



## **Délibération de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Occitanie du 04 décembre 2024**

### **Objet de la délibération :**

Projet Régional de Santé Occitanie - Avenant n°1 (Révision Partielle)

Volet « *Portant sur la médecine d'urgence, le traitement du cancer, les soins médicaux et de réadaptation (SMR), les soins critiques, l'insuffisance rénale chronique (IRC), la radiologie diagnostique et les examens génétiques à des fins médicales* » du Schéma Régional de Santé.

Considérant l'avis émis par la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) en date du 3 décembre 2024 au président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), Pr Laurent Schmitt, consignnant des recommandations guidant le vote de la CRSA et appelant à une régulation accrue des centres de soins non programmés, et à une vigilance à ce que l'augmentation des OQOS n'entraîne pas une perte en qualité de soins. (Avis complet en annexe n°1)

Considérant le compte rendu de l'assemblée de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) en date du 4 décembre 2024, consignnant l'intégralité des échanges constitutifs d'un avis motivé de la CRSA,

En application de l'article R.1434-1 du Code de la Santé Publique, suite à l'avis de consultation sur l'avenant au Projet Régional de Santé de l'Occitanie publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 18 novembre 2024 et au courrier de saisine adressé en suivant au président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Occitanie le 18 novembre 2024, la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie Occitanie, réunie en séance plénière le 04 décembre 2024, sous la présidence de Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT, a, après présentation de l'avenant n°1 au Projet Régional de Santé de l'Occitanie et après discussion, pris la délibération suivante :

**La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie en Occitanie émet un avis favorable sur le projet d'avenant n°1 au Projet Régional de Santé de l'Occitanie 2023-2028 à l'unanimité.**

La délibération est approuvée par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie.

Fait le 04/12/2024 à Toulouse

Pr Laurent SCHMITT,  
Président de la CRSA

## Annexe 1 : Avis de la COSOS à destination de la CRSA

---

Dans le cadre de l'actualisation du PRS 3, la Cosos Occitanie désire faire plusieurs remarques qui seront transmises à la CRSA.

**Concernant les urgences**, la Cosos se félicite que l'urgence vitale soit traitée en priorité par le planificateur en privilégiant un maillage efficient des Smurs dans notre Région. De même, la Cosos espère que la généralisation des S@S en Occitanie permette d'améliorer l'accès aux soins urgents et aux soins non programmés. Par contre, plusieurs points posent question :

- Les implantations des services d'urgence restent nombreuses alors que la région subit de grandes difficultés pour que ces services restent ouverts 24H/24 et 365 J/an compte tenu de la démographie médicale. De plus, la discipline de médecine d'urgence est la plus touchée. Parmi les causes du manque d'attractivité, il faut compter, certes sur la pénibilité, mais aussi sur trois facteurs majeurs : (1) le fait de ne pas exercer sa spécialité pleinement et exclusivement mais de prendre en charge les cas que les autres disciplines ne veulent ou ne peuvent pas ou plus faire, (2) le manque d'aval pour hospitaliser les malades des urgences, notamment les plus âgés et ce d'autant qu'ils sont polypathologiques et dépendants et (3) l'importance des flux de patients dont un nombre non négligeable ne relève pas de la médecine d'urgence. Ces facteurs ont plusieurs conséquences dont les plus importantes sont les suivantes :
  - Outre la désertification médicale et paramédicale de certains services, le fait de diluer ce qui relève de la médecine d'urgence dans le flot de la médecine non programmée amène à faire baisser les compétences des équipes notamment en urgence vitale.
  - Des Centres de médecine non programmée apparaissent sans aucune régulation de santé publique, faute de texte réglementaire. Ils participent à la désertification des services d'urgence, car moins pénibles et source de revenus qui semblent plus attractifs
  - L'absence de planification réelle de Santé Publique concernant les implantations des services d'urgence aboutira rapidement à une planification sauvage liée à l'attractivité ou non des services d'urgences pour les médecins urgentistes, créant *ipso facto* des zones blanches d'accès aux soins
  
- La Cosos souhaite que :
  1. Un cahier des charges soit rapidement réalisé concernant les centres de soins non programmés afin de les labelliser à l'image des services d'urgence ou des CPTS. De plus ces centres doivent être réservés aux médecins généralistes et non aux médecins urgentistes, puisque ces centres ne seront pas habilités à exercer la médecine d'urgence. Leur implication dans la CPTS de leur territoire sera impérative. Ceci leur permettra une meilleure reconnaissance.
  
  2. L'accès dans les services d'urgence soit systématiquement régulé pour n'y exercer que de la médecine d'urgence. Cette régulation d'accès est réalisée par le S@S et sur site selon des protocoles définis par les sociétés savantes. Dans ce cadre, les S@S devront bénéficier d'un nombre d'ARM suffisant pour ne pas dégrader les délais de décrochés

3. En fonction de leur activité, certains services d'urgence publics ou privés pourraient être transformés en centre de soins non programmés. Ceci n'interdit pas qu'il y ait les deux structures dans un même lieu sous réserve d'une identification claire
4. L'aval des services d'urgence soit une réelle priorité de santé publique compte tenu des conséquences sur la mortalité et la morbidité
5. Les équipes de territoire soient généralisées pour permettre un maillage efficient et une plus grande attractivité pour les professionnels sur des modes d'exercice variés, tout en assurant un maintien des compétences sur la prise en charge de l'urgence vitale et une uniformisation des pratiques

**Concernant l'augmentation des Oqos notamment en cancérologie**, il est clairement admis que la mortalité et la morbidité dépendent de la qualité et de l'entraînement des équipes médico-chirurgicales dans les différents types de pathologie. Il est impératif que les seuils minimums soient respectés et ce d'autant qu'ils sont parfois très bas. La Cosos demande que l'augmentation des Oqos se fasse en fonction de l'importance de la demande et non de l'offre afin de préserver la qualité des soins et la rapidité d'accès aux soins.

La Cosos rappelle l'importance d'avoir des RCP de recours organisées de manière commune et coordonnée notamment entre le public et le privé : c'est la compétence qui importe et la coordination de la prise en charge au service du patient.

Face au double impératif de concentration de l'offre de soins et d'organisation de la proximité, lorsque l'environnement le permet, la Cosos indique que l'activité de chirurgie carcinologique de proximité permet également d'assurer l'attractivité des établissements dans leur recrutement de chirurgiens de haut niveau. Pour les futures demandes d'accès à l'autorisation de soins de chirurgie carcinologique, la Cosos invite à considérer non seulement les FINESS géographiques mais également les équipes d'opérateurs.

#### **De manière plus générale, sur la modification du PRS.**

La proposition d'avenant au PRS publiée le 18 novembre au Registre des actes administratifs fait apparaître une évolution notable du nombre d'OQOS ouverts pour la région, à un an de la publication du PRS3. Si l'on peut saluer la flexibilité et la réactivité des services de l'Etat pour l'organisation de l'offre de soins au service de la population, il faut toutefois alerter sur deux points :

- La question de la viabilité et de l'équilibre de l'offre de soins : une multiplication de l'offre de soins dans un contexte de rareté structurelle des moyens humains peut conduire à une dispersion des moyens et à une concurrence exacerbée entre les structures publiques et privées, ce qui fragilise l'équilibre du système dans son ensemble
- La question de la mesure, la transparence et la visibilité dans l'évolution des OQOS : Le PRS doit fournir un véritable cadre de planification de l'offre, donnant une prévisibilité et une stabilité pour les opérateurs. De plus, la CRSA, dépositaire de la démocratie sanitaire, doit ici jouer pleinement son rôle de garant de la méthode employée. Le rôle de la CRSA et de la Cosos doit être pleinement rempli dans le processus de fixation a

priori des OQOS, comme dans le rôle d'avis sur l'instruction des dossiers de demande d'autorisation de soins et le suivi de leur mise en œuvre.

L'article D 1432-38 confère à la Cosos un rôle central dans la structuration de l'offre de soins de premier et deuxième recours, notamment :

- Demandes et renouvellement d'autorisation et autorisations dérogatoires
- Création des EPS et des GCS, mesures de reconstitution de l'offre
- Implantation et financement des maisons de santé, centres de santé, DAC, DSR et MMG
- Projets et actions pour le maintien d'activité et l'installation de professionnels de santé sur les territoires, zonage des médecins libéraux.
- De manière plus large, l'article D 1432-38 donne un rôle à la Cosos pour être informée et donner un avis sur le SRS, l'organisation de l'AMU et de la PDS en ambulatoire et en établissement de santé, l'organisation des transports sanitaires, les CPOM avec l'ensemble des offreurs de soins et les résultats des évaluations et des certifications menées au cours de l'année.

Au titre de ces pouvoirs, la Cosos demande à ce que son rôle d'avis dans l'instruction des dossiers de demande de promoteur soit facilité par une information complète de l'ARS sur les niveaux d'activité et de réponse aux besoins de la population de la part des différents promoteurs ; elle demande également à être informée de la qualité de mise en œuvre des autorisations octroyées par le DGARS, avec une information sur les campagnes d'inspection et de suivi de l'ARS auprès des offreurs de soins.