



## Projet régional de santé (PRS) Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 révisé Avis de la CRSA

### CONTEXTE REGLEMENTAIRE ET PROCESSUS D'ELABORATION DE L'AVIS

L'article L. 1434-1 du code de la santé publique prévoit que « *le Projet Régional de Santé définit, en cohérence avec la Stratégie Nationale de Santé et dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'Agence Régionale de Santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre* ». Il est le document de référence qui fixe la politique de santé de notre région et offre un cadre d'action à tous les acteurs de la santé du territoire. Conformément à l'article L 1434-2 du code de la santé publique, il est constitué :

- D'un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à 10 ans,
- D'un schéma régional de santé unique (SRS), établi pour 5 ans, qui détermine les objectifs opérationnels, pour l'ensemble de l'offre de soins et des services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social,
- D'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), établi pour 5 ans.

Le PRS Nouvelle-Aquitaine 2018-2028 a initialement été publié le 17 juillet 2018. En conséquence, le SRS et le PRAPS sont donc échus en 2023 et doivent être révisés.

Dans le cadre de la révision de ce PRS, sont consultés : la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie (CRSA), le représentant de l'Etat dans la région, les collectivités territoriales, les Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA). Le conseil de surveillance de l'agence émet également un avis. La Direction de l'ARS Nouvelle-Aquitaine a aussi décidé de saisir les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ainsi que les associations des maires et associations des maires ruraux. Enfin, les citoyens de la région sont également mis à contribution et sollicités pour apporter leurs avis dans le cadre d'une consultation numérique<sup>1</sup>.

Le PRS révisé est consultable sur le lien suivant : [download \(sante.fr\)](https://download.sante.fr)

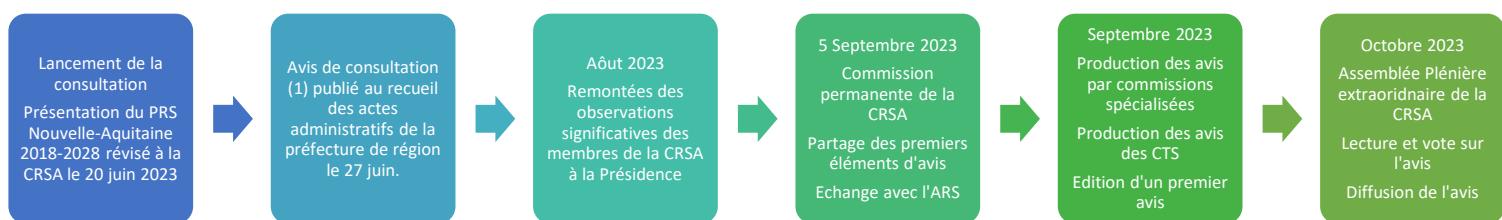
<sup>1</sup> <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/projet-regional-de-sante-prs-revision-2023-consultation-citoyenne>

En amont du présent avis, différentes contributions de diagnostic, d'évaluation et de concertations ont pu avoir lieu. Cette phase a inclus :

- Une analyse des enjeux de santé en Nouvelle-Aquitaine à partir des diagnostics régionaux et territoriaux 2017 et de leurs actualisations,
- Une consultation citoyenne réalisée entre décembre 2022 et janvier 2023 sur 9 thématiques de santé<sup>2</sup> ayant permis la participation de 3983 Néo-aquitain.e.s ayant produit 49.328 contributions,
- Une consultation citoyenne en cours depuis le 19 juillet 2023,
- 48 réunions organisées en partenariat avec la CRSA et les CTS fin 2022 dans le cadre du Conseil National de la Refondation (CNR) santé - 47 ateliers sur 12 départements avec 21 à 126 participations par sessions & une consultation régionale (160 participants) permettant en ateliers d'élaborer 6 réponses pratiques aux enjeux,
- Une concertation élargie avec les acteurs de santé pour partager les enjeux et les priorités de la politique régionale de santé et la rendre plus opérationnelle :
  - Groupes de travail SRS (28 groupes de travail et sous-groupes thématiques, 83 réunions d'octobre 2022 à mars 2023, Plus de 700 participants dont de nombreux membres de la CRSA),
  - PRAPS (1 groupe de travail co-piloté avec Mme le Haut-Commissaire à la lutte contre la pauvreté, 25 participants, 1 conférence régionale précarité le 18 octobre 2022),
  - COS (1 groupe de travail ARS/CRSA, 3 réunions, 22 participants dont 16 membres de la CRSA),
- Autres consultations avec des partenaires :
  - Articulation avec la feuille de route santé du Conseil Régional,
  - Rencontres bilatérales avec les Conseils Départementaux du 21 mars au 3 mai,
  - Echange avec les unions des maires le 23 mars.

## PROCESSUS D'ELABORATION DE L'AVIS

Le processus d'élaboration de l'avis de la CRSA capitalise sur ces différentes contributions, auxquelles ses membres ont participé et a suivi le déroulé figurant sur le schéma suivant.



- (1) En application à l'article R1434-1 du code de la santé publique, à compter de cette publication, les autorités consultées disposent d'un délai de trois mois pour transmettre leur avis à l'ARS selon tout moyen permettant d'établir une date certaine.

<sup>2</sup> La télémédecine / télésanté ; La qualité et la sécurité des soins en établissement de santé ; L'aide aux aidants ; L'accompagnement des personnes en situation de handicap ou porteuse d'une maladie chronique ; La prise en charge sanitaire des personnes en situation de handicap ; La prévention et le dépistage des cancers ; La prévention des addictions ; La prévention des violences intrafamiliales ; L'accès à la santé (couverture du territoire, disponibilité des services, accessibilité financière) en Nouvelle-Aquitaine.

## UN AVIS SUR LA REVISION QUI TIENT COMPTE DE L'AVIS DE 2018 SUR LE PRS INITIAL

L'actuelle mandature de la CRSA a pu donner différents avis depuis 2021<sup>3</sup> qui ont permis d'affirmer un certain nombre de principes repris dans le présent avis.

La mandature précédente (2016-2021) avait adopté en 2018 un avis sur le projet de finalisation du PRS<sup>4</sup>, intégrant des recommandations dans le cadre de son élaboration. Elle a établi une appréciation globale, une sur chaque composante, une sur la base de 10 critères d'évaluation (adoptés le 17 mars 2017), des recommandations finales et une liste d'amendements spécifiques.

A l'époque, cet avis soulignait la complexité de mise en œuvre de ce PRS seconde génération, établi dans le cadre d'une « double rupture » (conceptuelle et géographique), dans un contexte politique changeant (élections présidentielles) ayant un impact sur les agendas de mise en œuvre avec un système de santé sous tension.

- **Dans son appréciation globale**, la CRSA soulignait les points suivants :
  - une élaboration « classique » sans véritable bilan des 3 PRS précédents des 3 ex-régions,
  - une articulation entre les documents et autres dispositifs à renforcer,
  - une articulation insuffisante avec les dynamiques territoriales.

De plus, elle précisait que les recommandations préalables qu'elle avait pu faire dans le cadre de la construction du PRS<sup>5</sup> (6 recommandations) n'avaient été suivies que partiellement, voire ignorées, notamment la définition de priorités et de hiérarchisation des actions.

- **Dans son appréciation pour chacune des composantes**, elle faisait état :
  - de documents de qualité pour le COS et le PRAPS (souci d'articulation, définition d'actions prioritaires, explicitation des moyens),
  - d'un SRS riche mais très hétérogène, manquant de lisibilité (OQOS) ou ayant manqué de concertation (PDSES).
- **Son appréciation en fonction des 10 « critères »** permettant d'analyser le PRS était la suivante :

Intitulé du Critère (qualification - Orange : à améliorer ; Rouge : à réviser)	
Critère de simplification	
Critère d'accès global à la santé	
Critère de réorganisation du système régional de santé et de cohérence territoriale	
Critère d'accès aux soins (préventifs, curatifs ou palliatifs), aux prises en charge et aux accompagnements	
Critère de Démocratie en Santé	
Critère de compréhension et d'appropriation	
Critère de faisabilité et de reproductibilité	
Critère de priorité	
Critère de pertinence, d'efficience et de solidarité	
Critère de supportabilité financière	

Enfin, les recommandations finales de la CRSA s'articulaient autour de 4 points :

<sup>3</sup> [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/assemblee-pleniere-de-la-conference-regionale-de-sante-et-de-lautonomie-crsa#:~:text=Les%20avis%20de%20la%20CRSA,2021%20\(pdf%2C%206.48%20Mo\)](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/assemblee-pleniere-de-la-conference-regionale-de-sante-et-de-lautonomie-crsa#:~:text=Les%20avis%20de%20la%20CRSA,2021%20(pdf%2C%206.48%20Mo))

<sup>4</sup> [https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/CRSA\\_2017\\_Avis\\_PRS\\_23\\_05\\_2018.pdf](https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-08/CRSA_2017_Avis_PRS_23_05_2018.pdf)

<sup>5</sup> Avis du 17 mars 2017 relatif à l'élaboration du PRS

1. L'intégration de trois chartes comme éléments de référence du PRS :
  - a. Charte de la personne dans son parcours personnalisé de santé et des professionnels l'accompagnant dite « charte du parcours de santé » de la Conférence Nationale de Santé,
  - b. Charte Romain Jacob « Unis pour l'accès à la santé des personnes en situation de handicap »,
  - c. Charte de bonnes pratiques des médecins et des patients/usagers élaborée à l'initiative de la commission éthique de l'URPS médecins libéraux, à décliner pour les autres professionnels de santé.
2. La nécessité de rendre l'articulation SRS/COS lisible en articulant les orientations stratégiques du COS avec le SRS,
3. La définition des priorités pour les 5 ans à venir, en distinguant une priorité centrale, la simplification, sept priorités de santé, dont la prévention vaccinale des maladies, l'organisation de la réponse aux urgences et l'organisation du « prendre soin » des professionnels et enfin cinq priorités logistiques, dont la mise en place d'un dispositif d'évaluation du PRS et de ses actions.
4. Donner toute sa place à la Démocratie en Santé notamment en prévoyant d'associer systématiquement les instances de la démocratie en santé, CRSA et CTS, à la mise en œuvre du PRS dans le cadre d'une concertation et d'une consultation lors de l'élaboration par l'ARS de sa feuille de route annuelle ou pluriannuelle et de son suivi.

## **UN AVIS SUR LA REVISION DU PRS QUI PREND EN COMPTE LA CRISE DU SYSTEME DE SANTE**

La CRSA tient tout d'abord à souligner que nous continuons malheureusement à traverser une période complexe où se succèdent et s'accumulent des périodes de crises (épidémique, écologique, économique), locales, nationales comme internationales, qui impactent la manière dont il est possible de mettre en œuvre sur un territoire aussi vaste que celui de la Nouvelle-Aquitaine, un Projet Régional de Santé dont les ambitions doivent être à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain, tout en restant connecté à la réalité locale des acteurs. La précédente mandature avait déjà souligné cette dimension, sans pouvoir imaginer naturellement l'accentuation de la crise résultant de l'irruption du covid.

Au manque de ressources financières au regard des besoins croissants de la population en matière de santé et d'offre médico-sociale (présent et à venir) s'adosse le manque de ressources humaines impactant la motivation des acteurs déjà engagés sur le territoire. Ces derniers, dans les établissements de santé comme en ville, dans les professions médicales comme paramédicales ou sociales sont sortis encore plus épisés des différentes vagues de l'épidémie de covid. De plus, au-delà de l'impact somatique, cette épidémie a eu une forte incidence sur la santé mentale de la population, renforçant l'écart existant entre les besoins en matière de santé mentale et les capacités de notre système à y répondre. La désertification médicale gagne du terrain, l'accès aux soins est devenu problématique dans certains cas, accès aux urgences, aux soins spécialisés et maintenant aux médicaments. D'ores et déjà, nous savons que la relève attendue suite à différentes mesures prises pour augmenter le nombre de professionnels formés sera trop tardive pour compenser les manques auxquels nous devrons faire face sur les 5 années à venir.

Ce manque de ressources, notamment professionnelles, met en tension les organisations dans l'élaboration de réponses adaptées aux contextes locaux. Les Néo-Aquitain.e.s, face aux difficultés des réponses offertes (identification d'un médecin généraliste, délais dans les rendez-vous, régulation des urgences, déprogrammations, liste d'attente pour accéder à des dispositifs...) font largement part de leurs insatisfactions, voire de leur exaspération. Un processus délétère croissant qui s'auto-alimente et ne permet à personne de s'inscrire dans un cercle plus vertueux. Les professionnels, eux aussi, sont de plus exaspérés par leurs conditions de travail et doivent aussi faire face à l'exaspération des patients.

**FACE A CETTE SITUATION, LA CRSA CONSIDERE QU'UN PLAN REGIONAL DE SANTE SE DOIT BIEN D'ETRE UN OUTIL PERMETTANT DE TROUVER DES SOLUTIONS PRAGMATIQUES POUR CONTRIBUER A RESOUDRE LES SITUATIONS COMPLEXES ACTUELLES OU DU MOINS PARTICIPER A EN ATTENUER LES EFFETS.**

Comme le souligne l'avis de 2018 « *Si un PRS a par essence une vocation structurelle, il ne peut pas s'affranchir de la prise en compte de la conjoncture et des inquiétudes fortes qu'elle soulève* ».

Comme il n'est pas possible de s'affranchir de contingences nationales (par exemple : la revalorisation des salaires des professionnels comme levier à leur mobilisation), la question reste d'identifier les marges de manœuvre territoriales permettant de répondre aux enjeux régionaux. Ces marges de manœuvre, financières, organisationnelles, partenariales peuvent être beaucoup plus importantes qu'imaginées, comme la crise du covid l'a démontré. C'est d'autant plus vrai que les directeurs d'ARS se sont vus reconnaître des possibilités de déroger aux normes administratives et réglementaires ne relevant pas de la loi.

En parallèle, toute gestion de crise obligeant à la rationalisation de ce qui doit être mis en œuvre, une hiérarchisation est nécessaire mais de fait elle oblige à prioriser et donc demande à l'ensemble des parties-prenantes (citoyens, institutionnels comme professionnels), de faire des choix et de facto de renoncer (pour un temps, totalement ou partiellement) à certaines stratégies ou actions.

Le PRS doit donc être impérativement un outil pragmatique, opérationnel et réaliste permettant aux acteurs (professionnels comme citoyens) de déterminer des choix. Et de ce fait, il se doit d'être suffisamment armé : objectifs clairement énoncés, diagnostics territoriaux précis des besoins et expressions des moyens pour y répondre, indicateurs de performance et modalités d'évaluation rendant pratique l'identification de l'atteinte de ces derniers.

## **UN AVIS VOLONTAIREMENT GLOBAL**

Les avis collectés par la Présidence de la CRSA sur ce PRS ont été nombreux, issus à la fois des espaces de démocratie en santé (Commission permanente de la CRSA, commissions spécialisées, CTS), des différentes organisations professionnelles comme citoyennes, des échanges avec l'Agence Régionale de Santé, démontrant l'intérêt des acteurs pour ce Plan. L'avis de la CRSA ne se voudra pas une liste exhaustive des propositions de l'ensemble de ces contributions. Il sera plutôt ici question de donner un avis d'ensemble sur la révision du PRS et non pas un avis distinctif en fonction de points précis. Cependant, in fine, l'avis apportera des axes de travail sur lesquels ce PRS révisé doit prioritairement s'inscrire, en lien avec la diversité et la richesse des remontées réalisées.

## **Sur la méthode d'élaboration de la révision du PRS**

La CRSA Nouvelle-Aquitaine se réjouit que la procédure de concertation ait donné l'occasion à chaque citoyen, citoyenne néo-aquitain.e.s, usager, usagère du système de santé, professionnel et professionnelle des secteurs sanitaire et médico-social, plus largement l'ensemble des acteurs et actrices du système de santé de donner un avis sur le PRS 2018-2028 révisé. Ce processus, explicité en détail p.2, montre la volonté de l'Agence d'ouvrir au plus grand nombre la possibilité de porter un regard sur les stratégies mises en œuvre en termes de santé sur notre territoire. Lors de l'élaboration du PRS initial, malgré les demandes de la CRSA, la consultation n'avait pas été aussi large.

Elle a été sensible, malgré les calendriers contraints, que l'Agence Régionale de Santé ait laissé du temps aux différentes parties-prenantes de s'exprimer et aux instances de se réunir, notamment les commissions spécialisées et les Conseils Territoriaux de Santé, pour s'inscrire dans une véritable discussion démocratique. En acceptant de déroger de quelques jours à la date réglementaire du 29 septembre, le Directeur général de l'ARS a permis à la CRSA de tenir une Assemblée plénière extraordinaire début octobre pour se prononcer sur le présent avis, donnant ainsi le délai maximum à la concertation. En ce sens, la CRSA souligne l'évolution positive et très significative du Critère 5 (Démocratie en Santé) qui lui avait permis de qualifier son appréciation précédente sur le PRS initial.

Cependant, la CRSA tient à souligner trois lacunes importantes à ses yeux.

La première concerne l'absence d'évaluation des résultats et des impacts du PRS, allant au-delà du suivi des activités et des indicateurs traceurs qui a été effectué<sup>6</sup>. On ne sait pas dans quelles mesures les objectifs du PRS ont été atteints. L'avis de 2018 recommandait de mettre en place un dispositif de suivi et d'évaluation. La CRSA regrette qu'il n'en ait rien été.

La deuxième lacune porte sur l'absence de retour d'expérience de la crise covid, notamment pour analyser la réactivité, la souplesse et l'adaptabilité de l'ensemble des professionnels pour y faire face. Sur le terrain, les acteurs, publics comme privés, ont su faire preuve d'imagination et d'une grande capacité de mobilisation. La CRSA considère qu'il y a là, à l'échelle des territoires, des enseignements à tirer, pour faire face aux difficultés structurelles actuelles et en diminuer les conséquences.

La troisième lacune s'articule avec la précédente. Il n'y a quasiment pas de référence aux difficultés résultant du manque de personnels aussi bien en ville que dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux. Du fait de la fermeture de certains services, lits ou places, les capacités affichées ne reflètent plus les capacités effectives de prise en charge. Il n'existe pas de mesures des retards de prise en charge, tout comme il n'existe pas de dispositifs permettant de savoir de manière transparente comment sont décidées les priorités pour soutenir ou pas certaines activités ou certains établissements.

Elle attire de plus l'attention de l'Agence sur la mise en chantier de ce type de travail au moment de la période estivale, ne permettant pas la nécessaire remontée d'informations (par exemple sur les OQOS) ou l'organisation de réunions dans le timing prédefini (pour un certain nombre de CTS). Il serait judicieux, pour les prochaines évaluations et avis, d'établir un calendrier sur la durée plus anticipé. En complément, le délai court n'a pas permis à certains acteurs de s'approprier de manière sereine les enjeux autour de cette révision (lecture des

---

<sup>6</sup> <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/bilan-2018-2022-du-projet-regional-de-sante-prs-nouvelle-aquitaine>

différents documents, remontées des informations, productions de concertation, élaboration des avis). Il lui semble qu'une marge de progression dans le processus est encore nécessaire au bénéfice de la qualité des productions. A cet égard, la CRSA rappelle aussi qu'au-delà de la procédure du PRS, la consultation des instances de la démocratie en santé et la prise en compte de leurs avis restent notoirement insuffisantes ainsi qu'en a témoigné l'épisode du covid, en Nouvelle-Aquitaine, comme dans les autres régions ou au niveau national.

## **Sur le contenu**

### *De manière générale sur la présentation*

Les documents relatifs à la révision du PRS forment un ensemble dense. Les difficultés d'appropriations (voir de compréhension) persistent, même si des efforts en termes de lisibilité ont été effectués et appréciés. Ces difficultés impactent la confiance que les acteurs peuvent avoir dans le PRS. Il manque une clarification quant aux moyens financiers alloués pour déployer les stratégies exposées. Et cela entraîne une difficulté à se positionner. Le PRS a une vision nécessairement générale (région) mais les acteurs ont besoin de solutions concrètes et territorialisées. Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) représentant la moitié du document en sont l'exemple le plus flagrant : leur analyse critique est difficile en l'absence de connaissance ou de moyens d'identification des autorisations existantes dans chaque territoire en regard des besoins.

Trop de place est encore accordé au pourquoi et non pas au comment, faisant toujours du PRS un outil rétrospectif plutôt que prospectif, ne permettant pas de résoudre les problématiques actuelles et à venir. Ce « comment » devrait être élaboré de manière pragmatique – Diagnostic/Objectifs/Ressources/Evaluation, à l'échelle des territoires, avec les acteurs, en anticipant les difficultés futures qui vont être rencontrées.

La complexité de la situation complique la tâche de l'écriture d'un texte de programmation, il est donc essentiel de garder une souplesse aussi grande que possible notamment en ce qui concerne les OQOS. L'utilisation de fourchettes dans les propositions de nouvelles implantations avait déjà été proposée pour la version précédente. Cette proposition se doit d'être renouvelée, tout en garantissant une équité territoriale de l'offre. La situation actuelle et les fortes incertitudes de l'avenir, en particulier dans le domaine des ressources humaines nécessiteront une capacité d'adaptation qui doit se retrouver dans les OQOS. Les évolutions démographiques et sanitaires ne sont pas toujours prévisibles ce qui doit renforcer la nécessité de cette adaptabilité.

Enfin, il lui manque encore l'exposition d'une véritable stratégie d'évaluation d'impact de l'ensemble des mesures qu'il préconise en termes d'amélioration de la santé des Néo-Aquitain.e.s mais aussi celle de la qualité de vie au travail des professionnel.le.s. Le PRS lui-même devrait être soumis à une évaluation de son propre processus. En ce sens, il serait pertinent d'utiliser les 10 critères produits dans le cadre de l'analyse du PRS afin de l'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de son déploiement.

### *De manière générale sur le fond*

Ce PRS révisé reprend les différents enjeux auxquels notre territoire est soumis en termes de problématiques liées aux questions de santé et à la prise en charge médico-sociale des habitants de la Nouvelle-Aquitaine. Il décrit l'établissement de stratégies nécessaires pour y faire face, en enrichissant certains axes : l'axe 1 avec la notion de prévention et l'axe 3 sur la l'adaptabilité du système face aux crises. Dans la plupart des contributions reçues ou exprimées, les efforts de l'ARS ont été salués et soulignés. A noter qu'il manque toujours (déjà mentionné dans l'avis précédent) comme enjeu sanitaire majeur la santé bucco-dentaire.

Le document, par manque d'objectifs chiffrés, de calendrier d'étapes et d'éléments financiers permettant d'en établir la faisabilité, peut s'apparenter, pour les acteurs, à un « catalogue de bonnes intentions » au risque de perdre toute crédibilité. A la situation de crise rencontrée, exposée précédemment, la rédaction d'un PRS « de crise » se doit d'être une solution envisageable, permettant de définir des priorités - peu nombreuses et essentielles - pour distinguer les réponses à court terme et celles à moyen terme. La période « COVID » a été riche d'enseignements sur les potentialités de collaboration entre les différents acteurs du territoire. Et ces collaborations ont pu démontrer leur efficacité. Il serait donc ici question, par le biais d'un PRS « de crise », de se mettre dans la même dynamique afin de produire les mêmes synergies.

## **AU FINAL, LA CRSA RECOMMANDÉ UNE EVOLUTION VERS UN PRS DE CRISE, PLUS RESSERE, PLUS PRAGMATIQUE ET PLUS OPERATIONNEL.**

Selon la CRSA, l'ossature de ce PRS « de crise » pourrait intégrer les principes, méthodes de travail et priorités suivantes :

- **L'équité comme principe directeur** : l'égalité devant la santé pour ne pas être qu'un vœu pieux doit être intégrée explicitement dans les objectifs (par exemple formulés en termes d'écart) et générer des leviers d'action spécifiques (ex aller-vers). L'ensemble des vulnérabilités potentielles doivent être prises en compte dans ce principe, qu'elles soient territoriales, socio-culturelles, liées à un état de santé, à l'âge, à une situation de handicap notamment. Conformément au fondement de notre protection sociale, chacun doit recevoir en fonction de ses besoins et contribuer en fonction de ses moyens.
- **La prise en compte des besoins des patients et des populations comme fil conducteur** : dans ce contexte de crise et de pénurie, notamment en termes de ressources humaines, il faut affirmer que l'ensemble des offreurs de soins participent conjointement à répondre aux besoins de santé. Pour cela, il faut parfois savoir passer d'une logique de l'offre qui prévaut à une logique de réponse aux besoins, ce qui exige solidarité et coopération entre acteurs, définition des parcours de prises en charge coordonnées et graduées en fonction des besoins, solutions sur mesure prenant en compte la diversité des réalités territoriales (en d'autres termes des acteurs différents peuvent répondre aux mêmes besoins dans des territoires différents). Le rôle des territoires dans la recherche de solutions pratiques est essentiel. Mais même si la situation nécessite la mise en place rapide de solutions, ces dernières se doivent de s'inscrire dans une logique de qualité et de sécurité des soins fournis aux personnes.

- **Renforcer la prévention** est un enjeu majeur : le meilleur moyen de diminuer la charge sur le système de soin est d'éviter les problèmes de santé qui sont évitables d'abord par des actions du système de soin, par exemple la prévention vaccinale des maladies. Mais la plupart des déterminants de santé ne relèvent pas du système de santé mais de politiques publiques autres (alimentation, urbanismes, transports, qualité de vie au travail, environnement, etc.). Le PRS doit ainsi prendre en compte une dimension d'intersectorialité et se donner des moyens d'actions en ce sens (au-delà du comité de coordination des politiques publiques dont l'impact reste à démontrer). En cela la feuille de route santé 2023-2028 du Conseil régional est exemplaire. L'articulation du PRS et de cette feuille de route est essentielle.
- MAIS, la priorité des priorités pour la population est de **maintenir (ou re-assurer) l'accès de proximité à une offre de soins répondant à l'ensemble des besoins et ceci dans tous les territoires**. Les ruptures, retards, délais se multiplient (médecin traitant, soins urgents, chirurgie programmée, maternité, pédopsychiatrie...), sans parler des pénuries qui touchent les médicaments, dont certains indispensables. Il faut affirmer le caractère intolérable de cette détérioration et faire de sa résolution, et à tout le moins de l'atténuation de ses effets, la priorité d'un PRS « de crise ». Il faut pour cela soutenir la filière de santé dans une logique de maillage des territoires et de mutualisation des compétences. De plus, pour améliorer l'attractivité de l'exercice hospitalier, il apparaît indispensable de prioriser les travaux relatifs à la permanence des soins dans les premiers mois de la mise en œuvre du PRS. Cela en organisant la participation de tous les acteurs aux soins non programmés et à la PDS (en heures ouvrables et en heures non ouvrables) dès les stades de l'octroi et de la mise en œuvre d'une autorisation, participation qui devrait constituer un critère important notamment dans la constitution de coopérations.
- Pour répondre à cette priorité, un effort particulier doit être fait pour **renforcer et fidéliser la ressource humaine en santé et ceci dans tous les secteurs**. Le projet de PRS soumis à l'avis comporte des mesures en ce sens, et un effort a déjà été fait, notamment en termes d'augmentation des effectifs formés. Mais force est de constater que cela ne suffit pas et qu'il faut dans le domaine un choc d'attractivité qui relève certes de mesures d'ordre national en termes de rémunération, mais aussi en termes de conditions de travail accessibles à des initiatives régionales et locales. Il s'agit aussi de travailler autrement, en investissant les outils de coopération, de coordination, etc... Les pouvoirs publics peuvent aussi contribuer à l'attractivité par la simplification. L'expérience de la crise covid a montré que l'on pouvait faire confiance aux acteurs, que l'on gagne en efficacité, en réactivité et que cela contribue aussi à redonner du sens à son action (qui est en soi un facteur de fidélisation). Enfin, il faut se préoccuper des conditions de vie des professionnels de santé. La crise du logement peut ainsi dans certaines parties de la région obliger les professionnels à s'éloigner de leur lieu de travail pour se loger, ajoutant au temps de travail la durée des trajets. Elle peut aussi les conduire à renoncer à des postes dans certains établissements faute de logement à proximité.
- Répondre à ces principes et priorités passe aussi par la méthode de travail : les besoins, ressources, histoires de chaque territoire, sont spécifiques. Les initiatives locales sont aussi nombreuses et peuvent constituer autant de solutions potentielles (la crise covid a montré la grande créativité du local et sa capacité à répondre au mieux aux besoins en prenant en compte les spécificités et contraintes locales). Ainsi, **l'adaptation de**

**L'offre doit être du sur mesure, co-construite localement avec l'ensemble des acteurs** (offreurs de soins, collectivités territoriales, usagers et citoyens notamment). Le niveau régional doit venir en appui de ces démarches territoriales, financièrement ou par des apports d'autres ressources, comme par exemple l'ingénierie de projet, base de connaissance sur les solutions mises en œuvre dans les territoires de la région et hors région. En cela le CNR de nouvelle génération doit être une opportunité à saisir de mettre en place ces espaces de concertation, de diagnostic partagé et d'élaboration d'une offre pragmatique et adaptée. Mettre en œuvre un tel espace permettrait aussi une réactivité et une adaptabilité plus forte aux changements de contextes. Le PRS et les pouvoirs publics devraient ainsi moins imposer le « comment faire », mais définir des objectifs généraux, principes et critères de qualité et donner les moyens aux acteurs locaux d'y répondre de la façon jugée localement et en concertation la plus pertinente.

## En conclusion

Cet avis, dans la continuité des avis antérieurs, permet d'affirmer ou de réaffirmer un certain nombre de principes forts de ce que le PRS de la Nouvelle-Aquitaine se doit de défendre au regard des problématiques rencontrées sur le territoire pour les années à venir.

Les contributions et débats ont permis de proposer un certain nombre de solutions, de pistes, de scénarii « pratiques » permettant de contribuer à résoudre en contexte des problématiques rencontrées territorialement ou de manières transversales en fonction de certaines thématiques. La CRSA et ses membres sont à la disposition de l'Agence Régionale de Santé pour co-construire, sur la base de ces matériaux, les réponses efficaces pour demain, dans une logique de Démocratie en Santé, au côté de l'ensemble des Néo-Aquitain.e.s. La mise en œuvre du Conseil National de la Refondation pourrait être cet espace de construction de proximité en lien avec les Conseils Territoriaux de Santé.

Ceci étant dit, la forme, le fond et le calendrier du PRS relèvent d'un cadrage national contraint. Il en est de même pour certaines mesures qui relèvent d'un cadre juridique et financier national (exp. : attractivité des professions). De plus, en raison de calendriers mal ajustés, la révision du PRS est préalable à la révision de la Stratégie Nationale de Santé, alors qu'il devrait être une modalité de sa mise en œuvre<sup>7</sup>. La CRSA propose de faire de cette révision de la SNS une opportunité de porter au niveau national notre proposition d'un PRS de crise.

Compte tenu des éléments exprimés dans cet avis et avec les réserves précitées, la CRSA de Nouvelle-Aquitaine émet un avis favorable à la révision du PRS soumis par l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, COS, SRS et PRAPS.

<sup>7</sup> La Stratégie Nationale de Santé, prévue par la loi et définie par le Gouvernement, constitue le cadre de la politique nationale de santé en France. (...) Ce cadre d'orientation est mis en œuvre au travers des différents plans nationaux et feuilles de route ayant un lien avec la santé, ainsi qu'au travers des projets régionaux de santé que doivent adopter les agences régionales de santé (ARS) en cohérence avec la stratégie nationale.