

AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE D'ILE DE France SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE 2023-2028

Vu les articles L.1434-1 à L.1434-6 du code de la santé publique

Vu l'article R.1434-1 du code de la santé publique

Vu l'avis de consultation sur le Projet Régional de Santé N°DIRNOV-2023/04 publié le 10 juillet 2023

La CRSA accompagne son avis sur le PRS 2023-2028 des commentaires, conditions préalables et points de vigilance qui suivent, sur lesquels l'instance s'appuiera dans son engagement dans la stratégie régionale de santé. Ces éléments s'inscrivent dans le prolongement des contributions qu'elle a produites depuis le lancement des travaux du PRS et en cohérence avec celles-ci. Son avis est formé des commentaires d'ensemble ci-après, ainsi que des avis spécifiques formulés par ses commissions spécialisées et groupes de travail joints en annexe et des remontées d'autres acteurs, qui ont nourri les éléments qui suivent.

1. S'appuyer au jour le jour sur des valeurs et principes forts

Face à une conjoncture générale d'une grande complexité, à la crise majeure qui touche le système de santé, à une situation qui a éminemment changé en 5 ans, à des mouvements de nécessaire transformation, à une crise sanitaire aux multiples impacts et sur laquelle capitaliser, et à des enjeux d'inégalités de santé persistants malgré les efforts mobilisés, la CRSA veut réaffirmer avec force certains principes fondamentaux qui doivent fonder le pacte régional autour de la Santé, pour répondre aux défis majeurs qui se présentent :

- *La santé est un bien commun et le service de l'intérêt général doit, à ce titre, être constamment réaffirmé et réinterrogé, au cœur de l'action de tous et pour une santé au service du public.*
- *La santé doit être accessible et accompagnante pour tous, à tous les âges, toutes les situations et toutes les étapes de la vie, avec des principes d'inconditionnalité, égalité, continuité et proximité.*
- *La priorité du sens, de l'humain et de l'éthique s'inscrit au cœur de l'engagement des acteurs de la santé. Elle doit être une préoccupation constante, inscrite dans toute stratégie et action en santé.*
- *Partir des besoins et attentes des usagers doit être le principe premier de toute stratégie en santé : l'offre et ses évolutions trouvent leur pleine légitimité dans la qualité de leur réponse aux besoins.*
- *L'attention aux conditions dans lesquelles les professionnels et les structures accomplissent leur mission est indissociable de la priorité de réponse aux besoins de santé de la population.*
- *Un principe d'équité doit prévaloir dans les politiques de santé pour l'ensemble des opérateurs (public, privé, ville, établissements, sanitaire, médico-social...), tous acteurs d'une santé au service du public.*
- *L'approche territoriale représente le niveau et levier principal des actions en santé, au plus près des réalités du terrain, et doit pouvoir adapter les réponses aux spécificités des situations rencontrées.*
- *La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé et l'accès à la santé sont des priorités à mener sans relâche, constamment au plus près de chacun et jusqu'au « dernier kilomètre ».*
- *Nous sommes tous acteurs de notre santé, par nos savoirs, notre expérience et notre pouvoir d'agir. Le respect des capacités d'autodétermination et de participation de chacun est une priorité.*
- *La co-construction est une nécessité et une opportunité face à la complexité et l'urgence des défis. La culture du dialogue et de l'agilité doit être largement soutenue et continuer de se développer.*
- *La santé est « un espace de vie démocratique » et la démocratie en santé est un vecteur clé d'une approche renouvelée de la santé, à travers ses acteurs, ses instances et sa culture.*

2. Un contrat de méthode pour co-construire la mise en œuvre du PRS

▪ **La nécessité de poursuivre la dynamique de concertation et de travaux autour du PRS**, dans sa phase de mise en œuvre et d'évaluation, est réaffirmée avec force par la CRSA.

La poursuite de cette dynamique doit s'appuyer sur un contrat de méthode défini dès le début et conjointement entre l'ARS et la CRSA. Ce contrat de méthode représente une condition essentielle de l'avis de la CRSA et de son engagement dans le PRS.

La CRSA accueille très positivement l'engagement d'ores et déjà exprimé par la Directrice générale de l'ARS en introduction du SRS à « *maintenir la dynamique amorcée dans la phase d'élaboration pour poursuivre avec l'ensemble de nos partenaires, les instances de démocratie sanitaire et les usagers, la co-construction des modalités de mise en œuvre de ce schéma, leur déploiement et leur adaptation* ».

▪ **Il conviendra de définir en concertation la liste et le fonctionnement des groupes de travail thématiques** existants ou mettre en place, en concertation. Leur fonctionnement, composition et moyens devront être un gage de la volonté commune de co-construction et de démocratie en santé et intégrer tous les acteurs et collectivités régionaux et des territoires.

▪ **Ces groupes de travail (GDT) devront également porter sur les activités soumises à autorisation**, afin d'assurer une poursuite indispensable de la concertation sur ce sujet, apportant ainsi un signe d'ouverture au dialogue face à l'inquiétude des acteurs sanitaires. La CRSA prend acte du caractère évolutif du volet autorisations du PRS, notamment pour certaines activités en cours de réforme (PDSES...), et du principe de revoyure, au moins à mi-parcours, qui sont essentiels, a fortiori dans le contexte actuel de réformes d'autorisations et financements, mais aussi plus largement dans la conjoncture actuelle, ses enjeux et aléas.

▪ **Cette dynamique d'ensemble devra s'appuyer sur une feuille de route régionale** concertée et diffusée, permettant de hiérarchiser les priorités, diffusée et suivie régulièrement.

▪ **Il est important d'assurer une communication claire, compréhensible et régulière sur le PRS**, et de prévoir dans l'immédiat une synthèse lisible et appropriable par tous les acteurs. Ce travail de communication devra aussi concerner les travaux des GDT.

3. Les ressources humaines en santé en état d'urgence

▪ **La crise des ressources humaines en santé est l'un des plus importants défis pour le système de santé** au sens large et ses acteurs dans toutes leurs composantes (sanitaire et médico-social, établissements et ville, métiers de soin et autres métiers...), pour de longues années. Elle est affichée à juste titre dans les priorités du PRS. Cette crise qui suscite les plus hautes inquiétudes immédiates et futures. Elle pèse sur l'ensemble du système, mais surtout sur la santé des franciliens, avec un effet encore plus délétère sur les plus vulnérables. La réalisation des ambitions affichées dans le PRS en dépend directement.

Il est de première urgence de poursuivre le combat, sur ce sujet, avec une mobilisation de tous les leviers possibles et acteurs concernés (en particulier l'ARS, le Conseil régional et l'Université et les instituts de formation) pour limiter la pénurie et attirer des nouveaux professionnels, mais aussi pour promouvoir toutes approches qui atténueraient la sollicitation du système et des professionnels de santé.

▪ **Cette situation appelle un vrai choc de formation**. La mobilisation doit être entière et forte, notamment autour des quotas de formation des métiers du soin et de l'humain, plusieurs étant en très grandes tensions.

La CRSA s'indigne en particulier des politiques sur le numerus clausus qui ont prévalu dans le passé. **Elle attend des signes forts, concrets et rapides concernant les capacités dans les formations médicales**, qu'elle considère indispensable et de première urgence d'augmenter significativement et bien au-delà des seuils retenus jusqu'à présent.

▪ **Si la plupart des territoires franciliens est très durement touchée par la désertification médicale, certains d'entre eux sont plus fortement impactés** - en particulier en Grande Couronne et dans les territoires socio-économiquement plus défavorisés. Ceux-ci subissent des positions encore plus défavorables, notamment en termes de répartition des internes ou encore en termes d'implantations d'instituts de formations. L'attention à ces territoires est une priorité majeure qui doit associer l'ensemble des acteurs, en ville et en établissements (notamment enjeu des terrains de stage, liens avec l'Université ...).

4. L'enjeu des moyens et modalités de financement du PRS

- **Les principes du financement du PRS sont insuffisamment explicités.** Il est indispensable que ses modalités soient précisées, avec un suivi régulier et transparent, notamment sur les différents leviers mobilisables/mobilisés et leur durée (SEGUR, FIR, AAP...). Il en va de la crédibilité même du caractère opérationnel du PRS.
- **La situation dégradée ou fragilisée d'un grand nombre d'établissements de santé et médico-sociaux**, en particulier sur le plan financier, est une source de préoccupation immédiate et majeure, et représente un enjeu clé dans l'accomplissement du PRS. Des stratégies constructives d'accompagnement et de soutenabilité du système et des acteurs concernés doivent être construites en lien avec leurs représentants.
- **Il est essentiel que cette stratégie sur les moyens soit garante d'une légitime et nécessaire équité entre l'ensemble des opérateurs**, quel que soit leur secteur (sanitaire ou médico-social, public ou privé...) et leurs financeurs -parfois multiples. Cette équité de traitement est un point d'attention spécifique de la CRSA.
- **La question immobilière est particulièrement aiguë** dans de nombreuses situations (en ville et en établissements, pour les opérateurs et le logement des professionnels), compte tenu de la pression foncière, des coûts, enjeux climatiques, de l'accessibilité... Une concertation commune sur ce sujet doit se poursuivre pour faire émerger des solutions, en veillant toujours à une équité entre tous.

5. Des principes d'évaluation à renforcer et nécessaires dès le démarrage

- **La CRSA a regretté l'absence d'évaluation en amont du processus d'élaboration du PRS.** Les rapports et études présentés tardivement ont confirmé, par leur qualité, l'importance majeure de disposer de données et analyses concernant la connaissance des besoins, de l'offre et des enjeux.
- **L'évaluation du PRS fait pleinement partie du contrat de méthode.** Elle sert à suivre et mesurer l'efficacité des actions menées mais aussi les mettre en valeur. Il est important que ses modalités en soient précisées et enrichies dès le démarrage du PRS, dans un document spécifique (organisation, méthode, moyens), et qu'elles concernent aussi les territoires. Elles doivent porter sur le suivi régulier du PRS et ses objectifs au fil de l'eau, mais aussi la production d'un bilan solide à l'approche de son terme.
- **Ce travail d'évaluation à co-construire doit contribuer à une claire vision du PRS** et à un enrichissement de la connaissance commune des données et enjeux de santé. Il doit permettre de mesurer l'évolution des niveaux de réponse aux besoins de santé, analyser la pertinence et de l'efficacité des actions engagées, et éclairer le choix des priorités de la stratégie régionale de santé.

6. Enrichir la connaissance commune des besoins et du système de santé

- **Partir des usagers et de leurs besoins doit être une priorité première et systématique.** Il s'agit d'un point d'attention majeur pour la CRSA. Malgré des signes positifs dans le PRS, cette approche n'est pas encore suffisamment ancrée et il en ressort une tendance à partir de l'offre pour aller aux besoins.
- **La connaissance des besoins implique un travail d'écoute des usagers**, pour mieux connaître leurs attentes, expérience et besoins, avec en particulier des approches adaptées vers les populations les plus vulnérables.

Cela suppose de continuer de promouvoir et soutenir l'engagement des personnes dans les diverses formes de représentation des usagers, mais aussi de poser la question de la représentation dans des dimensions nouvelles et plus inclusives.

Plus largement, les associations et les usagers, dans leurs diverses formes d'engagement (représentant, patient expert, pair aidant, patient partenaire, patient enseignant...), doivent voir leur place toujours plus renforcée au sein de la communauté des acteurs de la santé et être intégrés aux processus de décision.

- **La connaissance des besoins est aussi complétée par d'autres sources essentielles**, provenant en particulier des professionnels de santé et observatoires ou autres structures ressources. Il est important de s'appuyer aussi sur les remontées de diverses autres sources, en particulier les acteurs de la vie de la cité (ville, école, travail...).

- **Tenir compte de l'offre existante et des acteurs reste bien évidemment indispensable**, au nom d'un principe de réalité et d'un nécessaire respect de ceux-ci. Offre et besoins doivent être travaillés dans un souci d'équilibre, mais toujours avec la volonté première d'améliorer la réponse aux besoins et leur couverture.
- **Continuer de renforcer le reporting régional** (données et tableaux de bord, cartographies, études, observatoires...) est un point sur lequel souhaite ré-insister la CRSA. Il faut saluer la qualité de certains outils et travaux déjà en place en IDF, ainsi que l'existence d'observatoires et d'équipes ressources qui font souvent référence. L'expérience de la crise sanitaire et d'autres situations ont montré le bénéfice de tels travaux et organismes. La PRS affiche une volonté de travailler en ce sens (travail sur les données, déploiement d'observatoires comme celui des ressources humaines).

Le renforcement des systèmes d'information, indispensable en termes de sécurité, concourt à la stratégie de reporting. Il est encore plus nécessaire concernant les ISTS (notamment périnatalité, déterminants proximaux de santé...). Cette orientation paraît d'autant plus importante dans une région comme l'IDF.

7. Favoriser l'accès à la santé et en lever les obstacles

La santé doit être accessible à tous, inconditionnellement, avec des délais de réponse adaptés et un contact humain préservé en particulier pour les plus fragiles, éloignées ou celles touchées par la fracture numérique.

- **La notion de service public au sens large (au-delà de son acception statutaire) mériterait d'être revitalisée**, en concertation entre tous, face à la conjoncture actuelle et aux signes de détérioration de l'accès à la santé, en insistant sur sa fonction de « filet de sécurité », en particulier pour les plus vulnérables.
- **Les problématiques d'accessibilité financière et de reste à charge** avec leurs multiples racines (modèles de financements, pratiques tarifaires et dépassements, accès aux droits...), sont des freins et des facteurs de renoncements aux soins de plus en plus forts et inacceptables au regard d'un principe d'égalité d'accès à la santé. Cela demande une réflexion et une mobilisation forte de tous les acteurs autour des enjeux soulevés.
- **La CRSA alerte sur les risques de dérives liées à une financiarisation excessive de certaines activités en santé** du fait de pratiques et *business models* (notamment certains réseaux d'optique, de soins dentaires...), alors que le plus grand nombre est animé par un état d'esprit et un sens du service remarquables.
- **La lisibilité de l'offre est un facteur clé de l'accès à la santé notamment dans les territoires**, comme le rappelle le PRS. Il faut rendre plus simple et compréhensible les modes d'entrée dans le système de santé tel qu'il se transforme. Il est important d'amplifier le travail de cartographie de l'offre avec une actualisation au fil de l'eau, de même que la construction de chemins d'accès à la santé clairs et les plus simples possible. Cela implique aussi de s'appuyer sur des supports d'information adaptés à la diversité des publics.
- **La CRSA rappelle la nécessité d'amplifier concrètement les approches parcours**, notamment en y incitant davantage les professionnels. Les parcours sont un enjeu clé de la santé d'usagers de plus en plus nombreux (pathologies chroniques, vieillissement...). Ils trouvent en particulier leur pleine cohérence dans les territoires, en s'inscrivant dans une logique de proximité pour les usagers comme entre professionnels.
- **Les actions et dispositifs de coordination sont un axe important de la coordination des parcours** et des réponses aux cas les plus complexes. Les dispositifs existants ou en projet (DAC, CPTS, communautés 360, CRT, CAMS, PCO...) doivent être soutenues, rationalisées et gagner encore en maturité et simplification.
- **L'accès à la santé pour les plus fragilisés doit aussi s'appuyer sur les acteurs et dispositifs de la proximité**, via des stratégies d'*aller vers*, de *faire savoir*, de *repérage* et de *réponses*. Leur action a besoin d'être plus reconnue et soutenue, mais aussi plus structurée et coordonnée comme le révèle le PRAPS.
- **La prévention, la promotion et l'éducation en santé doivent être déployées de manière plus volontariste** en impliquant tous les acteurs (par exemple incluant systématiquement un volet prévention dans les projets stratégiques ou d'établissements). Clairement affichés dans les priorités du PRS, elles présentent encore des marges de progrès évidentes.
- **Le développement de la prévention et de l'éducation à la santé, via les jeunes** ainsi que l'appropriation d'une nouvelle relation à la santé, sont des enjeux particulièrement prégnants et pertinents. La cadre scolaire est un cadre privilégié pour agir concrètement et sur le long terme sur ce sujet.

8. Territoires et coopérations des acteurs

L'approche territoriale représente le niveau et levier principal des actions en santé, au plus près des réalités du terrain. Les territoires de coordination, en lien étroit avec les Conseils territoriaux de santé, constituent l'échelon le plus pertinent pour ancrer la Démocratie en santé et favoriser la coopération des acteurs de proximité et leur mobilisation autour de projets (notamment projets territoriaux de santé).

▪ **Les dynamiques territoriales et régionales doivent associer l'ensemble des acteurs concernés, dans leur diversité.** Elles doivent œuvrer à travailler mieux ensemble, dans un esprit de décloisonnement, et en travaillant sur des diagnostics et projets territoriaux partagés. Les enseignements de la crise sanitaire nous rappellent que les territoires ont besoin de s'appuyer sur la mobilisation de tous : établissements et professionnels (gros et petits, ville et hôpital, public et privé, sanitaire et ESMS), associations et usagers, collectivités territoriales (Conseil régional, départements, communes), Assurance Maladie et autres organismes de la santé et de la protection sociale, administrations, corps intermédiaires...

Ce dialogue des acteurs du territoire doit s'appuyer sur une dynamique d'animation territoriale et de concertation structurée et connue de tous, en veillant à ne pas réduire celle-ci à des cercles restreints ni aux seuls établissements et professionnels de santé.

Le PRS doit porter clairement la volonté de faire fructifier la culture du dialogue territorial entre tous les acteurs, dans une démarche communautaire plus collaborative que concurrentielle.

▪ **Parmi les acteurs de la proximité, les collectivités territoriales et acteurs de la cité,** en particulier les communes et intercommunalités, doivent être plus largement associés aux stratégies territoriales de santé. Leur engagement a été particulièrement reconnu dans la crise sanitaire.

De même, certains dispositifs en faveur de la santé de proximité doivent continuer leur déploiement (CLS, CLSM en particulier), avec la possibilité de dépasser le strict périmètre communal. Cette santé de proximité doit favoriser l'émergence de véritables équipes territoriales. Ces dynamiques doivent être des vecteurs concrets d'affirmation de la culture de démocratie en santé et de la santé communautaire.

▪ **Les travaux du CNR en Santé mais aussi ceux des Projets Territoriaux de Santé Mentale** ont souvent suscité une très forte mobilisation au sein des territoires. Le CNR représente la part de contribution la plus importante des CTS au PRS et à la stratégie régionale de santé. La volonté de poursuivre la dynamique initiée dans les territoires et d'ancrer les méthodes CNR et Projet Territorial représente un levier d'action constructif pour les CTS et les territoires, en comptant sur une poursuite du soutien apporté depuis le début par l'ARS.

9. Soutenir l'action sur les inégalités de santé, les déterminants et sur les coordinations de politiques publiques

▪ **Les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS) doivent être systématiquement prises en compte dans tous les projets du PRS.** En effet, clairement affichés en priorité de la stratégie régionale de santé, elles font l'objet d'une attention explicite et particulièrement forte aux ISTS dans le PRAPS, que l'on retrouve beaucoup moins présente dans le SRS. Il faut qu'elles fassent pleinement et concrètement partie de la dynamique du PRS.

La stratégie de réduction des ISTS s'appuyer sur une organisation qui en porte l'opérationnalité (gouvernance, feuille de route, moyens) et à laquelle la CRSA estime légitime d'être associée.

▪ **L'action sur les déterminants de santé est d'une importance majeure et s'inscrit dans une logique de santé globale** qui doit être toujours plus intégrée dans les stratégies de santé. En IDF l'exposition de la population à des déterminants défavorables pour la santé représente un enjeu majeur (logement, transports, sédentarité, pollution, bruit...). Ces déterminants défavorables contribuent en particulier à creuser les inégalités de santé.

▪ **Une dynamique solide de coordination des politiques publiques doit accompagner le travail sur un grand nombre de déterminants.** Le PRS témoigne d'ailleurs l'engagement déjà fort de l'ARS dans ce domaine. Une meilleure visibilité du cadre, des objectifs et de l'action sur les ISTS dans la région et les territoires renforcerait certainement la mobilisation et la concertation, en lien avec les instances de démocratie en santé.

10. Des thématiques et des articulations à renforcer

➤ Des articulations à renforcer

Les trois opus qui composent le PRS constituent un ensemble d'une grande densité de thématiques, réflexions et enjeux. Il apparaît nécessaire à leur lecture de veiller à conserver la meilleure cohérence possible entre eux, notamment entre priorités du COS et Fiches action du SRS, entre Fiches actions et volet autorisations au sein du SRS, mais aussi entre objectifs du PRAPS et Fiches actions du SRS, le PRAPS devant être pleinement intégré à la dynamique du PRS. Un lien plus fort avec le PRSE apparaît également nécessaire.

L'articulation avec d'autres secteurs ou plans régionaux qui abordent des questions de santé apparaît nécessaire (santé scolaire et universitaire, santé au travail, santé environnementale, Assurance maladie...), ce qui renvoie naturellement à l'enjeu de la coordination des politiques publiques.

➤ Des priorités à renforcer dans le PRS

Le PRS met l'accent sur de véritables priorités déclinées en engagements forts autour de 3 ambitions communes, 3 priorités transversales et 2 priorités d'intervention thématiques, auxquelles la CRSA souscrit pleinement, sensible en particulier à l'attention portée aux ISTS, à la santé mentale, à la périnatalité et au pouvoir d'agir des citoyens. Elle a relevé des thématiques à renforcer, voire prioritaires :

- **La santé des jeunes**, trop segmentée dans le PRS, doit être hissée dans les thématiques prioritaires en raison des multiples signaux qui s'allument et de l'incidence de tels enjeux socialement et à long terme.
- **Le domicile**, thématique sensible et de plus en plus prioritaire, avec de multiples facettes, pourtant insuffisamment abordée dans le PRS.
- **Les soins palliatifs**, certes abordés avec sérieux dans le PRS mais sans ambition suffisante par rapport au déficit d'offres très élevé par rapport aux besoins identifiés.
- **L'activité physique adaptée**, pas assez présente dans le PRS, dont la priorité est pourtant unanimement reconnue, et avec des enjeux de financements dédiés et de coordination des politiques de Sport et Santé.
- **Le secteur du handicap**, soumis à des tensions de financements des déficits d'offre persistant en IDF - malgré les politiques engagées, qui sont inacceptables.
- **Le tabac et l'alcool**, alors que ces deux thématiques portent sur des déterminants dont les conséquences sur la santé des franciliens sont particulièrement lourdes, appelant à des programmes d'action explicites.
- **La maltraitance**, dont la quasi-absence du PRS n'est pas compréhensible, au regard de son importance majeure mais aussi de l'actualité de ces dernières années (crise sanitaire, publication des Fossoyeurs...).
- **Les Jeux Olympiques et Paralympiques Paris 2024**, étonnement absents du PRS doivent impérativement y trouver une place visible, notamment au nom de leur lien évident avec la santé et le handicap.
- **Les grandes transformations urbaines**, en particulier le Grand Paris, qui auront un impact structurel dans certains territoires (population, activités économiques, transports...), notamment sur la santé.
- **Le Service de santé des armées**, avec des interactions évidentes entre santé militaire et civile, et des domaines d'expertise stratégique majeurs (veille et gestion de risques spécifiques, afflux de blessés ...).

Le PRS dans sa triple déclinaison (COS, SRS, PRAPS) représente un ensemble d'une grande densité et richesse. La CRSA tient à saluer l'ampleur du travail qui a conduit à son élaboration et l'ensemble des acteurs concernés, malgré un contexte très compliqué, avec la crise profonde qui touche le système de santé et les contraintes évidentes du calendrier. Ce travail a été mené dans une collaboration étroite, entre l'ARS et la CRSA, appelée à se pérenniser dans le cadre d'un contrat de méthode co-construit.

L'assemblée plénière de la CRSA donne un avis favorable sur le PRS deuxième génération sous réserve de conditions préalables, remarques et de points de vigilance qu'elle a définis.

Le 5 octobre 2023

Votes pour	49
Votes contre	4
Abstentions	9