



Stratégie Décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 Feuille de route Régionale de l'ARS Nouvelle Aquitaine 2026-2030 Avis de la CRSA Nouvelle Aquitaine

CONTEXTE

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 vise l'amélioration de l'offre de santé et du service rendu à l'ensemble de nos concitoyens, sur les champs de la prévention primaire et du dépistage, aux personnes touchées par la maladie, dans leurs parcours de soins et parcours de vie, ou encore à l'ensemble des acteurs de la lutte, de la santé et de la recherche. Le gouvernement a fixé des objectifs ambitieux répondant à un enjeu de santé public fort. Cette stratégie a été co-construite avec l'INCa, [l'Institut National du Cancer](#). Cinq priorités nationales sont les guides de sa mise en œuvre : Bâtir une génération prévention ; Proposer un dépistage pour chacun ; Construire un parcours de santé augmenté ; Incarner le service public du cancer ; Centrer l'action sur des publics cibles (handicap, AJA – adolescents et jeunes adultes, personnes âgées). Elle s'est déployée en deux temps : une première feuille de route pour la période 2021-2025 et une seconde pour la période 2026-2030. C'est de cette seconde partie dont il est question ici.

Après une [présentation de la feuille de route nationale](#) pour cette seconde période le 4 février 2026, s'inscrivant dans une logique de simplification et de priorisation en réduisant notamment le nombre d'objectifs et d'actions par rapport à la première feuille de route, **la stratégie se déploie sur la base d'un socle commun d'actions pré-identifiées**. Le rôle des Agences Régionales de Santé (ARS) est d'élaborer la feuille régionale 2026-2030 correspondant à leur territoire et de la transmettre à l'INCa avant le 31 juillet 2026. Cette feuille de route doit décliner un maximum d'actions issues du socle commun avec la possibilité de reconduire des actions de la première phase qui ont été jugées pertinentes. Nous sommes donc sur une actualisation à mi-parcours d'une stratégie sur 10 ans.

Depuis 2022, un comité de pilotage de cette feuille de route est en place en Nouvelle Aquitaine, sous l'égide de l'ARS (pilotage DOS – Direction de l'Offre de Soins). Elle associe des acteurs régionaux¹. Dans le cadre de l'élaboration de la feuille de route 2026-2030, les acteurs locaux qui ne sont pas forcément membres du comité de pilotage ont été sollicités via un questionnaire sur la première phase. En complément, un bilan a été réalisé pour alimenter les réflexions sur la seconde phase à mettre en œuvre.

¹ Liste page 15 de la feuille de route

SAISINE ET ÉLABORATION DE L'AVIS

Le Directeur de l'ARS de Nouvelle Aquitaine (ARS NA) a saisi les membres de la CRSA pour un avis sur la feuille de route 2026/30. Sur le second semestre 2025, les Conseils Territoriaux de Santé (CTS) ont été saisis de cette question via le questionnaire cité précédemment. D'avril à mai 2026, un travail de priorisation des actions a eu lieu. La feuille de route préparatoire a donc pu être produite et présentée en juillet à la CSOS, à la Commission Permanente (CP) de la CRSA et le 3/09 à la CSP, Commission Spécialisée Prévention, chargée de produire le projet d'avis qui est soumis au vote de l'Assemblée permanente de la CRSA ce jour. Les présidences des différentes commissions spécialisées ont émis en amont un avis sur le projet. Différentes organisations ont apporté leurs recommandations en amont ou aval de la production de l'avis².

Au-delà du diaporama de synthèse présenté lors de la CP de la CRSA le 7/07, la feuille de route régionale 2026/30 a été soumise aux membres. Elle est composée d'un préambule, d'une synthèse des 4 axes mis en œuvre, d'un état des lieux, d'une cartographie des établissements autorisés, d'une exposition des enjeux. La méthode d'élaboration est présentée ainsi que les modalités de gouvernance et de pilotage. Une grande partie du document présente les axes et objectifs sous forme de tableaux. Le document fait 43 pages. L'ARS NA a fourni à l'INCa une feuille de route provisoire fin juillet et la feuille de route définitive sera transmise fin septembre.

AVIS PREALABLE de la CRSA mai 2022

La Commission Permanente avait rendu au nom de la CRSA, après discussion avec l'ARS, un avis sur la première feuille de route, articulé autour de **4 recommandations**³ :

1. La prévention et la prise en charge du cancer (après cancer inclus) ne peuvent qu'être intégrées et s'appuyer sur les autres stratégies, organisations, dispositifs, acteurs de santé. Cette intégration est une question de cohérence, faisabilité, efficacité, efficience et une condition au déploiement de la stratégie dans tous les territoires et au service de toutes les populations. C'est un enjeu majeur au regard des fortes disparités territoriales et sociales régionales. Il doit être fait référence dans le document à ces articulations (PRS, autres stratégies thématiques ; Lien avec les CLS, CPTS, etc, acteurs de la prévention hors système de soin).
2. Il faut mettre en regard propositions, moyens financiers et ressources humaines à la hauteur des ambitions : condition essentielle pour l'effectivité de la stratégie.
3. Les enseignements de la crise sanitaire ne sont pas assez pris en compte. Il faut se doter d'organisations, de procédures et de moyens afin d'éviter qu'une crise sanitaire impacte aussi fortement les soins en général, en cancérologie en particulier. Sur ce sujet, un travail conjoint CRSA/ARS est à prévoir dans les prochains mois.
4. Le suivi et l'évaluation de cette stratégie sont essentiels : suivi du déploiement en « temps réel », pour mettre en place des mesures correctrices le cas échéant, suivi aussi du déploiement dans l'ensemble des territoires, pour mettre en place si besoin des mesures de renforcement dans les territoires les plus vulnérables. C'est une des conditions à l'équité territoriale. L'évaluation sur des indicateurs de santé ou des indicateurs intermédiaires pertinents est importante pour s'assurer du service rendu à la population de cette stratégie ambitieuse.

² URPS ML, FHF, ADAPEI 79, CTS 33, Institut Bergonié.

³ Extraits du document ci-joint.

AVIS DE LA CRSA 2026

Les membres expriment leur gratitude sur les présentations claires faites sur un sujet qui reste complexe. L'instance prend note que cette feuille de route est dans son état provisoire. Elle souligne l'intérêt de la large consultation qui a été réalisée pour la produire, notamment auprès des CTS, inscrivant la démarche dans un processus démocratique renforcé. Lors de la préparation de cet avis en CSP, les participants ont indiqué partager les orientations générales du document. Les objectifs poursuivis en matière de prévention des cancers, d'amélioration des parcours de soins et de réduction des inégalités d'accès ont fait l'objet d'un large consensus. Disposer d'une stratégie claire, partagée et opposable est une condition indispensable de l'amélioration progressive de la prise en charge des patients atteints de cancer. La logique de priorisation et de simplification, portée nationalement et assumée en région, constitue un progrès net par rapport à la génération précédente de feuille de route. Il est aussi notifié la solidité du socle sur lequel repose le document en matière de diagnostics. Les discussions/recommandations produites portent principalement sur l'opérationnalité de cette feuille de route et les ajustements nécessaires pour en renforcer l'efficacité.

En introduction, une remarque d'ensemble est faite : la mise en cohérence de cette dernière avec les autres politiques de l'ARS. Ce point avait déjà fait l'objet d'une recommandation 2022.

Sur la prévention, les actions ne sont pas spécifiques à la lutte contre le cancer à l'exception des dépistages et de la vaccination HPV (tabac, environnement). Dans ce contexte, comment la feuille de route s'articule avec les autres politiques et leviers de l'ARS, et notamment ses stratégies financières ? Quelles articulations a-t-elle avec le Projet Régional de Santé ?

Sur le soin, même si les mesures sont spécifiques, elles s'appuient sur des aspects plus génériques (offre de soins des personnes en situation de handicap, organisations territoriales, nouveaux métiers, etc...). Comment l'offre de soin cancer peut s'appuyer sur des leviers plus génériques et quelles synergies sont possibles ? Il est promu, par exemple, le virage ambulatoire ou les soins de supports. Pour cela, il faut qu'il y ait des professionnels sur les territoires. Il y donc une nécessité à mettre en regard les intentions et les moyens possibles.

Cette introduction étant établie, la **CRSA émet ici un avis en partant des recommandations précédentes (2022), reprises et complétées**, au nombre de 6 et complémentaires.

Recommandation 1 : Déployer des stratégies de communication adaptées allant au-delà des acteurs habituellement engagés dans la lutte contre le cancer pour favoriser le développement d'une culture collégiale de cet enjeu et de ses solutions à disposition

Argumentaire : Suite à la présentation à la CP de la CRSA le 7/07/2026, **les membres notent évidemment une réelle volonté d'améliorer la situation pour notre territoire**, notamment à travers l'affirmation de ne pas simplement soutenir des axes nationaux mais en soutenant des axes régionaux, avec de plus cette distinction faite du dépistage et de la prévention. L'effort est donc important et souligné. Est appréciée la démarche d'aller vers les publics accompagnés dans le cadre des Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS), que cela

concerne les Personnes Agées (PA) ou les Personnes en Situation de Handicap (PSH), mais aussi l'intégration des Plateformes de répit pour élargir leur offre aux aidant.es des personnes atteintes de cancer. Pour autant, les ESMS apparaissent essentiellement comme des lieux d'intervention des actions de prévention ou de dépistage. Ils constituent pourtant autant d'espaces et des acteurs de proximité capables de contribuer activement à la réussite de la stratégie régionale. Ils gagneraient à être davantage identifiés comme partenaires opérationnels de cette politique régionale. Compte tenu de l'évolution démographique de la population de notre territoire et des logiques du virage domiciliaire, il serait utile de planifier aussi l'intégration des Services d'Aide à Domicile (SAD) dans la démarche générale. **Il faudra nécessairement sensibiliser tous les professionnels de ces organisations et permettre que l'information soit accessible et à leur disposition.** Enfin, engager et accompagner les collectivités territoriales dans le déploiement d'environnements favorables à la santé est une bonne chose et cette stratégie pourrait ne pas se limiter au volet « Radon ».

Dans le cadre de la CSP du 3/09, la logique d'élargir le prisme des acteurs pouvant être impliqués sur la prévention, sur le repérage et le dépistage, a été soulignée. La commission a insisté sur le rôle central du premier recours dans le déploiement de la prévention. Et cela au-delà des actions mises en œuvre dans les établissements (maternités, crèches, établissements scolaires) qui ne sont que ponctuelles et à impact limité. **Les professionnels de santé doivent pouvoir relayer durablement les messages de prévention afin de favoriser l'évolution des comportements de santé.** A cette fin, l'utilisation d'outils déjà existant comme les PRSE ou MEDPREV doit être rappelée.

D'autres acteurs (mairies, CCAS, services sociaux, dispositifs itinérants) sont autant d'occasions et de rendez-vous avec le public pour aborder ces questions et toucher notamment les populations les plus éloignées du soin. Ces stratégies d'implémentation dans les pratiques des acteurs doivent pouvoir se développer dans les autres domaines comme les campagnes HPV ou les différents dépistages organisés. **Un consensus fort s'est dégagé de la concertation sur la nécessité d'élargir le cercle des professionnels et des institutions impliqués dans la prévention et le repérage précoce tout en étant adapté aux différentes situations.** Par exemple, la formation au Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB – [recommandations HAS 2021](#)) ne saurait se limiter aux internes en médecine générale mais élargie aux internes en spécialité clinique et autres professionnels de santé (PS) susceptibles de réaliser les bilans de prévention dans un premier temps puis à tous les PS.

Un focus a été fait sur les actions de prévention pour les jeunes. La commission a bien sur entériné l'effort à faire sur les plus précaires mais a insisté sur le fait que l'alcool, le tabac et la drogue existaient aussi et au moins autant dans les milieux plus favorisés. Les actions de prévention doivent concerner **tous les jeunes**. Elle a aussi insisté, pour la vaccination HPV, sur le rattrapage des jeunes non vaccinés au collège. Cela représente une masse importante et le premier recours devrait être mieux accompagné pour ce faire.

D'ailleurs et de manière plus générale, si les membres de la commission sont en accord avec le fait de renforcer l'action de proximité, ils soulignent que **les actions de prévention ne devraient pas se limiter aux seuls territoires considérés comme fragiles. Si ces derniers doivent légitimement faire l'objet d'une attention renforcée, les comportements et les situations à risque concernent l'ensemble de la population, y compris les territoires les plus favorisés.** Il est donc nécessaire d'élargir certaines actions à l'ensemble des publics concernés.

Recommandation 2 : Définir plus précisément les indicateurs pour un meilleur suivi de l'effectivité de la feuille de route

Argumentaire : De manière sémantique, le fait d'utiliser le terme « envisager » n'est pas significatif d'une forte détermination pour agir de manière efficace sur cette problématique (en ce qui concerne par exemple la généralisation du dépistage du cancer du poumon). De manière générale, le préambule de la feuille de route comme d'autres plans et stratégies de l'ARS insistent sur l'aspect « effectivité et impact » des actions à soutenir et à mener. Les termes employés doivent traduire cet objectif.

La commission attire l'attention de l'ARS en matière d'indicateurs pour évaluer ces pertinences d'actions. Par exemple, pour le cancer colorectal, l'évaluation par le nombre de kits distribués est peu pertinente : seul le rapport kit distribué sur test effectué peut juger de l'efficacité de la démarche. Entre-autre, dans le cadre de son avis argumenté, des membres partagent la nécessité de suivre les délais d'entrée dans les soins mais considère indispensable de préciser ce que recouvre la notion de « délai ». Il convient notamment de distinguer les différents délais : entre la suspicion et le premier rendez-vous spécialisé, d'accès à un examen diagnostique ou d'imagerie, d'obtention d'un résultat anatomopathologique, entre le diagnostic confirmé et le début du traitement. Cette clarification est essentielle pour disposer d'indicateurs interprétables et identifier précisément les étapes du parcours à l'origine des pertes de chance. La feuille de route prévoit une analyse régionale des délais fondée notamment sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins ; ces données devront pouvoir intégrer l'ensemble du parcours, y compris lorsque celui-ci mobilise successivement des acteurs de ville, du secteur privé et du secteur public. Enfin, le suivi des délais devrait être associé à des indicateurs relatifs aux distances et temps de déplacement des patients, ainsi qu'à l'évolution territoriale de la démographie des professionnels de santé. Un délai apparemment satisfaisant peut en effet masquer une dégradation de l'accès aux soins si le patient doit parcourir des distances croissantes. En complément, il serait souhaitable, à chaque fois que cela est possible, de mettre en œuvre des indicateurs régionaux comportant une analyse pour identifier les éventuelles pertes de chances liées aux situations de vulnérabilité (que les personnes soient concernées par une perte d'autonomie, du fait de leur situation géographique comme la ruralité, les deux, etc...) Cela permettra d'objectiver les écarts d'accès aux actions de prévention, de dépistages, de soins et d'accès aux soins.

Au-delà de la définition des indicateurs, **la feuille de route doit fixer des cibles chiffrées**. Lorsque le diagnostic régional met en évidence un écart aux objectifs nationaux, il serait pertinent d'acter la dernière valeur disponible, une cible à atteindre en 2030 et une étape intermédiaire en 2028. Cette logique doit notamment s'appliquer aux délais d'accès aux traitements et aux taux de participation aux dépistages organisés, en cohérence avec les objectifs nationaux (sein 70 %, colorectal 65 %, col de l'utérus 70 %, couverture HPV 80 %).

De manière globale, concernant les indicateurs qui sont nombreux, leur intérêt réside dans leur mise en perspective : les attendus en matière de santé publique, les résultats nationaux et les résultats régionaux⁴. Un tableau comparatif général permettrait d'évaluer la mesure des écarts et de fait la nécessité d'actions ou d'ajustements. De plus,

⁴ Exemple tableau p.7, sa forme ne permet pas de situer la Nouvelle Aquitaine d'un point de vue national mais aussi au regard des attendus en matière de résultats.

pourraient-être intégrées les données départementales pour permettre aux acteurs de s'approprier la question et travailler sur des marges de progrès ciblés.

Recommandation 3 : Présenter en CTS l'état des lieux de la feuille de route et la mesure des écarts entre les recommandations qu'ils ont produites et leur niveau de prise en compte afin de poursuivre leur mobilisation sur cette thématique.

Argumentaire : De manière stratégique, les CTS ont rendu un avis par département sur différentes dimensions de la stratégie nationale décennale cancer et dans le cadre de la préparation de la feuille de route 2026-2030⁵. Il n'a pas été ici cohérent d'en faire une synthèse résumée puisque cette demande est antérieure à la feuille de route, en permettant notamment sa construction. De plus, les productions ont été très hétérogènes malgré le cadrage proposé. Partant du principe qu'il est nécessaire de faire la promotion de la feuille de route et de mobiliser les acteurs locaux dans le cadre de cette dernière, et notamment en fonction des particularités de territoires, les membres de la CRSA soulignent la nécessité de faire des présentations territoriales afin que les acteurs locaux de saisissent au mieux du sujet et agissent en coopération. L'efficacité d'une action est souvent en lien avec l'échelle que les acteurs maîtrisent. **Les CTS sont donc particulièrement bien situés pour faire vivre à l'échelle de leur département la déclinaison de cette feuille de route.** Des CTS (19, 33, 79) ont produit une feuille de route détaillée des pistes de progrès à mettre en œuvre. Leur analyse par les autres territoires permettrait d'explorer les différentes actions envisageables.

Recommandation 4 : Renforcer la place de la démocratie en santé, l'expérience patient/aidant et ne pas oublier l'« après »

Argumentaire : Le projet de feuille de route mentionne le développement du modèle de patient partenaire mais cette orientation mérite une traduction plus explicite dans les objectifs stratégiques régionaux. L'expérience des patients, des proches aidants et des représentants des usagers constitue aujourd'hui un levier essentiel d'amélioration continue des parcours, de la qualité des soins et des actions de prévention. **La CRSA souligne la nécessité d'inscrire la démocratie en santé et l'expérience patient comme une priorité transversale de la feuille de route régionale.**

La feuille de route valorise à juste titre le rôle des aidants. Il pourrait être utile d'élargir cette reconnaissance aux accompagnants professionnels qui interviennent quotidiennement auprès des personnes les plus vulnérables : éducateurs, AES, personnels des foyers de vie, des foyers d'hébergement, FAM, MAS, SAVS ou SAMSAH. Ils jouent souvent un rôle déterminant dans l'accès à la prévention, au dépistage, aux soins et au maintien des parcours.

⁵ 10 questions ont balisé cette analyse : Avis général sur la stratégie et sa communication, correspondance avec les attentes professionnelles, attentes de prises en charge, pertinence de la feuille de route, enjeux relatifs à la qualité, optimisations possibles, prise en charge pour mauvais pronostic, prise en charge des enfants et AJA, prise en compte des inégalités territoriales.

Si l'accent est mis utilement sur les soins des personnes et l'accompagnement des aidants, **les enjeux liés à l'après-cancer apparaissent relativement peu développés**. Pour autant, la question du suivi à long terme, la gestion des séquelles, de coordination entre les différentes médecines (hospitalière et de ville), d'accompagnement social, de maintien dans l'emploi, de la qualité de vie concernent désormais un nombre croissant de patient.es. **Une recommandation spécifique ou un complément à la recommandation relative aux parcours pourrait utilement souligner la nécessité de structurer une politique régionale plus ambitieuse sur cette thématique.**

Recommandation 5 : *Produire des documents de valorisation accessible à toutes/s afin de permettre aux acteurs (professionnels/citoyens) de s'appropriier le sujet et agir*

Argumentaire : Les membres de la CRSA ont bien pris en compte qu'il s'agissait ici d'un document transitoire⁶ et que sa structuration était guidée par une schématisation nationale (pour un effort de cohérence). De fait, il fera l'objet d'ajustements avant un envoi définitif à l'INCa. Les différentes étapes de la feuille de route sont cohérentes, les présentations de données, les enjeux et les messages sont clairs. De plus, sa co-construction est établie (méthode p. 14). Pour autant, afin de l'améliorer, les membres de la CRSA proposent les ajustements suivants. Les 3 pages dédiés à la synthèse manquent de lisibilité. Cette forme ne rend pas hommage aux actions déployées et notamment l'effort en matière d'actions que la Nouvelle Aquitaine portera comme prioritaires en complément des actions « socles » proposées par l'INCa. **Un schéma général permettant à la fois d'identifier les axes, les objectifs mais aussi concrètement ce qui sera mis en œuvre sur le territoire permettrait d'avoir cette vue d'ensemble de la stratégie développée.** On pourrait également imaginer l'intégration des différents partenaires sur ce schéma. De la même manière que l'on peut s'interroger à la lecture de la place de la synthèse (page 3 à 5), il semblerait opportun de pouvoir **établir un document type « en résumé »**.

Les données sont nombreuses, notamment sur la partie contexte, mais elles indiquent et soutiennent les orientations spécifiques qui vont être prises. **Une forme non rédigée ou plutôt schématisée en permettrait une meilleure appropriation.** Enfin, la série de tableaux permettant de mettre en avant chaque action de manière spécifique en clarifiant l'objectif, l'action, le descriptif de cette dernière, sa référence nationale, son pilotage, les partenaires impliqués et les indicateurs de réalisation sont tout à fait clairs et pertinents, même si l'on peut constater quelques déséquilibres en matière d'information d'une fiche à une autre. Ainsi, pour la plupart d'entre elles, les calendriers manquent de précisions (couvrant pour certains toute la période) alors que des étapes de réalisation sont nécessaires et permettent aux membres et aux acteurs de mieux se situer dans les échéances et les ajustements à mettre en œuvre.

Enfin, l'appropriation de la stratégie par l'ensemble des citoyens constitue une condition importante de son efficacité. Les propositions faites peuvent s'implémenter dans le document actuel. Mais **la production de documents plus accessibles** comme cela avait pu être recommandé et réalisé dans le cadre du Projet Régional de Santé, serait une stratégie pertinente en étant adaptée aux cibles (langage clair, versions FALC, supports visuels et

⁶ A la lecture, il y a des coquilles de formes, des doublages de paragraphes (p.8), des manques. Par exemple p.14, il est mentionné un bilan figurant en annexe qui n'y est pas et un renvoi au chapitre 1.4 serait utile puisqu'il résume justement ce bilan.

numériques, destinés aux proches aidants et aux professionnels accompagnant les personnes les plus vulnérables...)

Recommandation 6 : Avoir une visibilité sur les fonds, financement octroyés, ressources humaines adossés à cette feuille de route, dépendants de l'ARS ou d'autres institutions

Argumentaire : Les membres se questionnent sur le fait que cette feuille de route se heurte aux questions d'accès aux soins générales que nous rencontrons, comme les retards d'accès à l'imagerie médicale. Dans le cadre de la CSP, les difficultés de démographie médicale ont été largement évoquées, notamment les tensions existantes et concernant plusieurs professions essentielles à la prise en charge des cancers : oncologues, radiologues spécialisés en sénologie et anatomopathologistes notamment. La commission soutient les mesures visant à renforcer les effectifs et à développer les pratiques avancées infirmières (IPA). Néanmoins, il est rappelé que **l'augmentation du nombre des professionnels n'aura d'impact réel que si leur répartition territoriale est également prise en compte**. Il ne faut donc en aucun cas sous-estimer les problématiques de ressources humaines. Ce manque est (médecins généralistes et spécialistes) souligné et constaté d'ailleurs dans d'autres avis et il pourrait contrarier les ambitions de cette feuille de route. Ainsi, l'enjeu ne réside pas seulement dans le nombre global de professionnels formés mais dans leur répartition sur notre territoire. Dans les contributions à cet avis, le souhait d'une répartition plus équitable des professionnels sur l'ensemble de la région soit fait et pour se faire, inscrire un volet à part entière sur cette thématique dans la cadre de la feuille de route.

En complément, la question du financement a été mis en discussion. Quel est le coût d'une telle feuille de route et pour quelle efficacité ? Ne devrait-on pas indiquer ici des données financières ? Si les membres expriment globalement leur intérêt pour cette feuille de route, ils peuvent, au regard de ce point, émettre malheureusement des réserves sur son applicabilité. Pour autant, une bonne visibilité de ses domaines permettrait aux acteurs de mieux évaluer les marges de progression possible. Il est noté qu'aucune fiche action ne comporte d'évaluation des moyens ni de trajectoire de financement, alors que plusieurs mesures supposent des ressources nouvelles et pérennes. Une annexe indicative précisant, pour chaque action nouvelle, la source de financement et son caractère reconductible serait de nature à sécuriser l'engagement des acteurs.

A l'issue de cette présentation, les membres ont eu, en complément de leurs satisfactions sur la production de cet avis, la possibilité de souligner, renforcer ou d'émettre des points de vigilances sur différents points :

- La question sur les statistiques médicales est abordée. Il faut être vigilant à ce que ces données soient solides, notamment dans les liens qui peuvent être fait entre les pathologies et risques environnementaux.
- Pour la question des Ressources Humaines et de la démographie médicale : des membres restent excessivement inquiets et le point de vigilance fort reste la question de la répartition des ressources sur le territoire.

- L'élargissement de la prévention doit se faire sur une approche multi partenariale et notamment le monde du travail. De manière globale, toutes les opportunités de proposer du dépistage doivent être identifiées.
- La question de l'organisation pose question et cela est valable pour toutes les préventions : un outil régional et territoriale pour suivre son application serait pertinent. Celui de la responsabilité populationnelle est connu, efficace, applicable et financièrement peu coûteux. La prévention primaire doit s'organiser.
- Les politiques restent encore trop cloisonnées. Il faut une posture plus volontariste et une meilleure mise en synergie. Il faut faire connaître de manière régulière des actions mises en œuvre mais aussi ne pas hésiter à mettre en avant les réussites et ce qui se passent bien.
- Les questions d'accès aux soins ont aussi également été posées et largement débattu sur la base d'exemples, notamment pour les populations en milieu rural. La question de l'adaptation de nos organisations et de nos pratiques aux nouvelles contraintes de soins est majeure.

Au regard de ses 6 recommandations et des débats, l'ARS a pu répondre à un certain nombre de points :

- Concernant la gouvernance et le suivi : le comité de pilotage du suivi de la feuille de route va être remis en place.
- Concernant les liens avec les territoires : une mobilisation des CTS est prévue.
- Concernant les mesures d'impacts et sur les aspects financiers : la production de deux annexes pour la feuille de route (annexes financière et indicateurs) sont en cours d'élaboration.
- Concernant les supports : la production d'outils de communication tels que recommandés par les membres de la CRSA va avoir lieu.
- Plus globalement pour la prévention : la mise en place de tous les outils permettant d'avoir le suivi le plus fin possible va s'organiser.

A l'issue de cette concertation, le projet d'avis est mis au vote et approuvé à l'unanimité des présents (avec quorum).
