PROJET DE DECRET
RELATIF AU PROJET REGIONAL DE SANTE
Position de l'Uniopss

Février 2010

La Conférence nationale de santé a été saisie pour avis, le 9 février dernier, d'un projet de décret relatif au projet régional de santé. Dans ce cadre, l'Uniopss tient à faire part de ses observations et propositions d'évolution.

1) Sur l'évaluation du projet régional de santé (article R1)

Il est indiqué que le PRS est réexaminé au moins tous les 5 ans après avoir fait l'objet d'une évaluation portant notamment sur l'atteinte des objectifs de santé fixés dans le plan stratégique régional de santé et sur la mise en œuvre de l'ensemble du projet régional de santé.

⇨ Le terme de révision nous semble préférable à celui de réexamen. C'est du reste la terminologie employée dans le reste du projet de décret ainsi que dans le rapport au Premier Ministre.

⇨ Pourquoi préciser des objectifs de santé qu'ils sont attachés au plan stratégique régional de santé comme si les autres composantes du projet régional en étaient dénués ? La formulation retenue n'est-elle pas trop restrictive ? Les schémas doivent en effet comporter des objectifs (objectifs de l'offre de soins pour les schémas d'organisation des soins, objectif d'évolution de l'offre médico-social pour le schéma régional d'organisation médico-sociale) et sont bâtis sur un état de l'offre qu'il s'agit de faire évoluer en fonction d'objectifs de santé, de prise en charge et d'accompagnement des personnes. Le plan régional de santé couvre en effet un certain nombre d'établissements et services n'ayant pas de dimension de soins comme les centres de rééducation professionnelle qui vise à assurer une formation professionnelle aux personnes handicapées, les établissements et services d'aide par le travail… Pour d'autres, à côté d'un accompagnement médical, existe une démarche de scolarisation et de socialisation des enfants et adolescents, comme les IME, IMP, IMPro…Le projet régional de santé devra prendre en compte ces multiples dimensions. L'articulation entre Plan régional, projet régional et schémas mériterait à l'évidence d'être clarifiée. Ainsi, dans la définition du plan stratégique figurent des éléments qui semblent davantage relever des schémas régionaux (cf. article R3, 2°).

⇨ Il n'est pas précisé quelles sont les instances en charge de l'évaluation des politiques conduites par l'ARS, plusieurs pouvant être compétentes comme la Haute Autorité de Santé, le Haut Conseil de la santé publique, la Cour des comptes, l'agence elle-même ainsi que des instances régionales (conférence régionale de la santé et de l'autonomie, observatoires régionaux de la santé). Il n'est pas non plus précisé sur quelle base et quel acteur effectuera l'évaluation des besoins de santé. Nous insistons fortement pour que les acteurs concernés par les politiques de santé, dont les associations de solidarité, soient associés lors de l'évaluation des besoins, l'élaboration des politiques et l'évaluation de leur mise en œuvre et que cela apparaisse plus fortement dans le projet de décret.

2) Sur la procédure de consultation (articles R2 et suivants)

Les consultations sont « réputées effectuées si l'avis n'a pas été transmis dans un délai de 2 mois à compter de la réception de la demande et des documents nécessaires à la transmission de l'avis ».

⇨ Pour la CRSA, c'est l'ensemble de la conférence dans toutes ses composantes qui est sollicitée en réunion plénière et non les commissions spécialisées. C'est le président qui est saisi, à charge pour lui de saisir les membres de la conférence. Ainsi le délai pour rendre l'avis, déjà très court, l'est d'autant plus que le délai commence à courir à compter de la réception par le président des documents nécessaires à la conférence pour se prononcer et non de la saisine des membres de la conférence. Nous proposons que ce soit le DG de l'ARS qui saisisse directement les membres de la conférence, le délai de 2 mois commencerait alors à courir dans les 48 heures à compter de l'envoi de ce document. Autre possibilité : le DG de l'ARS saisit le Président de la conférence mais avec obligation pour ce dernier de communiquer aux membres de la CRSA l'ordre du jour et les documents dans un certain délai. C'est à l'expiration de celui-ci que commencerait à courir le délai de deux mois pour rendre l'avis. A noter que bien que ce délai de deux mois ai déjà été retenu par les textes pour certains outils de planification (exemple les schémas d'organisation sociale et médico-sociale), il est relativement court et ne peut s'envisager que si en amont la conférence et ses commissions spécialisées ont travaillé à l'analyse des besoins et des priorités. En d'autres termes, l'échange et la concertation entre l'ARS et la CRSA doit être permanente et ne doit pas se limiter à une consultation formelle à un moment donné.

Sont consultées sur le PRS l'ensemble des collectivités territoriales représentées dans les conférences de territoires (conseil régional, conseils généraux et groupements de communes) et non pas tous les membres de la conférence.

⇨ Ne faudrait-il pas recueillir l'avis des conférences de territoires en tant que telles en saisissant le président de cette formation ? En effet, il est prévu par la loi que « La conférence de territoire peut faire toute proposition au directeur général de l'agence régionale de santé sur l'élaboration, la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du projet régional de santé » (article L.1434-9 du CSP). A ce titre il serait intéressant que les CRSA puissent se nourrir des avis des conférences de territoires en organisant les consultations de telle manière que les avis des conférences de territoire soient transmis en amont à la CRSA. Cela permettrait de limiter les problèmes de cohérence entre les avis ou propositions de la CRSA et ceux ou celles des conférences de territoires pourtant chargées de « contribuer à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique ».

⇨ La consultation des collectivités territoriales sur l'ensemble du PRS devrait permettre à ces dernières de se positionner sur l'ensemble de la politique de santé et médico-sociale, ce qui est bienvenu étant donné qu'en commissions de coordination des politiques elles n'auront à connaitre que de certains aspects du projet régional de santé alors que leurs compétences ne se limitent pas à ces champs (exemple : la formation professionnelle pour le conseil régional).

3) Sur le contenu du plan stratégique régional de santé (articles R3)

Nous notons avec satisfaction que le plan stratégique régional de santé a, au titre de ses objectifs et orientations, celui d'assurer une accessibilité géographique et financière des soins pour l'ensemble de la population, ce que nous avions demandé d'inscrire dans la loi. De plus, le schéma régional d'organisation des soins doit tenir compte de l'accessibilité financière de l'offre de soins et déterminer une offre de soins suffisante aux tarifs opposables (sans dépassements d'honoraires).

4) Sur le schéma de prévention (article R4)

Dans la loi, la prévention semblait avoir une place réduite à quelques thématiques, cet article la conçoit de manière large en incluant notamment l'éducation à la santé, la réduction des inégalités sociales et géographiques de santé et la prévention des risques liés aux milieux de vie.

5) Sur le schéma régional de l'organisation des soins (article R5)

Il n'est pas précisé si l'avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie est celui de la formation plénière ou seul, celui de la commission spécialisée portant sur l'organisation des soins.

6) Sur le schéma régional d'organisation médico-sociale (articles R7)

- ⇨ A l'instar de ce qui est mentionné pour les schémas d'organisation des soins, il nous semblerait important de faire figurer dans le schéma régional d'organisation médico-sociale la notion d'accessibilité financière de l'offre.

- ⇨ Au 3° il est fait référence à l'efficience de l'offre. Cette référence nous apparaît très ambiguë et à tout le moins pas explicite. Qu'entend- on par efficience ? Il nous semble que le texte aurait plutôt intérêt à mettre l'accent sur la réponse globale qui doit être apportée à la population et sur l'articulation des différents dispositifs.

- ⇨ Au 2°, il fait référence à la démographie professionnelle, le schéma devant la prendre en compte. Il nous semble dangereux d'introduire de cette manière cet élément, le risque étant de déterminer l'offre en fonction de la démographie des professionnels sans aucune perspective volontariste d'évolution. Nous proposons d'ôter cette mention. Pour nous, le schéma doit fixer des objectifs de développement de l'offre pour répondre aux besoins de la population non satisfaits.

- ⇨ Il est à juste titre fait référence au choix de vie exprimé par les personnes qui détermine les besoins d'accompagnement et de prise en charge médico-sociaux. Par contre, sont citées les personnes handicapées, en perte d'autonomie ou vulnérables, ce qui à notre sens ne permet pas de tenir compte de l'intégralité du champ couvert par l'ARS, comme l'addictologie. Les circulaires budgétaires concernant les lits halte soins santé, les Csapa emploient les termes suivants : "personnes confrontées à des difficultés particulières". A tout le moins, la terminologie devrait être homogénéisée.

- ⇨ La concertation en amont des acteurs, impliqués est également fondamentale de même que la mise en débat d'un certain nombre de données (issues d'organismes statistiques, de lieux d'observation sociale, des démarches d'évaluation, notamment des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui permettront de mettre en évidence un certain nombre de manques ou de réponses intéressantes à développer…).

- ⇨ Enfin, nous rappelons notre attachement à une vision globale des besoins des personnes et des réponses qui leur sont apportées. Les différentes démarches de planification et de programmation doivent donc être cohérentes (schémas et Priac de l'ARS, schémas des Préfets, des conseils généraux et des conseils régionaux).

7) Autres remarques

L'article L.1434-2 du CSP, 3°, précise pour les programmes déclinant les modalités spécifiques des schémas « *dont un programme relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies et un programme relatif à la télémédecine* » Ces programmes ne sont pas évoqués dans le projet de décret. Est-ce parce qu'ils feront l'objet d'un décret « autonome », comme le programme pluriannuel de gestion du risque, ou bien parce qu'ils comportent déjà des « mesures spécifiques d'application » (PRAPS, par exemple) ?

Enfin, aucune allusion n'est faite à l'articulation des schémas avec les plans nationaux transversaux ou sectoriels, (PNSP, PNST, PNNS, Plan Cancer, Plan Alzheimer, Plan Solidarité Grand Age, etc.), alors que l'article L.1431-1 du CSP dispose :
« Le projet régional de santé définit les objectifs pluriannuels des actions que mène l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences, ainsi que les mesures tendant à les atteindre. Il s'inscrit dans les orientations de la politique nationale de santé … ».