

## UN PROJET REGIONAL DE SANTE QUI DOIT PORTER UNE AMBITION D'ACTION CONCRETE POUR LA SANTE DES BRETONS

### Du point de vue de la méthode et de la démarche de concertation

La commission permanente souligne la qualité du dialogue et de pédagogie instaurée avec les équipes de l'ARS.

L'élaboration du PRS 3 a, pour partie, reposée sur les résultats d'une consultation citoyenne innovante auprès de la population et sur les travaux en ateliers réalisés par les CTS et la CRSA en séances plénières. Aussi retrouve-t-on certaines des attentes de la population dans la première partie du schéma régional de santé.

Toutefois, les documents comme le cadre d'orientation stratégique (COS), les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS), le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) et les modalités de mise en œuvre du PRS 3 ont fait l'objet d'une communication très tardive sur un temps d'échange et de concertation particulièrement court. De ce fait, il n'a pas été possible de se situer sereinement dans une démarche de construction approfondie et collaborative avec les acteurs de la démocratie en santé, ce que nous regrettons.

### Un cadrage national qui fait défaut avec des dispositions réglementaires inachevées sur l'organisation de la santé

Les PRS 3 sont supposés tenir compte de la nouvelle stratégie nationale de santé qui est attendue au mieux à la fin d'année, cela rend la cohérence de ces PRS difficile.

Par ailleurs, au plan organisationnel, dans un contexte d'évolution et d'incertitude juridique, la réglementation des certaines activités de soins soumises à des objectifs quantifiés n'a pas été encore établie. Cela signifie que le PRS à venir devra être révisé à très court terme. Tout ceci a placé les acteurs de santé dans une position difficile.

La Commission Permanente regrette sur ces points qu'il n'est pas eu d'anticipation à l'échelon régional.

### Un PRS à compléter et à faire vivre dans le champ médico-social

Comme évoqué précédemment, il y a des lacunes dans la détermination de l'offre de soins. Ce constat se révèle encore plus criant dans le champ médico-social où n'apparaissent pas d'objectifs quantitatifs de son organisation (par territoires). Il n'est pas possible de visualiser les impacts des objectifs du volet 7 de la première partie du Schéma Régional de Santé. Or, la réglementation sur le PRS prévoit expressément ce volet quantitatif.

Connaissant les grandes difficultés actuelles en matière d'équipements et services médico-sociaux, cela laisse dans une expectative inquiète usagers et professionnels.

Enfin, la crise majeure (parmi d'autres qui se sont succédées) que rencontre le secteur des EHPAD devrait amener à favoriser les innovations et prévoir diverses modalités autres d'accompagnement. A titre d'exemple le rôle déterminant de l'ambulatoire dont celui de la médecine de ville et des professionnels intervenant à domicile n'est pas suffisamment souligné dans le document du PRS.

### Un contexte extrêmement tendu devant conduire à l'expression de priorités resserrées

Le sujet du financement de la santé est une préoccupation profonde des acteurs de santé, tous secteurs confondus. Le sentiment d'être dans une impasse conduit beaucoup d'entre eux à ne pouvoir se focaliser sur de nombreux objectifs du PRS 3.

A la crise sanitaire, à la crise des budgets et des finances, s'ajoute la crise des professionnels, qui font craindre que beaucoup d'orientations ne pourront être réellement traduites en actions concrètes.

Tout ceci se manifeste durement alors que la population augmente, plus particulièrement celle des personnes âgées, et que les pathologies chroniques explosent. Cela va se traduire par des défis colossaux à relever par tout le système de santé.

Les acteurs de la démocratie en santé plaident donc pour la priorisation des objectifs visant à assurer un accès élémentaire aux services de santé, à permettre le recrutement et la fidélisation des professionnels de santé et à la mise en œuvre de programmes et actions de prévention d'envergure à l'échelon des territoires.

La traduction de ces priorités doit conduire à généraliser des innovations prometteuses et à se pencher sans attendre sur des nouvelles modalités d'organisation de la santé répondant ainsi aux attentes des professionnels et des citoyens.

**En conséquence, la Commission permanente, à la très grande majorité de ses membres, propose d'émettre à l'assemblée plénière un avis défavorable.**

Toutefois, cette position pourrait évoluer sous réserve que l'ensemble des conditions suivantes issues des travaux des acteurs de la démocratie en santé soient remplies sous la forme d'un contrat de méthode :

- Prioriser des objectifs opérationnels prenant en compte le vieillissement de la population et l'évolution des pathologies chroniques, ainsi que les enjeux de santé mentale
- Définir un schéma d'adaptation et transformation de l'offre avec une méthode, un calendrier et une déclinaison territoriale, qui doit concerner l'ensemble des acteurs dont les élus
- Mettre en œuvre un programme ambitieux et financé de recrutement et fidélisation des professionnels de santé
- Engager le plus rapidement possible les travaux sur la Permanence des soins (Y compris la permanence des soins en établissement de santé) dans les territoires ainsi que la fluidité des parcours de soin et d'accompagnement.
- Cartographier par territoire les difficultés d'accès à la prévention, aux soins et à l'accompagnement.
- Inscrire une approche territoriale de la prévention, dans esprit de responsabilité populationnelle

Pour ce faire, la Commission permanente demande que soit formellement acté un engagement sur l'élaboration et le calendrier de ce contrat de méthode entre les acteurs de la démocratie en santé et l'ARS d'ici la publication du PRS 3.