santé de la population ; pour cela les moyens doivent être donnés afin d'apporter au plus près de nos populations les éléments sociaux, médicosociaux et médicaux. Cette mise en place doit s'accompagner d'une information au plus près des habitants. Se rajoute à ces points son mode de financement annuel ou pluriannuel et la non reconnaissance des professionnels qui oeuvrent en prévention, intervention précoce et repérage, toute l'année. Sur cette question, nous regrettons une nouvelle fois qu'un parcours spécifique jeune ne soit pas identifié dans le PRS.

5- Coordination : la volonté d'articulation des acteurs, des politiques publiques, des dispositifs tels que les équipes mobiles est réaffirmée dans ce PRS. Toutefois, là encore, la juxtaposition de dispositifs ou de politiques publiques ne se dément pas sur le terrain avec la mise en place de multiples espaces de coordination et ce pas toujours en cohérence avec l'existant. Quelle lisibilité pour les patients ? Comment peuvent-ils comprendre la complexité de nos systèmes ? Quelle communication ?

6- Planification : les politiques publiques identifient le partenariat comme modèle alors que les modalités d'adaptation des réponses retenues par les autorités (manque de lisibilité sur les attributions de crédits, critères d'attribution non partagés et non transparents, calendriers contraints) mettent de fait les associations en situation de concurrence. Il est constaté une multiplication des nouveaux dispositifs, créés en dehors du processus d'autorisation prévu par le code de l'action sociale et des familles qui fragilise la construction du secteur et limite sa lisibilité.

Se doter d'un réel outil de planification de l'offre médico-sociale (PRIAC) pour les 5 années à venir, reposant sur une évaluation qualitative des besoins de la population, afin d'anticiper, de partager et de rendre lisible l'organisation de l'offre sur les territoires semble indispensable.

7- feuille de route du Cher dans le cadre du PRAPS : elle n'appuie pas suffisamment, la nécessité d'une approche globale, les moyens insuffisants face à la complexité des situations ou encore les actions existantes qu'il est nécessaire de soutenir. Un exemple en addictologie, il existe un réseau addiction qui favorise les parcours et décroïsonne les acteurs médico-sociaux et hospitaliers, ou encore des consultations spécialisées sont déployées sur les conséquences ou causes des addictions tel que le psychotraumatisme, la spécificité de l'interculturalité et de la migration ou encore l'usage des jeux vidéo et plus largement des écrans (enjeu pourtant incontournable aujourd'hui). Ces initiatives imposent d'être soutenues. Parallèlement, il est essentiel d'innover des structures hybrides permettant le maintien dans le soin des personnes les plus précaires, en sortie de cure.

Au regard de ces éléments, nous identifions difficilement la marge de manoeuvre régionale et surtout locale pour répondre aux besoins repérés. De plus, il nous apparaît que vouloir tout faire, dans la situation actuelle, se transforme en utopie. Il nous paraît aujourd'hui prioritaire de s'assurer de la base, par exemple que sur chaque mode de dépistage le parcours de soins puisse être assuré en aval (ex k du colon versus coloscopie).

En synthèse, a-t-on les moyens d'agir ?

Pour le Cher, ce PRS ne rassure pas quant aux moyens qui seront déployés, maintenus ou renforcés pour trouver des réponses opérationnelles et visibles auprès des populations et ce malgré les volontés exprimées. Avec nos voisins de l'Indre nous avons alerté à plusieurs reprises sur la situation sur nos territoires.

Sur le Cher des médecins disent « *nous regardons les gens mourir, sans solution, nous ne résisterons pas, doit-on partir pour nous préserver car notre métier ce n'est pas ça. Sur certain territoire il n'y plus que nous, il y a des systèmes et la vraie vie quand nous sommes face au patients* »

Au regard de ces éléments nous nous abstenons sur le PRS3.

Nathalie VERNE – présidente CTS

7 éléments de réflexion du CTS 28 concernant le SRS3

1) Le SRS3, schéma régional de santé ambitieux auquel un grand nombre de membres du CTS 28 ont apporté leurs contributions, dans les groupes de travail (très nombreux sur un agenda trop resserré), est bien marqué par une volonté de co-construction que l'ensemble des membres saluent et le fait qu'un certain nombre de points de notre contribution ont bien été pris en compte dans le schéma soumis à avis en atteste.

2) Mais notre région, de taille moyenne, où les différences territoriales voire infra territoriales sont marquées, aurait peut-être mérité un projet régional plus compact, plus lisible pour toute la population, assorti de déclinaisons départementales permettant à chaque territoire de mieux se reconnaître à travers un universalisme proportionné.

3) Dans notre département où les démographies médicale, paramédicale (et cela a bien été ajouté dans le SRS3) et médico-sociale sont en berne, les actions de prévention et de promotion de la santé semblent essentielles, incontournables (un PTPPS (Projet Territorial en Prévention et Promotion de la Santé), issu du CNR Santé 28 de Novembre 2023 a d'ailleurs été présenté). Or, dans le SRS3, le socle fondateur de ces actions en prévention et promotion de la santé serait le CLS. Mais, notre département s'il dispose d'une couverture en CPTS complète n'a qu'un maillage très faible en matière de CLS ! Comprenez que ceci nous interroge pour l'avenir des actions en prévention et promotion de la santé !

4) Les acteurs du territoire se questionnent également sur le sujet de la e-santé et l'interopérabilité des logiciels. Bien qu'ils adhèrent tous à son déploiement, il se demandent ce qu'il en est quant à son accessibilité par tous (Etude de la DREES d'Octobre 2022) et sur l'absence d'un axe « prévention » autre que l'axe de prévention primaire (information) car dans un département où côté démographie médicale, le pire est certainement devant nous, la promotion des objets connectés (brosses à dents détectrices de caries, tapis de bains contrôlant le poids et l'équilibre, etc...) aurait pu être un axe intéressant à développer.. Le numérique va vite, il ne faudrait pas que le PRS3 passe à côté !

5) Par ailleurs, la mise en œuvre d'un grand nombre d'actions repose sur des structures ou des métiers récents : DAC, Communauté 360, IPA. Or ces « outils » peuvent dans certains départements, comme le nôtre, être encore en construction et donc fragiles. Comment imaginer s'appuyer sur eux uniquement dans de telles conditions ?

6) Même s'il s'agit d'un sujet redondant ou peut-être parce qu'il s'agit d'un sujet redondant pour beaucoup d'acteurs départementaux en région, nous l'avons noté car il fait remonter une inquiétude forte : Inquiétude face à la fermeture de lits en psychiatrie avec orientation vers le médico-social , même si les choses ne se feront nous l'espérons pas de façon brusque, qui n'est pas formé pour ou qui n'est pas en capacité d'accueil car ce secteur reste lui-même en crise d'effectifs. Le secteur médico -social manque de lisibilité sur les actions à mener.

7) Ne pas terminer sans parler Droit des Usagers : Le SRS3 cite très souvent le droit des usagers et c'est une juste reconnaissance de la nécessaire application des lois de 2002 et de la loi de 2005, mais nous sommes très attentifs à l'effectivité des droits et notamment aux droits des plus fragiles et des plus vulnérables puisque dès 2017 nous avons organisé un séminaire sur l'accès aux soins de ce public.

Deux exemples à partir d'observations territoriales :

- Une absence dans le volet santé mentale du SRS3, du programme « Quality Rights », programme de l'OMS porté par l'EPSM de Lille, (en cours de développement à Dreux et en cours d'appropriation à Bonneval) qui a pour but l'évaluation de la qualité et du respect des droits dans les établissements de santé mentale et les ESSMS, basé sur la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'Homme.

- Une consultation dédiée aux personnes handicapées qui existe bien sur notre territoire (Handisanté), l'une des 3 en régions, et c'est en soi un sujet de satisfaction. Il faudra cependant, donner toute leur place aux usagers, d'une manière pérenne, dans la construction et le suivi de tels projets. Et, dans ce cadre, nous allons suivre de près l'application de l'instruction DGOS/R4/2023/66 du 1er juin 2023 relative au référent handicap en E S instauré par la loi du 21/04/21 visant à améliorer le système de santé pour la confiance et la simplification.

Et pour terminer, à titre personnel, je regrette que le parcours spécifique autisme, que l'on aurait pu nommer TSA-TND, ait été volontairement supprimé dans ce schéma.

Martine VANDERMEERSCH- Présidente du CTS

Olivier SERVAIRE- LORENZET confirme que la CRSA, qui a inclus un axe TSA-TND dans sa feuille de route, restera mobilisée sur ce sujet de l'autisme.



Intervention CTS 36 AG CRSA 27 juin 2023

1er point :

L'Indre cumule des déterminants en santé parmi les plus défavorables de la région. Les inégalités sociales et territoriales de santé y sont particulièrement marquées.

À distance de l'axe ligérien, le département ne bénéficie pas de son dynamisme. Certains bassins de vie ont un tropisme naturel pour d'autres agglomérations hors région, telles Limoges ou Poitiers. La solidarité inter-régions, insuffisamment développée dans le PRS 3, ne joue pas à plein. Certains services du CHU de Limoges commencent à refuser les patients de l'Indre.

Lors de la dernière commission permanente de la CRSA, les deux présidents de CTS du Berry, avaient alerté sur l'état de santé de leurs populations. Ils avaient été assurés que la situation des deux départements du sud de la région serait mise en exergue et que les moyens nécessaires au rééquilibrage en termes d'inégalité sociales et territoriales de santé, y figureraient. Cela ne transparaît pas dans cette version du PRS 3.

2ème point :

Une diminution inquiétante de la consommation de séjours hospitaliers avant et après la crise COVID a été objectivée, associée à une diminution de la production de séjours par les établissements publics ou privés de l'Indre. Ceci alors que la population vieillit et se précarise, laissant percevoir un besoin accru. Le taux de fuite hors département et hors région s'accroît et nous sommes témoins d'un renoncement aux soins d'une partie de la population, en particulier les plus fragiles.

50 lits de MCO ont fermé au sein du centre hospitalier de Châteauroux par pénuries de ressources humaines (50 postes d'infirmières vacants), sans perspectives de réouverture. La seule maternité du département a dû supprimer certaines activités, par manque de sage-femmes.

Les centres hospitaliers de notre département souffrent toujours d'une répartition pour le moins inégalitaire, pour ne pas dire scandaleuse, des internes de médecine générale, au sein de la région. Il paraît incohérent de critiquer la mise en place d'une quatrième année d'internat en médecine générale, afin de drainer les territoires médicalement sous dotés, lorsque par ailleurs on refuse de faire ses stages ou on n'oblige pas à les faire, les années précédentes, dans ces mêmes départements... Le chapitre 3 du PRS 3 est bien silencieux sur ce problème. La théorie du ruissellement du fait d'une augmentation des internes formés en région et la promesse liée à l'ouverture d'un second CHU, ne suffit pas à éteindre la colère des acteurs de notre département.

L'afflux de milliers de personnes pendant les deux mois que dureront les compétitions olympiques en 2024 à Châteauroux, soulève une légitime interrogation quant à la capacité des professionnels hospitaliers et libéraux de l'Indre, à assumer seuls cette surcharge de travail, en plein été par surcroît. Il

faudra faire appel à la solidarité régionale. Un évènement d'une telle importance, n'est pas mentionné au chapitre 14 du PRS 3. Peut-être l'ARS CV, fait-elle confiance à notre département après l'organisation du Technival qui a rassemblé 30.000 teuffeurs sans incidents sanitaires majeurs ?

La filière d'aval est à la peine, notamment les SSR de Buzançais, Châtillon-sur-Indre et Levroux, les praticiens sur lesquels ils reposent, devant partir prochainement à la retraite.

La réforme du régime des autorisations va voir s'éloigner certaines activités (avec la crainte d'un renoncement aux soins encore plus grand) tandis que des autorisations qui pourraient être envisagées afin de maintenir l'attractivité de notre département (je pense surtout à la coronarographie), ne figurent pas dans les OQOS.

La question de la mobilité paraît insuffisamment abordée dans ce document. Comment adresser les patients vers les centres qui détiendront les autorisations alors que nous connaissons déjà de graves carences ambulancières.

Autre constat, un clivage persistant entre hospitalisation publique et privée nuisant aux prises en charge coordonnées, à la mise en commun de moyens techniques et humains. Ce fossé fait le lit de la fuite des patients hors département et de la démission des praticiens. Nous avons de réelles inquiétudes quant au maintien de l'hospitalisation privée dans ce climat délétère, ne permettant pas de dégager des marges d'activités alors que le besoin est là.

Le sentiment partagé par les acteurs, est que ce PRS 3 ne répond pas aux enjeux de la très grave crise que traverse l'hôpital, en particulier dans nos petits territoires. Et ce ne sont pas les quelques IPA formées qui vont changer cette donne même si chacun s'accorde à en espérer des améliorations en termes de parcours.

3ème point :

Le secteur médicosocial n'est pas moins en peine, avec une difficulté majeure à maintenir la qualité des prises en charge, aussi bien dans le secteur PA que PH, par défaut de recrutement de personnels qualifiés (médecins-coordonateurs, infirmières, aides-soignantes, AESH, psychologues, éducateurs...). Des places vides en EHPAD sont déplorées et des listes d'attente toujours trop longues en MAS qui en écartent à vie les bénéficiaires potentiels.

La santé mentale de la population est mauvaise, celle des jeunes en particulier. Les délais de prises en charge en CMP et CMPP sont beaucoup trop longs avec un risque de chronicisation et de sur-handicap. Les psychiatres et les psychologues manquent.

4ème point :

Un secteur ambulatoire frappé par la désertification tant médicale que paramédicale (en particulier des dentistes, des sage-femmes, des orthophonistes, des pharmaciens, des kinésithérapeutes).

Et tout aussi grave, la perte totale de spécialistes libéraux (ORL, dermatologues, gastroentérologues, cardiologues) avec des conséquences majeures pour la poursuite des prises en charge et l'installation de nouveaux praticiens en médecine générale.

Nous n'avons pas vu dans ce PRS 3 une filière organisée, visible, immédiatement mobilisable, capable de répondre aux besoins de notre population laissée orpheline d'avis spécialisés.

Les pistes dégagées pour répondre aux besoins de la population (18% des plus de 17 ans, sans médecin traitant) paraissent faibles au regard de la situation, même s'il faut se féliciter de l'importance du nombre de MSP dans notre département (un des plus précoces en la matière), de l'émergence des CPTS, du SAS et de l'OSAT et du travail remarquable que mène l'Agence d'Attractivité de l'Indre, en proximité avec le Conseil Territorial de Santé, les ordres et les syndicats professionnels.

Les perspectives offertes par la télémedecine ne résoudront pas tout.

5ème point :

La très grande difficulté que traverse le secteur du maintien à domicile, avec un nombre de places de SSIAD notoirement insuffisant, des auxiliaires de vie impossibles à recruter, affectant grandement la réalisation des plans d'aide. L'accompagnement à domicile des personnes âgées est menacé alors que l'on s'attend à une explosion de leur nombre.

Ceci conjugué à la désertification médicale et paramédicale et à la démotivation des médecins libéraux à la suite de l'échec des négociations conventionnelles, fait du virage domiciliaire un vœu pieux.

Le PRS 3, tel qu'il nous est présenté, n'apporte pas de réponses à ces questions, la région n'ayant pas les moyens de ses ambitions et dépendant de décisions nationales.

6ème point :

La promotion de la santé, la prévention et la santé environnementale demeurent les parents pauvres de ce projet. Nous ne disposons pas de moyens supplémentaires pour asseoir, renforcer ou créer de

nouveaux acteurs dans ce champ, la fragilité de certains au sein de notre territoire, laissant craindre l'abandon pur et simple de thématiques au cas où ils seraient amenés à disparaître.

Le Projet Territorial de Santé Mentale, qui misait beaucoup sur la prévention et la promotion de la santé mentale, à défaut de pouvoir s'appuyer sur un nombre conséquent de psychiatres, n'est pas financé à la hauteur de ses espérances. De nouvelles équipes sont abondées de crédits conséquents (sans visibilité quant au recrutement possible de leurs professionnels dans le contexte actuel ou au risque de siphonner ceux-ci des autres services), tandis que l'on peine à obtenir quelques milliers d'euros pour la sensibilisation, la formation ou la prévention.

7ème point

Une délégation territoriale de l'ARS à la peine en termes d'effectifs, sans perspectives de recrutement, alors qu'il conviendrait de renforcer puissamment celle des départements les plus en difficulté de la région. Nous manquons de chargés de mission capables de fédérer les acteurs, de les aider à répondre aux AAP et aux AMI. Nos indriens sont déjà noyés sous le poids de l'activité. Il y a réellement une double peine à être si peu nombreux dans ce territoire.

À titre d'exemple, aucun projet financé au titre de l'article 51, dans l'Indre, à ma connaissance.

Une démocratie participative à géométrie variable, tantôt convoquée, tantôt oubliée, voire mise de côté, vécue comme venant mordre parfois sur les prérogatives de l'administration. Le bénéfice prouvé de cette mobilisation des acteurs, notamment des usagers, des élus, n'est pas pleinement perçu.

Sans remonter jusqu'à la gestion de la crise COVID, l'organisation du CNR Santé, le pilotage du CTSM, en sont des illustrations. Le risque étant une démobilitation (que l'on observe déjà à travers la participation déclinante aux réunions) avec le danger de voir d'autres modes d'expression apparaître.

En conclusion, notre département est en grande difficulté. Le PRS 3, écrit selon une méthode participative à laquelle chacun a pu prendre part, (il convient, de ce point de vue, de saluer le travail des services de l'ARS CVL), est un document réglementaire sans grand souffle, ni moyens suffisants au regard des enjeux pour notre territoire, laissant planer un sentiment d'impuissance des autorités. Certains vont jusqu'à penser que ces dernières font le gros dos, espérant que la tempête passe.

10 années terribles s'annoncent sans perspectives autres que de devoir supporter la catastrophe sanitaire qui nous attend et que nous sommes incapables de mesurer à l'instant où elle se produit, faute d'indicateurs.

Nous ne pouvons nous y résoudre.

Avis rédigé avec les présidents et vices- présidents des commissions spécifiques du CTS

- Le Président du Conseil Territorial de Santé de l'Indre, Docteur Hervé MIGNOT

ARS CENTRE-VAL-DE-LOIRE Conseil Territorial de Santé D'INDRE ET LOIRE (37)

AVIS RENDU DANS LE CADRE DE LA CONSULTATION EN VUE DE L'ADOPTION DU PRS3 EN CENTRE-VAL-DE-LOIRE

Dans le cadre de l'élaboration du futur Projet Régional de Santé, l'ARS est entrée dans la phase réglementaire de recueil des avis auprès des organisations concernées (Art. R1434-1 du code de la santé publique).

Bien que n'étant pas visés par cet article, les Conseils territoriaux de Santé œuvrant en région Centre-Val de Loire ont spontanément souhaité s'emparer de cette consultation en émettant avis et remarques.

En conséquence, le Conseil Territorial de Santé d'Indre- et- Loire, réuni en la forme du Bureau en date du 16 juin 2023, a souhaité transmettre à la CRSA Centre –Val de Loire les avis et remarques suivantes dans le cadre de la consultation en cours relative au futur PRS3.

En préambule, il entend ici souligner la qualité des échanges entre l'ARS Centre-Val de Loire et la Démocratie Sanitaire, et la réelle volonté de consultation des équipes de l'agence dans le cadre de cette démarche.

Qu'ils en soient ici remerciés.

Déséquilibre Sanitaire/Médico-social et/ou sanitarisation du Médico-social

Les membres présents entendent souligner le déséquilibre important entre le Sanitaire et le Médico-social dans le projet de PRS 3.

Ils remarquent, de surcroît que, lorsqu'il apparaît dans une fiche d'objectif opérationnel, le Médico-social semble constituer l'une des composantes de la fiche, organisée autour de l'objectif sanitaire.

Ainsi, seules quelques fiches spécifiques semblent échapper à cette carte d'entrée sanitaire systématique.

Une telle tendance est paradoxale dans un contexte où les besoins en médecine chronique s'accroissent d'une part, et que le législateur encourage le virage domiciliaire d'autre part.

De plus, cette tendance à la « sanitarisation » du médico-social intervient dans un contexte :

- De pénurie de professionnels de santé,
- De désintérêt massif des étudiants pour les métiers du social et du médico-social.

Ils pensent donc que le rôle et les tâches du médico-social et du social ne peuvent que croître dans un tel contexte.

En conséquence, ces secteurs doivent faire l'objet de plus d'attention dans le cadre de l'accompagnement quotidien et constant qu'ils doivent exercer au bénéfice des publics concernés, et comme premier relai des politiques de prévention.

Prévention et communication

D'une manière générale, les membres du bureau du CTS d'Indre- et Loire estiment que le PRS3 manque d'ambition en matière de prévention.

Ils considèrent qu'une partie des pathologies, actuellement en développement dans la population, pourrait être réduit en fréquence d'apparition par un recours aux actions de préventions plus systématique, soutenu, généralisé, et poursuivi dans le temps.

De même, ils soulignent que le PRS3 reste peu ambitieux, de leur point de vue, en matières d'action de dépistage.

Ils considèrent que de telles actions, à long terme, constitueraient une politique de nature à diminuer l'apparition et/ou le développement de diverses pathologies et ainsi réduire le recours aux soins dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

Ils insistent sur le fait que la prévention doit également trouver à se déployer en psychiatrie.

Enfin, ils rappellent que de telles actions sont indissociables d'une réflexion préalable en matière de communication.

En effet, chaque action de prévention ou de dépistage doit, pour se déployer efficacement et atteindre sa cible, s'accompagner d'une communication strictement appropriée au public visé, y compris et surtout dans ses moyens, la dématérialisation n'atteignant pas toutes les couches de la population.

Virage domiciliaire : ambitions et moyens

Le législateur encourage au virage domiciliaire.

La population semble également favorable à une telle réforme.

Les membres du bureau du CTS d'Indre et Loire approuvent les dispositions afférentes énoncées au PRS3.

Cependant, ils souhaitent fortement affirmer qu'un tel virage ne se fera pas sans transfert de moyen.

En effet, il n'apparaîtrait pas concevable que ce virage domiciliaire soit motivé par une seule économie de moyen dans les établissements.

Par ailleurs, s'agissant d'un transfert d'activité, l'ambition de la réussite du virage domiciliaire nécessite forcément un accroissement de moyen dans l'ambulatoire et vers le médico-social qui va, en conséquence, devoir se mobiliser pour accompagner ce public au domicile.

Les membres du CTS d'Indre et Loire souhaiteraient que cet accroissement de moyens vers l'ambulatoire et le Médico-Social, dans le cadre du virage domiciliaire, soit acté plus nettement, au moins en orientation et en masse, au sein du PRS3.

Articulation avec les autres acteurs du secteur

Les membres du bureau du CTS d'Indre- et Loire constatent que le PRS3, s'il reste central en matière d'organisation Sanitaire et Médico-social, se déploie dans un cadre où interagissent plusieurs acteurs.

Cette situation, dans le contexte du virage domiciliaire évoqué précédemment, ne devrait trouver qu'à s'amplifier.

Ils appellent donc la vigilance de l'ARS sur les nécessaires articulations avec les autres acteurs et financeurs à l'œuvre dans le champ Sanitaire, Médico-social mais également Social dans le souci d'une prise en charge globale et coordonnée de la personne qui ne se résume pas à sa pathologie ou à son handicap.

Pour mémoire, ils considèrent qu'une telle articulation doit être recherchée avec les Conseils Départementaux, les services de la Cohésion sociale, mais aussi les différentes caisses de protections sociales et le Conseil Régional.

Pour l'exemple, ils constatent qu'aujourd'hui, tous ces acteurs s'investissent, le plus souvent chacun dans leur coin, dans des actions de prévention.

Ils pensent ainsi qu'une coordination de ces actions juxtaposées, en matière de prévention, gagnerait en efficience.

Personnes handicapées

Les membres du bureau du CTS d'Indre et Loire présentent soulignent l'ambition du PRS3 en matière de politique en faveur des personnes handicapées.

Cependant, ils s'inquiètent, en parallèle, de l'absence de précisions en matière de moyens.

En effet, si plusieurs objectifs opérationnels tentent d'apporter des solutions ou des réformes aux besoins spécifiques de ces publics, les moyens envisagés semblent absents dans un contexte de pénurie de professionnels sanitaires et sociaux et de financements nouveaux à mobiliser.

Par ailleurs, pour partie, ces ambitions renvoient, sans plus de précisions, leur réalisation sur des acteurs autres que l'ARS (ex : les politiques d'inclusion).

Ils demandent donc à ce qu'une dimension pragmatique et concrète apparaisse dans le PRS3 en regard des ambitions affichées.

Contexte populationnel

Les membres du CTS d'Indre et Loire approuvent l'ambition de l'égalité d'accès aux soins et aux établissements et services médico-sociaux pour l'ensemble de la population de la région.

Ils ont cependant l'impression que cette ambition, déjà présente au PRS2, peine à s'appliquer.

Ils soulignent que le virage de la e-santé n'atteint pas toute une partie de la population qui n'est pas équipée ou familiarisée pour accéder à ces nouvelles technologies.

En ce sens, cette ambition d'égalité d'accès aux soins doit tenir compte de ces populations qui, pour partie, peuvent relever par ailleurs des différentes actions de préventions ou de dépistages citées précédemment et s'en trouver par conséquent écartées.

Les inégalités territoriales en matière d'implantation des professionnels et établissements de santé constituent également une sérieuse difficulté à cette ambition d'égalité d'accès aux soins.

Les membres du bureau du CTS d'Indre et Loire demandent à ce que soit renforcé et précisé, dans le PRS3, les moyens envisagés pour permettre une meilleure répartition des professionnels, établissements et services de santé et médico-sociaux dans les territoires.

En parallèle, ils soulignent qu'une telle ambition doit également préciser les moyens et partenariats envisagés et alloués aux nécessaires déplacements des différents publics concernés, malades, personnes handicapées...

Ils attirent l'attention de l'ARS sur le fait que l'ambition du virage domiciliaire déjà évoquée ne trouvera à se déployer que si ces difficultés concrètes sont parallèlement résolues.

Ils rappellent enfin que ces inégalités d'accès aux soins et services peuvent également se rencontrer en milieu urbain, notamment dans le cadre du virage domiciliaire, compte tenu des diverses mesures de restrictions et/ou de complexification de mobilité et d'accès qui tendent à se déployer, dans un contexte de raréfaction d'implantation des professionnels sociaux, médicaux et paramédicaux en ville, et de leurs fréquents refus de se déplacer.

Concrètement, le virage domiciliaire et ambulatoire échouera si les personnes concernées peinent à trouver ambulances, VSL ou taxis, et si les professionnels évitent le déplacement sur certains territoires.

Finalité de l'action

Il ressort de l'étude du projet de PRS3 tel que transmis que, si l'ambition est là, les membres du CTS d'Indre et Loire ne perçoivent pas toujours les moyens de concrétisation de ces projets.

Ils rappellent que la finalité première de tous, quel que soit sa fonction, est de permettre à la population de trouver à se soigner et/ou à être accompagnée selon ses besoins, partout sur le territoire de la région Centre-Val de Loire.

En ce sens, ils souhaitent que soit réaffirmé ici que tout le dispositif doit être au service des professionnels de terrain et non l'inverse.

Ils soulignent que, dans un contexte de pénurie de professionnels de terrain, tout accroissement administratif, toutes demandes d'enquêtes, de reportings divers, toutes nouvelles mesures technocratiques a pour effet de retirer du temps de professionnels sur les terrains.

Ils souhaitent que l'essentiel des moyens soit consacré à la production réelle de l'accompagnement des personnes sur le terrain, y compris au sein de l'administration, dans un souci premier de pragmatisme et résultats concrets.

En ce sens, et pour conclure, pour les membres du CTS d'Indre et Loire, le PRS3 doit avant tout veiller à être un outil au service des professionnels de terrain et non l'inverse.

Il se doit d'être pragmatique, inscrit dans le réel et doit concrétiser les moyens de ses ambitions.

S'il n'entend constituer qu'un outil de pilotage au service de l'administration, compte tenu du contexte, il apparaît aux membres du bureau du CTS d'Indre et Loire, que de nombreux objectifs opérationnels pourraient ne pas être atteints.

Tours, le 21 juin 2023,

Pour le Bureau du CTS d'Indre et Loire, son Président,
Pascal OREAL.



Contribution du CTS du Loir-et-Cher au PRS 3 Centre – Val de Loire

Tout d'abord, les membres du CTS 41 souhaitent souligner que la concertation entre acteurs de santé et ARS a été réelle même si nous pouvons regretter une certaine précipitation sur les OQOS et la PDSES. Nous estimons que ces deux derniers éléments mériteraient d'être approfondis.

Les membres du CTS 41, après en avoir discuté et délibéré lors des bureaux et Assemblées Générales souhaitent porter à la connaissance de la CRSA les points suivants :

1/ OQOS Maternité : le projet de PRS3 fait apparaître la possibilité de la transformation d'une maternité en CPP dans le Loir-et-Cher. Outre le fait qu'aucune des 4 maternités actuelles n'est identifiée, le CTS n'est pas fondamentalement contre cette transformation certainement guidée par la contrainte sur les ressources RH, contrainte pouvant entraîner un risque sur la sécurité des soins.

Toutefois, le CTS 41 souhaiterait connaître les prérequis d'ouverture et de fonctionnement d'un CPP.

2/ Concernant la transformation de l'offre de soins des USLD en USPC, le CTS 41 s'interroge sur le cahier des charges de ces USPC, leur financement (sanitaire et/ou médico-social) et l'éventuel « reste à charge » pour l'utilisateur.

Le CTS 41 s'interroge également sur la signification de l'expression « patients hospitalisés au long court de manière inadéquate ». Les membres du CTS41 souhaitent qu'il puisse continuer à exister une offre de soins au long court sans reste à charge pour des patients souffrant de pathologies plus ou moins lourdes cumulées très souvent avec des difficultés sociales.

3/ Traitement des cancers : le CTS 41 questionne sur la diminution d'une autorisation sur la chirurgie carcinologique et sur l'établissement visé par la diminution des autorisations sur le digestif vs seuil. D'autre part, le CTS 41 souhaite conserver une autorisation en chirurgie thoracique.

Enfin, le CTS annonce la création d'un centre de ressource territorial en cancérologie pour favoriser notamment la prévention et les soins de support.

4/ Neurologie : le Loir-et-Cher est le seul département à ne pas disposer (dans le PRS3) d'unité de soins intensifs en neurologie en PSES. Les membres du CTS41 soulignent que cela est de nature à entraîner des pertes de chance pour les habitants du département.

5/ Concernant la permanence des soins, le CTS41 souhaiterait avoir des détails concernant les astreintes maternité anesthésie et gynéco/obstétrique : les chiffres ne correspondent pas à l'état actuel des lignes d'astreinte ni à l'état futur. D'autre part, le CTS 41 s'interroge sur la diminution du nombre d'astreintes sur la chirurgie orthopédique et traumatologique.

6/ Concernant les SMR, le CTS41 souligne l'importance pour le département de conserver une autorisation sur la mention oncologie et hématologie

7/ Enfin, le CTS41 plaide pour une unité de soins aigus en cardiologie / rythmologie / coronarographie au sein du département afin d'offrir aux habitants du Loir-et-Cher les mêmes chances que ceux des départements limitrophes.

Sur le volet santé mentale, une contribution a été adressée directement par la commission santé mentale du CTS 41. Toutefois, nous souhaitons rappeler à nouveau ici les points saillants relevés et qui concernent :

° d'une part l'adressage de patients de toutes les régions dans nos cliniques de psychiatrie institutionnelle qui offrent des parcours de soins non disponibles ailleurs

° d'autre part, une alerte sur les dispositifs médico-sociaux qui ne permettent pas d'assurer le suivi psychiatrique nécessaire en cas de besoins intensifs et/ou quotidiens.

Pour finir, le CTS 41 souhaiterait voir développer au niveau départemental l'éducation thérapeutique et un pilotage territorial de la e-santé.

Le CTS41 ayant porté à la connaissance de la CRSA ses réserves se prononce pour l'adoption du PRS3.

Laure JACQUES-FELIX, Vice-présidente du CTS 41

AVIS DU CTS 45 SUR LE PRS3 EN 7 POINTS (Morceaux choisis)

Préambule :

Document très complet et ambitieux. Néanmoins nous nous interrogeons sur la capacité collective à mettre en œuvre toutes les actions en considérant à la fois la démographie actuelle et à venir des professionnels de santé (dans les 10 ans) et à la fois la planification du projet et son financement

Forces	Faiblesses, A prévoir
1/Globalement : Le projet régional de santé qui prend en compte les enjeux majeurs du territoire, à savoir : La désertification médicale, L'organisation du parcours de santé, Le défi du vieillissement, L'évolution de l'offre sanitaire et médico-sociale.	1/Globalement : Absence de priorisation des thématiques abordées des objectifs et actions du Projet (projet qui aurait pu se traduire en plan de gestion de crise) Ce qui interroge sur la lisibilité et l'effectivité de sa mise en application et sur son financement Est-ce que cela sera prévu dans la programmation ? Enfin PRS2 = PRS3+
Parcours spécifiques 2/Projet qui prend également en compte les parcours spécifiques en cohérence avec les problématiques de santé du territoire	Parcours spécifiques 2/Toujours cette absence de priorisation En corrélation quelques indicateurs pas toujours très explicites ou pertinents
Accès aux soins (prévention, démographie médicale, offre de soins...) Constats et analyses pertinents avec une pluralité de propositions d'actions - 3/La mise en avant de la coordination des acteurs, les liens ville hôpital, services à domicile et l'institution - 4/Le soutien à la problématique de la démographie des professionnels de santé (quotas IFIS, CHRO CHU, différents dispositifs relatifs à l'attractivité des territoires.)	Accès aux soins 3/Axe la prévention Le médecin traitant qui est le 1er acteur de la prévention est peu évoqué, le rôle des IPA aurait pu être mentionné et valorisé. De la même manière le rôle du médecin du travail et des actions en établissements ou en entreprises ne sont pas mentionnés Accès aux soins 4/Démographie des profs de santé Le PRS3 s'efforce de combler la question de la

- 5/L'appropriation et le développement du numérique dans le domaine de la santé et du Médico-Social même si il n'est pas évoqué d'états des lieux préalables - 6/Le soutien à l'innovation et l'expérimentation bien qu'il ne soit pas prévu de financements pérennes - 7/La place des aidants avec la consolidation et l'ouverture de dispositifs tels plateformes de répit, accueils de jour et temporaires, la formation, l'information etc..	désertification médicale et l'attractivité du territoire même si on s'interroge car toutes les solutions proposées suffiront-elles ? car certaines sont déjà mises en œuvre mais elles ne permettent pas d'enrayer la désertification médicale, On note cependant : - Absence de coordination entre tous les dispositifs d'attractivité (ARS/CD et autres acteurs...), de guichet unique, absence d'état des lieux des besoins réels en professionnels - Des quotas pas assez ambitieux au regard de la situation actuelle et à venir et les souhaits de qualité de vie des professionnels de santé - Protocoles de délégation de tâches et IPA : une avancée mais ouvrir la possibilité de réduire la formation des IDE pour les aides-soignants par ex. - Evaluation de la qualité des stages en établissements à ajouter <u>Accès aux soins</u> <u>5/Soins non programmés</u> Concernant la gestion des places de sorties d'hospitalisation, notamment vers les EHPADs et la gestion des urgences : Nécessité de prioriser et de renforcer la médicalisation dans tous les EHPAD (médecins traitants, IDE, MEDEC, lien avec CPTS), pour ne pas reporter la gestion des urgences hospitalières sur des établissements non outillés, même si les parcours spécifiques cherchent à apporter des solutions (cf parcours spécifiques) Prioriser le renforcement des CPTS et la communication sur leur rôle et la coordination avec les EHPADs et le domicile.
	<u>Accès aux soins</u> <u>6/Offre de soin coordonnés et PA</u> Personnes âgées Aucun état des lieux sur les soins palliatifs et leur évolution pour l'accompagnement en fin de vie en EPHAD et à domicile, en métropole et en zone rurale, ne figure sur le PRS 3. Un mille-feuille dans les systèmes de coordination : DAC, CRT, service autonomie (qui va remplacer SAAD/SSIAD) ... Aucun intérêt pour les usagers qui ne seront pas mieux orientés au vu des différents systèmes juxtaposés <u>Accès aux soins</u>

	7/Personnes en situation de handicap Il apparaît que la partie dédiée au handicap est trop restreinte et ne traite que très partiellement des enjeux actuels et à venir, et au final, donne à la lecture un document largement déséquilibré qui semble induire un virage purement sanitaire au détriment de l'effectivité des droits et limite la compréhension du secteur médico-social à une logique de parcours et d'approche qualité.
Qualité et pertinence du système de santé 8/Prolongement des dispositifs existants (pertinence des actes, utilisation des produits de santé) Un point très positif l'accompagnement des plateformes régionales (SVRA structure de vigilance QALIRIS et OMEDIT) dans la mise en place de la démarche qualité en termes d'acculturation et de formation	Qualité et pertinence du recours au système de santé 8/Gestion des situations sanitaires exceptionnelles Les plans de gestion de crise dans les institutions ne sont pas évoqués alors que la covid a démontré les défaillances du système, notamment la fragilité du médico-social. Prévoir d'accompagner les EHPAD et les services à domicile Les représentants des usagers ont été oubliés lors de la crise COVID notamment dans les débuts de la pandémie. Il serait opportun de bien le mentionner de façon que leur présence ne soit pas oubliée dans les COPIL ou les réunions nécessitant des prises de décisions qui concernent les usagers du système de santé / il n'en est pas fait mention dans ce chapitre sauf erreur. <i>Pour être prêts à affronter des situations sanitaires exceptionnelles (Covid, Canicule, nucléaire, Grande affluence lors des coupes du monde ou des JO...), il faut une bonne information de tous les acteurs y compris la population.</i>
Frédérique VARIN, Présidente du CTS 45 Le CTS 45 a donné un avis favorable au PRS 3 car l'on a senti au travers du courrier de l'ARS, comme dans l'intervention de la DG ARS, qu'il y avait la possibilité de remédier aux points négatifs identifiés.	

4) Prises de parole des présidences des Commissions Spécialisées de la CRSA

Avis de la CSMS

Aude BRARD indique que la CSMS, réunie le 13 juin, a salué le travail de l'ARS et des acteurs qui ont participé aux travaux. Nombre de problématiques régionales doivent trouver réponse urgemment au niveau national, pour que l'ARS ait plus de moyens et mette en œuvre les ambitions énoncées.

La CSMS a souligné les éléments suivants :

- Le PRS a mobilisé beaucoup d'acteurs, la concertation a bien eu lieu notamment avec les usagers et les patients, mais le manque de professionnels de santé pour agir est aujourd'hui dramatique.
- Il y a un écart entre les ambitions de transformation de l'offre et une réalité quotidienne très critique dans les ESSMS, notamment du fait du manque de professionnels mais aussi de l'empilement de normes et réglementations qui conduit à l'épuisement des directions, des bénévoles et de tous les professionnels.

- La CSMS note un report des responsabilités/d'accompagnement de la psychiatrie vers le médico-social : le PRS cible le médico-social comme la solution à la fermeture de lits de psychiatrie. De quel médico- social parle t'on ? Cet axe est insécurisant pour la CSMS.
- Il n'y a toujours aucun indicateur d'impact dans cette nouvelle version du PRS : comment la CRSA fera t'elle dans 5 ans pour mesurer l'impact du PRS 3 sur la santé des citoyens de la région ? Il n'est pas possible d'éluder ce sujet sous prétexte que les indicateurs sont difficiles à calculer.
- Des éléments intéressants ont été pris en compte sur la scolarisation des enfants handicapés, notamment sur l'effet entonnoir à résorber, en lien avec les axes de la Conférence nationale du handicap. C'est un enjeu capital pour réussir la société inclusive dès l'enfance.
- Des freins persistent, liés aux silos existants dans notre structuration médico-sociale (notamment les autorisations. Exemple de l'accueil temporaire). Il est nécessaire de continuer à introduire plus de souplesse.
- Le virage domiciliaire est un axe transversal important : avec les moyens actuels, en l'état des règles du jeu de notre système de santé, cela ne marchera pas et tous le savent. Il faut un investissement massif dans le domicile pour réussir une véritable transformation inclusive et solidaire.

La CSMS a ainsi rendu un avis défavorable sur le PRS (8 voix défavorables, 4 abstentions, 5 voix favorables).

Avis de la CSDU

Mme BEAUCHAMP présente l'avis de la CSDU adopté le 22 juin 2023.

Avis de la CSDU- 22 juin 2023

La CSDU dans son avis sur le SRS3 s'appuiera également sur les points de vigilance identifiés dans son rapport d'activités 2021.

La commission tient à rappeler que le système de santé repose sur un triptyque : les professionnels de la santé, les administrateurs de la santé et les usagers de la santé et leurs représentants.

- 1) Les membres de la CSDU ont contribué par leurs implications dans différents groupes de travail au processus de co-construction du SRS3, ont noté qu'enfin, la reconnaissance des usagers en tant qu'acteur à part entière du système de santé, que les expressions de patients traceurs, patients experts, pair-aidance et d'aidants étaient intégrées dans le document.
- 2) Malgré ces avancées, ils regrettent que tout ce travail ait été impacté par la volonté d'aller vite ne permettant pas ainsi une participation effective et suivie aux différents groupe de travail. Par ailleurs, mais tous les PRS obéissent à la même logique, n'ayant aucune indication sur les moyens en regard des objectifs opérationnels il leur est difficile d'avoir une vision précise de ce qui sera possible ou pas. De plus, la conférence nationale du handicap, la stratégie nationale autisme et la stratégie national de santé viendront forcément percuter ce Projet régional de santé.
- 3) La démographie médicale, paramédicale, médico-sociale en berne, avec 3 pics négatifs dans le 18, le 36 et le 28, inquiètent fortement les usagers et les professionnels. Les parcours de soins et de vie des personnes les plus fragiles, les plus vulnérables et les plus démunies risquent de se fracturer de manière irrémédiable et ce ne sont pas les DAC, les communautés 360 et les équipes mobiles de plus en plus nombreuses mais dont les articulations manquent de lisibilité qui pourront y répondre.
- 4) La CSDU rappelle l'importance de la Prévention et la promotion de la santé dans un contexte de démographie très fragile et de la bonne compréhension par tous les acteurs de la santé de ces notions.
- 5) Si l'on parle qualité et sécurité du système de santé, le nouveau système de certification de la HAS devrait promouvoir un management par la qualité permettant l'amélioration et la sécurisation des accompagnements et/ou des prises en charge. La culture des EI (Evènements indésirables) permettra l'amélioration de l'accompagnement et du soin. Il s'agit là d'un point positif d'autant plus qu'il est écrit « **qu'auparavant le besoin de l'utilisateur n'était pas suffisamment pris en compte et que dorénavant ce dernier et ses représentants seront des acteurs à part entière de cet objectif du système de**

santé et devront être associés aux actions qui seront mises en place pour la réalisation de cet objectif ».

La mise en place de l'appropriation de la culture de l'erreur est un élément qui va également dans le bon sens.

6) La e- santé : avec le Dossier médical partagé (DMP), le Dossier du patient informatisé (DPI), le Dossier de l'utilisateur informatisé (DUI), la Messagerie sécurisée en santé (MSS), les outils SPHERE, Via Trajectoire et le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) nous sommes entrés dans le numérique en santé ; il faudra pourtant veiller à l'interopérabilité, la cybersécurité et la protection renforcée des données en santé qui, il faut le rappeler, appartiennent à l'utilisateur.

La CSDU a donc des points d'inquiétude car il est écrit que, pour le moment, « la stratégie régionale en matière d'archivage, d'hébergement (SANTEATHOS et WORDLINE), de valorisation et de destruction des données, n'est pas réalisée ». Pour cela, **les usagers ou leurs représentants devront être associés à ce travail**

Par ailleurs, il faudra s'assurer que les usagers sont à l'aise avec l'utilisation des espaces numériques, ce qui de notre point de vue est loin d'être le cas actuellement et que des moyens comme la téléconsultation ne renforcent des inégalités territoriales (utilisation uniquement par une population plutôt jeune et urbaine)

7) Le droit des usagers dans le parcours PH

Si, la contribution du GT scolarisation des enfants handicapés (CSDU-CSOMS) a bien été prise en compte (effet entonnoir et conventions ARS EN)

Si, l'accès aux soins via un dispositif de type Handiconsult devrait bien se déployer dans tous les départements d'ici la fin du SRS3 (avec un point de vigilance sur le déploiement effectif)

Il reste des sujets qui nous mobilisent et nous préoccupent, entre autres :

- La fermeture de lits en psychiatrie avec transfert vers le médico-social qui n'est ni en capacité de compétences, ni en capacité numérique de les accueillir
- Le peu d'attention porté aux amendements CRETON et aux droits de ces personnes
- L'absence du programme « Quality Rights » dans tout le SRS3 qui est un programme de l'OMS porté par l'EPSM de Lille d'évaluation de la qualité et du respect des droits dans les établissements de santé mentale et les ESSMS, basé sur la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'Homme.

8) Le droit des usagers dans le parcours PA

Si chacun peut se féliciter de l'adjonction d'un volet Soins palliatifs, qui concerne également le parcours PH, il nous reste des inquiétudes :

- Quant à l'absence du volet HAD dans le parcours PA en établissement
- Quant à la non présence systématique des PASA au sein des EHPAD alors que l'âge moyen d'entrée en EHPAD, donc le degré de troubles qui va avec, augmente
- Quant aux difficultés rencontrées de manière récurrente dans le cadre du domicile (aides à domicile difficiles à recruter, difficultés pour avoir un médecin traitant, etc..) alors que c'est le moyen qui doit être privilégié pour mieux vieillir.

9) Enfin, en cas de crise sanitaire, les acteurs de la démocratie en santé demandent à être associés à la mise en œuvre des plans d'actions.

La CSDU a émis un vote favorable (3 voix favorables, 2 voix défavorables, 4 abstentions). C'est un oui avec réserves.

CSPE

Avis CS Prévention – séance du 9 juin 2023

Madame la Directrice Générale de l'ARS,
Monsieur le Président de la CRSA,
Mesdames, Messieurs les membres de la CRSA,
Mesdames, Messieurs les représentants de l'ARS,

ARS Centre-Val de Loire
Conférence régionale de la santé et de l'autonomie
Cité Coligny – 131 rue du Faubourg Bannier – BP 74409 – 45044 Orléans Cedex 1

15/30

Céline Leclerc, présidente de la commission spécialisée prévention, actuellement en mission en outre-mer, m'a demandé de bien vouloir être "le messager" de la Commission Spécialisée Prévention à l'occasion du débat de la CRSA sur le PRS 3. Je la remercie de sa confiance. Jusqu'à ce week-end nous avons communiqué via Internet sur la contribution qui va suivre. Ensemble nous souhaitons remercier tous les membres qui ont participé à la rédaction de cette note.

En préambule...

La Commission Spécialisée Prévention a été informée lors de sa séance du 6 avril de la nécessité d'apporter un avis sur le PRS 3ème génération. Ses membres ont été sollicités pour apporter leur contribution, dans la mesure du possible, en amont de la séance du 9 juin sinon, au plus tard, lors de cette séance du 9 juin où ce point était inscrit à l'ordre du jour.

Par ailleurs, pour la construction de cet avis, il a été demandé, par le président de la CRSA, que chaque commission et Conseil Territorial de Santé apporte au maximum 7 points majeurs contribuant à l'alimentation de l'avis général de la CRSA plénière. A cet effet, les échanges au sein de la commission ont permis de dégager les points saillants portant sur la prévention. Il y en a 7 :

1^{er} point. Les membres de la commission, conscients de la difficulté de l'exercice, eu égard à la dimension si vaste que revêt la santé, souhaitent souligner le travail important qui a été produit par les personnels de l'ARS en amont de la rédaction de ce PRS. Ils souhaitent notamment indiquer que les contextes, rédigés en amont -eux-aussi- des objectifs opérationnels, sont très bien documentés. Enfin, pour la construction de ce PRS, il convient de souligner que l'ARS a permis une large mobilisation des acteurs en organisant de nombreux temps de concertation, le plus tôt possible, avec des regards pluriels : professionnels, institutionnels, citoyens, usagers, experts, ...

2^{ème} point. La création d'un nouveau parcours spécifique portant sur "le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité" est une réelle avancée au regard des précédents PRS. Il est urgent de s'attaquer à ces épidémies. Leurs impacts sont considérables sur l'état de santé d'une part importante de la population et sur les coûts des prises en charge en matière de soin. Le soutien à l'activité physique dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, la promotion d'une alimentation favorable à la santé, en favorisant son accès, sont des enjeux de la plus grande actualité !

3^{ème} point. Si le tout premier chapitre du SRS est consacré à la prévention pouvant ainsi donner un signe fort de son importance dans les orientations pour les cinq ans à venir, la part qui y est consacrée dans le rapport est extrêmement décevante ! Pour la commission, la prévention devrait être **LA PRIORITE du SRS** ! C'est écrit à la page 15 de ce document : il est même indiqué que la baisse de la mortalité prématurée dépendrait pour 85 % du fait de la prévention contre 15 % du fait du soin. Or ce document ne comprend en tout et pour tout (premier chapitre et éléments de prévention dans les parcours spécifiques) que 25 pages dédiées à la prévention (primaire, secondaire et tertiaire), soit moins de 10 % du document !! Très clairement, une nouvelle vision de la santé, qui consisterait à faire un virage à 180° pour mettre la prévention au cœur de toutes les actions de santé n'est pas encore effective et les membres de la commission le regrettent vivement. Les éléments présentés sont de bonnes intentions auxquelles collectivement on ne peut que souscrire mais concrètement, il n'est nullement précisé les moyens alloués à la réalisation de ces objectifs, contrairement au chapitre de l'offre de soin ! Pour les membres de la commission prévention le PRS manque véritablement d'ambition face aux enjeux qui nous attendent. Aussi, il est difficile d'accepter, pour les membres de la commission de porter un avis sur des intentions en matière de prévention sans en connaître dès à présent leurs déclinaisons dans les territoires puisque les feuilles de route ne leur seront transmises qu'ultérieurement.

4^{ème} point. La prise en compte de l'ensemble des déterminants de la santé ne pourra être tangible que si l'on met en place une coordination effective de toutes les politiques publiques. Si l'importance de cette coordination est bien indiquée en introduction comme étant une ambition et une orientation du PRS, dans la déclinaison des objectifs, cet enjeu n'apparaît pas de façon concrète dans les actions opérationnelles (santé travail, santé environnement...). Cela rend difficile une visibilité de l'ampleur de la mise en place d'une politique de santé transversale et concertée ! Certes, les Contrats Locaux de Santé sont bien mis en avant dans ce schéma comme étant des outils à conforter en région, pour autant, une fois encore, les moyens

pour leur permettre d'agir ne sont pas précisés, considérant par ailleurs que jusqu'à aujourd'hui, les moyens qui leur étaient alloués étaient très faibles. Qu'en sera-t-il demain ? Ce n'est nullement précisé ! Enfin, souvent en réponse à un manque de coordination entre les acteurs, professionnels et institutions, il est indiqué la création de plateformes numériques, de cartographies des ressources. Les membres soulignent que ce ne sont que des outils, qu'ils sont insuffisants à eux seuls pour construire des coopérations effectives !

5^{ème} point. Les éléments inscrits dans l'objectif opérationnel relatif au développement d'une culture commune en prévention et promotion de la santé, soulèvent, pour les membres de la commission la nécessité d'impliquer davantage les étudiants à la co-construction des projets, et ce, dans le cadre du service sanitaire notamment. Les membres de la commission indiquent par ailleurs le besoin d'évaluation des structures d'accueil de ces étudiants en santé. Quant aux enjeux de permettre aux citoyens de développer des pratiques de santé qui leur soient favorables, aucune action opérationnelle, aucun objectif à atteindre n'est présenté. Pourtant la littératie en santé existe. Elle est l'une des clés fondamentales pour permettre à chacun de vivre plus longtemps en bonne santé ! Ce point devrait être la priorité de ce PRS, sans oublier les problématiques de démographie des professionnels de santé, bien évidemment. Enfin il est impératif qu'un plan d'actions soit engagé afin de donner le droit à tous les citoyens de disposer des connaissances, des compétences et d'une capacité à comprendre les informations sur la santé.

6^{ème} point. Dans le domaine de la prévention secondaire, les membres regrettent que les professionnels des services de prévention santé travail, ainsi que les professionnels de santé de l'Éducation Nationale et de PMI ne soient pas plus identifiés comme étant des ressources présentes sur tout le territoire, permettant de déployer une politique ambitieuse de vaccination et de dépistage. Par ailleurs, les membres de la commission indiquent que les infirmiers de pratique avancée pourraient avoir délégation dans des MSP pour renforcer les équipes médicales à la réalisation de certains dépistages, par exemple. Enfin, s'il est rappelé dans ce volet de la prévention, une mise en avant de l'équité d'accès à la prévention il semble nécessaire de flécher certains publics spécifiques qui sont à ce jour bien trop écartés en raison de multiples facteurs de l'accès à certains dépistages. C'est le cas notamment des personnes en situation de handicap, des personnes en détention, des personnes en souffrance psychique, ... Sur le versant de la prévention tertiaire, il est regretté l'absence de médiateurs en santé et d'accompagnateurs communautaires pour étoffer l'offre en ETP, au regard de profils pluriels nécessitant un accompagnement.

7^{ème} point. Il est impératif pour les membres de la commission de travailler très précocement auprès des populations ! Et ce, dans toute la continuité des âges, des moments de vie. Les membres soulignent l'intérêt du parcours "Maternelle et infantile" qui est très bien rédigé. Pour autant, les périodes "enfance", "adolescence" et "parentalité" ne ressortent pas suffisamment dans le document alors que c'est aussi au moment de la préadolescence et de l'adolescence qu'il faut agir. En considérant, l'avancée en âge, il manque également l'ambition d'accompagner les jeunes étudiants et apprentis car ils sont dans une étape de la vie qui est souvent un point de rupture dans les parcours. En effet, dès la fin de leurs études ils quittent les structures de formation pour entrer la vie active. Par ailleurs, s'il est bien mentionné dans le PRS l'importance de développer les compétences psychosociales des personnes, et ce, dès le plus jeune âge, pour autant, les membres mentionnent que ce n'est pas suffisant. Il est impératif de développer la prévention primaire plus largement en apportant des connaissances complémentaires accessibles à tous sur des thématiques relatives à la santé sexuelle, à la nutrition, à la santé mentale, à l'usage de produits psychoactifs... ces connaissances doivent être accessibles par une communication adaptée et par la poursuite des engagements des acteurs de l'"aller-vers", à destination des publics éloignés.

Enfin, pour conclure, le SRS, comme le PRAPS abordent de nombreux sujets sans véritablement -pour certains volets, notamment les offres de prévention et médico-sociales- en indiquer les actions opérationnelles et les moyens alloués. Il apparaît plus que nécessaire de prioriser certains axes, au risque de ne pas parvenir à tout honorer. La commission spécialisée prévention souhaite insister sur la nécessité de changer de paradigme ! En effet, tant que l'on restera concentré quasi exclusivement sur les problématiques d'offre de soin, notre région, notre pays ne parviendront pas à sortir de cette situation de crise du système de santé. Sans un engagement fort, à la hauteur des enjeux, dans la prévention, le risque de la crise systémique se rapproche. Dès à présent, il est impératif de s'engager dans la

prévention tout autant que dans l'expertise du soin. C'est seulement à cette condition que les inégalités de santé seront réduites, et que l'amélioration de l'état de santé de tous les habitants de la région Centre-Val de Loire sera atteinte.

Aussi, la commission prévention émet UN AVIS FAVORABLE AVEC DES RESERVES. Au regard de ce qui vient d'être dit **ces réserves sont des RESERVES MAJEURES !**

Dans ces conditions, la Commission Spécialisée Prévention de la CRSA souhaite que chaque année, a minima, une séance de la commission permanente de la CRSA soit consacrée entièrement à "la prévention et promotion de la santé" au cours de laquelle il sera présenté, de manière exhaustive, le bilan de l'année N des financements alloués à la prévention au regard des autres budgets ainsi qu'une explicitation des orientations prises en la matière pour l'année N+1.

Céline Leclerc, Présidente
Jean-Claude Bourquin, Vice-Président
Pour la commission spécialisée prévention

Avis CSOS :

AVIS DE LA COMMISSION SPECIALISEE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE 2023 – 2028

A Tours, le 24 juin 2023,

Dans le cadre des instances de démocratie sanitaire, la Commission Spécialisée de l'Offre de Soins, bien qu'elle n'y soit pas tenue, entend apporter une contribution afin de permettre à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie de voter sur le Schéma Régional de Santé.

Les membres de la Commission tiennent à remercier les services de l'Agence pour la qualité des échanges et des méthodes de présentation des éléments dans un contexte d'évolutions et d'incertitudes juridiques en lien avec la réforme des autorisations qui a touché l'ensemble du secteur de compétence de ladite Commission.

Cette contribution se veut pédagogique et non polémique et a pour volonté de souligner les points de vigilance et d'attention sur laquelle l'Agence et l'ensemble des parties prenantes : patients, usagers, aidants, effecteurs et décideurs devront être vigilants afin de garantir et pérenniser un système de santé au sens large répondant aux enjeux et aux besoins de la population de la région Centre Val de Loire qui n'est pas la plus favorisée sur de nombreux points (taille, positionnement géographique, évolutions démographiques, densités des professionnels, attractivité, positionnement sociaux économiques...).

La commission entend souligner que :

- La méthode d'évaluation du PRS 2 un cabinet extérieur n'a pas permis de faire ressortir suffisamment les points saillants qui auraient été utiles et nécessaires pour mieux identifier les axes du PRS 3. C'est ainsi que de nombreux éléments du PRS 2 non évalués se retrouvent dans le PRS 3,
- L'Agence a partagé le maximum de données et d'éléments avec les acteurs rendant parfois le discours et les données peu compréhensibles ou lisibles en dehors de quelques secteurs,
- La volonté d'être en phase avancée sur l'élaboration du PRS 3 démontrant une certaine dynamique en région Centre Val de Loire a eu pour conséquence de placer les acteurs :
 - o dans une incertitude juridique sur la réforme des autorisations qui nécessitera une clause de revoyure du PRS 3 d'ici la fin de l'année 2023 dans la mesure où tout le régime des autorisations d'activités de soins n'est pas connu,
 - o dans un schéma descendant avec les nouvelles méthodes de planification via des feuilles de routes décennales (cancer, soins palliatifs... apportant un cadrage trop

important et empêchant l'adaptation au contexte et aux problématiques territoriales locales) mettant à mal l'expression voulue par les textes de démocratie sanitaire,

- dans un nouvel axe de démocratie via le Conseil National de la Refondation qui manque de lisibilité et de concrétisation et d'articulation avec les travaux en cours,

La méthode de « concertation » affichée par l'Agence n'a pas été vécue et ressentie comme telle par les parties prenantes compte tenu de méthodes à géométrie variable (présentiel, visioconférences, bilatérales, plénières...) qui n'ont pas réellement permis l'expression, les échanges et le partage de la recomposition de l'offre sur les territoires et l'adhésion nécessaire de ceux-ci.

La Commission note avec satisfaction que de nouveaux outils plus pédagogiques ont été utilisés sur l'offre de proximité permettant une participation de tous les acteurs.

- Le document soumis à concertation ne permet pas :
 - une véritable priorisation des axes du PRS 3 et met tous les champs sur les mêmes niveaux alors qu'il aurait été utile de retenir 2/3 axes prioritaires à 5 ans qui caractérisent particulièrement la région et des axes secondaires qui pourraient se mettre en œuvre et/ou alimenter le schéma suivant,
 - d'identifier les objectifs cibles, la méthode de mise en œuvre et moyens associés,
 - de comprendre l'ensemble des indicateurs élaborés sans discussion et concertation et de s'assurer qu'ils seront effectivement suivis.

La commission a bâti sa contribution sur 3 priorités régionales majeures piliers du PRS 3 et déclinés en 7 points d'attention :

PRIORITE I : METTRE EN ŒUVRE LES MOYENS ET LES ORGANISATIONS NECESSAIRES POUR GARANTIR UNE DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS DE SANTE SUFFISANTS POUR REpondre AUX BESOINS LA POPULATION DE LA REGION

1. Une finalité à affirmer dans le PRS : permettre à la population de se soigner et de garantir les droits des personnes

Le PRS 3 doit avoir pour finalité première de permettre à la population de trouver à se soigner et/ou à être accompagnée selon ses besoins, partout sur le territoire de la région Centre-Val de Loire.

Ainsi, le dispositif doit être au service des professionnels de terrain et non l'inverse.

Il se doit d'être pragmatique, inscrit dans le réel et doit concrétiser les moyens de ses ambitions.

- *Chapitre 12 : Qualité et sécurité du système de santé*

Accompagner les acteurs du système de santé dans les démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge

Les dispositifs de certification, d'évaluation et de vigilance ne doivent faire oublier le sens de la mission première qui est de soigner la population.

A ce titre et afin de garantir ce principe, la réflexion éthique doit être renforcée, il conviendrait de mentionner que la réflexion éthique doit être conduite au plus près des pratiques professionnelles, que ce soit dans des situations complexes ou sur des problématiques plus générales que ce soit dans les établissements sanitaires ou médico sociaux.

Le développement de cette réflexion ou la création de lieux de réflexion éthique dans les établissements peut s'appuyer sur l'espace de réflexion éthique région Centre Val de Loire (ERERC) et sur le DU d'initiation à la réflexion éthique dans la pratique soignante.

Afin de quantifier les éléments, les indicateurs suivants pourraient être retenus :

- Le nombre de lieux de réflexion éthique dans les établissements,
- Le nombre d'inscrits au DU...

Il conviendrait d'intégrer dans les différents **parcours spécifiques**, les mentions suivantes :

- **Personnes en situation de handicap** (objectif opérationnel n°49, page 179) :

Dans le **3. Description de l'objectif** : ajouter : « *Proposer une réflexion éthique avec et pour la personne accompagnée afin de déterminer comment agir en fonction de sa demande* »

Dans le **4. Modalités de mise en œuvre** : ajouter : « *Proposer un lieu de réflexion éthique pour les situations complexes* »

- **Personnes âgées : pour le virage domiciliaire** (objectif opérationnel 51 page 187):

Dans le **3. Description de l'objectif** : ajouter : « *Proposer une réflexion éthique dans les situations complexes.* »

Dans le **4. Modalités de mise en œuvre** : ajouter en fin de titre : « *Associer la réflexion éthique* ».

- **Personnes âgées : pour l'EHPAD** (objectif opérationnel 52 page 190) :

Dans le **3. Description de l'objectif** : « *Promouvoir la réflexion éthique, voire la création de lieux de réflexion éthique dans les EHPAD afin de proposer aux professionnels un lieu d'échange et de réflexion dans les situations complexes.* »

2. La démographie des professionnels de santé et les solutions alternatives : un enjeu capital pour la région

- **Chapitre 3 : Démographie et attractivité des professions de santé**

Des objectifs ont été formalisés sans les quantifier et définir un calendrier de mise en œuvre. La région Centre Val de Loire est dans une situation de tension plus que défavorable quel que soit le profil métier avec un désintérêt majeur qui apparaît pour certains métiers du secteur de la santé.

Ainsi, avant de parler d'offre de soins, il faut déjà s'assurer que la région dispose des ressources nécessaires. Le risque étant d'entrer dans un cercle vicieux qui contraindrait à une offre de soins peu ambitieuse faute de professionnels, la faiblesse de l'offre de soins réduisant à son tour l'attractivité pour les professionnels. Il faut donc maintenir et promouvoir l'offre de soins au niveau départemental, lorsque des initiatives de professionnels se manifestent et que l'offre n'est pas couverte dans le département ou à des distances proches du département, en tenant compte des degrés d'urgence des pathologies et des temps de transports. Il en va ainsi des projets de coronarographie dans l'Indre, Loir et Cher ou de neuroradiologie interventionnelle dans le Loiret, qui sont portés par des professionnels de santé et doivent être soutenus.

Il nous faut former des professionnels et les accueillir convenablement mais il faut aussi faire le nécessaire pour les garder après. L'arrivée d'un second CHU devrait permettre une meilleure répartition des professionnels en formation, et à terme, en exercice.

La répartition harmonieuse des internes en médecine générale dans les 6 territoires de la région doit être un objectif à atteindre rapidement.

Les dispositifs alternatifs (IPA, protocoles de coopération, etc...) devront être renforcés et développés avec des moyens identifiés.

- **Parcours spécifiques sur la Santé mentale et infantile :**

- **Objectif 30 : Sécuriser le parcours de santé des patientes et de leurs nouveau-nés, de l'ante au post natal**

Nécessité d'augmenter le nombre de sage femmes formées en région pour garantir le renouvellement et éviter les tensions actuelles allant jusqu'à la fermeture de lits...

3. Une juste répartition des moyens garantissant un accès aux soins pour l'ensemble de la population de la région

○ Chapitre 1 : Prévention – Promotion de la santé

La prévention demeure le parent pauvre avec de nombreuses actions mais peu de moyens et d'indicateurs de résultats.

Il semble qu'une partie des pathologies actuellement en développement dans la population pourrait être réduite en fréquence d'apparition par le recours aux actions de préventions plus systématiques, soutenues, généralisée, et poursuivie dans le temps.

De même, les actions en matière de dépistages sont peu développées.

De telles actions, à long terme, constitueraient une politique de nature à diminuer l'apparition et/ou le développement de diverses pathologies de nature à réduire le recours aux soins dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale.

Ces actions doivent être étendues au secteur de la psychiatrie.

Ces diverses actions de préventions et de dépistages ne pourront fonctionner que si elles sont accompagnées d'actions de communication adaptée au public visé. Il ne faut pas tout miser sur le tout numérique car la fracture du numérique existe réellement dans la mesure où dématérialisation n'atteint pas toutes les couches de la population.

○ Chapitre 8 : Accès aux soins palliatifs

Une satisfaction de voir un chapitre dédié à cette activité afin d'en garantir l'accès mais la notion de deuil n'a pas été vraiment prise en compte.

Nous proposons de prendre en compte les dernières propositions du Réseau Régional du de Soins Palliatifs annexées à cet avis.

Par ailleurs, il convient de :

- Modifier le Sommaire général en intégrant le « *Chapitre 8 : Offre de proximité coordonnée : Accès aux soins Palliatifs* »,
- Supprimer la mention « *pour motif cardiovasculaire* » dans le paragraphe 3 du « *Chapitre 6 : Offre de soins de proximité coordonnée : parcours personnes âgées* » afin d'élargir à toutes les personnes âgées.

○ Chapitre 9 : Offre de soins de références et de recours

Il est indispensable de veiller à une juste répartition de l'offre sur la région tout en prenant les nouveaux seuils applicables aux autorisations. La recomposition de l'offre est certes nécessaire mais elle doit se faire en respectant les spécificités des territoires et prévoir des outils de remplacement et rendre effectif le 1^{er} recours (ex : maternité transformée en CPP). Une méthode d'intervention auprès des élus et des usagers, impliquant l'ARS, l'établissement support de GHT et les acteurs de santé, doit être définie et mise en œuvre lors de ces recompositions de l'offre.

Lors des différents travaux sur le schéma, les spécificités de la région ont été soulignées dont celles du Cher et de l'Indre qui devaient bénéficier d'une adaptation au regard du contexte. Cet engagement n'apparaît pas dans les travaux du PRS 3 soumis à concertation ce qui apparaît préjudiciable à la garantie de la poursuite d'un accès aux soins équitables sur ces territoires.

Seule, la région Centre Val de Loire ne pourra répondre au déficit de l'offre de soins dans certains territoires. La solidarité interrégionale, doit être un sujet à part entière et des collaborations avec les régions Ile-de-France et Nouvelle Aquitaine doivent être précisément définies.

Dans ce cadre, comment l'ARS envisage-t-elle d'utiliser le Décret de fin mai étendant les pouvoirs du directeur général de l'ARS sur le Cher et l'Indre ?

- *Parcours spécifique : Santé mentale :*

Il est fait mention d'une transformation de lit sanitaires en places médico-sociales. Ceci interroge grandement les cliniques de psychothérapie institutionnelle de la région dont la proposition de soins dépasse le recrutement régional ou local.

- *Parcours spécifique : Cancer :*

Il est nécessaire de disposer de base de données fiables nécessitant peut-être la création d'une banque de données régionale.

C'est ainsi que les sénateurs ont voté la création d'un registre national des cancers (*contre l'avis du gouvernement*) porté par l'INCa... il faut peut-être y voir ici une piste/solution intéressante pour notre ambition de disposer de données plus précises en région Centre Val de Loire.

PRIORITE DEUX : ASSURER UN PARCOURS COHERENT DE LA PERSONNE AGEE ET EN PERTE D'AUTONOMIE

Globalement, les moyens sur le grand âge et le handicap sont insuffisants et en décalage avec les besoins identifiés dans les aspects de diagnostic du PRS3.

4. Un déséquilibre du PRS 3 à la faveur d'une sanitarisation du médico-social

Lorsqu'il apparaît dans une fiche d'objectif opérationnel, le médico-social semble constituer l'une des composantes de la fiche, organisée autour de l'objectif sanitaire.

Ainsi, seules quelques fiches spécifiques semblent échapper à cette carte d'entrée sanitaire systématique.

Une telle tendance est paradoxale dans un contexte où les besoins en médecine chronique s'accroissent d'une part, et que le législateur encourage le virage domiciliaire, d'autre part.

En conséquence, le rôle et les tâches du médico-social et du social doivent faire l'objet de plus d'attention dans le cadre de l'accompagnement quotidien et constant qu'il doit exercer au bénéfice des publics concernés, et comme premier relai des politiques de prévention.

5. Des ambitions insuffisamment affirmées pour le virage domiciliaire

- **Objectif 52 : Accompagner la transformation et l'adaptation des EHPAD**

Le virage domiciliaire voulu et annoncé doit conduire à une réorientation vers le domicile et des réflexions sur le maintien de certaines places dans le secteur EHPAD compte tenu des taux de remplissage défavorable sur certains établissements.

La crise Covid a mis en exergue la volonté de rester à domicile mais pour cela il faut disposer des ressources professionnelles formées et adaptées au domicile, d'une part, et les établissements invités et accompagnés, d'autre part, à prendre en compte le virage domiciliaire. Ce virage pouvant prendre des formes diverses (*adaptation de l'offre d'hébergement – séjours courts, séjours de répit, maisonnées ressemblant au principe domiciliaire, EHPAD à domicile, etc.*).

Le maintien à domicile s'appuie également sur les aidants, il faut donc conforter les dispositifs de répit et envisager des accueils de nuits en plus des accueils de jour et des hébergements d'urgence.

Toutefois, le maintien à domicile ne sera possible que si un juste financement de l'aide à domicile est mis en œuvre et espérons que les services autonomes permettront d'atteindre cet objectif du maintien à domicile sans un nivellement par le bas des services et des compétences.

L'organisation doit également passer par un financement du temps social et psycho dans les SSIAD ou futurs services autonomie.

Concernant les patients MND, il conviendrait de mettre en œuvre des dispositifs complémentaires permettant un meilleur accueil des patients lors des hospitalisations en adaptant les modalités d'accueil et en développant la formation des aides à domicile à ce type de pathologie.

Dans cette offre domiciliaire, il faut bien évidemment des professionnels ancrés dans les territoires permettant d'assurer des prises en charge de proximité.

PRIORITE III : GARANTIR DES OQOS EN ADEQUATION AVEC LES SPECIFICITES DES TERRITOIRES ET UNE PDSE FONCTIONNELLE

6. Les OQOS : les points bloquants sont à revoir et certains devront être adaptés en fonction des éléments réglementaires qui restent à paraître

Il est difficile d'avoir une lecture synthétique des OQOS ce qui rend complexe la prise de position.

L'impact de la réforme des autorisations pourra conduire à un éloignement en termes d'accès aux soins. La concertation sur les OQOS n'a pas toujours été faite dans l'intérêt du service au patient.

C'est aussi le moment de reposer le cadre de la coopération entre opérateur dans l'intérêt du service rendu à la population.

Sur les OQOS, nous pouvons estimer comme regrettable de ne pas disposer de tous les éléments dans la mesure où certains textes et seuils sont encore en cours d'écriture. Il faudra probablement revoir certains OQOS d'ici à la fin de l'année.

Les discussions autour des OQOS ont été variables selon les sujets (*absentes ou longues et complexes*) laissant à l'ARS le soin de proposer ou d'arbitrer. L'absence d'une concertation poussée jusqu'au bout sur certains sujets conduira à une réorganisation de l'offre territoriale et un accroissement de la concurrence entre les opérateurs (ex : HAD, SMR...).

De même, des postures rigides sur certains sujets risquent de fragiliser la région alors qu'il pourrait être portée un nouveau centre (ex : *coronarographies avec à terme la perte d'une offre de proximité sur des soins connexes qui ne pourront pas être maintenus car ils doivent être adossés à une autorisation de coronarographie*).

Enfin il convient de bien préciser que **les critères d'efficience** mentionnés en introduction de ce volet ne sauraient être utilisés en lieu et place des seuls critères réglementaires, mais venir éclairer potentiellement, et en cas de besoin, les membres de la CSOS en complément des éléments d'instruction objectifs.

- OQOS Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale :

Si la fermeture des petites maternités est inéluctable dès lors que le maintien d'équipes complètes et techniques dans les établissements n'est plus possible, il conviendra, comme précisé plus haut, de définir une méthode d'intervention auprès des élus et des usagers, impliquant l'ARS, l'établissement support de GHT et les acteurs de santé publics et privés. Les potentielles transformations de maternité en CPP ne pourront se faire qu'à partir de critères déterminés et après concertation avant toute décision.

Il convient d'accompagner au changement les populations en cas de transformation d'une maternité en CPP en soutenant la communication politique locale et en faisant œuvre de pédagogie sur la qualité sécurité des soins et en expliquant ce qu'est un CPP.

Cette recomposition de l'offre devra prendre en compte les régions périphériques et le paysage

organisationnel et favoriser les collaborations utiles et nécessaires dont l'articulation avec l'HAD et le secteur libéral.

- *OQOS Hospitalisation A Domicile :*

Le critère populationnel ne doit être pris à part entière sans le confronter à la réalité du marché des territoires.

Il est donc proposé d'adapter les OQOS sur l'Eure et Loir comme pour le Cher et l'Indre et prévoir 1 à 2 implantations socles.

Sur les mentions de spécialités, il peut être proposer les éléments suivants :

- Pour la mention « *Réadaptation* » : 1 à 2 mentions pour les territoires déjà dotées de 2 opérateurs à cette date, 1 seule mention pour les autres,
- Pour les mentions « *Enfants de moins de 3 ans* » et « *Ante-post partum* », compte tenu des files actives restreintes, il paraît prudent de ne retenir qu'une seule mention par département.
- *OQOS Soins Médicaux et de Réadaptation :*

Les SMR constituent un enjeu fort sur l'aval des établissements de court séjour.

Des recompositions sont envisagées, avec disparition d'opérateurs, notamment dans le Loiret.

Toutefois ces recompositions n'ont pas fait l'objet de concertation, et ne permettent pas de garantir le maintien du capacitaire sur les territoires, par redistribution, et les reconversions des opérateurs concernés. Une clarification est souhaitée, ainsi que des fourchettes sur les OQOS.

Par ailleurs, des projets d'établissements permettant de mailler le territoire n'ont pu être prises en considération.

- *OQOS Soins de longue durée :*

Le volet transformation des USLD en USCP et EHPAD est insuffisamment détaillé. Quel est

le volume de lits et places concernés ?

Quelles solutions pour médicaliser des EHPAD en situation de tensions médicale et paramédicale ?

L'usage des USLD pour apaiser des situations complexes et donner du temps pour travailler à des situations pérennes sera-t-il comparable avec des USCP ?

7. Un nécessaire gel du volet PDSES du PRS3 avec maintien en l'état du PRS 2 dans l'attente du rapport de l'IGAS

A l'heure où l'IGAS a été missionnée pour produire un rapport sur la PDSES et qu'une enquête est annoncée, nous demandons instamment que ce volet soit neutralisé et figé dans sa version du PRS2.

Ce faisant, les recommandations du rapport IGAS pourront être prises en compte et une concertation menée, ce qui n'a pas été le cas pour la version proposée qui propose en outre des OQOS non conforme à la réglementation notamment sur les lignes d'Anesthésie pour les maternités.

Pour conclure, la Commission souhaite attirer l'attention de l'Agence sur deux éléments :

- Quelle intégration des Jeux Olympiques 2024 dans « *l'Objectif Opérationnel 28 : Disposer de plans ORSAN opérationnels* » compte tenu de l'afflux de population (*compétiteurs, de médias et de visiteurs...*) qui va générer, en plein été, des besoins singuliers et des risques accentués ?

- Que le PRS 3 se doit d'être au service de la population de la région et non un seul outil de pilotage au service de l'administration.

Pour la CSOS, le Président, Tony-Marc CAMUS

5) Echanges avec la salle

Dr ENGALENC, comme membre de la CPTS du Pays de Bourges, considère le PRS comme un beau catalogue de projets complets et documentés, mais qui se heurte à chaque fois à la pauvreté des effecteurs. La réponse n'est pas forcément que régionale, surtout nationale, et il y a un problème de solidarité inter-régionale. Il faut réfléchir à la mise en œuvre : la nouvelle université bénéficiera de quel financement, de combien de PU-PH, dans quelle temporalité ? Sinon les projets envisagés ne se mettront pas en place. Il regrette l'absence de chapitre reconnaissant la forte implication des professionnels (y compris les associations, les bénévoles), dans un contexte de mépris de l'Assurance maladie lors des dernières négociations conventionnelles. Il est nécessaire de maintenir et de ne pas détruire ce qui fonctionne, au nom de projets irréalistes. Par exemple, la CPTS du Pays de Bourges avait mis en place une offre de soins non programmés régulés par le 15 en journée qui fonctionnait très bien. Parce que cela ne correspondait pas au cahier des charges des SAS, fin 2022, la CNAM a supprimé la ROSP qui rémunérait les médecins, ce qui a conduit à l'arrêt le projet. L'ARS a apporté un financement et le projet redémarre, mais 1/3 des effectifs s'est découragé.

En tant que représentant du CROM ensuite, il met en garde contre le risque de sacrifier les ambitions de qualité des soins et de la formation des professionnels du fait des difficultés démographiques actuelles. La délégation de tâches est une bonne chose, si elle est intelligente et réfléchie, encadrée, avec des professionnels de santé formés. Il faut avoir une vision un peu plus longue que le PRS et réfléchir à la définition des métiers, pour ne pas revenir à la situation des années 70.

Pr LARIBI, membre CRSA au titre des SAMU, relève l'importance du territoire dans les interventions de ce matin. Il attire l'attention de l'ARS sur la coordination territoriale, qui fonctionne bien dans le secteur hospitalier, grâce aux GHT, mais qui est plus compliquée localement entre privé et public, ou entre structure hospitalière et collègues libéraux ensuite (la CPTS ne représentant pas les professionnels de santé hospitaliers). L'ARS a une grande responsabilité sur le sujet de la PDES : face à la pénurie de soignants, il préconise d'arrêter de raisonner en terme de médecin de garde dans tel hôpital, pour privilégier le raisonnement en termes de ligne de soin territoriale par discipline pour rendre service à la population.

Martine FLACHER, pour la CFDT, partage le diagnostic des interventions précédentes. Des avancées ont été obtenues en région (ex : CHU à Orléans), grâce à la mobilisation des élus et de la société civile. Les perspectives de gérontopole et de cancéropole vont dans le bon sens. La logique de parcours de santé est nécessaire et la santé est la 1^{re} préoccupation des citoyens. La CFDT a porté des propositions via les CDCA, le CESER, les CNR pour améliorer la situation actuelle, sur la démographie médicale, sur l'innovation organisationnelle, sur le soutien aux aidants, les parcours spécifiques. Cependant le PRS 3 n'est pas à la hauteur de ce que vivent les habitants (fermeture de lits, dégradation de l'offre). Il n'est pas possible d'améliorer la situation sans changement de posture, de dogmes. Le projet ne laisse pas apparaître l'ordre des priorités ni le financement. Sans avancée, le risque est fort d'arriver à un constat d'échec sur les objectifs affichés. Pour réussir, il faut la participation des patients et usagers, la coordination des acteurs. Le PRS 3 reste en deçà des évolutions des politiques publiques. La CFDT émet un avis défavorable. Il faut innover, avec des dispositifs dérogatoires au droit commun.

Hubert JOUOT (Familles rurales) souligne la nécessité de réimplanter des moyens en proximité de la population, au regard des difficultés en matière de transports sanitaires et des grandes distances à parcourir. Les patients ont une vision des soins très différente, selon qu'ils ont bénéficié de l'empathie du personnel hospitalier ou non. Il propose de donner au PRS une dimension humaine, en promouvant l'empathie.

Monique GIBOTTEAU (CD 41) note qu'il y a une vraie crise des professionnels, dont il faut revoir les rémunérations. La prévention dans le PRS est très faible par rapport aux attentes de la population. Il faudrait une vraie proposition, à tous les âges de la vie. Le vieillissement doit être abordé dans sa globalité. On ne parle pas non plus des personnes handicapées à domicile avec des parents vieillissants. Des projets d'accueil doivent être trouvés, ces personnes handicapées vieillissantes ne peuvent pas aller

en Ehpad. Les fermetures de lits en psychiatrie sont dramatiques, les personnes ne sont pas accompagnées et n'ont pas toujours de solution de sortie, à traiter en Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Il faut augmenter le nombre de places de Maison d'Accueil Spécifiques et de places de Foyers d'Accueil Médicalisé (FAM), dans un contexte de nombreuses orientations par défaut. Il faut préparer les sorties hospitalières, peut-être aussi augmenter les places de SSIAD pour ces grandes listes d'attente. Il est nécessaire que les accueils en Ehpad soient souples et pas imposés, pour permettre l'accueil temporaire facilement et en proximité. Il est nécessaire de prévenir l'épuisement des aidants, ce qui ne transparaît pas assez. La télémedecine doit être très cadrée. Elle propose de compenser ce temps d'IDE en EHPAD passé à accompagner les consultations en télémedecine, qui est pris sur le soin. En matière d'objectifs quantifiés de l'offre de soins, elle compte sur le bon sens de tous pour ne pas ouvrir de service là où l'on n'a pas les moyens de les faire fonctionner, et souligne la nécessité de contrôler tous les acteurs de la même manière.

Gérard SANTOSSUOSSO, médecin en retraite et élu de collectivité territoriale, salue les interventions de ce matin. A l'heure du choix, il va falloir fixer des priorités. La prévention apparaît comme une orientation forte. Face à l'inégale dynamique en région et les difficultés d'accès aux soins dans le 18, 36 et 28, il interroge sur la façon de permettre le rattrapage de ces départements, grâce à une solidarité régionale. Il y a une responsabilité collective à ne pas laisser 1M d'habitants en désarroi.

Nathalie GERVAISE (URPS Médecins) relève que beaucoup d'initiatives sont entravées à cause de la complexité administrative. Du mépris a été ressenti lors des négociations conventionnelles. Pour se coordonner, en réponse au Pr LARIBI, elle précise qu'il faut se connaître, se respecter mutuellement. Ce respect mutuel pourrait être mis en exergue dans le texte, à défaut d'hommes et de financements. Il faut maintenir l'existant et éviter des initiatives malheureuses (ex : renvoi d'un patient par l'hôpital vers le libéral, sans accompagnement, faute de pouvoir le suivre).

Agnès HUBERT- JOUANNEAU (FHF) remercie la DG ARS pour ses propos introductifs. Pour la FHF, les axes prioritaires sont la démographie et le parcours des personnes âgées. Sur les OQOS, il y a encore des sujets à résoudre mais l'on entend l'ouverture de l'Agence sur de possibles évolutions encore (ex : sur les SMR, les USLD...). Elle attire l'attention sur 3 situations nécessitant une attention particulière : la demande d'implantation de plateaux de coronarographie dans l'Indre et le Loir-et-Cher et la demande d'une implantation de neuroradiologie interventionnelle mention B au CHU d'Orléans. La FHF demande également de figer le volet PDES dans le PRS 3 sur la base de la rédaction actuelle du PRS2, pour laisser le temps de la concertation.

Dr Béatrice BIRMELE (Espace éthique régional) demande s'il est possible que l'ARS fasse un retour suite aux inquiétudes entendues ce matin et si un temps de réflexion supplémentaire peut être envisagé avant de procéder au vote.

Sylvie DUBOIS (Conseil régional) estime ce plan largement insuffisant. Il faut un plan régional d'urgence, pour faire face à la gravité de la situation, la dégradation des inégalités territoriales de santé, les menaces de fermeture d'offres de proximité, les conditions précaires de fonctionnement des professionnels et les problèmes de ressources disponibles. Le CESER s'est prononcé hier en session et a émis un avis défavorable. L'assemblée du Conseil régionale se réunira jeudi pour émettre un avis.

Dr Olivier OBRECHT, Directeur général adjoint de l'ARS, apporte certains éléments d'éclairage suite aux interventions de ce matin. Celles-ci font ressortir quelques lignes de force, qui sont sans doute les priorités des années à venir qui guideront la mise en œuvre du PRS :

- la démographie des professionnels de santé, pour permettre l'accès aux soins et leur continuité ;
- la prévention : le projet de schéma régional de santé est traversé de cet enjeu de part en part, au-delà des chapitres spécifiques, avec de nombreuses actions nouvelles portées ;
- le vieillissement de la population, au regard de toutes les adaptations qu'il va nous falloir conduire collectivement (conseils départementaux, représentants d'usagers, Etat, établissements, entreprises, etc).

L'ARS remercie les intervenants précédents qui ont tous, y compris en cas d'avis défavorables, salué le travail de co-construction mené par l'Agence. L'ARS a fait le choix d'une concertation approfondie très en amont, dès février, dans un calendrier contraint nationalement, pour ne pas produire à la consultation un document tout prêt jamais discuté. Elle a ainsi recueilli une centaine de contributions et de tous types d'acteurs (associations, collectivités territoriales, fédérations, etc). Le PRS n'est pas le document de l'ARS, c'est la partition collective que l'Agence et ses partenaires ont décidé de construire ensemble.

Nous sommes un orchestre dont la direction a été confiée à l'ARS, mais tous doivent jouer ensemble. Le leadership est d'ailleurs partagé sur beaucoup de sujets (aménagement du territoire, dépendance, personnes âgées ou handicapées...). Cela suppose d'avoir une vision commune. L'on peut se féliciter du fait que le diagnostic de nos besoins, même s'il est parfois exprimé de manière sombre, est partagé par tous.

Sur la démographie, il n'y aura pas de solution toute faite : il faut travailler sur les axes que sont la formation, la fidélisation, l'attractivité pour avoir des effectifs complets. Fidéliser surtout est essentiel, pour redonner du sens au travail dans nos organisations. L'enjeu de la qualité de vie au travail est fortement porté dans le PRS et l'a été collectivement (ex : à travers la convention sur les métiers du grand âge, ou les projets en établissements de santé). La Covid a questionné le sens du travail des professionnels de santé et il faut donner l'envie de rester.

Cet environnement nous impose d'innover, dans les pratiques, dans les organisations pour travailler autrement et garantir la qualité et l'accès aux soins. La télémédecine n'est pas la seule solution, d'autres existent : l'aller- vers par exemple via les bus itinérants, les consultations avancées, et un message en ce sens a été donné par la Première ministre. La mobilité des soignants comme de la population est une préoccupation pour l'ARS : dès lors que l'on promeut la pluridisciplinarité et l'exercice regroupé, la question de l'accès physique se pose. Des travaux avec les Collectivités territoriales dont le Conseil régional doivent être menés. La création d'un CHU à Orléans est une opportunité au-delà de 5 ans.

Les soins de recours doivent être coordonnés et organisés au niveau territorial, et portent un enjeu de qualité et de sécurité des soins dans le cadre de la réforme des autorisations. L'ARS remercie la CSOS qui a pris en compte cette dimension dans son avis. Si les évolutions sont inéluctables, l'ARS rejoint l'avis émis : il s'agit de les annoncer et de les accompagner collectivement, pour qu'elles soient comprises à défaut d'être acceptées.

Concernant la prévention, pour qu'il n'y ait pas de malentendu, il faut comprendre que celle-ci traverse tout le PRS. Tous les parcours spécifiques ont cette préoccupation. Les Feuilles de route départementales de Prévention permettront de mettre autour de la table les acteurs afin qu'ils partagent et coordonnent leurs actions, pour utiliser au mieux toutes les ressources disponibles. Le manque de connaissance des offres des uns des autres ne le permet pas aujourd'hui. Il cite l'exemple de places libres et non utilisées dans les programmes respectifs de lutte contre la sédentarité et pour l'activité physique proposées par les réseaux du Comité Olympique et Sportif et du Comité Paralympique et Sportif à destination des ESSMS. C'est notre responsabilité collective de permettre à ces acteurs de se parler, pour repérer ces offres et mettre en synergie les acteurs. C'est une orientation forte du PRS. L'universalisme proportionné se décline dans les objectifs d'aller-vers, le recours aux médiateurs de santé- pairs, etc. Les feuilles de route départementales du PRAPS visent à franchir « le dernier kilomètre » pour améliorer l'accès aux soins de ceux qui en sont le plus éloignés. En santé mentale, les équipes mobiles santé- précarité, le programme « Un chez- soi d'abord », la mise en place du numéro d'appel 31 14 pour les suicidants contribuent à la prévention.

Il y a ainsi une priorité forte donnée à la prévention, au-delà d'un seul chapitre, dans l'ensemble des dispositifs du PRS.

Le sujet de l'accompagnement des personnes âgées est le 3^e axe structurant en effet.

Il n'est pas possible de répondre dans le détail à toutes les prises de parole, mais l'ARS souhaitait apporter ces éléments de précision pour une compréhension partagée des enjeux inscrits au PRS.

6) Synthèse des avis des membres qui se sont exprimés

Le Président de la CRSA dresse la synthèse suivante des échanges de ce matin, après avoir rappelé l'importance de distinguer ce qui relève de leviers nationaux et ce qui relève de leviers régionaux. La CRSA a déjà contribué lors des travaux Ségur en faisant remonter au national des propositions, notamment sur la gouvernance. Concernant le PRS :

1/ Une concertation importante :

De l'avis unanime, il est reconnu un investissement très important des services de l'ARS dans la conception du PRS 3. La concertation a été aussi réelle en associant les professionnels de santé, les usagers et les commissions spécialisées. La CRSA remercie l'Agence du travail fait et de l'implication des partenaires, dans le respect des instances.

Cependant, des éléments très précis ont été demandés ce matin.

Il est souhaité une prolongation de la concertation sur les OQOS et la PDSES et un document final qui met mieux en évidence les principales priorités de santé publique avec les moyens associés.

Les secteurs médico-sociaux et sociaux souhaitent être mieux pris en considération.

Une forte demande est exprimée pour plus de pragmatisme et plus de visibilité sur les moyens mobilisés dans la mise en œuvre des stratégies et des objectifs opérationnels.

Enfin, dans la réalisation du PRS 3, il est vivement souhaité de la co-construction, notamment avec les collectivités territoriales et les instances de démocratie en santé.

2/ De l'importance de renforcer rapidement la visibilité et la lisibilité sur la prévention :

Beaucoup de contributions portent sur la prévention et la promotion en santé. La CRSA en a fait l'une de ses priorités.

Dans son avis favorable et réservé, la Commission spécialisée Prévention exprime des demandes claires et pragmatiques.

Elle souhaite **plus de clarté dans les moyens, des priorités plus fléchées et un renforcement des coordinations**. Les périodes de vie de l'enfance et de l'adolescence pourraient notamment faire l'objet de toutes nos attentions.

Si les feuilles de routes départementales peuvent être une opportunité pour développer la prévention et la promotion en santé au plus près du terrain avec les CTS, un nouveau pilotage régional peut être mis en place à travers une **Agence de Prévention**. Le CESER y est favorable.

3/ L'attractivité des métiers : une priorité absolue

On peut avoir un plan très ambitieux mais sans les professionnels, on n'avancera pas.

C'est une évidence à ne pas oublier : **la région Centre-Val de Loire doit adapter son appareil de formation** pour faciliter l'installation des professionnels de santé. Plusieurs actions urgentes méritent notre mobilisation, notamment :

- Déroger au numerus apertus, afin qu'il soit défini au niveau régional
- Déroger au dispositif parcours sup pour mieux sélectionner et fidéliser : le recrutement en formation en proximité favorise l'installation durable
- Développer la formation professionnelle et continue
- Renforcer la co-construction dans la détermination des effectifs d'étudiants, notamment en associant encore plus les employeurs : il s'agit de renforcer notre Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, comme le Conseil régional le fait dans son schéma régional
- Favoriser la Territorialisation des lieux d'enseignement pour les études de médecine : au-delà de Tours et Orléans, essaimer dans tous les territoires et chefs-lieux de département
- Innover dans la composition du corps enseignant et dans les modalités d'enseignement : c'est notamment l'objet des réflexions de la task force de la CRSA avec le Doyen et le Vice-Doyen
- Concevoir et mettre en place une politique régionale de recherche, aujourd'hui absente du PRS mais qui contribue à l'attractivité de la région et qui doit rassembler nos deux CHU.

4/ De la nécessité d'améliorer la visibilité et la lisibilité sur la cancérologie :

En concertation avec la CRSA, la cancérologie a fait l'objet d'une large concertation sur la base d'un bilan sur les parcours. Une feuille de route nationale et régionale est sur les rails. Si les orientations stratégiques sont claires avec des acteurs fortement mobilisés, l'importance de renforcer la visibilité et la lisibilité reste posée.

Notre région Centre-Val de Loire ne dispose pas de CLCC et beaucoup d'acteurs œuvrent dans beaucoup de domaines pour prévenir et guérir.

Une politique régionale efficace en ce domaine nécessite d'aller encore plus loin pour rendre accessible notre offre aux usagers et aux professionnels de santé.

Une structuration régionale pourrait être réfléchie dans le cadre d'une co-construction fédératrice, en intégrant notamment la dimension recherche.

5/ Un plan Marshall pour nos aînés et les personnes en situation de handicap :

L'avis défavorable de la commission sociale et médico-sociale sonne comme un cri de désespoir que nous devons entendre.

L'insuffisance des moyens humains est constatée chaque jour pour tous les acteurs et nous indigne.

Il y a un écart trop grand entre notre quotidien et les intentions affichées et ce n'est plus supportable.

Il nous faut entendre cette colère et **traduire dans le PRS 3 des actions plus précises avec des moyens plus clairs, que la CSMS puisse suivre.** La tâche est difficile car il s'agit d'appliquer localement des mesures nationales. Il faut pouvoir arrêter des activités si le manque de professionnels ne permet pas de les faire fonctionner.

Dans le PRS 3, il nous faut nous concentrer sur ce qui sera réalisable dans la bienveillance des usagers et des professionnels de santé.

6/ Promouvoir les patients partenaires :

La commission des usagers a émis un avis favorable en estimant que les usagers ont été écoutés pendant cette phase de concertation.

Les actions envisagées permettent de plus en plus aux usagers d'être associés au fonctionnement du système de santé.

Néanmoins, **nous voulons aller plus loin en faisant de notre région Centre-Val de Loire un territoire à l'avant-garde de la promotion des patients partenaires.**

Sur ce projet, le président de la CRSA demande à la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé, d'accompagner l'instance dans une démarche régionale offensive pour que l'usager soit :

- Un acteur à part entière de notre système de santé pour se transformer
- Un acteur à part entière dans la formation initiale et professionnelle
- Un acteur à part entière dans la recherche en santé

7/ Développer la R&D , l'innovation et l'expérimentation :

Le PRS 3 mérite de comprendre un volet spécifique sur la recherche en santé.

Au moment où un deuxième CHRU va être créé, nous devons mettre en débat public la question de la recherche en santé dans une vision élargie avec les universités, les laboratoires de recherche et tous les acteurs publics et privés.

Le recherche, centrée sur nos besoins de santé publique, doit permettre d'améliorer l'état de santé de notre population, au même titre que la prévention et la promotion en santé.

Par l'expérimentation et l'usage d'un droit à la dérogation, nous devons aussi proposer, innover et impulser sur tout notre territoire régional pour sortir de cette crise systémique.

Le président de la CRSA tient enfin à souligner **l'urgence d'un électrochoc particulier (« PRS de crise ») dans le Cher et l'Indre** qui méritent un traitement particulier qui doit être plus évident dans le PRS 3 final.

Le PRS 3 dans sa version finale doit être encore plus pragmatique, plus clair sur les moyens et favoriser l'expérimentation grâce à l'intelligence de terrain.

Avec ces précautions de langage, et la prise en considération des avis émis ce matin, le Président de la CRSA se prononce personnellement favorablement sur ce PRS 3, considérant que les intentions sont là, la volonté de travailler ensemble également, et qu'en période de crise, il faut être soudés et fédérer nos énergies.

7) Vote de l'avis de la CRSA, en répondant à la question suivante : « Quel est votre avis sur le Projet Régional de Santé 2023-2028 ? Favorable /défavorable »

Le vote est organisé à bulletin secret à l'aide d'un boîtier électronique.

67 membres présents ou représentés
58 voix exprimées

Parmi les voix exprimées :
31 voix favorables (53,4%)
27 voix défavorables (46,6%)

La CRSA émet un avis favorable sur le Projet Régional de Santé 2023- 2028 avec les recommandations et les réserves exprimées en séance.

Le Président de la CRSA remercie l'ensemble des membres pour leur participation ce matin.

Prochaines dates d'Assemblée plénière de la CRSA:

- Jeudi 7 septembre 2023, à 9h30, à Blois (CCI)
- Mardi 28 novembre 2023, à 9h30, à Tours

Clôture de la séance à 12h30

Olivier Servaire- Lorenzet
Président de la CRSA

