

Projet Régional de Santé 2023-2028

Tout en saluant la qualité du travail réalisé par l'Agence Régionale de Santé, le CESER souligne l'ampleur du chantier exprimé par les ambitions d'un Projet Régional de Santé, lesquelles se heurtent à l'immensité des défis et des difficultés rencontrés.

Tout d'abord, le CESER doit se faire l'écho du contexte extrêmement tendu dans lequel s'opère cette révision du Projet Régional de Santé. Ce contexte se manifeste par des tensions, une très grande souffrance et de la colère, aussi bien parmi les soignants que parmi les patients ou usagers du système de santé, de plus en plus confrontés à des difficultés d'accès aux soins et parfois contraints d'y renoncer. Un tel constat traduit à la fois les erreurs d'orientations ou de choix antérieurs et un manque d'anticipation qui aboutissent aujourd'hui à une extrême fragilisation du système de santé, en particulier dans le secteur public.

Au-delà des objectifs généraux et spécifiques dont il souligne la pertinence, le CESER appelle l'attention sur plusieurs indicateurs et déterminants sanitaires, de même que sur les difficultés structurelles encore saillantes d'accès et d'organisation de l'offre de soins. A court terme, c'est-à-dire à échéance de ce projet, dans un esprit de transparence et avec lucidité, le CESER recommande d'intégrer dans le PRS une priorisation des objectifs et des actions.

C'est pourquoi il souligne la nécessité à court terme de réduire les déséquilibres (territoriaux, économiques et sociaux) et insuffisances dans l'accès aux droits et à l'offre de soins primaires.

A plus long terme, il insiste sur la nécessité d'agir par la prévention sur les déterminants de santé afin de freiner la progression des maladies chroniques et d'anticiper les crises à venir.

Le CESER affirme par ailleurs son attachement à la promotion et au développement de la démocratie sanitaire et au renforcement des instances dédiées (régionale et locales).

Enfin, il rappelle l'importance des choix nationaux et des décisions prises à ce niveau en matière de financement de la Sécurité Sociale et plus largement en matière budgétaire, qui conditionnent la concrétisation des objectifs affichés dans ce Projet Régional de Santé.

Depuis la précédente expression du CESER sur le Projet Régional de Santé en 2018¹, notre société a connu une crise sanitaire majeure avec la pandémie du COVID-19. Celle-ci a révélé les limites d'un système hospitalier et de santé publique soumis à de très fortes tensions qui pèsent toujours structurellement sur l'ensemble des professionnels du soin (sanitaire et médico-social). Dans le contexte de la crise sanitaire, le CESER avait formulé à diverses occasions ses analyses et des préconisations à l'adresse des pouvoirs publics². Dans le prolongement du « Ségur de la santé, les annonces par le chef de l'État d'un Plan santé début 2023 ne devraient prendre que progressivement effet (dont réduction de la part de la tarification à l'activité prévu dans le cadre du prochain budget de la sécurité sociale, modification de la gouvernance dans les hôpitaux publics).

Un travail considérable, des objectifs qui soulignent l'ampleur du chantier mais dont on a du mal à percevoir la concrétisation face aux difficultés

Le CESER tient d'abord à saluer la qualité du travail réalisé par les équipes de l'ARS et l'effort de consultation engagé dans ce cadre, tant auprès des structures représentatives de la démocratie en santé qu'auprès du grand public, et ce malgré les exigences imposées par la masse des documents et des informations mis à disposition et d'une consultation opérée dans un délai relativement contraint.

Pour le CESER, l'impression générale qui ressort de l'analyse de ce travail est l'immensité d'un chantier dont témoignent la diversité des ambitions, des objectifs affichés et des actions inscrites. Or, à quelques exceptions, et malgré les quelques résultats énoncés dans les éléments de bilan communiqués, ces objectifs paraissent s'installer dans un continuum d'action dont on a du mal à percevoir les effets au regard de l'accumulation des difficultés et des problèmes rencontrés, tant du point de vue de l'état sanitaire de la population que de celui relatif au fonctionnement et à l'organisation d'un système de santé sous pression.

Des objectifs dont la pertinence reste d'actualité dans un contexte d'extrêmes tensions et de difficultés à répondre aux besoins de façon égalitaire sur le territoire

Les objectifs du Projet régional de santé tel qu'arrêtés en 2018 restent toujours d'actualité à la faveur de sa révision à mi-parcours, avec quelques ajustements parfois significatifs (en *italiques*) concernant les objectifs opérationnels, à savoir :

- Les objectifs généraux 2018-2028 inscrits dans le cadre d'orientation stratégique, structurés autour des orientations ci-après :
 - Amplifier les actions sur les déterminants de santé et la promotion de la santé.
 - Promouvoir un accès équitable à la santé sur les territoires.
 - Renforcer la coordination des acteurs.
 - Renforcer la démocratie sanitaire et la place du citoyen.
 - Soutenir et amplifier l'innovation.
- Les objectifs opérationnels 2023-2028 proposés dans le Schéma Régional de Santé construits autour de 3 axes :
 - Renforcer *la prévention et l'action* sur les déterminants de santé.
 - Organiser un système de santé de qualité, accessible à tous, dans une logique de parcours de santé.
 - Garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des organisations *et rendre le système de santé plus résilient face aux crises*.

¹ [Observations sur le projet régional de santé 2018-2028](#), CESER de Nouvelle-Aquitaine, 10 avril 2018.

² Cf. expression du CESER de Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de la concertation sur le « Ségur de la santé », intitulée « [Bien commun, droit pour tous : la santé exige une politique à la mesure des besoins actuels et futurs de la société](#) » (adoptée en séance plénière des 17 & 18 juin 2020) et rapport « [COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine : l'urgence de transformer demain](#) » (adopté en séance plénière le 15 décembre 2020).

- Les objectifs opérationnels du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, comprenant plusieurs volets :
 - La priorisation des actions pour les jeunes de 0 à 25 ans.
 - Le renforcement du pouvoir d'agir des personnes.
 - Le développement de dispositifs d'accès aux soins et aux droits.
 - La limitation des ruptures de parcours.
 - La priorisation des territoires fragiles.
 - L'action sur le logement et l'hébergement.

- Les objectifs spécifiques du Plan Régional Santé-Environnement, qui font l'objet d'une consultation parallèle au Projet Régional de Santé, avec la perspective d'une adoption début 2024 et sur lequel le CESER a déjà apporté une première contribution³.

Pour le CESER, l'ensemble de ces objectifs conserve toute sa pertinence et certains appellent une attention et des efforts plus soutenus, compte tenu des difficultés mises en évidence lors de la crise sanitaire COVID-19 mais aussi en raison de l'évolution constatée de certains déterminants et indicateurs sanitaires en région. Outre ses effets sanitaires directs⁴, la crise de COVID-19 a souligné les inégalités d'accès aux soins de certaines populations parmi les plus fragiles et provoqué des ruptures ou déprogrammations d'actes médicaux ou chirurgicaux pour des personnes atteintes de maladies chroniques. Enfin, cette crise a également été marquée par une dégradation de la santé mentale, en particulier chez les jeunes⁵. Même si les dispositions prises par l'Agence Régionale de Santé ont permis de limiter les conséquences sanitaires de cette crise, ces constats invitent à la vigilance, en particulier en cas de nouvelle crise comparable à celle de COVID-19.

En tout état de cause, l'expérience acquise lors de la gestion de cette crise en région devrait être mise à profit pour anticiper dès maintenant la réponse en cas de nouvelle épidémie ou pandémie, aussi bien en termes d'organisation des services que de sensibilisation auprès des professionnels du soin et de la population. Cette crise a montré la capacité d'adaptation et d'initiative de notre système de soins, particulièrement de l'organisation des hôpitaux. Le CESER recommande de capitaliser sur les expériences d'adaptation des process. Dans ce registre, il convient de saluer l'inscription dans le Schéma régional de santé révisé d'un nouvel axe visant à « *prévenir et gérer les situations sanitaires exceptionnelles* », lequel répond à l'une des préconisations exprimées par le CESER dans son analyse de la crise COVID⁶. Le CESER considère néanmoins que la réalisation de cet objectif suppose une action plus large en réponse aux défis structurels liés aux besoins et à l'offre de soins en santé dans notre région (cf. plus loin). Ainsi, le CESER souligne la persistance de signaux préoccupants sur les déterminants et indicateurs sanitaires, s'agissant notamment des maladies chroniques et des risques sanitaires associés.

A titre d'exemple, les taux de surcharge pondérale et d'obésité chez les jeunes et les adultes n'ont cessé d'augmenter depuis 2017, soulignant une problématique en termes de comportements alimentaires, d'accès à une alimentation de qualité et d'exposition à certains pathogènes (perturbateurs endocriniens). Parallèlement, on ne peut que s'inquiéter de l'importance croissante du nombre de personnes (jeunes, personnes âgées, familles monoparentales...) ayant recours à l'aide alimentaire, attestées par la progression des files d'attente lors des distributions de repas ou de colis alimentaires par les associations concernées. Cette situation traduit une aggravation préoccupante des difficultés d'accès à un besoin sanitaire primaire.

³ Cf. contribution adoptée lors de la séance plénière du CESER Nouvelle-Aquitaine des 8 et 9 décembre 2022.

⁴ Plus de 3 100 décès directement dus au COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine.

⁵ Cf. à ce propos les résultats des enquêtes menées par Santé Publique France sur le suicide, les tentatives de suicide et les idées suicidaires.

⁶ Cf. « **COVID-19 en Nouvelle-Aquitaine : l'urgence de transformer demain** », dimension 2 sur le système de soin pp. 23 à 31 et ses préconisations à moyen terme (p. 22).

L'analyse des causes médicales de décès fournies par le Centre d'Épidémiologie de l'INSERM apporte d'autres indications, dont certaines méritent attention :

- Le **nombre de décès** enregistrés toutes causes médicales confondues continue de progresser et ce à un rythme plus élevé que celui de la population totale : près de 67 000 en 2020 dont 3 100 dus au COVID⁷, en partie lié au vieillissement de la population régionale. Malgré ce constat, les taux standardisés de mortalité, en tenant compte de la mortalité selon les âges, a plutôt tendance à diminuer⁸. Au moins un tiers des décès avant 65 ans seraient évitables.
- Les **principales causes** médicales de décès en Nouvelle-Aquitaine sont les tumeurs⁹ (27,3 % des décès) et les maladies de l'appareil circulatoire (plus de 22 % des décès), soit près de 33 300 décès cumulés en 2020. Elles sont suivies des « causes externes de morbidité et mortalité » (dont les suicides, soit près de 4 300 décès en 2020) et des maladies de l'appareil respiratoire (près de 4 000 décès en 2020).
- Depuis 2012, le nombre de décès dus aux **tumeurs** a assez fortement augmenté (+ 7,5 %), notamment chez les femmes (+ 11,8 %), même si un net ralentissement est observé depuis 2017. Il faut rappeler que les taux d'incidence combinés aux évolutions démographiques ont conduit à un doublement du nombre de cas de cancers dans notre pays depuis 1990 et que ces derniers restent la première cause de mortalité. Un autre indicateur de cette situation en région est la hausse de l'activité hospitalière liée aux séances de chimiothérapie (+ 28,7 % entre 2016 et 2021).
- On constate également une progression importante depuis 2012 des décès dus aux maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques¹⁰, aux troubles mentaux et du comportement¹¹, aux maladies de l'appareil digestif¹², aux maladies de l'appareil génito-urinaire¹³ et des « autres causes » de décès, notamment aux « symptômes, signes et états morbides mal définis »¹⁴.
- L'évolution du taux de patients pris en charge pour « **affection de longue durée** » (ALD), figurant parmi les indicateurs socle de ce PRS, est à cet égard révélatrice : cette progression a atteint + 4 points et touche tous les départements de Nouvelle-Aquitaine (de 19 % à 22,5 % pour un taux régional de 20,2 %) et les ALD concernent désormais plus de 1,2 millions de Néo-aquitain.es. En 5 ans (2016-2021), le nombre de Néo-aquitain.es pris en charge pour ALD par le régime général d'assurance maladie a progressé de + 22,1 %.
- La crise du COVID a mis en évidence une dégradation de l'**état psychique** de la population à laquelle n'échappe pas la Nouvelle-Aquitaine. Or, notre région se caractérisait déjà par une situation plus défavorable avant la crise sanitaire due au COVID. Durant les deux années 2020-2021, un nombre relativement important de passages aux urgences pour idées et gestes suicidaires a été enregistré (près de 9 000 par an en région), avec une hausse notable des idées et gestes suicidaires accentuée en 2021, notamment chez les jeunes (11-24 ans) et plus encore parmi les jeunes femmes. L'hospitalisation pour tentative de suicide en Nouvelle-Aquitaine reste l'une des plus élevée au plan national, en particulier chez les jeunes femmes¹⁵. Le nombre de décès dus au suicide se maintient ici à un niveau relativement important et touche plus sévèrement les hommes¹⁶. Cette aggravation de l'état psychique se manifeste également en milieu professionnel¹⁷.

⁷ Soit + 3% depuis 2017 (+ 1,3 % pour la population globale) et + 9,8 % depuis 2012 (+ 3,9% pour la population globale).

⁸ De 8,6 ‰ à 8 ‰.

⁹ 27,3 % des décès.

¹⁰ Celles-ci regroupent les affections de la thyroïde et maladies des autres glandes endocrines, le diabète sucré et autres anomalies de régulation du glucose, la malnutrition et autres carences nutritionnelles, l'obésité et autres excès d'apport, les anomalies du métabolisme. On constate une hausse de + 10 % des décès liés à ces maladies depuis 2012.

¹¹ Cette catégorie de la classification internationale des maladies regroupe les troubles mentaux organiques (ex : démence dont Alzheimer, délirium...), ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives, à la schizophrénie, aux troubles névrotiques, à ceux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques (ex : anorexie), aux troubles du comportement... Depuis 2012, le nombre de décès dus à ces maladies a augmenté de + 23 % (+ 35 % chez les femmes).

¹² Celles-ci concernent les maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires, les maladies de l'œsophage, de l'estomac et du duodénum, les maladies de l'appendice, les hernies, les entérites et colites non infectieuses, les autres maladies de l'intestin, celles du péritoine, du foie, de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas... Depuis 2012, les décès associés à ces maladies ont augmenté de + 6,7 % (+ 11,6 % chez les hommes).

¹³ Hausse de + 46,7 % du nombre de décès dus à ces maladies depuis 2012.

¹⁴ Ces causes mal définies recouvrent soit des diagnostics difficiles à déterminer, soit des symptômes ou signes de maladies considérés comme transitoires sans détermination des causes précises, soit des diagnostics qui n'ont pu être complétés ou définitivement établis. Depuis 2012, cette sous-catégorie des « autres causes médicales de décès », de loin la plus importante (7152 décès en 2020) a enregistré une hausse de + 26,6 % (+ 32 % chez les femmes).

¹⁵ Le taux régional d'hospitalisation pour tentative de suicide s'élève à 160,5 / 100 000 habitants en 2021 contre 150,1 / 100 000 habitants au niveau national.

¹⁶ Source : Bulletin de Santé Publique Nouvelle-Aquitaine, février 2023

¹⁷ Cf. à ce sujet le dernier rapport de l'Assurance Maladie portant sur les accidents du travail et maladies professionnelles en 2021.

Outre ces indicateurs, il importe de mentionner l'influence croissante de plusieurs **déterminants de santé**, avec des effets plus ou moins directement et facilement identifiables en l'état actuel des connaissances, s'agissant en particulier des déterminants environnementaux à propos desquels le CESER a déjà eu l'occasion de s'exprimer dans sa contribution au prochain Plan Régional Santé-Environnement¹⁸.

Le CESER appelle l'attention sur les quelques aspects suivants :

- L'accentuation du **vieillessement de la population régionale**¹⁹ et des situations de dépendance constitue également une donnée structurelle qui pèse à la fois sur l'état de santé de la population et sur le système de soin. Cette dimension est d'ores et déjà prise en compte par l'accroissement de l'offre de soins en gériatrie et dans le champ médico-social. Dans ce dernier registre, le CESER en appelle à la plus grande vigilance et à des contrôles accrus, au vu des « affaires » récemment révélées qui soulignent des problèmes récurrents de maltraitance des aînés dans certains établissements. La mise en œuvre du décret du 13 juillet 2023 sur la réforme des Services de Soins à Domicile (SSAD), des Services d'Aide à Domicile (SAAD) et des Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) devrait améliorer la prise en charge globale des usagers en regroupant l'ensemble des structures qui concourent au maintien à domicile dans le cadre du « service de l'autonomie à domicile ». Le CESER recommande d'organiser l'accompagnement des différents acteurs (CCAS, CIAS, SSD...) qui ne relèvent pas du même statut ni des mêmes autorités afin de les aider dans cet effort de coordination et de coopération à tous les niveaux. Il note avec satisfaction que le plan anti chute régional décline le programme ICOPE (système de soins intégrés pour les personnes âgées) promu par l'OMS.
- Les impacts sanitaires du **changement climatique**, avec la répétition de **canicules** durant la période estivale et qui devraient s'intensifier à court terme. Indirectement, ces épisodes ont aussi pour conséquence d'une part une dégradation de la qualité de l'air accentuée en cas d'incendies de forêt et d'autre part une raréfaction et dégradation de la qualité des eaux destinées à la consommation humaine.
- Les effets de concentration dans les airs, dans les eaux et dans les produits alimentaires de **substances chimiques** (ex : pesticides, PFAS, perturbateurs endocriniens, nanoparticules...) dont la nocivité est avérée ou fortement suspectée, car considérées au moins potentiellement et dans la durée comme cancérogènes, mutagènes, neurotoxiques et/ou reprotoxiques. Ces substances sont également très présentes en milieu professionnel et alimentent le risque de maladies professionnelles pour les actifs concernés²⁰ (dont ceux du secteur sanitaire et plus particulièrement hospitalier).
- La persistance du **risque infectieux** lié à des zoonoses, dont le coronavirus et ses variants toujours d'actualité, avec nombre de virus pathogènes potentiellement transmissibles à l'Homme déjà identifiés ou encore peu connus. Les zoonoses sont responsables de 60 % à 70 % des maladies humaines infectieuses (ou pathogènes humains d'origine animale), de 75 % des maladies infectieuses émergentes et de la quasi-totalité des pandémies (peste, paludisme, grippe A, VIH/SIDA, SRAS, MERS, Ebola, COVID...).
- Les incidences sanitaires des champs électromagnétiques associés au déploiement rapide des outils et réseaux de communication mobiles.

A cet ensemble de constats, le CESER souligne la surexposition des **populations les plus démunies** aux facteurs de risques sanitaires. Or, les problèmes de santé des personnes en situation de pauvreté sont aussi le reflet de pathologies sociales au sens où ils sont largement induits, et pour le moins aggravés, par leurs conditions d'existence à la fois matérielle, sociale et psychologique²¹.

De la même façon, la prise en charge sanitaire des personnes en situation de **handicap** (des jeunes comme des adultes, compte-tenu notamment du vieillissement d'une partie de cette population) appelle une adaptation de la réponse médico-sociale.

¹⁸ Cf. contribution du CESER adoptée à l'unanimité lors de la séance plénière des 8 et 9 décembre 2022.

¹⁹ En 2020, la population de plus de 65 ans représentait près du quart de la population régionale. Les projections de l'INSEE indiquent que celle-ci passerait à 31 % de la population totale en 2040 et à 32 % en 2050. Celle des 75 ans et plus respectivement de 12 % en 2020 à 14 % en 2040 et 20 % en 2050.

²⁰ Cf. entre autres l'étude récente de l'INRS sur les perturbateurs endocriniens en entreprise, juillet 2023.

²¹ Cf. le rapport du CESER Nouvelle-Aquitaine « Enrayer la fabrique de la pauvreté », mars 2023.

Au-delà de ce contexte sanitaire, la réponse du système de santé se heurte actuellement à un certain nombre de **difficultés structurelles** perceptibles depuis plusieurs années, déjà manifestes avant la crise COVID, révélées et exacerbées durant cette crise et encore d'actualité. Parmi celles-ci, la question de **l'accès à une offre médicale** constitue l'un des problèmes structurels les plus criants. Selon les données fournies par la DREES sur les professionnels de santé en exercice, la Nouvelle-Aquitaine comptait près de 21 000 médecins en activité au 1^{er} janvier 2022, soit un millier de plus sur une décennie. Toutefois, cet accroissement masque de profondes disparités selon les territoires et des évolutions tendanciennes de fond :

- Une **démographie médicale** qui a tendance à se concentrer dans les territoires les plus attractifs (littoral, pôles urbains), avec une baisse de l'exercice en mode libéral exclusif (hormis en Gironde et dans les Pyrénées-Atlantiques), plus marquée encore parmi les médecins généralistes (de plus en plus âgés²²) que chez les spécialistes. Parallèlement, on enregistre une hausse des pratiques en mode « mixte » (7 % des effectifs en 2022) et du salariat hospitalier (29 % des effectifs de médecins, en nette hausse parmi les médecins spécialistes). Autrement dit, on assiste à un mouvement structurel de concentration géographique de l'offre médicale et des choix d'exercice professionnel qui rend l'accès aux soins de plus en plus difficile pour une part croissante de la population.
- Témoignage de cette évolution, la population vivant en zone de **sous-densité médicale** a plus que doublé en Nouvelle-Aquitaine en 4 ans et concerne actuellement 1,09 millions de personnes. Cette situation est encore plus critique dans certains départements (près des trois-quarts de la population en Creuse, plus de la moitié en Lot-et-Garonne et près de la moitié dans les Deux-Sèvres, le tiers en Charente...). Selon la DREES²³, les deux-tiers des médecins généralistes sont également amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant en 2022 (53 % en 2019). Ce n'est pas un hasard si le thème de « *la santé pour tous et partout* » se révèle comme la priorité première énoncée à l'issue de la consultation en ligne lancée par l'ARS en marge de la révision de ce PRS et que la question des « déserts médicaux » apparaît en tête des préoccupations avancées²⁴.
- Cette **difficulté d'accès aux soins est aggravée** pour des raisons économiques, certaines populations en situation de pauvreté monétaire étant parfois contraintes de renoncer à des soins, qui plus est en cas de dépassements d'honoraires. Même si la mise en place de la complémentaire santé solidaire (533 000 bénéficiaires en Nouvelle-Aquitaine) a permis une amélioration relative, le taux de non-recours reste élevé et cette difficulté d'accès aux droits à la santé exige une mobilisation constante de la communauté sanitaire (ARS, Assurance Maladie, professionnels de santé). Cette difficulté est accentuée par des contraintes de transport, faute de solution ou de moyens de locomotion personnel.
- Un **système hospitalier en souffrance**, qui perd en attractivité (notamment dans le secteur public et plus encore en psychiatrie) et doit faire face à une pression constante des besoins, à des coûts structurels en hausse (dont énergie) et à des tensions en personnels (ex : personnels infirmiers, services d'urgence). En 5 ans, le développement de l'hospitalisation partielle et de l'hospitalisation à domicile a accéléré la diminution des capacités hospitalières alors que la population et la demande sanitaire ont continué d'augmenter²⁵. Ce constat est en partie imputable aux évolutions de la démographie et surtout des modalités d'exercice de leur métier par les professionnels de santé (médecins et soignants).
- Des difficultés assez générales (y compris en milieu hospitalier) et croissantes de **renouvellement et de recrutement de professionnels** de santé, dues aux tensions rencontrées dans l'exercice des métiers, accentuées depuis la période de crise sanitaire du COVID, et au manque d'attractivité de certains métiers du fait des conditions de travail et d'un niveau de rémunération relativement faible (ex : infirmiers²⁶).
- Les moyens de **prévention** subissent également les effets de cette situation générale. A titre indicatif, le nombre de médecins et d'infirmières affectés à la santé scolaire ou à la santé au travail est en chute libre depuis une dizaine d'années²⁷.

²² En 2022, 42 % des médecins généralistes avaient plus de 60 ans.

²³ Direction de la Recherche des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques du ministère de la Santé.

²⁴ PRS Nouvelle-Aquitaine : consultation en ligne 2023, synthèse de la phase 1, ARS Nouvelle-Aquitaine, mai 2023.

²⁵ Selon les données publiées par l'ARS, la baisse du nombre de lits de court séjour en hospitalisation complète est générale (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique, psychiatrie). Elle n'est pas totalement compensée par la hausse du nombre de places en hospitalisation partielle (celles-ci accusant une forte baisse en gynécologie-obstétrique). L'offre en moyen séjour (soins de suite et réadaptation) accuse aussi une diminution alors que le nombre de séjour a fortement augmenté. Le nombre d'accouchements hors de l'hôpital est en hausse (plus de 54 000 naissances en Nouvelle-Aquitaine en 2021, moins de 53 000 accouchements à l'hôpital).

²⁶ Selon une enquête de la DREES, plus de la moitié des infirmières ont quitté l'hôpital ou changé de carrière au bout de 10 ans.

²⁷ Selon les données de la DREES, le nombre de médecins en prévention a chuté de 25 % entre 2013 et 2022. La baisse des effectifs d'infirmières est également brutale dans la prévention au travail (-27 %) et dans la santé scolaire et universitaire (-41 %).

- Cet ensemble de problèmes structurels du système de santé alimente **d'autres difficultés dans la prise en charge** des patients (ex : déprogrammation et/ou interruption de soins, tensions entre patients et soignants...), au détriment de la qualité du service et des parcours de santé des patients.

Au vu de ces constats et dans le prolongement de ses expressions antérieures, le CESER considère que la réponse apportée par le Projet Régional de Santé appelle les observations qui suivent.

Une nécessité à court terme : réduire les déséquilibres et insuffisances dans l'accès aux droits et à l'offre de soins primaires

Si l'ensemble des objectifs et orientations contenues dans le Schéma Régional de Santé paraît répondre aux différents problèmes ou enjeux identifiés, la concrétisation et la qualité de la réponse sont fortement contraintes par des impasses structurelles. Ainsi, les déséquilibres et insuffisances dans l'accès aux soins sont largement imputables à des choix structurels antérieurs (ex : *numerus clausus*) dont les effets calamiteux sont peu susceptibles d'être corrigés à court terme, sinon par des dispositions à la marge.

- C'est pourquoi, le CESER est particulièrement préoccupé par la dégradation des **conditions d'accès à l'offre de soins primaires** (médecine de ville, urgences, maternités...) en région. S'agissant de la médecine de ville, le développement des centres de santé et des maisons de santé (ces deux types de structure étant par nature très différentes dans le mode d'exercice, les premiers, par la pratique du tiers payant, facilitant l'accès aux soins) ne permet pas encore de compenser les départs ou arrêts de médecins généralistes et/ou spécialistes dans nombre de territoires et le mouvement de concentration de l'offre tend à s'accroître. Même si cette question relève aussi d'une politique à plus long terme (ex : formation) et de mesures structurelles décidées au plan national (ex : stratégie Ma Santé 2022), une attention accrue devrait être portée à ce problème dans le cadre du PRS en favorisant les initiatives ou expériences territoriales dans le cadre des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS), de Maisons de Santé pluridisciplinaires (MSP) et du déploiement des « équipes de soins primaires », qu'il s'agirait simultanément de développer et de renforcer²⁸. Certaines solutions testées dans divers territoires (système de consultation mobile, « médecins volants » ...) mériteraient ainsi d'être testées et encouragées en région. De la même façon, la disposition permettant la pratique de « soins infirmiers avancés » mérite attention même si elle reste encore embryonnaire²⁹. Malgré certains obstacles et l'importance d'une bonne information sur la qualité des soins attendus, cette solution devrait aussi être encouragée, même si elle ne lève pas toutes les questions dont celle des territoires d'implantation.
- Bien que cela ne relève pas de la compétence de l'ARS, le CESER-NA insiste sur l'urgence à mener une réflexion approfondie sur les **modalités d'installation des médecins**, particulièrement des libéraux, généralistes et spécialistes. Il considère que chaque néo-aquitain devrait pouvoir accéder à un médecin généraliste de secteur 1, où qu'il habite et quelle que soit sa situation socio-économique. Le CESER recommande d'intégrer à la réflexion la situation des territoires et les conséquences des dépassements d'honoraires et le calcul du reste à charge pour le patient.
- Dans le même sens, les dysfonctionnements dans **l'organisation de certains services hospitaliers** (urgences, maternités, psychiatrie), dont l'offre s'est aussi concentrée et dégradée, appellent des réponses immédiates, là encore en s'appuyant sur une meilleure structuration territoriale de l'offre de soins primaires et des soins non programmés.

²⁸ En avril 2023, on comptait 35 CPTS en fonctionnement en Nouvelle-Aquitaine, couvrant 36,5 % de la population. Un nombre équivalent étaient à cette date sur le point de démarrer (4) ou en cours de création (31) mais plus du tiers de la population, notamment dans les territoires les plus vulnérables, en restent dépourvus.

²⁹ On compte moins de 160 infirmières en pratiques avancées en Nouvelle-Aquitaine sur un effectif global de près de 60 000 en 2021 dont 36 000 en milieu hospitalier.

- Pour garantir l'accès aux soins de la population, il convient de mieux structurer le **maillage territorial** dans chacun des territoires pour garantir la prise en compte des besoins et de l'offre existante dans l'instruction des demandes de nouvelle implantation ou de renouvellement. Pour cela le CESER préconise de :
 - ✓ prendre en compte la couverture existante des besoins (densité de professionnels sur la zone concernée), la démographie médicale sur le territoire et les conditions de fonctionnement, notamment les besoins RH dans un souci d'efficacité des RH (pénurie des ressources, ressources rares), des expertises et des techniques ;
 - ✓ Veiller à la complémentarité des offres sur un territoire (plutôt que la concurrence) dans l'objectif d'une part, de limiter les risques de déstabilisation de l'offre existante et d'autre part, d'asseoir les compétences médicales indispensables au maintien des activités, à la qualité et à la sécurité des soins ;
 - ✓ Encourager la mutualisation et l'optimisation des plateaux techniques et de soins critiques ayant une taille suffisante et une expertise au service de filières territoriales au moyen notamment de réouverture des lits autorisés (hors crise) mais fermés pour manque de personnel et de regroupement de lits ;
 - ✓ Soutenir la filière de la santé mentale dans une logique de maillage des territoires et de mutualisation des compétences.
- Pour assurer un accès équitable à des soins primaires de proximité et de qualité, il importe de renforcer **l'offre de proximité de médecine et les filières gériatriques** en zone sous-dense en tenant compte des zones à développement démographique anticipé et favoriser le développement des consultations et soins non programmés sous réserve d'inscription dans les filières de soins territoriales. Le CESER préconise également de veiller, en parallèle, à la pertinence des soins et actes en mesurant le taux de recours par type d'acte/examen par habitant sur un territoire et intégrer cette dimension dans la définition des OQOS et enfin limiter les dépassements d'honoraires en offre de proximité.
- Il convient également d'organiser la **gradation des filières territoriales de soins et de coordonner la répartition des patients entre les différents types d'unités** afin de garantir, au global, la prise en charge de tous les patients quel que soit leur profil (âge, pathologies, conditions sociales...).
- Afin de sécuriser l'accès aux soins, conditionner l'octroi d'une autorisation à la **capacité du titulaire autorisé à assumer la continuité des soins** et notamment la gestion des complications fréquentes et potentiellement attendues, veiller à l'inscription des titulaires d'autorisation dans les filières territoriales de spécialité en vue de favoriser et structurer les coopérations, fluidifier les parcours de soins et notamment la gestion des transferts de patients, ainsi que développer l'expertise.
- Dans un contexte de crise démographique médicale et de tensions dans les ressources humaines parallèlement à la hausse des ratios en personnel pour certaines activités, il faut encourager et soutenir la **formation de médecins et des personnels non médicaux** et pour ce faire, assurer la montée en charge des quotas de formation.
- Enfin, pour améliorer l'attractivité de l'exercice hospitalier, il apparaît indispensable de prioriser les **travaux relatifs à la permanence des soins dans les premiers mois de la mise en œuvre du Projet régional de santé** en engageant des travaux sur la permanence des soins et en organisant la participation de tous les acteurs aux soins non programmés et à la permanence des soins (en heures ouvrables et en heures non ouvrables) dès les stades de l'octroi et de la mise en œuvre d'une autorisation qui devrait constituer un critère obligatoire et prépondérant notamment dans la constitution de coopération.
- Le CESER est également attentif aux conditions d'accès à la santé des **populations les plus fragiles ou vulnérables**, qui relève du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (PRAPS). C'est pourquoi il retient avec intérêt les orientations de ce programme en matière de développement des Permanences d'Accès aux Soins de Santé, des Équipes Mobiles (Santé-Précarité, Psychiatrie-Précarité) et de l'offre en capacités (haltes soins-santé, d'accueil médicalisé, appartements de coordination thérapeutique, offre de soins dans les structures de prise en charge médico-sociales).

- Si le déploiement de la **télémédecine** est susceptible de répondre à une partie du problème soulevé par les difficultés d'accès à l'offre de soins, le CESER tient à rappeler que 14 % des Néo-aquitains n'ont pas accès à Internet (en particulier dans les territoires peu ou mal desservis par le haut débit et chez les populations les plus marginalisées), que 16 % ne l'utilisent pas et que l'illectronisme touche une part significative de la population, notamment parmi la plus âgée. Il importe donc que le Schéma Régional de Santé, qui constitue le cadre opérationnel de ce projet Régional de Santé, intègre cette contrainte structurelle. La télémédecine ne saurait se substituer à la consultation physique et à la relation nécessaire médecin / patient. Elle peut au mieux constituer une modalité complémentaire et ponctuelle dans une relation de soin. Ceci étant, le CESER comprend, sous conditions, l'intérêt d'un déploiement des solutions telles que les points de téléconsultation en pharmacie.
- Même si la question de **l'information et de l'accès aux droits en santé** ne s'inscrit pas dans le seul cadre du PRS et dépend tout autant de l'action conduite par l'Assurance Maladie et d'autres acteurs de l'accompagnement social, le CESER souligne la nécessité de développer une action spécifique dans ce registre, que ce soit par l'élaboration de supports d'information (en s'appuyant sur la méthode du « *legal design* » prenant en compte les besoins des utilisateurs) ou en ouvrant la possibilité de permanences d'information régulières dans les centres et maisons de santé, dans le réseau France Services, en lien avec des associations locales.
- Enfin, le CESER apprécie l'inscription dans ce PRS révisé et dans son Schéma Régional de Santé d'un objectif et de dispositions particulières relatives à la prise en charge des **personnes victimes de violences**.

Une nécessité à moyen et long termes : agir par la prévention sur les déterminants de santé afin de freiner la progression des maladies chroniques et anticiper les crises à venir

La progression constante des maladies chroniques et des affections de longue durée constitue un véritable fléau sanitaire, qui pèse très lourdement et de manière croissante sur les dépenses individuelles et collectives en matière de santé³⁰.

- Dans le prolongement des positions qu'il a déjà exprimées, le CESER considère que la réponse à cet enjeu impose une **ambition inscrite dans la durée en matière de prévention** et beaucoup plus structurelle, à savoir ne se limitant pas au seul champ de la politique sanitaire. En l'occurrence, les actions préventives engagées dans le cadre de politiques sanitaires se trouvent parfois annihilées par les effets induits d'autres politiques publiques sectorielles qui guident ou orientent les pratiques des acteurs. Pour le CESER, il importe donc de poser plus largement la question des modalités de prise en compte des répercussions sanitaires dans chaque segment des politiques publiques (en matière économique, d'aménagement du territoire, de logement, d'éducation, de formation, de sport, d'environnement et de gestion des déchets, d'action sociale, de protection de l'enfance, des personnes âgées ou handicapées,...) en s'inspirant en cela de la démarche « *Une seule santé* » (« *One health* ») promue au plan international. Cette position rejoint en substance l'un des objectifs affichés dans le Cadre d'Orientation Stratégique du PRS « réaffirmer la dimension globale de la santé » et l'axe 1 du Schéma Régional de Santé (« Renforcer la prévention et l'action sur les déterminants de santé »).

³⁰ En 2022, le montant total des dépenses de santé en Nouvelle-Aquitaine a atteint près de 24 milliards €, dont 10,4 milliards € en médecine de ville, 9,2 milliards € pour les établissements sanitaires publics et privés et 3 milliards € pour les établissements médico-sociaux, 1 milliard € pour les accidents du travail et maladies professionnelles. Dans cet ensemble, le Fonds d'Intervention Régional géré par l'ARS a mobilisé 437 M€ cette même année.

- Dans le strict champ des politiques sanitaires, sans sous-estimer la pertinence des orientations et actions prévues en matière de prévention, le CESER appelle à un renforcement des **moyens affectés à la Protection Maternelle et Infantile (PMI) en lien avec les Conseils départementaux, à la santé scolaire ou universitaire et à la santé dans le monde du travail**, significativement réduits au cours des dernières années (cf. supra). Dans ce registre, le CESER considère que ce Projet Régional de Santé ne fait pas assez le lien avec le Plan Régional de Santé au Travail (PRST n°4 2021-2025), au vu d'une part des évolutions du rapport au travail et des conditions de travail qui participent pourtant aux déterminants de santé et d'autre part de la dégradation de la santé au travail (accidents, maladies professionnelles dont état psychique). Or, le PRST en vigueur reste de ce point de vue insuffisant pour répondre à ces enjeux de santé et le CESER appelle en ce sens à une démarche plus prospective et volontariste dans ce domaine. Enfin, s'il convient d'encourager les actions de prévention, quels qu'en soient les initiateur.trices, il est indispensable d'en sécuriser le financement afin de les inscrire dans une pluriannualité.
- Dans le même esprit, l'action sur les **déterminants environnementaux de la santé** constitue un autre axe de travail, qui relève du Plan Régional Santé-Environnement n°4, en cours d'élaboration avec le Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine et auquel le CESER a déjà contribué.
- La survenance de l'épidémie de COVID-19 souligne pour le CESER l'**importance d'un travail d'anticipation des situations sanitaires critiques** à l'échelle régionale. En cela, les retours d'expériences dans la gestion de cette crise, en partie mis en évidence dans le bilan 2018-2022 du PRS, méritent d'être mis à profit avec l'ensemble de la communauté du soin.

Plusieurs facteurs déjà mentionnés (impacts sanitaires du réchauffement climatique, émergence de nouveaux virus infectieux et risques accrus de zoonoses, impacts sanitaires et à long terme de multiples polluants...) militent selon le CESER pour une analyse systématique de ces facteurs de risques et des types de réponses à apporter à la fois dans l'organisation du système de santé, dans la politique de prévention en direction de la population et des collectivités (pouvoirs publics locaux, établissements d'enseignement, entreprises, associations) et en matière de recherche-innovation. De ce point de vue, le CESER salue l'inscription d'un objectif spécifique du COS révisé, visant d'une part à « *mieux anticiper et renforcer les capacités de veille* » et d'autre part à « *Soutenir et amplifier l'innovation* ».

Promouvoir et développer la démocratie en santé : une condition à l'efficacité d'une politique de santé publique

Dès lors que l'on considère la santé comme un choix de société, cela implique la **mise en débat des options de politique publique** qui lui sont associées. Pour le CESER, cet enjeu de la démocratie en santé constitue l'une des conditions à l'amélioration du bien-être des patients, à la prise en compte de leur vécu, de leur expérience, de leurs attentes et de leurs besoins dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique régionale de santé. L'assemblée renvoie en cela à la définition de la santé portée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « *état de complet bien-être physique, mental, social et environnemental et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*. Entendu comme enjeu global, la santé constitue une question essentielle de société et porte de ce fait une dimension démocratique de première importance. Elle appelle donc la mise en œuvre d'un processus de démocratie sanitaire qui doit s'inscrire dans le temps et dans la continuité, étant donné la complexité des questions soulevées et leur relation étroite avec des choix de société de portée plus générale.

- En cela, la **démarche de consultation** mise en place par l'ARS Nouvelle-Aquitaine dans le cadre de la révision du PRS est appréciée. Pour autant, le CESER regrette la période de concertation en période estivale, peu propice aux concertations avec la programmation des instances réglementaires de consultation du PRS programmées début septembre, c'est-à-dire, 2 mois après la publication du projet, très en avance dans la période de consultation globale de 3 mois. De même, il déplore les modalités de présentation des projets d'Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (OQOS) dans le PRS qui ne précisent ni les OQOS existants dans le PRS 2018-2023 révisé (révision intermédiaire de 2022) ni les évolutions par rapport au précédent PRS 2018-2023 ni les autorisations actuelles ; ce qui complexifie très significativement la lecture et l'avis dans le cadre de la procédure de consultation réglementaire.
- Le CESER souscrit aux objectifs de promotion du **rôle du citoyen-usager (COS)** et, en termes plus opérationnels, de déploiement et de renforcement des **espaces de concertation** régionaux (CRSA) et locaux de santé (Conseils Territoriaux de Santé ou CTS, mais aussi Conseils Départementaux de la Citoyenneté et de l'Autonomie ou CDCA, Conseils de Vie Sociale ou CVS, Commissions Des Usages ou CDU...), en veillant à la participation de citoyens notamment des plus défavorisés (en lien avec des associations locales) dans la définition des orientations et des actions en matière de santé (dont contrats locaux de santé).
- Cet objectif est indissociable de l'intention affichée d'un développement du **pouvoir d'agir et les compétences de vie des personnes** (patients, usagers du système de santé), d'éducation thérapeutique des patients, parallèlement à l'objectif de promotion de l'éthique et du « prendre soin » dans les pratiques professionnelles. De ce point de vue, la gestion de la crise COVID a révélé les limites et écueils d'une gestion d'urgence très centralisée ou verticale, d'où l'intérêt accordé par le CESER à cet objectif de démocratie sanitaire.
- C'est pourquoi le CESER à une **reconnaissance plus effective et homogène** de la place du patient et plus largement du citoyen dans les instances de démocratie sanitaire existantes et encourage l'ARS à ouvrir un champ d'expérimentation dans ce domaine.
- Il tient également à souligner que si cette démarche est de nature à mieux responsabiliser individuellement les patients/citoyens dans les actes de soin et/ou de prévention, la réponse aux enjeux sanitaires identifiés exige une **indispensable mobilisation collective**, tant des professionnels concernés que des pouvoirs publics.

Gouvernance : Organiser la cohérence des politiques publiques déterminantes en matière de santé

Les axes stratégiques des politiques publiques agissant sur les déterminants de santé (logement et habitat, transport, aménagement du territoire, alimentation, agriculture, environnement, traitement des déchets, action sociale, protection de l'enfance, des personnes âgées et handicapées, etc), relevant de différents chefs de file, devraient être plus collectivement déterminés afin de les rendre compatibles et cohérentes. A titre d'exemple, il recommande de veiller à la cohérence et à la complémentarité entre projets de santé et plans de développement de l'action sociale et médico-sociale dans les bassins de vie.

En conclusion, bien que ce PRS révisé identifie et aborde l'ensemble des principaux enjeux de santé publique à l'échelle régionale, le CESER appelle l'attention des autorités publiques sur l'ampleur des problèmes et des difficultés actuelles. Or, la qualité de la réponse apportée repose sur les conditions de disponibilité et de mobilisation des moyens humains et financiers pour répondre aux urgences et pour anticiper les crises à venir c'est-à-dire au moins à échéance de ce PRS. Ces conditions relèvent d'orientations et de choix nationaux. A ce propos, le CESER ne peut qu'exprimer son inquiétude au regard des premières discussions sur le prochain projet de loi de financement de la Sécurité Sociale, avec des prévisions d'évolution en deçà du taux d'inflation. Il insiste donc pour que les décisions en matière de financement de la Sécurité Sociale et des budgets alloués aux ministères concernés permettent la concrétisation des objectifs mentionnés dans ce Projet Régional de Santé.



Proposition de la Commission 5 : « Vie sociale, culture et citoyenneté »
Président : Alain BARREAU ; Rapporteur : Éric ROUX

Vote sur l'avis du CESER

« **Projet Régional de Santé 2023-2028** »

146 votants
134 pour
7 contre
5 abstentions

Adopté à la majorité

Emmanuelle Fourneyron
Présidente du CESER de Nouvelle-Aquitaine