



Le Président

Marseille le 26 septembre 2023

Monsieur le directeur général,

Je vous remercie de votre présence à la dernière séance de la CRSA et vous prie de trouver, ci-dessous, l'avis émis par notre assemblée plénière de la CRSA sur le PRS3 et le PRAPS.

La Conférence régionale reste à votre écoute pour participer à tout travail de suivi de la mise en œuvre de ces plans.

Avec mon cordial souvenir.

Le président de la CRSA PACA



Christian Dutreil



— **Secrétariat de la Conférence Régionale
de la Santé et de l'autonomie Provence-Alpes-Côte d'Azur**

— Suivi du dossier : Service démocratie en santé
— Courriel : ARS-PACA-DEMOCRATIE-SANITAIRE@ars.sante.fr

— Téléphone : 04 13 55 84 33 / 83 74



AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE RELATIF AU :

PRS3 26 septembre 2023

Destinataire | Le directeur général de l'agence régionale de santé

Pour information | Avis public



1/ L'Assemblée plénière de la CRSA s'est réunie le 26 septembre, afin de donner son avis sur le Projet régional de Santé 3, ainsi que sur le PRAPS.

L'élaboration de ce document stratégique a fait l'objet d'une très forte concertation, notamment avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie :

- participation, sous diverses formes, à l'évaluation du PRS 2 afin d'en tirer des enseignements pour le présent dossier ;
- information et consultation de la CRSA et de ses Commissions spécialisées à plusieurs reprises en amont de l'envoi du document soumis à avis ;
- participation de membres de la Conférence dans de nombreux groupes de travail (même s'ils étaient présents souvent au titre de leur organisme représenté) ;
- participation aussi de représentants des usagers à de nombreux groupes de travail, ceci a été fortement apprécié ;
- relecture par des "non sachant" de parties du PRS afin de s'assurer de la bonne compréhension du document ;
- puis avis formalisé de chacune de nos Commissions spécialisées à la rentrée.

Nous soulignons aussi une bonne initiative : faire réécrire une synthèse du PRS3 dans un langage compréhensible par tous, avec relecture aussi par certains des "usagers lecteurs".

Enfin, les Conseils Territoriaux de Santé des 6 départements ont tous donné un avis qui a été envoyé, par leurs soins, à l'Agence.

2/ Nous souhaitons signaler certains points généraux qui semblent importants :

- L'ARS participe évidemment, avec la Région notamment, à l'élaboration du Plan régional Santé - Environnement 4. Il est utile de rappeler dans le PRS que les établissements et professionnels concernés devront aussi se conformer au PRSE afin de participer à la lutte pour la transition climatique.

D'ailleurs, le PRSE demande à développer les études d'évaluation de l'impact en Santé de beaucoup d'actions dans le domaine de l'urbanisme, de la mobilité, de la pollution, etc..., actions qui concernent les professionnels de la santé.

- Elle participe aussi au Schéma régional des professions sanitaires et sociales piloté par la Région. Plusieurs commentaires des CTS et de la CRSA concernent ce dernier Schéma ; il conviendra de les prendre en compte.

Le choix de proposer des indicateurs de suivi de la mise en œuvre du PRS est très intéressant ; cela permettra de mieux suivre les étapes de réalisation, en les relevant à intervalles réguliers.

La question qui peut se poser, serait de choisir maintenant des indicateurs d'évaluation de l'impact des mesures prises sur la Santé et le bien-être de nos concitoyens, par exemple :

- les mesures conduisant à une meilleure répartition des médecins sur le territoire ; conduisent-elles réellement à diminuer le nombre de patients sans médecin traitant ?
- mais aussi, à plus long terme, le développement de campagnes de dépistage va-t-il diminuer la prévalence de telle maladie ?

La Conférence est prête à apporter son concours à cette réflexion.

3/ L'assemblée plénière a entendu chaque Président de Commission spécialisée lui présenter l'avis émis par sa Commission :

- Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé
- Commission spécialisée de prévention
- Commission spécialisée de l'organisation des soins
- Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux

Ces avis seront joints au procès-verbal et font donc partie de l'avis de la plénière. Ils sont déjà en possession de vos services.

4/ L'assemblée a insisté sur l'accent à mettre sur les personnes et les territoires "vulnérables" (situation de handicap, précarité, personnes âgées, déserts professionnels, ...).

5/ L'assemblée a demandé :

- qu'il soit établi, si possible, une priorisation des actions à mettre en œuvre, avec un échéancier ;
- que des indications sur les moyens dédiés à ces actions soient communiquées ;
- que des points d'étapes soient prévus afin de faire un état d'avancement régulier, notamment dans les groupes de travail ;
- qu'il soit établi un retour sur la prise en compte de nos avis, ce que l'ARS a prévu de faire.

6/ L'assemblée a remercié l'ensemble des services de l'Agence pour la qualité du travail effectué et son écoute.

7/ Le quorum ayant été atteint en début de séance, l'assemblée a émis l'avis suivant sur le PRS3 et le PRAPS :

- favorable 42
- défavorable 1
- abstention 10

Séance de la CSDU du 18 septembre 2023 Avis sur le PRS3		
MAJ : 25/09/23	Rédigé par : MT	Validé par : M. TCHIBOUDJIAN présidente CSDU.

AVIS DE LA CSDU SUR LE PRS3

La CSDU a été sollicitée afin de donner son avis sur le PRS3.

La commission spécialisée s'est réunie 2 fois, le 7 septembre 2023 pour la présentation du PRS3 et le 18 septembre 2023 pour émettre un avis sur des thèmes choisis en rapport avec la commission. Tous les avis seront réunis et présentés lors de l'assemblée plénière de la CRSA du 26 septembre 2023 qui en fera la synthèse.

En Préambule

La Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers du système de santé tient à souligner les deux constats suivants :

- Réfléchir à l'organisation du système de santé de la région PACA à 5 ans, ne doit pas nous empêcher d'alerter sur la situation d'aujourd'hui et les difficultés d'accès à la santé pour de nombreuses personnes.
- Quelles solutions mettre en place pour que le mode dégradé ne devienne pas un standard acceptable ? Et la qualité empêchée une justification. (Retour des compte rendu des Commissions des Usagers)
- Si nous partageons les ambitions des enjeux à long terme et des résultats attendus du PRS3.

Une indispensable priorisation des actions, de leur échéance et de leurs financements est incontournable pour ancrer le PRS dans la réalité et garantir son efficacité sur le terrain.

En ce qui concerne la méthodologie d'élaboration du PRS3

La commission a été très sensible à la volonté de l'ARS :

- D'une part d'intégrer tous les représentants d'usagers de la CRSA, ainsi que le collectif des associations de patients France Assos santé dans les différents groupes et sous-groupes de travail avec une facilitation de leur expression.

- Et d'autre part d'avoir initié une phase de relecture globale des travaux avec pour objectif de rendre le PRS compréhensible et accessible au plus grand nombre, sous la forme d'une consultation élargie des usagers s'appuyant sur des focus group, des questionnaires de la structure d'appui à la qualité PASQUAL.

La commission relève de l'intérêt pour le grand public de l'adaptation et de la simplification du texte du PRS et remercie l'ensemble des usagers pour leur participation à ces travaux.

En ce qui concerne les sept chapitres des priorités régionales

Chapitre 1 : Comment protéger la santé de la population de la région ?

La commission souhaiterait une prise en compte des propositions suivantes :

- Inciter et faciliter l'accès aux programmes d'éducation thérapeutique du patient co-portés avec des patients, et permettant leur intervention.
- Intégrer dans les enseignements de professionnels (en santé, médico- social, administratif) un module sur l'expérience usagers/patient.
- Favoriser la participation d'étudiants internes acteurs de prévention dans les contrats locaux de santé.
- Faciliter la prise en charge financière des transports pour participer aux programmes d'ETP pour personnes en situation de handicap.

Chapitre 2 : Comment faciliter la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé ?

Dans un contexte de tension de l'ensemble des professionnels de santé, nous tenons à souligner le caractère fondamental de deux leviers d'action :

- Favoriser la coopération entre acteurs du système de santé.
- Conduire une action prioritaire d'envergure sur la formation dans l'ensemble des métiers du sanitaire, du médico-social et de la prévention.

Face aux enjeux de l'accès à la santé d'aujourd'hui, il serait nécessaire de connaître les priorités de réalisation des différentes réponses proposées par le PRS dans ce chapitre et plus particulièrement la date de leur mise en œuvre opérationnelle. Notamment pour en ce qui concerne l'évolution des organisations et des métiers.

Chapitre 3 : Comment accompagner le vieillissement et en particulier ses conséquences en termes de prévalence des maladies chroniques et de perte d'autonomie ?

La santé mentale est une question de santé publique, il faudrait peut-être l'aborder également dans ce chapitre avec le développement d'équipes spécialisées en gérontopsychiatrie et un indicateur spécifique.

Chapitre 4 : Comment améliorer le parcours des personnes en situation de handicap ?

L'existence de nombreux dispositifs concernant les Personnes en situation de handicap nécessite une amélioration efficace de leur lisibilité pour les usagers et les professionnels dès leur cursus de formation, La mise en place d'un répertoire numérique unique serait souhaitable ainsi que le développement des centres ressources.

Au niveau des indicateurs de suivi

- Le taux de refus de soins ressenti par les personnes vivant avec un handicap nous paraît difficile à recueillir ?
- Nombre de personnes en situation de handicap sans solution.

Il conviendrait également de tenir compte dans cet indicateur des personnes qui obtiennent une orientation de la MDPH vers une structure médico-sociale adaptée, mais qui, faute de places, se retrouvent sans solution un an plus tard, le nombre de personnes concernées pourrait être recueilli à partir des listes d'attente des établissements.

Chapitre 5 : Comment relever les défis de la santé mentale des personnes de la région ?

Nous relevons l'absence du terme « secteur psychiatrique », qui est pourtant la base d'un fonctionnement territorial et le garant de l'accès aux soins pour tous.

C'est le suivi ambulatoire – bien plus que l'hospitalisation – qui permet de prévenir la crise et il doit être suffisamment intensif. Faire référence à des unités fermées comme les unités de soins intensifs pour parler de prévention de crise nous paraît en contradiction avec un juste respect du droit des patients.

LE NUMERIQUE EN SANTE

Nous tenons à rappeler qu'un habitant sur 6 en paca (INSEE 2022) est en situation d'illectronisme soit 660 000, pour la plupart les plus âgés et les plus éloignés géographiquement et nous confirmons l'importance d'accompagner cette transition (médiateur numérique, ambassadeur mon espace santé) en gardant des solutions de proximité pour les plus vulnérables.

Les missions de la banque du numérique des Alpes Maritimes nous paraissent une expérience sur laquelle s'appuyer également.

CHAPITRE 7 : Comment améliorer la qualité de la prise en charge ?

La réforme des autorisations et l'application des nouveaux textes règlementaires sur les conditions d'implantation et de fonctionnement (cancérologie, chirurgie bariatrique, imagerie médicale) doivent veiller à ne pas accentuer les inégalités géographiques et tenir compte de l'allongement des délais d'accès aux équipements notamment en urgence. (Observations et remontés des difficultés de prises en charge par les RU des établissements).

L'évolution des implantations et l'application des seuils doivent s'accompagner d'études d'impact fines pour lutter contre les situations de qualité empêchée, d'allongement anormalement long des délais de rendez-vous, de qualité d'accueil dégradée dans les futurs établissements autorisés.

Observations sur la démocratie en santé

- La prise en compte de l'expérience patient, le soutien à l'engagement des usagers, des patients partenaires, le déploiement des approches centrées sur les patients dans les organisations sont des objectifs très clairement inscrits dans les différents chapitres du PRS, mais soulignent la nécessité d'avoir un service démocratie en santé actif et renforcé pour être initiés et accompagnés.
- Le dispositif des Personnes qualifiées du Médico-Social aurait mérité d'avoir plus de lisibilité pour être mieux et plus mobilisé afin de jouer pleinement son rôle de médiation entre les établissements du médico-social et leurs usagers.
- Il aurait été également souhaitable de rappeler le rôle et les missions des représentants des usagers, premier maillon d'amélioration de la qualité dans les établissements sanitaires.

LE PRAPS

Nous approuvons la décision de créer un observatoire en paca pour analyser les milieux de vie et les fragilités des publics du PRAPS.

Nous relevons positivement la place importante consacrée à la protection de l'enfance et des femmes en général. On note cependant un certain manque d'information sur la transformation de l'offre en médico-social.

Pour conclure, sur l'évaluation du PRS3, les membres de la CSDU proposent de :

- Continuer à réunir les groupes de travail une fois par an afin d'avoir un suivi avancé des indicateurs.
- Prévoir un bilan (quels résultats quels impacts) à mi-parcours du PRS3 et souhaitent y être associés.

La présidente de la CSDU



Michèle TCHIBOUDJIAN

Séance de la CSOS du 19 septembre 2023 Avis sur le PRS3		
MAJ : 24/09/23	Rédigé par : FV	Validé par : F. VALLI président CSOS

Avis de la CSOS sur le PRS3

Une présentation du PRS3 avait été réalisée au cours de la réunion plénière de la CRSA en date du 21 juin 2023. Les documents constitutifs du PRS3 (projet de schéma régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis) ont été mis à disposition dès le mois de juillet 2023 par voie électronique.

Ils ont été de nouveau adressés le 4 septembre 2023 aux membres de la CSOS, lors de l'invitation à la séance du 19 septembre 2023 consacrée à l'avis de la commission relatif au PRS3.

La CSOS a été consultée pour rendre un avis sur le projet de schéma régional de santé PACA 2023-2028 conformément à l'article R-1434-1 du Code de la Santé Publique.

Compte tenu des missions de la CSOS, les échanges lors de la séance du 19 septembre ont porté spécifiquement sur le volet offre de soins du PRS 2023-2028 en examinant une présentation synthétique préparée par les services de l'ARS PACA et présentant pour chaque thème les objectifs qualitatifs et quantitatifs.

A l'issue des différents échanges qui se sont déroulés le 19 septembre 2023, le Président de la commission a soumis au vote l'avis relatif au PRS3.

Les échanges et l'avis rendu sont retranscrits ci-dessous.

Il convient de saluer le travail considérable mené par les services de l'ARS avec la riche contribution des différents membres de la commission.

La collaboration de tous s'est faite dans un esprit de concertation, de coopération et d'équilibre avec des échanges de qualité et constructifs qui ont eu pour but d'adapter l'offre de soins avec les besoins objectifs de la population et des territoires. Cette volonté d'adéquation vise à consolider le système de santé, en conservant ce qui doit l'être, en ajustant ce qui doit être adapté tout en garantissant la qualité, la sécurité et la pertinence des soins pour les patients et leurs proches.

Il est à noter que lors de la séance du 19 septembre 2023, plusieurs fédérations ont indiqué qu'elles avaient fait ou feraient parvenir séparément leurs contributions (observations et propositions) aux services de l'Agence Régionale de Santé (ARS PACA).

Cet avis de la CSOS est transmis au service Démocratie en santé de l'ARS et au président de la CRSA, en vue de la séance plénière qui se tiendra le 26 septembre 2023.

1°) Déroulé des échanges par activité lors de la séance de la CSOS du 19 septembre 2023

Médecine

- FEHAP : se félicite d'avoir été écoutée. Nécessité de préciser pour la pédiatrie si les 18 sites déjà implantés suffisent ou non aux besoins territoriaux.
- FHP : souligne les besoins accrus, quelques nouvelles implantations sont prévues, mais proposition de rajouts d'implantation sur les Alpes-Maritimes et le Vaucluse.

Chirurgie

L'activité de chirurgie pédiatrique va être impactée par les recommandations de la SFAR. L'ARS a fait preuve de souplesse en maintenant des implantations qui sont actuellement au-dessous du seuil réglementaire des 50 actes pour la chirurgie bariatrique afin de permettre aux établissements de s'adapter.

- FEHAP : plaide pour l'écriture des OQOS sous forme de fourchettes.
- FHP : souhaite également des OQOS sous forme de fourchettes.
- FHF : quelle chirurgie pédiatrique et par quels chirurgiens ? problématique de la gradation sur la chirurgie bariatrique, nécessité de lisibilité pour se projeter dans les regroupements. Souhaite le maintien des seuils proposés par le PRS.

Périnatalité, Gynécologie-Obstétrique, Néonatalogie, Réanimation néonatale

Activité non concernée par la réforme.

Pas d'évolution du nombre de maternités implantées sur la région.

Préconisation d'une révision à mi-parcours pour s'adapter au cas par cas.

Nécessité de porter une attention particulière aux professionnels de la périnatalité (gynécologues, ...) et au financement de la PDSSES (gardes et astreintes).

Psychiatrie

Maintien de l'existant. Ouverture de quelques implantations supplémentaires sur les soins sans consentement. Vigilance sur les conventions et notamment la convention obligatoire avec l'établissement assurant la mission de psychiatrie de secteur. Question de la pertinence de l'ouverture des soins sans consentement aux établissements privés (possibilité introduite par les nouveaux textes). Problème de lisibilité sur le tableau des OQOS : demande de clarification.

- FHF : mieux identifier les créations nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, revoir les indicateurs mentionnés dans le PRS3 au sujet de la santé mentale, prioriser la coordination entre le secteur sanitaire et les acteurs du médico-social.
- FHP : regret d'appréhender la coopération sous l'angle de la contrainte vécue comme une « menace » : insister sur les coopérations, réciproques et équilibrées, et non sur la contrainte.
- FEHAP : moduler le nombre d'unités de géronto-psychiatrie en fonction de la population et de la géographie.

Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

- FEHAP : multiples implantations en mention polyvalent imposant de verrouiller juridiquement les objectifs qualitatifs du SRS pour prévenir l'introduction de promoteurs primo-accédants et préserver l'offre actuelle. Précision à apporter sur l'addictologie et l'oncologie dans les Bouches-du-Rhône.
- FHP : propose d'introduire le nombre de sites géographiques dans le SRS, demande de rééquilibrages des « mentions » entre départements notamment dans les Alpes Maritimes.

- FHF : demande de rééquilibrer l'offre vers le SMR à orientation gériatrique, polypathologique, et troubles déments/déambulants à l'origine de DMS longues, préciser ce que recouvre la notion de lits polyvalents.

Médecine Nucléaire

- FHP : demande de consolider les données régionales et nationales sur les taux d'équipement. Confirmation d'un bilan à mi-parcours.
- FHF : maintien de l'offre existante en raison de tension sur les effectifs médicaux et paramédicaux. Nécessité d'un bilan à mi-parcours.

Traitement du Cancer

- FEHAP : regrette la perte de nombreux sites de chirurgie du cancer, souhaite que les mentions soient accordées au regard du respect des conditions techniques et des critères d'implantation prévus par les textes.
- FHP : l'état d'esprit de la progressivité ne se retrouve pas dans les OQOS, ce qui risque de poser problème, lors du dépôt des demandes d'autorisation puis lors des décisions d'autorisation, demande de plus de mentions B notamment pour équilibrer les territoires.
- FHF : favorable au maintien des seuils d'activité mais vigilance sur l'analyse par établissement et non par équipe (intervention d'équipe dans le cadre d'un GHT), non favorable à l'élargissement des mentions B (sauf exception), privilégier les objectifs de qualité, sécurité et pertinence.

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie (objectifs qualitatifs)

Gradation des soins en 3 niveaux (A, B, C) - Nécessité d'un bilan à mi-parcours.

Radiologie Interventionnelle

Cadre juridique non consolidé : liste des actes non encore publiée, nouveaux décrets en cours de rédaction d'où un avis partagé pour une présentation des OQOS en fourchettes.

Equipements matériels lourds (EML) – Plateaux techniques IRM-scanners

- FHF : évaluer en tout point de la région la pertinence des actes prescrits et pratiqués et encourager les coopérations et mutualisation de ressources humaines, identifier les besoins en termes de formation (évolution démographique des professionnels de santé), réviser l'actuel schéma régional des formations paramédicales (manip.radio).
- FHP : nécessité d'ouvrir la compétition dans la rédaction du SRS pour que le meilleur dossier obtienne l'autorisation.
- FEHAP : soutient de principe le besoin en EML des établissements de santé n'en disposant pas, le scanner et l'IRM étant désormais des activités de routine en imagerie.

Equipements matériels lourds(EML) – Caisson hyperbare

Equipements matériels lourds(EML) – Cyclotron

Pas d'évolution de l'offre implantée sur la région.

Hospitalisation à domicile

Volonté des fédérations que des objectifs qualitatifs traitent la problématique des aires d'intervention géographiques afin de permettre une meilleure lisibilité de l'offre et que les zones blanches soient couvertes.

La FNEHAD demande des fourchettes pour les mentions spécialisées et que toutes les HAD existantes puissent accéder à la mention réadaptation.

L'ARS prévoit des groupes de travail en 2023-2024 pour travailler la lisibilité des aires d'intervention de l'offre HAD, par mention, et échanger sur la couverture des zones blanches. Il y aura ensuite une révision du SRS pour intégration des objectifs qualitatifs

Soins Critiques Adultes et Pédiatriques

L'ARS n'ouvrira pas d'implantation d'USIP dérogatoires en début de PRS dans l'attente de la consolidation du cadre juridique (attente de textes complémentaires concernant les unités de soins médicaux et chirurgicaux renforcés) et de la montée en compétence sur les conditions d'implantation – conditions techniques de fonctionnement des structures ré-autorisées en soins critiques dans le cadre de la réforme.

Maintien du statu quo pour l'instant et engagement de l'ARS de réviser ce chapitre dans 2 ans (clause de révision).

Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie et AVC

L'ARS précise qu'il convient de maintenir l'existant (offre de recours régional) au regard des contraintes posées par les conditions techniques de fonctionnement et qu'il convient d'améliorer la filière de la prise en charge de l'AVC.

Médecine d'Urgence

Les décrets sont en attente de parution et viseront une révision du SRS dans les 18 mois suivant leur publication. Des groupes de travail seront donc diligentés dans ce cadre pour réviser le SRS.

- FHF : demande de gradation pour les urgences pédiatriques et psychiatriques avec cahier des charges à respecter, demande de réintroduction du terme ORU PACA ou d'une structure de type ORU.
- FEHAP : demande de clarification de la gradation des urgences pédiatriques, importance du système d'information partagé entre les SAMU, SMUR et SAU.
- FNEHAD : indique qu'elle a un rôle à jouer, au-delà du parcours gériatrique (renvoi vers le paragraphe du SRS) en intervenant sur les soins palliatifs pour éviter les passages aux urgences.

Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

- FHF : centres lourds doivent exclusivement être adossés à un établissement disposant d'une offre étoffée de soins critiques, ou être liés par un partenariat clairement affiché y compris en PDS (problématique de la démographie médicale de néphrologues dans les années à venir).
- FHP : sujet de nouveaux centres lourds (remise en question de la création d'un centre lourd dans le 83 et demande de centre lourd dans un autre département).

Diagnostic prénatal : pas d'observation des membres de la CSOS.

Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Le cahier des charges sera revu en 2024 selon les recommandations de l'IGAS.
Une enquête nationale (DGOS) sera réalisée à l'automne 2023.

- FHF : PDSES assez majoritairement supportée par le seul secteur public hospitalier, et ce poids est un frein majeur en termes d'attractivité et de fidélisation.

Assortir la délivrance d'une autorisation d'une obligation de participation à la permanence des soins pour les spécialités en tension ou les territoires en tension.

Actualiser dès que possible le cahier des charges de la PDSES, non revus depuis le cahier des charges de 2019 (prioritairement sur les urgences pédiatriques et psychiatriques pour début 2024).

- FHP : recenser les lignes de PDSES financées comme celles tout aussi effectives mais ne bénéficiant pas de ce financement, ce qui permettra de les objectiver, problématique complexe des mutualisations.
- FEHAP : revoir et compléter le cahier des charges au regard de l'actualité des services d'urgences et de la rareté des ressources médicales et soignantes, mettant parfois les établissements bénéficiant du financement de lignes de gardes et astreintes dans l'impossibilité de remplir leur mission.

Soins Palliatifs

- FHP : enjeu régional majeur de disposer de plus de LISP et d'USP.
- FEHAP : préciser les critères concernant les créations d'USP et de LISP envisagées en SMR.
- FNEHAD : l'HAD assure 20% de la prose en charge des soins palliatifs.

Soins de Longue Durée (USLD)

Pas d'évolution du nombre mais augmentation de capacités planifiées (restructurations).

Greffes d'Organes et de Cellules souches hématopoïétiques : pas d'observation de la CSOS.

Traitement des Grands Brulés : pas d'observation de la CSOS.

Chirurgie Cardiaque et Neurochirurgie (adulte et enfant) : pas d'observation de la CSOS.

Assistance médicale à la procréation et Génétique : pas d'observation de la CSOS.

2°) En synthèse :

➤ **Points de Convergence principaux :**

- ✓ révision à mi-parcours pour s'adapter au cas par cas en fonction des besoins démontrés, des exigences de qualité, de sécurité et de pertinence et en s'adaptant à l'évolution des textes réglementaires ;
- ✓ solidifier les indicateurs ;
- ✓ HAD : retravailler les autorisations par aires géographiques ;
- ✓ identifier les besoins en formation supplémentaires par métier et réviser le schéma régional des formations paramédicales qui constitue une urgence pour consolider ce système de santé avec les enjeux de délégation de tâches et de compétences, le développement des IPA et la réouverture des lits et services nécessaires ;
- ✓ clarification des OQOS avant/après pour plus de lisibilité, notamment en psychiatrie ;
- ✓ demande de coordination plus forte entre le sanitaire et le médico-social, notamment pour les filières psychiatrie et handicap ;
- ✓ actualisation du cahier des charges de la PDSES ;
- ✓ clarification des modalités de la gradation des urgences pédiatriques et générales ;
- ✓ renforcement de la régulation ARS en particulier sur les enjeux de l'urgence et de la permanence des soins.

➤ **Points de Divergence principaux :**

- ✓ Fourchettes/seuils :
 - FEHAP et FHP souhaitent des fourchettes.
 - FHF souhaite le maintien des seuils proposés par le PRS (sauf pour la radiologie interventionnelle compte tenu du flou actuel des textes).
- ✓ Cancérologie /mention B (chirurgie complexe)
 - FEHAP et FHP souhaitent l'élargissement des mentions B.
 - FHF est favorable aux objectifs quantifiés proposés dans ce PRS, sans élargissement des mentions B.

➤ **Focus sur les autorisations et la PDSSES :**

Pour la FHF toute autorisation doit nécessairement être liée à des devoirs de contribuer à la permanence des soins, à agir en complémentarité sur un territoire de santé sur une offre de soins pour éviter la redondance et la compétition stérile, de consolider l'accès aux soins dans toutes ses dimensions, d'éviter les effets de dumping par un observatoire des rémunérations et un signalement des pratiques agressives en termes de recrutement.

3°) Avis soumis au vote des membres de la CSOS

Au moment de procéder au vote, plusieurs membres souhaitent expliciter leur positionnement relatif à l'avis à donner.

La FHP indique ne pouvoir donner un avis favorable en raison du caractère non définitif du document examiné qui devrait évoluer vers une nouvelle version pour tenir compte des observations et propositions exposées. Elle précise qu'elle s'abstiendra lors du vote.

La FEHAP indique qu'elle donnera un avis favorable assorti des recommandations faites en séance. Elle souligne que les échanges font majoritairement consensus et insiste sur les accords relatifs à la promotion des besoins de santé publique, accords très attentifs à l'équilibre en transcendant les sujets des statuts.

La FHF indique qu'elle donnera un avis favorable assorti des recommandations exposées en séance. Elle souligne le caractère raisonnable, responsable et évolutif du PRS3.

Les fédérations rappellent en fin de séance qu'elles ont fait ou feront parvenir séparément leurs contributions (observations et propositions) aux services de l'Agence Régionale de Santé (ARS PACA).

Il est procédé au vote électronique et secret via le système Visiovote.

Les résultats sont les suivants :

- **18 voix favorables assorties de la présentation des remarques** (observations et propositions exposées en séance)
- **1 voix défavorable**
- **5 abstentions**

Le Président de la CSOS remercie l'ARS PACA pour l'important travail d'élaboration du PRS3, pour l'attention et l'écoute dont elle a su faire preuve ainsi que tous les membres de la commission pour leur collaboration et pour la richesse des échanges constructifs toujours dans un esprit de concertation.

Le Président de la CSOS

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'F. Valli', with a long horizontal stroke underneath.

Dr François VALLI

DIRECTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE

Séance de la CSPAMS du 15 septembre 2023
Avis sur le PRS3

MAJ : 20.09.23

Rédigé par : DOMS

Validé par : DOMS, président
CSPAMS.

Avis de la CSPAMS sur le PRS3

1. Déroulé de la consultation de la CSPAMS

Au cours de la séance de la CSPAMS du 16 juin 2023, une présentation a été faite aux membres de la commission sur les éléments du PRS3 relatifs :

- au parcours des personnes en situation du handicap ;
- à l'accompagnement du vieillissement.

L'accès aux documents constitutifs du PRS3 (projet de schéma régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis) été adressé le 21 août 2023 aux membres de la commission, avec l'invitation à la séance du 15 septembre 2023 consacrée à l'avis de la commission sur le PRS3.

Au cours de la séance du 15 septembre 2023, il a été précisé que l'avis de la commission devait être distingué de l'avis que les organismes représentés par les membres de la commission adresseraient à l'ARS.

A l'issue des différents échanges qui se sont déroulés le 15 septembre, le président de la commission, Monsieur Henri BADELL, a soumis au vote le PRS3 : la commission a émis l'avis retranscrit dans le paragraphe ci-dessous.

Cet avis de la CSPAMS est transmis au service Démocratie en santé de l'ARS et au président de la CRSA, en vue de la séance plénière qui se tiendra le 26 septembre pour émettre un avis sur le PRS3.

2. Avis de la CSPAMS

Les membres présents à la séance du 15 septembre ont émis un avis favorable à l'unanimité sur le PRS3 sous réserve de la prise en compte des avis des organismes qu'il représentent, et des observations suivantes qu'ils ont émises en séance :

- Sur la coordination et la coopération des acteurs par territoire :
 - o La coopération territoriale entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social est essentielle pour répondre notamment au manque de psychiatres dans les établissements médico-sociaux ; il faut formaliser les interventions des unités mobiles (pédopsychiatriques, gérontologiques) ; l'idée de créer des centres locaux de santé mentale est à considérer.
 - o Il faut mentionner les centres de ressources territoriaux, dont la question de la participation aux futurs services publics territoriaux de l'autonomie se pose.
 - o Les groupements de coopération médico-sociaux auraient aussi pu être mentionnés.
- Sur la visibilité de l'offre par territoire : il faut améliorer cette visibilité pour les personnes concernées et leur famille, en tenant compte du besoin de proximité.
- Sur la prévention : elle est opportunément abordée par le PRS de façon transversale et sur tout le parcours de vie.
- Sur la transformation de l'offre : elle est essentielle, elle doit être concertée et mise en œuvre avec l'ensemble des acteurs, en définissant les territoires.
- Sur l'attractivité des métiers et la question des ressources humaines :
 - o L'attractivité et la valorisation des métiers sont la condition à la réalisation effective des ambitions du PRS pour le secteur médico-social.
 - o Le PRS fait état de la valorisation des aides-soignantes en EHPAD ; il faudrait préciser ce que l'on entend par valorisation.
 - o Il est fait état dans le PRS d'une coopération avec les professionnels de l'emploi pour faire connaître les possibilités offertes dans le secteur de la santé aux personnes éloignées de l'emploi ; or, ce public a souvent besoin d'un accompagnement important par les professionnels du terrain ; le temps nécessaire pour cet accompagnement n'est pas toujours mobilisable compte tenu de l'activité déjà en tension dans les établissements et services.
 - o La question de l'apprentissage n'est pas abordée par le PRS3 pour les métiers du secteur médico-social.
 - o Le travail de partenariat entre les conseils départementaux et l'ARS doit être développé pour avancer sur la question de l'attractivité des métiers.
 - o L'attractivité des métiers dans les EHPAD est indissociable du taux d'encadrement ; la valorisation du travail de nuit est un élément positif, mais insuffisant ; le taux d'encadrement a aussi un impact sur la bientraitance.
 - o Sur la question de la qualité de vie au travail, il serait peut-être opportun de faire état du recours possible, pour les établissements publics de santé, à la commission de médiation.
 - o Il est insuffisamment fait état de solutions en lien avec les infirmières en pratique avancée en gériatrie.
- Sur la prévention de la maltraitance : la gestion des urgences est aujourd'hui priorisée dans les établissements, au risque d'oublier la qualité de la prise en charge qui, quand elle est négligée, peut parfois glisser vers la maltraitance, qui n'est peut-être pas suffisamment traitée dans le PRS.

- Sur les aidants :
 - leur statut aurait nécessité plus de développements dans le PRS ;
 - le reste à charge pour l'accueil dans des dispositifs de répit est élevé : il serait souhaitable qu'il soit diminué, car il représente aujourd'hui un coût important pour les aidants.

- Sur le PRAPS :
 - Le programme développe des éléments intéressants sur l'aller vers.
 - Il faut renforcer la coordination et la coopération entre les secteurs de l'AHI (accueil, hébergement, insertion), du soin et du médico-social.
 - Le PRAPS aborde opportunément le thème de l'observation des publics en situation de grande précarité et de vulnérabilité : il faudrait prendre en compte dans cette réflexion les travaux qui sont menés par les services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO).

- Sur les principes de la prise en charge des personnes âgées : il faut travailler sur la prévention de la perte d'autonomie, ce que fait le PRS, coordonner l'offre, tenir compte du tournant domiciliaire, viser le libre choix.

- Sur la filière gériatrique :
 - Le PRS fait plus souvent état d'une filière sanitaire que d'une filière gériatrique.
 - Les réflexions sur la filière gériatrique doivent intégrer le rôle des professionnels libéraux et des professionnels de l'accueil à domicile.
 - Il est indiqué dans le PRS que pour les cas les plus complexes, il y aura un accès à un bilan d'évaluation gériatrique multidimensionnel en hôpital de jour : il serait important de ne pas restreindre ces bilans à l'hôpital de jour et de les étendre à des équipes mobiles de gériatrie qui interviennent à domicile ; les évaluations sont en effet plus aisées dans un contexte environnemental plus familier à la personne âgée ; par ailleurs, les personnes âgées avec des troubles cognitifs naissants ne ressentent pas toujours le besoin de se rendre dans un hôpital de jour.

- Sur la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes : cette population est amenée à augmenter au cours des prochaines années, ce qui nécessite de prévoir plus de dispositifs pour les accueillir, qui soient diversifiés, et donc des moyens plus importants.

- Sur l'école inclusive :
 - L'externalisation est certes positive, mais les classes au sein des IME permettent de donner des apprentissages scolaires par des enseignants spécialisés à des enfants qui ne sont pas inscrits dans les écoles ; l'externalisation ne doit donc pas être généralisée.
 - Les pôles d'appui à la scolarité, qui sont des dispositifs médico-sociaux intégrés dans les écoles, permettent des primo-interventions en aide humaine et matérielle à des enfants qui n'ont pas encore d'orientation CDAPH : ces dispositifs pourraient être soutenus dans le cadre du PRS.

- Sur les conditions de vie des personnes handicapées ou en perte d'autonomie :
 - Il faut prioriser la lutte contre l'isolement de ces personnes.
 - Un effort doit être fait sur la question des transports.

- L'ARS s'est impliquée dans le développement du logement inclusif ; il serait souhaitable que cette implication aille au-delà de ce dispositif et se porte de façon plus générale sur le logement des personnes en situation de handicap et des personnes vieillissantes.
- Sur les soins palliatifs : il est important de mettre l'accent sur le renforcement des équipes mobiles de soins palliatifs qui interviennent au domicile et en EHPAD.
- Sur les mesures d'isolement en psychiatrie : elles doivent être évitées, selon les nouvelles dispositions réglementaires relatives au contrôle juridictionnel du placement à l'isolement ou en contention.
- Sur les addictions : l'alcool et le tabac sont mentionnés par le PRS, mais pas les drogues.
- Sur les délégations départementales de l'ARS : il serait souhaitable que leur latitude soit plus importante pour tout ce qui concerne les projets locaux ; cela permettrait aux institutions, acteurs du territoire, de dialoguer directement avec elles.
- Sur la mise en œuvre du PRS :
 - Il faut s'interroger sur les déclinaisons en termes de moyens humains et financiers nécessaires à cette mise en œuvre ; des feuilles de route départementales devront être prévues pour travailler avec les autres acteurs territoriaux.
 - Des indicateurs devront être régulièrement observés, annuellement si possible, au cours de la mise en œuvre du PRS.
 - Il aurait été intéressant de mieux mesurer la mise en œuvre du PRS précédent, pour ce qui concerne par exemple les amendements Creton, pour lesquels le PRS 2 avait fixé un objectif de baisse de 20 à 25 % (ces amendements Creton étant un signe de dysfonctionnement du système).

3. Remarques des représentants de l'ARS sur les observations de la CSPAMS

Les représentants de l'ARS présents en séance (direction de l'offre médico-sociale, équipe PRS) ont fait les remarques suivantes sur les observations des membres de la commission.

- Sur les CRT et le service public territorial : la mention des CRT dans le PRS aurait peut-être été prématurée ; par ailleurs, le service public territorial de l'autonomie est une expérimentation qui va être lancée dans dix départements en France ; mais ces deux dispositifs entreront dans l'organisation du secteur médico-social dans les cinq années à venir.
- Sur les taux d'encadrement et leurs effets sur la valorisation des métiers : l'ARS n'en fait pas fi, mais le PRS doit s'inscrire dans un cadre législatif qui ne permet pas d'aller au-delà des dispositions réglementaires ; toutefois, la question des effectifs qui permettent d'assurer une qualité de prise en charge est abordée dans le PRS, ce qui n'est pas anodin.
- Sur le risque de maltraitance : il en est fait état dans le chapitre 7 du PRS, qui concerne les EHPAD, mais qui peut être étendu à l'ensemble du secteur de la santé ; un programme d'inspections et des contrôles a été lancé ; il concerne les établissements pour personnes âgées mais aussi les établissements pour personnes handicapées.
- Sur les unités PHV : un appel à projet va être lancé par l'ARS pour créer une unité PHV dans chaque département.

- Sur l'habitat inclusif : l'ARS et l'assurance maladie étaient impliquées pour le lancement de l'habitat inclusif ; Il est aujourd'hui de la compétence des conseils départementaux.
- Sur les pôles d'appui à la scolarité : ils ont été instaurés par la conférence nationale du handicap du mois d'avril 2023 ; les mesures annoncées ne débiteront qu'en 2024 : il est donc difficile de les intégrer dans le PRS3 ; mais l'ARS mettra en œuvre cette politique gouvernementale.
- Sur les unités d'enseignement : les unités d'enseignement qui sont en IME en sont pas supprimées mais sont externalisées dans une école ordinaire ; mais certaines unités d'enseignement doivent en effet rester dans les IME pour une catégorie d'enfants.
- Sur les indicateurs et la mise en œuvre du PRS3 : un travail va être lancé sur les indicateurs et les éléments de suivi de la mise en œuvre du PRS ; une évaluation sera faite à mi-parcours, en 2026.
- Sur l'évaluation du PRS 2 : une évaluation du PRS 2 a été effectuée, sur les personnes en aménagement Creton en particulier (il y a aujourd'hui 870 amendements Creton dans la région) ; c'est notamment sur la base de cette évaluation que les travaux sur le PRS 3 ont été menés.

4. Observations finales du président de la CSPAMS

Le président de la CSPAMS remercie tous les membres de la commission spécialisée pour leurs collaborations à ce travail majeur pour la planification et pour l'organisation des accompagnements et des prises en charge de notre région pour les cinq prochaines années.

Il remercie l'ARS PACA et la DOMS en particulier pour l'énorme travail nécessaire à la mise en place du PRS3. La commission a été associée dès le lancement du renouvellement du PRS et peut grâce à ce travail de coopération émettre aujourd'hui un avis éclairé.

Les membres présents approuvent ainsi de manière unanime le PRS3.

Le président de la CSPAMS



Henri BADELL

Séance de la CSP du 13 septembre 2023 Avis sur le PRS 3		
MAJ : 22/08/23	Rédigé par : JRP	Validé par : JR PLOTON président CSP.

Avis de la CSP sur le PRS3

1. Déroulé de la consultation de la CSP

Au cours de la séance de la CSP du 28 juin 2023, une présentation a été faite aux membres du périmètre de la consultation du PRS3.

L'accès aux documents constitutifs du PRS 3 (projet de schéma régional de santé, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis) été adressé le 16 août 2023 aux membres de la commission, avec l'invitation à la séance du 13 septembre 2023 consacrée à l'avis de la commission sur le PRS3.

Au cours de la séance du 13 septembre 2023, il a été précisé que l'avis de la commission devait être distingué de l'avis que les organismes représentés par les membres de la commission adresseraient à l'ARS.

A l'issue des différents échanges qui se sont déroulés le 13 septembre, le président de la commission, Monsieur Jean-Régis PLOTON, a soumis au vote le PRS3 : la commission a émis l'avis retranscrit dans le paragraphe ci-dessous.

Cet avis de la CSP est transmis au service Démocratie en santé de l'ARS et au président de la CRSA, en vue de la séance plénière qui se tiendra le 26 septembre pour émettre un avis sur le PRS 3.

2. Avis de la CSP

Les membres présents à la séance du 13 septembre ont émis un avis favorable sur le PRS3 sous réserve de la prise en compte des avis des organismes qu'il représentent, et des observations suivantes qu'ils ont émises en séance.

Observations préalables :

La commission salue la volonté de l'ARS PACA d'investir plus largement les champs de la prévention et de la promotion de la santé, afin de les intégrer plus fortement dans le quotidien de la population et tout au long de la vie, ainsi que l'ambition d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques.

Schéma Régional de Santé :

Chapitre 1 : Comment protéger la santé de la population

Renforcer les compétences psycho-sociales et les compétences en santé (p10) :

La CSP estime que, l'objectif de restructurer et renforcer les actions de prévention à l'école en matière de santé mentale, santé sexuelle, nutrition, addiction, mésusage des écrans, doit mentionner également la lutte contre le harcèlement scolaire.

La CSP propose dans l'objectif de mieux prévenir et repérer la souffrance psychique en milieu scolaire, mais également pour les publics les plus fragiles, d'encourager, également, la participation des pairs aidants (p11).

De manière plus générale, il faudrait le plus souvent possible associer les parents aux actions entreprises pour les mineurs (selon ce qui est prévu dans le cadre des 1000 premiers jours).

Au sujet des 5 indicateurs de suivi (p20), retenus, la CSP propose qu'il soit parallèlement travaillé d'autres indicateurs relatifs aux objectifs stratégiques, pour qu'aucune politique importante ne soit oubliée du suivi, afin de pouvoir les évaluer et ainsi suivre leur avancement, notamment à mi PRS.

Développer l'offre de « sport santé » dans la région (p12)

La CSP rappelle l'importance de cette offre et propose qu'en plus d'être soutenue, elle soit renforcée.

Chapitre 3 : Comment accompagner le vieillissement et en particulier ses conséquences en termes de prévalence des maladies chroniques et de perte d'autonomie (p33)

Dans le cadre des cas les plus complexes qui pourront avoir accès à un bilan d'évaluation gériatrique multidimensionnel en hôpital de jour (p34), la CSP propose que soit ajouté la possibilité d'avoir accès aux dispositifs existants, tels que le dispositif ICOPE (OMS).

Chapitre 5 : Comment répondre aux défis de la santé mentale et de la psychiatrie ? (p51)

Santé mentale et addictologie (p57)

La CSP propose d'ajouter : qu'il conviendra de doter chaque sous-territoire des départements d'une offre de soins addictologiques adaptée aux besoins de la population.

4. A tout âge de la vie, intégrer le dispositif de soins et d'accompagnement dans la cité et en établissement (p60)

Eviter les hospitalisations et prévenir l'institutionnalisation par une prise en charge précoce et adaptée (p60)

La CSP propose de compléter le paragraphe : « **Il s'agira donc de permettre (p60)** : » par le point suivant : « - De réaliser des diagnostics approfondis en matière de schizophrénies, maladies bipolaires et dépressions sévères, pour éclairer les voies thérapeutiques et les choix de traitements. Il conviendra pour cela de développer les moyens humains des « centres experts en psychiatrie » existants afin de diminuer les délais d'attente qui sont de plusieurs mois. »

Chapitre 6 : Comment améliorer la coopération des acteurs de terrain

La CSP souligne le fait qu'avec toutes les différentes coordinations, qui semblent plus destinées aux professionnels, il faudra faire un effort de communication, pour qu'à la fois les professionnels et les patients puissent savoir que ces plateformes, ces groupements, ces dispositifs existent, tout en évitant de s'y perdre. Il pourrait être proposé un numéro de téléphone unique pour une plateforme qui redirigerait vers le dispositif le plus performant pour assurer cette coordination, cette coopération entre les différents acteurs de terrain.

De façon globale concernant le schéma régional de santé, la CSP souligne qu'à l'avenir, il serait important de faire coïncider la rédaction des nouveaux PRS avec les textes de la nouvelle Stratégie Nationale de Santé 2023-2033, afin d'assurer la meilleure cohérence possible entre les orientations nationales et celles déclinées régionalement.

Enfin, la CSP, rappelle qu'en investissant plus largement les champs de la prévention, ce qui est une très bonne chose, il est impératif que des moyens supplémentaires soient alloués à la prévention, dans toutes ses composantes.

Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis PRAPS

Concernant ce programme la CSP n'a pas fait de remarques particulières.

3. Observations finales du président de la CSP

Le président de la CSP remercie tous les membres de la commission spécialisée de prévention pour leurs participations à ce travail.

Il remercie l'ARS PACA pour le travail effectué pour la mise en place du PRS3.

La commission a été associée dès le lancement du renouvellement du PRS et peut grâce à ce travail de coopération émettre aujourd'hui un avis.

Le président de la CSP



Jean-Régis PLOTON