

AVIS DU CTS 93 SUR LE PRS II

Introduction

Le PRS (même s'il présente des points positifs) souffre de défauts structurels qui sont en partie liés à la méthodologie de sa conception par axes de travail transversaux ce qui rend très difficile :

- le dégagement de priorités infra territoriales qui pourraient se concrétiser dans des actions spécifiques adaptées aux réalités locales, faciles à évaluer,
- l'implication des professionnels et des patients du fait de l'absence d'objectifs concrets.

Cela rend l'interprétation du texte particulièrement complexe.

Par ailleurs des pans entiers des besoins sont occultés ou intégrés dans un ensemble inutilisable voire complètement inadapté aux variables inhérentes aux diversités de situation dans le 93 (par ex : le risque majeur de la démographie médicale s'oppose à la pauvreté des moyens proposés pour y remédier notamment au niveau régional).

Enfin, les conditions de la généralisation du virage ambulatoire et le mode d'évaluation envisagé restent problématiques, compte tenu des particularités sanitaires et sociales permettant un retour à domicile sécurisé, dans de nombreuses communes de notre département.

On peut donc noter pour résumer :

- 1/ Des points positifs (notamment fongibilité, expérimentations sur les parcours etc...)
- 2/ Des oublis de thèmes importants et donc leur non-inscription comme prioritaires ou la pauvreté des « solutions » proposées.
- 3/ Une évaluation purement quantitative et non qualitative.
- 4/ Une préoccupation purement économique concernant les autorisations d'activité dont la réduction sur tous les items est totalement caricaturale. Cette préoccupation se traduisant par le maintien « au mieux » des moyens existants
- 5/ Commentaires concernant le PRAPS

I/ Points positifs

a/Le travail par axes de travail permet au moins de dégager « en creux » un état des lieux de la situation sanitaire et d'envisager quelques ébauches de solution (par ex : amélioration des registres, création de tableaux de bord, suivi de la démographie etc.)

Cependant une prise de conscience des difficultés ne peut être à elle seule une solution.

b/ Dans le même esprit, la prise en compte des perspectives du grand Paris, et plus généralement

l'intégration de la géographie dans la réflexion en santé doit être considérée comme positive.

c/ Le fait (inclus dans le PRS) de susciter et de soutenir des expérimentations ou des actions initiées par les acteurs va peut-être permettre d'avancer sur des dossiers comme les parcours, les coordinations ville-hôpital ou ville-ville, ainsi que la prise en charge des parcours complexes.

d/ Enfin la centralisation des financements peut être une opportunité pour les professionnels et les associations d'usagers *dans la mesure où ils seraient impliqués collectivement de la conception des projets à leur mise en place, ainsi que dans leur évaluation objective.*

La proposition d'une fongibilité de ces financements apparaît alors comme intéressante

II Deux points à la fois positifs et négatifs :

On peut se féliciter que la réduction des inégalités figure comme un des axes majeurs du PRS, mais le fait qu'elle ne soit pas ensuite déclinée systématiquement dans chaque action, rend vraisemblable le fait que cela ne demeure qu'une incantation. (A noter : le PRS1 avait déjà comme objectif de réduire les inégalités en santé)

Bien que l'axe 4 inclut le fait de « renforcer la participation des franciliens à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques de santé », les références à la santé communautaire ont pratiquement disparu,

remplacée par plusieurs références au « pouvoir d'agir » des habitants qui, pour être vraiment efficace, doit s'inscrire dans une démarche d'implication de tous les acteurs à travailler ensemble qui caractérise les approches communautaires de la santé.

II Points négatifs

a/Un certain nombre de thèmes qui sont majeurs sont soit totalement absents (virage ambulatoire) ou simplement cités (démographie) sans que les moyens de remédier aux difficultés pratiques qu'elles induisent soient imaginés et à fortiori possiblement mises en place. ***Il s'agit là de vœux pieux déconnectés de la réalité.***

Les liens entre la santé et le travail, pourtant essentiels, ne sont qu'à peine cités, même dans l'axe 5 « Inscrire la santé dans toutes les politiques ». On devrait les retrouver dans tous les axes et au moins dans les deux priorités thématiques Cancer et Santé mentale. Les liens avec le Programme régional de Santé au travail, même si celui-ci est très incomplet et sans déclinaison infra-régionale, sont très ténus. Dans ces conditions, il semble indispensable d'inscrire comme objectif prioritaire dans les 5 ans d'intégrer le Plan régional de Santé au travail dans le PRS.

Le même problème se pose, mais dans une moindre mesure, avec le Plan régional Santé et Environnement

(Cf sur ces sujets les contributions de ces derniers mois au PRSII issues du CTS de la Seine Saint Denis)

b/Le décloisonnement ville hôpital est abordé uniquement dans le cadre des projets médicaux qualifiés de « partagés » et ne semblent concerner que les GHT : Rien n'est envisagé pour lutter contre ce cloisonnement en dehors cependant de l'amélioration de la communication et des systèmes d'information. La place des établissements privés dans ce cadre est mal définie, ainsi que le lien avec les structures médico-sociales.

III/ Ce PRS n'occulte pas les problèmes de l'évaluation mais il ne propose qu'une évaluation quantitative (nombre de réunions concernées par un problème nombre de participants etc...)

L'évaluation qualitative (effet des mesures mises en place, réaction des personnels impliqués etc...) est la grande absente de ce PRS. Elle n'apparaît que de façon marginale (vaccins notamment).

Pourtant il est clair qu'une évaluation non programmée ***avant*** la mise en place du projet et à fortiori non incluse dans ce dernier sera dépourvue de résultat significatif !

IV/ L'élément prioritaire qui sous-tend le PRS et qui reste dans le non-dit, est assurément constitué des

difficultés financières prévisibles du système de santé dans les cinq ans à venir.

Cela se voit notamment dans la poursuite de la décroissance des autorisations de prise en charge du cancer.

L'incitation forte au regroupement des établissements actuellement très difficile dans sa mise en place (notamment dans le cadre des GHT) pose également des questions non résolues en termes d'accès aux soins.

En conclusion

Sur le plan sémantique, l'analyse est intéressante du fait de l'utilisation majoritaire de l'infinitif :

améliorer, renforcer, accompagner... Cela, alors même que les propositions sont rarement détaillées précisément dans leur possible application.

p.ex « il est nécessaire d'*augmenter* le taux de couverture vaccinale » sans détailler le moins du monde les moyens à utiliser pour cela !

Ce PRS n'est donc pas une déception, c'est une confirmation des difficultés à venir.

Certes son objet n'est pas de mettre en place un plan d'actions qui pourrait se concrétiser en IDF dans le cadre de la stratégie Nationale de santé, mais de dégager des lignes prioritaires qui seraient privilégiées dans les cinq ans qui viennent.

La fongibilité des financements (si elle peut se confirmer dans les faits) pourra, peut-être, limiter les conséquences de l'inévitable pression négative qui ne

manquera pas de se porter sur les financements de programmes innovants.

Les professionnels et les associations de patients auront donc la responsabilité de s'en emparer.

V/Pour ce qui concerne le PRAPS

Ce document est un remarquable état des lieux : Les chiffres, les situations territoriales, la présentation des difficultés et des problèmes rencontrés par les population (très hétérogènes) qui ont des difficultés à accéder aux soins (notamment dans les territoires perdus de la République), définissent un tableau précis de la situation concernant plus de 20% de la population d'IDF, et que l'on retrouve dans des pourcentages bien supérieurs en Seine St Denis.

On constate une amélioration concernant l'énumération des causes de ces difficultés.

Concernant le contenu précis, la généralisation des PASS peut être intéressante mais le problème devient alors l'accès concret voire le désir de ces patients d'accéder aux droits ! En particulier, si pour **favoriser et renforcer l'accès à la santé des personnes démunies**, le premier des enjeux est :

- *mieux caractériser les causes du non accès aux droits à la santé* (p. 17), il faudrait rappeler que la première cause en est la complexité même de cet accès.

La volonté d'augmenter le nombre d'interprètes paraît plus anecdotique que révolutionnaire sur ce sujet difficile, surtout dans notre département.

Dans le champ très approfondi par ailleurs de la santé mentale et précarité, le fait de ne pas aborder séparément, au moins partiellement, les différents types de population concernées entraînera bien des difficultés : les problèmes – et les solutions – sont-ils les mêmes pour les personnes immigrées avec leur situation et leur parcours traumatisants et pour les malades psychiatriques en errance du fait même de leur pathologie psychiatrique et des « limites » de leur prise en charge ?

En bref : Très bonne étude épidémiologique manifestement correctement présentée mais là encore une évaluation purement quantitative laisse prévoir de grandes difficultés dans la mesure d'efficacité des actions proposées. Et le problème des moyens n'est même pas abordé.

Le bureau du CTS

05/03/18

