



AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE D'ILE-DE-FRANCE SUR LE PROJET REGIONAL DE SANTE

- Vu l'article L.1411-1 du Code de santé publique ;
- Vu l'article L.1434-3 du Code de santé publique ;
- Vu l'avis rendu par la Conférence Régionale de Santé le 21 octobre 2009 intitulé Réduire les inégalités de santé en Ile-de-France et celui du 18 février 2010 sur les conditions de réussite des territoires de santé en Ile-de-France ;
- Vu les avis rendus par la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie d' Ile-de-France sur la constitution des territoires de santé et sur le PSRS, les 10 novembre 2010 et 12 juillet 2011 ;
- Vu l'avis d'étape rendu par la CRSA Ile de France le 23 mars 2012 ;
- Vu la publication en date du 28 septembre par l'ARS Ile-de-France du Projet régional de santé ouvert à la consultation ;
- Vu l'ensemble des contributions rédigées par les membres de la CRSA, les collectivités locales, territoriales et régionales, les conférences de territoires ;
- Vu les 2 séances de préparation de l'avis de la CRSA les 2 octobre et 23 octobre 2012 ;
- Vu les contributions rendues par les 3 commissions spécialisées et les amendements proposés par la commission spécialisée droit des usagers de la CRSA ;

*** * * ***

*** ***

Préambule.

Le présent projet d'avis est l'aboutissement d'un long processus de concertation qui a commencé à l'issue de l'adoption du Plan stratégique régional de santé (PSRS), le 12 juillet 2011, auquel la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie d'Ile-de-France (CRSA Ile-de-France) et l'ensemble des acteurs ont été associés. La CRSA a donné un avis d'étape le 23 mars 2012 pendant la première phase de concertation informelle sur les schémas, hors le volet hospitalier du schéma régional d'organisation des soins (SROS). Par ailleurs, pendant la phase de concertation officielle, deux séances préparatoires ont eu lieu à Bobigny, au siège de la CPAM de Seine Saint Denis les 2 et 23 octobre 2012.

La CRSA tient à souligner que les documents qui lui sont soumis sont de qualité. Toutes les commissions spécialisées de la CRSA Ile-de-France considèrent ce PRS comme un texte de référence qui propose une base de réflexion commune aux différents acteurs qu'ils soient institutionnels, offreurs et professionnels de santé ou représentants des usagers. La CRSA tient à remercier l'ensemble des équipes de l'ARS et des Délégations Territoriales qui ont travaillé durement depuis plusieurs mois. Elles sont restées à l'écoute de toutes les demandes de travaux complémentaires et de précisions ce qui constitue pour l'avenir un gage de travail collaboratif heureux et indispensable. La CRSA tient également à remercier l'ensemble des acteurs, notamment les conférences de territoires qui ont contribué à l'amélioration du texte du Projet Régional de Santé.

Par ailleurs, la méthodologie de travail a permis un temps de concertation conséquent, tant dans les groupes de travail pilotés par l'Agence, dans les conférences de territoire qu'au sein des commissions spécialisées ou en séances plénières de la CRSA IDF, une réserve étant posée sur la partie stratégique du volet hospitalier du SROS dont l'importance aurait justifié un temps d'examen plus long.

La CRSA Ile-de-France rappelle qu'elle avait, dans l'avis d'étape daté du 23 mars 2012, exprimé le souhait que l'Agence améliore l'opérationnalité des schémas et définisse notamment les méthodes et outils pour intervenir en proximité dans les territoires infra départementaux; elle avait également souhaité le renforcement de certains axes généraux, notamment la transversalité entre la prévention, le sanitaire, le médico-social et le social et l'accessibilité aux soins de santé la plus précoce possible, adaptée aux différentes situations sociales. Elle avait enfin insisté sur la nécessaire clarification de la notion de parcours de santé et de soins, à la fois dans les concepts et leur déclinaison opérationnelle.

*** * * ***

*** ***

Introduction.

Un important travail a donc été accompli. Il reste cependant beaucoup à faire pour que ce travail d'énoncé de principes et de caractérisation des objectifs puisse devenir opérationnel et apporter une réelle amélioration de la santé des franciliens. La complexité du système de santé mais aussi, les intérêts singuliers, les affinités politiques et les statuts divergents constituent des freins et pèsent encore de manière importante sur l'élaboration et l'adoption d'objectifs communs qu'il convient de travailler de concert au bénéfice de la population. Cependant, il est indispensable de trouver, le plus souvent possible, une voie de travail en commun et une voix de consensus. Collectivement, nous avons choisi de nous situer résolument dans ce mouvement. Depuis les 1^{er} avril et 1^{er} juillet 2010, date de création de l'ARS Ile-de-France et de la CRSA Ile-de-France, l'animation au sein des différentes commissions ou groupes de travail de la CRSA a établi, facilité ou entretenu des liens nouveaux entre tous. À ce titre, des résultats significatifs ont eu lieu notamment, sur la permanence des soins, pour ne prendre que ce seul exemple. C'est ainsi qu'avec la CRSA Ile-de-France, acteur incontournable de ce mouvement, l'ensemble des acteurs accorde à l'ARS Ile-de-France le crédit nécessaire pour faire aboutir un travail permettant de transcender les apparentes et les réelles oppositions. Cependant, et nous souhaitons le noter dès à présent, il est indispensable que les Élus soient plus systématiquement intégrés à ces travaux. Dans le même temps, ceux-ci doivent pleinement s'investir dans les instances de concertation et de travail que sont la CRSA et les Conférences de territoires.

L'enjeu est de taille. L'article L. 1411-1 du Code de santé publique dispose que « la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évaluation de cette politique relèvent de la responsabilité de l'État ». Si l'État doit donc assumer cette responsabilité, il reste que cette responsabilité déléguée à l'Agence régionale de santé déclinée et assumée à travers le Projet régional de santé ne peut trouver de réalisations concrètes sans l'ensemble des acteurs de santé régionaux et territoriaux.

La mise en place du PRS en Ile-de-France appelle donc à une culture nouvelle de la gouvernance en santé régionale et territoriale qu'il convient de bâtir ensemble. Cet enjeu concerne l'ensemble des acteurs : l'Agence régionale de santé, les élus, les acteurs de santé libéraux et publics, l'Assurance maladie, la Mutualité, les partenaires sociaux, les gestionnaires d'établissements, l'ensemble des représentants des usagers, jusqu'à la population en générale.

Le PRS ouvre donc un champ de travail en commun considérable. La CRSA souhaite qu'il se fonde sur une méthodologie claire et précise de contractualisation ce qui suppose des rapports équilibrés de droits et d'obligations. La démocratie sanitaire doit dans ce processus avoir toute sa place.

Cependant, l'objectif n'est pas seulement d'améliorer les procédures de travail que de parvenir à des résultats concrets d'amélioration pour la population et les professionnels.

Ce travail commun, indispensable, sera nécessairement placé sous l'influence d'éléments de contexte et de contraintes incontournables au cours des 5 prochaines années.

En effet, la mise en œuvre du PRS s'inscrit dans un devenir législatif avec l'annonce d'une prochaine loi de santé publique ce qui devrait entraîner des conséquences pour notre région. De plus, le PRS sera sans aucun doute influencé par le développement et la mise en place en Ile de France du schéma directeur des systèmes d'information de santé mis au service des professionnels, des établissements et des usagers. Par ailleurs, le PRS pourrait toujours dans certains cas voir ses objectifs et prévisions bouleversés par des innovations médicales ou technologiques créant de nouveaux besoins ou supprimant des techniques devenues obsolètes. Encore, le PRS pourrait être influencé par le schéma de la démocratie sanitaire qui est en cours de préparation et qui décrira de manière plus précise comment les associations d'usagers, les personnes malades et la population pourront s'inscrire dans ce mouvement.

Bien plus, le PRS est également dépendant de décisions qui sont hors du champ régional : Loi de financement de la sécurité sociale, mesures de lutte contre le chômage et contre le logement insalubre, politique de grands travaux, politique de la ville, pour ne prendre que celles-ci.

De ce fait, existe-t-il un bon moment pour clore la concertation sur un PRS? Pour autant, faut-il attendre pour agir collectivement au niveau régional ? Les effets du temps sont incontournables, la CRSA écarte donc l'argument qui consiste à dire que ce n'est pas le moment. La concertation a eu lieu, et même si elle a été imparfaite, elle a été réelle. Elle s'estime donc en mesure de se prononcer.

L'avis soumis à l'assemblée plénière fait donc état avec l'ARS des constats communs et souligne les points d'accord les plus importants (I), elle souligne également les points d'améliorations nécessaires (II).

L'avis de la CRSA IDF sur le Projet Régional de Santé tient compte conformément aux textes réglementaires, des projets d'avis préparés en commissions spécialisées sur les schémas régionaux de Prévention, d'organisation des soins et de l'organisation médico-sociale qui forment l'ossature du PRS. Ceux-ci figurent **en annexe** du présent Avis.

Les contributions et propositions d'amendements des acteurs de santé de la région même si elles n'engagent pas la CRSA, doivent faire l'objet d'une attention particulière de l'Agence Régionale de Santé, notamment celles émanant des conférences de territoire.

I - La CRSA Ile de France partage tout d'abord les éléments de diagnostic et les priorités contenus dans les différents schémas du PRS et souligne la prise en compte de certains points de vigilance de son Avis sur le PSRS :

1 - L'accessibilité au système de santé régional :

Dans l'avis qu'elle avait produit sur le plan stratégique, la CRSA avait en effet souligné son attachement à ce que soit garantie une accessibilité financière et géographique aux services de santé et médico-sociaux.

La question de l'accessibilité financière, si elle intéresse le niveau national, est également du domaine régional, par le travail sur la démographie médicale, sur la qualité et la sécurité des soins, sur la diversité et la répartition de l'offre de santé privé et publique.

La CRSA rappelle que si la Région Ile-de-France est une région riche, avec des résultats favorables en matière de santé, et une espérance de vie supérieure à la moyenne nationale, elle se caractérise aussi par des inégalités sociales et territoriales qui ont tendance à s'accroître, avec des indicateurs de santé plus défavorables à l'est qu'à l'ouest de la région et une grande proportion de personnes vivant dans des conditions de vie et de logement précaire.

C'est pourquoi, sur la question de l'accessibilité financière aux soins, à l'hôpital comme en ville, la CRSA apprécie que l'Agence, avec les fédérations et les Unions Régionales des Professions de Santé, affiche clairement sa volonté d'en faire un élément prioritaire de sa politique et que son action aille au-delà de la question très médiatique des dépassements d'honoraires. Pour les personnes en situation de vulnérabilité, elle note les articulations du volet hospitalier du SROS avec le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, les schémas bucco-dentaire et santé des détenus. Sur l'accessibilité financière dans le secteur médico-social, la CRSA constate que la question du « reste à charge » pour les personnes âgées notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou bénéficiant d'aides à domicile est abordée, même si elle aurait souhaité que l'Agence soit plus engagée dans la négociation à mener avec les collectivités publiques sur ce sujet.

En outre, les moyens de promouvoir l'accessibilité géographique sont de pleine compétence de l'Agence, même si les outils à sa disposition sont pour certains d'entre eux, inadaptés à notre région.

Les grandes priorités définies dans le SROS lui semblent aller dans ce sens, avec la prise en compte de la problématique de la démographie médicale et paramédicale pour les soins de premier recours 1) en favorisant l'installation des professionnels dans les territoires prioritaires, et 2) la création et le maintien de structures de santé collégiales et interdisciplinaires (maison de santé, pôle de santé et centre de santé), garantissant nécessairement l'accessibilité de tous aux soins sans barrière économique ou sociale. Cette accessibilité géographique doit également se décliner pour le secteur hospitalier en améliorant la répartition des médecins vers les centres hospitaliers des départements de petite et grande couronne parisienne.

De même, elle appuie l'approche privilégiée par l'Agence des soins de premier recours tournés vers la prise en charge globale des besoins de santé d'une population sur un territoire donné, et ce, étroitement associés à une médecine de spécialité et de plateaux techniques, plus interventionnelle, aux moments qui le nécessitent dans le parcours de soin et selon un principe de graduation.

La CRSA soutient les grandes orientations et propositions contenues dans les schémas d'organisation des soins et médico-sociale pour mieux mettre en adéquation l'offre aux besoins en rééquilibrant pour le sanitaire les grands axes centre/périphérie, Paris/banlieue, est/ouest et pour le médico-social, en augmentant les capacités de l'offre médico-sociale francilienne avec une meilleure répartition entre le centre (paris et la petite couronne) et la périphérie (grande couronne). La CRSA souligne également l'intérêt de l'ARS pour l'accessibilité aux programmes d'éducation thérapeutique, enjeu majeur pour notre région.

La correction des inégalités d'offre de santé sur la région et entre les territoires est un enjeu prioritaire pour la CRSA et doit l'être pour l'ARS.

C'est pourquoi, la CRSA, notamment par son groupe de travail sur les inégalités sociales de santé, restera attentive à ce que l'observatoire de l'accès aux soins, annoncé par l'Agence et l'URPS soit installé, réellement efficace et communique ses travaux.

La CRSA restera également attentive sur la capacité de l'Agence, avec l'ensemble des partenaires impliqués, à rendre compréhensible pour la population l'offre de soins disponible et vérifiera si la mise en place d'une plate-forme constitue une réelle avancée. Elle soutiendra également toute mesure ouvrant l'accès à la population à une version claire et simple du PRS.

2 - La prise en compte des besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, orientés vers les parcours de santé et de vie :

- Sur l'amélioration de la réponse aux besoins des personnes âgées, la CRSA avait pointé la nécessité du renforcement des services de soins à domicile et note que cette priorité figure expressément dans le schéma régional d'organisation médico-sociale (SROSMS). Elle apprécie également qu'un programme transversal soit défini en 2013 orienté vers l'amélioration du parcours de santé des personnes âgées, avec notamment comme un des objectifs majeurs la réduction des recours inappropriés aux services d'urgences hospitaliers.
- Sur le volet des personnes handicapées, la CRSA avait souhaité que le domaine du handicap soit abordé dans toute sa complexité et toutes ses composantes et à ce titre, elle partage l'approche de l'Agence qui met en évidence la nécessité de prendre en compte les freins et les points de rupture aux différents âges et étapes de la vie de la personne handicapée : petite enfance, scolarisation, insertion professionnelle et vieillissement.

Sur ces deux volets, la CRSA restera très attentive aux progrès attendus dans l'accessibilité géographique et financière des structures indispensables à la qualité de vie et à la qualité des soins pour les personnes en situation de handicap et les personnes âgées.

3 - Les priorités d'actions en matière de Prévention auprès des populations vulnérables : les principales problématiques et priorités d'action sont contenues notamment dans le schéma Prévention avec un ciblage des populations les plus vulnérables à tous les âges de la vie, et des problématiques principales : périnatalité, santé mentale, habitat insalubre, prévention du VIH, prévention des Addictions, prévention des conséquences du vieillissement et des incidences sanitaires des risques environnementaux. C'est ici qu'il convient de noter l'avancée que constitue l'encouragement aux démarches communautaires en santé.

4 - La prise en compte des spécificités de la Région Ile-de-France :

- Sur le développement du dynamisme de la région, en matière d'enseignement, de recherche et d'innovation en santé, que la CRSA avait aussi mis en exergue dans son Avis, elle soutient la démarche de l'ARS dans ses diverses propositions pour déployer les politiques universitaires sur l'ensemble du territoire francilien, qu'elles émanent du centre hospitalier hospitalo-universitaire d'Ile-de-France ou des établissements hospitaliers « hors CHU ».

- Enfin, la CRSA constate aussi avec satisfaction la prise en compte dans le PRS de la dimension « aménagement du territoire » qui « affecte de façon directe ou indirecte les déterminants de la santé d'une population » et les engagements de l'Agence pour identifier les scénarii possibles d'évolution de l'offre de soins en respectant les équilibres régionaux, notamment dans le cadre du projet « Grand Paris ».

La CRSA renvoie sur les autres points aux Avis des commissions spécialisées qui figurent en annexe.

Cependant, après ces premiers constats, la CRSA s'interroge sur la mise en œuvre des 1.657 pages du PRS, sans compter les programmes. Et comment ne pas s'interroger ? La CRSA refuse la posture de ceux qui ne se sentiraient pas concernés par l'enjeu de la réussite de la mise en œuvre d'une politique régionale de santé. Mais selon quelles modalités et avec quels moyens ?

II - La CRSA s'interroge sur la mise en œuvre du PRS :

Les intentions de l'Agence ont besoin de précisions que la synthèse n'a pas apportées en totalité. L'ARS doit donc, dès 2013, faire un travail continu de clarification et de concertation.

Nous avons conscience que nous sommes encore au début d'une gouvernance régionale et territoriale de santé réellement participative. Nous sommes encore très loin d'une responsabilité populationnelle partagée par l'ensemble des acteurs. Mais, cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas s'engager dans cette voie. Les membres de la CRSA entendent donc résolument agir pour élaborer avec l'Agence une politique régionale de santé au service de la population.

Mais pour cela, il faut que les priorités engagées, les objectifs affichés, les résultats attendus, les calendriers envisagés, les modes de travail dans les territoires, les moyens humains et financiers pour y parvenir soient précisés et mieux encore écrits.

Beaucoup est à faire, tout est devant nous.

1) Quelle gouvernance régionale et territoriale ?

La question des dispositifs de pilotage et d'animation depuis la région jusqu'au niveau local concerne toute l'organisation de la santé francilienne, car les modalités de coopération entre les acteurs ne sont pas définies dans le PRS. La gouvernance, l'animation et la mise en œuvre infra-territoriale et locale ne sont ni définies ni partagées et c'est un sujet d'inquiétude pour les acteurs.

Dans ce cadre, très spécifiquement, la question de la démocratie sanitaire dans les contrats locaux de santé est un enjeu crucial qui n'est pas résolu à ce jour. Cet outil de territorialisation n'est pas ouvert en pratique à tous les acteurs et n'est pas mis en place dans tous les territoires. Cette situation oblige à installer localement d'autres modes de contractualisation.

Dans le domaine médico-social, la CRSA s'interroge sur la collaboration qui va pouvoir s'engager avec les conseils généraux, si certains Avis rendus sur le PRS sont négatifs. Les élus, particulièrement dans ce domaine, doivent travailler avec l'ARS. L'absence de coopération entre les élus et l'ARS est un sujet d'inquiétude majeur pour la CRSA.

Ainsi, il est patent, à l'heure actuelle, au-delà des questions de compétences, que les conditions d'une coordination de l'Agence avec les organisations infra-territoriales des schémas gérontologique et handicap des conseils généraux ne sont pas totalement réunies.

Dans le domaine hospitalier, quelle politique va être définie pour accompagner les restructurations ou modifications des projets des structures hospitalières ? De même, quelles vont être les marges de manœuvre des établissements de santé dans les négociations contractuelles avec l'Agence sur des critères tels que la qualité et la sécurité des soins, la liberté d'embauche de professionnels, l'accessibilité tarifaire, les enjeux de coopérations transversales, l'association des personnels au travers du dialogue social ?

Dans le domaine de la prévention, les modalités de gouvernance ne sont pas non plus définies et la question du « qui fait quoi » sous le « commandement de qui » est posée. Il importera de définir si la fonction d'animation est sous traitée à des partenaires ou des opérateurs. Il convient de le préciser et l'inscrire comme un objectif organisationnel dont il faudra concevoir la mise en œuvre, les moyens à y affecter et évaluer le niveau d'atteinte de l'objectif attendu. En outre, tous les acteurs de santé, hors du champ habituellement entendu de la prévention, ne se sont pas tous impliqués dans une chaîne de responsabilité dans ce domaine.

L'implication des universités est mise en avant comme acteur de la recherche, de l'enseignement et ayant une responsabilité territoriale avec le CHU en ce qui concerne la démographie médicale, c'est indispensable. Il reste qu'il est également indispensable que les universités soient impliquées 1) dans les travaux les plus innovants en matière de participation des patients au processus de soin, comme les «patients ressources et experts», ou à la formation des professionnels de santé, comme les «patients partenaires», 2) dans les réflexions et l'accompagnement des changements d'organisation et de profils de compétence des professionnels de santé entraîné par le PRS, tant sur le plan des compétences techniques que sur le plan des sciences humaines et sociale, fondements indispensables aux transformations de leur relation avec les usagers.

La capacité d'expérimentation qui concerne tous les volets du PRS doit être développée et encadrée.

Enfin, sur les parcours coordonnés, le PRS ne règle pas l'enjeu de la gestion des parcours de soins et de santé. Tous, des usagers aux professionnels réclament un accompagnement social et les professionnels, soignants et établissements attendent une plate-forme de coordination et d'appui. Aucun ne sait s'ils doivent jouer le rôle du «pivot». Les collectivités territoriales sont, ici, encore, des partenaires incontournables.

C'est pourquoi, la CRSA souhaite à tout le moins que l'Agence éclaire rapidement comment elle bâtira une démarche participative et claire sur le rôle de chacun pour que la transversalité souhaitée par tous soit effective. Le rôle respectif des Délégations Territoriales et l'articulation avec le siège sont dans ce cadre posés.

2) Quelles priorités et quel calendrier ?

Les objectifs définis et les priorités sont tellement qualitatifs et larges que la CRSA souhaite un plan de travail précis et détaillé sur les 5 ans du PRS pour que les acteurs puissent connaître la feuille de route de l'Agence en la matière. Ce calendrier aurait pu être établi au cours de l'élaboration du PRS, il conviendra dès 2013, de le mettre en place avec les acteurs concernés.

3) Quel suivi, quelle évaluation et quels indicateurs ?

La CRSA réitère son souhait d'être associée étroitement au suivi du PRS, avec des points réguliers au sein de la CRSA, particulièrement au sein des commissions spécialisées. Corrélativement, elle souhaite être associée à l'évaluation du PRS et propose pour se faire que l'Agence définisse avec elle certains indicateurs.

Elle propose, dès à présent, par exemple 7 indicateurs : 3 indicateurs patients et 4 indicateurs organisationnels.

Indicateurs patients pour :

- mesurer le suivi du parcours de l'utilisateur du système de santé dans le parcours de santé-soins, pour voir si effectivement, il entre «au bon moment, au bon endroit» ;
- tracer la réalité d'un accompagnement social intégré au parcours de l'utilisateur ;
- mesurer l'accès des patients aux programmes d'éducation thérapeutique ;

Indicateurs organisationnels pour :

- apprécier les méthodes de travail participative de l'Agence ;
- tracer la coordination de l'Agence au niveau territorial avec ses partenaires ;
- suivre le fonctionnement des Contrats locaux de santé ;
- suivre le niveau de déploiement des politiques universitaires sur le territoire et de développement des innovations.

4) Quels financements ?

Trois grands domaines de financement méritent d'être définis pour accompagner cette politique de l'Agence :

La prévention : quel niveau de crédits, quelle source de crédit et quel fléchage des crédits vers la Prévention ?

Le sanitaire et médico-social : quelle coordination des financements entre les champs sanitaire et médico-social ?

Quels financements spécifiques de la coordination des parcours de santé ?

En conclusion. La nouvelle organisation régionale de santé qui se mettra en place sur les 5 ans qui viennent devra se construire sur un fort consensus entre l'ARS, les élus, les professionnels de santé, les gestionnaires et les usagers. Ce travail initial sur le PRS pourra se conclure par une animation territoriale de santé réussie s'il permet de lancer simultanément 1) une démarche organisationnelle (régionale, territoriale et locale), 2) une démarche intégrative des acteurs et 3) une démarche participative de la population.

Ces démarches doivent être construites sur des objectifs de santé territoriaux et locaux travaillés ensemble. Ces trois démarches devraient pouvoir se fonder sur une analyse partagée de données et de besoins de santé et sociaux de la population. La cartographie de ces besoins devra être établie. C'est grâce à ce travail continu, coopératif et partagé que les choix de financements seront compris et qu'ils pourront être ajustés en fonction d'évaluations qui devront être mises en place.

L'assemblée plénière de la CRSA donne un avis favorable sur le PRS dans son ensemble, mais elle pose 7 conditions :

1 - La mise en place d'un travail, au premier trimestre 2013, entre la CRSA, les Conférences de territoire et l'Agence sur l'objet, le fonctionnement et les limites des infra-territoires.

2 - Un débat annuel doit avoir lieu ouvrant droit à amendements sur le texte du PRS et qui permettra de vérifier la réalisation de l'ensemble des conditions posées dans l'Avis de la CRSA.

3 - Une instance de suivi et d'évaluation doit être créée au sein de la CRSA sur la mise en œuvre du PSRS, du PRS et des différents programmes.

4 - Un travail systématique de concertation et de coopération avec les élus doit être mené, en étroite partenariat avec la CRSA et les Conférences de territoires.

5 - Un plan de travail précis et un calendrier des actions prioritaires doivent être établis.

6 - Un plan de travail concerté sur la gouvernance régionale, territoriale et locale doit être lancé en 2013.

7 - Un plan de financement doit être associé au PRS et doit être présenté au cours de l'année 2013.

Adoption en séance plénière du 27 novembre 2012

55 voix pour

3 contre

3 abstentions

2 personnes n'ont pas pris part au vote

*** * * ***

*** ***

A N N E X E S

Annexe I : Commission Spécialisée sur les prises en charge et accompagnements médico-sociaux : Avis sur le schéma régional d'organisation médico-sociale.

Annexe II : Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins : Avis sur le volet hospitalier du schéma régional d'organisation des soins.

Annexe III : Commission Spécialisée prévention et promotion de la santé : Avis sur le schéma régional de prévention.

ANNEXE I

Commission Spécialisée sur les prises en charge et accompagnements médico-sociaux

AVIS SUR LE SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION MEDICO-SOCIALE

La commission spécialisée sur les prises en charges et accompagnements médico-sociaux s'est réunie le 22 octobre pour procéder à l'examen du projet de schéma régional d'organisation médico-social (SROSMS).

L'ensemble de la commission tient à souligner la qualité du travail et de réflexion réalisés par les équipes du pôle médico-social, à la fois sur le diagnostic, les orientations stratégiques et les modalités d'intervention prioritaires. Ceci constitue un document de référence qui a le mérite de proposer une base de réflexion commune aux différents acteurs institutionnels, mais la commission maintient des questionnements pour passer du diagnostic à la réalisation des orientations de ce schéma, dont elle a eu d'ailleurs à faire part aux services de l'Agence à la faveur de l'examen de l'actualisation du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) 2012-2016.

En cela, on peut espérer que la création du Comité de suivi du SROMS et les nombreuses fiches actions qui accompagnent les différentes déclinaisons de ce schéma, pourront apporter des réponses concrètes à ces interrogations.

1 - Un constat partagé sur les éléments de diagnostic régional :

Elle partage les éléments de diagnostic centrés sur :

- l'inadaptation de l'offre médico-sociale francilienne disponible au regard des évolutions démographiques et des besoins exprimés par les personnes ;
- les déséquilibres existant en termes de répartition de l'offre médico-sociale entre le centre (Paris et la petite couronne) et la périphérie (grande couronne) ;
- les capacités de l'offre médico-sociale en deçà du niveau national au regard des taux d'équipement.

2 - Un souhait de clarification et de mise en perspective :

Néanmoins, au-delà du constat partagé par tous les acteurs, la commission souhaiterait que certaines propositions de l'Agence soient clarifiées ou mieux mises en perspective :

a - Sur l'analyse des besoins : si la commission est consciente qu'il est difficile de réunir des chiffres fiables et actualisés permettant des projections et des décisions adaptées, du fait d'incompatibilité des systèmes informatiques entre les différents acteurs notamment, elle aurait souhaité des propositions concrètes pour améliorer la coordination et la réactivité de ces systèmes d'information existants, notamment dans le champ du handicap particulièrement éclaté en une multitude de structures spécifiques et dans le secteur PDS (personnes en difficultés spécifiques).

En effet, sans une coordination efficace des systèmes d'information de proximité, il sera très difficile au Comité de suivi du SROSMS d'évaluer la progression des réponses adaptées aux besoins connus selon les territoires concernés et du nécessaire rééquilibrage des réponses entre les différents territoires de notre région.

- Elle réitère aussi son souhait exprimé lors de l'analyse du PRIAC 2012-2016 de disposer de données chiffrées permettant les comparaisons pour apprécier le degré et la portée du « rattrapage » de l'offre médico-sociale francilienne par rapport aux taux d'équipement nationaux.

b - Sur les coopérations avec les partenaires, notamment avec les collectivités locales, acteurs clés dans le champ médico-social, la commission regrette tout d'abord que la législation n'ait pas permis une harmonisation des calendriers entre le schéma régional et les schémas départementaux des conseils généraux.

En l'absence de cette harmonisation nationale, elle souhaiterait des clarifications sur les engagements de l'ARS dans le secteur médico-social, qui devraient nécessairement se coordonner avec les organisations infra territoriales décidées par les schémas gériatrique et handicap des Conseils Généraux. Cette coordination est particulièrement indispensable dans le cadre des conventions tripartites entre Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendants (EHPAD), conseils généraux et Agence pour lesquelles aucune indication n'est donnée sur leur devenir qu'il s'agisse de créations ou du renouvellement de conventions.

Enfin, la coopération avec le conseil régional dans le domaine des formations sanitaires et sociales, qui relève de son champ de compétences n'est pas suffisamment évoquée.

c - Sur les coordinations, la commission soutient les orientations prises, mais s'interroge sur leur effectivité :

- **l'accès aux coordinations locales et d'information (CLIC)** dont il est dit qu'il « doit être amélioré pour la prise en charge des personnes âgées (page 24) et à généraliser en terme de couverture et de maillage du territoire », mais dont les moyens pour y parvenir ne sont pas définis, et même si ce champ d'activité ne relève pas de la compétence directe de l'Agence ;
- **les filières gériatriques labellisées**, dont il est dit qu'elles sont « destinées à organiser la coordination et les coopérations entre établissements, professionnels de santé et établissements et services sociaux et médico-sociaux », mais qui selon les rédacteurs du schéma médico-social, « ont du mal à organiser leurs missions, y compris dans leur articulation avec le secteur médico-social" (page 25), mais la commission soutient l'action de l'Agence, considérant « qu'il est indispensable de disposer d'un Etat des lieux et d'un bilan de l'action des 41 existantes » pour mieux organiser ces filières et fluidifier le parcours de santé des personnes âgées, notamment pour organiser les retours à domicile après hospitalisation ;
- **la coordination du « social et du médico-social »** (et le lien avec la DRIHL), doit aussi être mieux affirmée, afin d'améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité.

d - Sur les prises en charge, elle constate que la problématique des personnes handicapées vieillissantes est bien posée, mais comme lors de l'examen du PRIAC 2012-2016, elle souhaiterait avoir un échéancier pour connaître la traduction en équipements et sur le plan financier, de la prise en compte des besoins des personnes handicapées à partir de 60 ans, ou accidentées, ou atteintes de pathologies invalidantes (AVC- maladie de Parkinson).

Celles-ci ne relèvent en effet plus de la prise en charge proposée dans le champ du handicap - moins de 60 ans - et ne peuvent être accueillies dans des établissements pour personnes âgées dépendantes dont la moyenne d'âge est de 85 ans, et qui ne leur sont donc pas adaptés.

De même, elle considère qu'il est essentiel de favoriser l'accès au droit commun des personnes en situation de précarité dans les structures médico-sociales et notamment dans les établissements accueillant des personnes âgées ou personnes handicapées. Pour ce faire, et afin de faire évoluer les pratiques, il serait nécessaire d'intégrer aux appels à projets à venir une dimension sur l'accueil des personnes en situation de précarité (par exemple en intégrant un pourcentage minimum de personnes relevant de l'aide sociale dans tous les futurs EHPAD).

Enfin, la commission médico-sociale insiste sur la nécessité de prévoir dans le schéma médico-social un soutien spécifique des aidants non professionnels, familles et proches, pivots de tout accompagnement à domicile des personnes en situation de handicap, accidentées ou malades chroniques, de la naissance au grand âge.

e- Sur les moyens financiers attribués au secteur médico-social :

- La commission soutient l'action de l'Agence pour combler le retard du sous équipement francilien, mais souhaiterait avoir un échéancier précis sur les 5 ans du PRS et tenir compte dans ces éléments, des populations nouvelles qui doivent s'accompagner de moyens financiers à affecter au secteur médico-social ; Il s'agit du transfert de personnes accueillies dans des services de soins de suite et de réadaptation (SSR) ou à l'hôpital psychiatrique (budgets sanitaires), vers le secteur médico-social : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, Maisons d'accueil spécialisés, Foyers d'accueil médicalisé (budgets médico-sociaux), autant de facteurs qui nécessitent une traduction financière pour assumer ces prises en charge.
- La commission pointe à nouveau la nécessité de prendre en compte les surcoûts franciliens pour l'ensemble des établissements du secteur médico-social comme c'est déjà le cas pour le secteur sanitaire (surcoûts principalement liés au coût du foncier et aggravés par la fin de l'exonération de la taxe sur les transports pour les associations)
- De surcroît, les moyens alloués à la Région Ile-de-France pour rééquilibrer les réponses médico-sociales aux besoins de la population sont à revoir à la hausse au vu des excédents de la CNSA qui devraient être de l'ordre de 200 millions d'euros pour 2012 après 233 millions en 2011.
- En outre le schéma ne met pas en évidence des moyens alloués au PRAPS (**Programme Régional d'accès à la prévention et aux soins**) alors même que celui-ci ne dispose pas de moyens dédiés et que sa mise en œuvre est soumise aux moyens qui lui seront alloués dans les différents schémas.

f - Sur les droits des usagers :

La commission spécialisée souhaite retrouver dans le schéma démocratie sanitaire l'expression affirmée de tous les droits des usagers, sujet transversal, essentiel à l'ensemble des schémas spécifiques.

ANNEXE II

Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins AVIS SUR LE VOLET HOSPITALIER DU SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

Le 18 octobre et le 13 novembre la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins s'est réunie pour étudier le volet Hospitalier du SROS PRS.

1 - Les membres de la Commission ont tenu à ce que soit rappelé, en préambule, que cet avis, n'est pas exclusif de ce volet hospitalier mais qu'il s'inscrit dans le cadre plus global et transversal de l'ensemble de ses missions, précisées par le Décret n° 2010-348 du 31 mars 2010 - art. 1 :

a - La commission spécialisée de l'organisation des soins contribue à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation des soins.

1°- Elle prépare un avis sur le projet de schéma régional d'organisation des soins, dans ses volets hospitalier et ambulatoire, incluant la détermination des zones de mise en œuvre des mesures prévues pour l'installation et le maintien des professionnels de santé libéraux, des maisons de santé et des centres de santé.

2°- Elle est consultée par l'agence régionale de santé sur :

- Les projets de schémas interrégionaux d'organisation des soins.
- Les demandes d'autorisation et de renouvellement d'autorisation relatives aux projets mentionnés à l'article L.6122-1, les projets de décisions portant révision ou retrait d'autorisation prévues à l'article L.6122-12 ainsi que les projets de décisions de maintien de la suspension, de retrait ou de modification d'autorisation prévues à l'article L.6122-13.
- La politique en matière d'implantation et de financement de maisons de santé, centres de santé, réseaux de santé et maisons médicales de garde.
- Les projets et actions visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé sur les territoires.
- Les projets d'expérimentations dans le champ de l'organisation des soins, concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins.
- L'organisation et l'adéquation aux besoins de la population de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins, en ambulatoire et dans les établissements de santé.
- L'organisation des transports sanitaires et son adéquation aux besoins de la population.
- La création des établissements publics de santé autres que nationaux et des groupements de coopération sanitaire mentionnés au deuxième alinéa de l'article L.6133-7, en application de l'article L.6141-1, ainsi que la modification de la liste des centres hospitaliers régionaux, en application de l'article R.6141-14.
- Les projets de mesures de recomposition de l'offre que le directeur général de l'agence régionale de santé envisage de prendre en vertu des dispositions de l'article L.6122-15 dans sa rédaction antérieure à l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

- La politique en matière de contractualisation avec les titulaires d'autorisation ainsi que les autres offreurs de services en santé.

b - L'agence régionale de santé informe la commission au moins une fois par an sur :

- Les renouvellements d'autorisation intervenus dans les conditions définies au dernier alinéa de l'article L.6122-10.
- Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés entre l'agence régionale de santé et les titulaires d'autorisation, les centres de santé, les maisons de santé et réseaux de santé.
- L'évolution du nombre de professionnels de santé libéraux installés sur les territoires.
- Les résultats des évaluations et certifications menées au cours de l'année écoulée.

La commission souhaite que soient mieux précisées les conditions dans lesquelles ce volet respecte, comme le recommande le Plan stratégique régional de santé (PSRS), la nécessaire articulation coordonnée entre les différents schémas et volets et notamment entre volets hospitalier et ambulatoire du PRS SROS, ou avec le schéma médico-social. De plus elle sera attentive à sa déclinaison territoriale car elle y est très attachée.

La Commission souhaite aussi rappeler, à l'occasion de l'analyse des volets hospitalier et ambulatoire du SROS PRS tout l'intérêt qu'elle accorde à la mise en œuvre du point de vigilance dans les domaines prioritaires n° 2 contenu dans l'avis de la CRSA sur le PSRS, s'agissant de la dimension sociale des parcours de santé pour l'ensemble des franciliens.

Le Volet hospitalier du SROS PRS soumis à la concertation a été établi selon les termes de l'article L 1434-9 du code de la santé publique.

Il est organisé en deux parties : une première partie sur le cadre d'analyse et les éléments stratégiques et une seconde sur les volets thématiques (24) qui doivent obligatoirement figurer dans le schéma régional.

La commission a tenu à souligner que le texte finalisé qui lui a été transmis pour avis est un document riche et de qualité. S'agissant des volets thématiques, la méthodologie de travail mis en place par l'ARS par groupe de travail et par thème pendant quelques mois a permis un réel temps de concertation avec une participation riche et importante des différents acteurs représentés notamment dans la CSOS . Les membres regrettent toutefois que la première partie stratégique n'ait été mise en concertation qu'en dernier lieu.

Succédant à l'ancien CROS, la Commission est spécifiquement saisie de manière réglementaire par le directeur général de l'ARS pour avis avant décision lorsqu'il s'agit d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation en matière d'offre de Soins. Si ce volet hospitalier du SROS 2013-2017 s'inscrit dans le prolongement d'une décennie de planifications hospitalières, il présente plusieurs spécificités au regard de ses devanciers (SROS 1,2 et 3) :

- Il reste opposable juridiquement, en particulier pour ce qui concerne les implantations d'activités et de soins avec des critères de nature opposables et d'autres éléments d'analyse nombreux dont la nature reste à préciser.
- Il comprend des références et des incitations sur les coopérations hospitalières- il doit s'articuler avec la procédure de contractualisation (CPOM) entre les Etablissements et l'ARS.
- **Il tend à s'affirmer plus comme un schéma d'organisation que d'autorisation d'activités et** à ce titre, il fait référence à la notion de parcours de santé avec une transversalité préconisée entre les différents acteurs.

Compte tenu de la taille des seuls 8 territoires retenus en Ile-de-France par arrêté du 15 novembre 2010, calé sur les départements de la région, et compte tenu des objectifs avant tout de réorganisation au sein de ces grands territoires, il y aura beaucoup moins de saisines réglementaires régulières de la commission pour des autorisations nouvelles. La CSOS pourrait n'avoir alors à connaître réglementairement les résultats de la réorganisation qu'à son terme ultime.

Ce nouveau cadre à la fois juridique et conceptuel a amené la Commission spécialisée Organisation des Soins à développer son analyse non seulement sur l'appréhension du schéma par les différents acteurs qui la composent, mais aussi sur le rôle futur de la commission pour s'adapter à cette nouvelle logique « organisationnelle » du SROS.

Les membres de la commission ont donc débattu largement entre eux et de manière très pro active avec les représentants de la Direction de l'offre de soins qu'il faut remercier, sur la manière avec laquelle la CSOS pourrait rester informée au fur et à mesure et accomplir sa mission d'accompagnement régulier pour avis dans le cadre de ce nouveau volet très organisationnel et proposent à la commission permanente de la CRSA de soutenir ***les 4 points de son avis suivant, sur le volet Hospitalier, afin de maintenir la place de commission spécialisée, son rôle et son fonctionnement dans le nouveau mécanisme de la démocratie sanitaire.***

1^{er} Point : Conformément à la réglementation, la CSOS doit être consultée par l'ARS sur la « politique en matière de contractualisation avec les titulaires d'autorisations ainsi que les autres offreurs de services en santé ».

Au-delà de l'avis sur la politique de contractualisation, la CSOS doit pouvoir être informée et débattre des projets de CPOM des établissements de santé couvrant un même territoire – dans la mesure où ces CPOM sont négociés simultanément -, de manière à s'assurer de la mise en œuvre des « chantiers prioritaires » par territoire identifiés par le SROS et de la déclinaison territoriale des objectifs et recommandations du SROS.

Ce suivi territorial doit être articulé avec la consultation des conférences de territoire et pourrait utilement associer le délégué territorial, le président et le vice-président de la conférence de territoire.

Il doit être organisé sur la base de deux séances par an et par territoire, à l'initiative conjointe de l'ARS et du président et vice-président de la CSOS, régulièrement tenu informés.

Ce suivi territorial de la déclinaison des orientations du SROS concerne notamment le suivi des investissements structurants ou d'accompagnements, projetés par les établissements et tous les autres offreurs de services en santé.

2^{ème} Point : La Commission est très soucieuse de garantir l'équité de traitement des différents promoteurs et offreurs de soins quelques soient leurs statuts.

Aux critères habituels, souvent quantitatifs, le plus souvent nationaux, et juridiquement opposable au sens strict, pour l'évaluation des dossiers d'autorisation ou de renouvellement, ce nouveau volet hospitalier semble vouloir y adjoindre d'autres éléments d'appréciation pour l'analyse des projets et découlant principalement des grandes priorités du PRS comme la qualité, l'accessibilité tarifaire et les enjeux de coopération transversale. Ces « critères » sont assez nombreux, avec un caractère à la fois peu précis, et moins reconnus. La CSOS s'interroge alors sur leurs légitimités jusqu'à en faire des arguments qui pourraient être juridiquement retenus comme régionalement opposables.

C'est pourquoi, lorsque l'ARS procède à une instruction de plusieurs dossiers thématiques, tels que les autorisations ou leurs renouvellements examinés lors d'une même séance, **la commission demande à être associée à l'élaboration au préalable de grilles d'analyse** afin d'en partager dans la transparence les enjeux et surtout d'en garantir l'harmonisation et l'équité dans le traitement des demandes lors de leurs étude pour avis devant la commission

3^{ème} Point : La CSOS attire l'attention de l'ARS sur la nécessité de prévoir dans le dispositif de gestion, des possibilités autorisations et de marges d'évolution permettant l'innovation avec des mécanismes de saisines appropriées ouvert à tous les acteurs. La commission pourrait accompagner cette démarche.

4^{ème} Point : La CSOS proposera une modification de son règlement intérieur afin d'intégrer dans son fonctionnement les points 1, 2 et 3 susvisés s'agissant du suivi de la politique de contractualisation et de garantir l'équité de traitement.

ANNEXE III

Commission Spécialisée prévention et promotion de la santé **AVIS SUR LE SCHEMA REGIONAL DE PREVENTION**

La Commission Spécialisée de Prévention a procédé à l'examen du projet de Schéma Prévention lors de ses séances des 11 septembre, 10 octobre et du 30 octobre 2012.

En préambule, elle tient à souligner l'important travail réalisé par les équipes de la Direction de la Santé Publique de l'ARS sur le schéma Prévention, dans sa version soumise à concertation, et se satisfait de voir que les principales problématiques sont identifiées et que des priorités d'action sont proposées dans ce schéma.

Pour autant, **les thèmes apparaissent dispersés à l'intérieur du document** et il faut faire parfois des efforts pour une continuité de lecture concernant un thème spécifique et pour déterminer l'ensemble des thèmes et des populations couvertes dans le champ de la Prévention en IDF.

La **place de la prévention devrait apparaître de surcroît de façon transversale dans l'ensemble du PRS** et ne pas nécessiter « une perfusion au compte gouttes » pour chacune des thématiques abordées. Par ailleurs, dans les schémas, organisation des soins et médico-social, un certain nombre des propositions relèvent ou croisent le champ de la prévention sans que le schéma prévention puisse le prendre en compte, ce qui est regrettable pour une planification coordonnée.

1 - La commission formule les remarques et interrogations suivantes :

a - Un décalage spectaculaire entre l'ambition des axes affichés et les moyens à y affecter.

La commission tient à souligner une situation paradoxale :

Tous les experts s'accordent à proclamer que la voie la plus prometteuse pour améliorer la santé de la population dans le contexte épidémiologique de la France actuelle dont l'Ile de France, est de développer la Prévention. Or, les moyens explicitement consacrés à celle-ci sont et demeurent extrêmement faibles par rapport aux dépenses de soins et d'accompagnement : millions contre milliards, l'épaisseur du trait dans les histogrammes. Il faut rappeler que ces moyens s'élèvent en effet à 30 millions d'euros pour l'année 2012 pour la seule direction de santé publique pour l'ARS Ile de France et ses 12 millions d'habitants.

La commission suggère en conséquence de :

Mieux flécher vers la Prévention l'usage des crédits actuels de prévention :

Une part importante des crédits annoncés est pré affectée au soutien des dépistages et vaccinations, dont on peut douter de la pertinence de leur imputation aux crédits « Prévention » alors qu'il s'agit d'actes effectués dans le cadre de pratiques médicales.

Mieux identifier dans le cadre des pratiques de soins, les actions et crédits affectés à la Prévention :

- pour les coordonner, en les renforçant, de manière plus cohérente vers des objectifs mutualisés ;
- pour faire glisser les crédits qui leur sont affectés vers la Prévention-Santé Publique ; Ceci impliquerait de bien clarifier les choix à opérer : soit transférer des fonds du soin vers la prévention, soit demander aux acteurs du soin d'intégrer une stratégie préventive dans la démarche de soins.

L'ambition considérable et les grandes orientations ce schéma ne peuvent que rencontrer l'adhésion des acteurs réunis dans notre commission, mais le manque de propositions explicites pour sa mise en œuvre amène à se poser plusieurs questions de pertinence et de faisabilité sur son opérationnalité, d'autant que les moyens demeurent très limités et contraints.

Cette enveloppe n'ayant pas été définie en fonction de la quantification des besoins rapportés à l'ensemble de la population, l'exercice de planification d'ensemble sans enveloppe adaptée ne permettra pas d'aboutir aux objectifs quantitatifs à fixer.

b - Une gouvernance à clarifier, à préciser et mettre en œuvre comme un objectif en soi :

Cette question des dispositifs de pilotage depuis la région jusqu'aux niveaux locaux dont celui de la prévention concerne toute l'organisation de la santé.

Il manque dans ce schéma Prévention comme dans l'ensemble du PRS, des indications sur les dispositifs de pilotage réels des actions à coordonner, tant au niveau interne à l'Agence, entre les différentes Directions Métiers qu'à celui des liens entre l'Agence et ses différents partenaires **à tous les niveaux de la région jusqu'au local, collectivités territoriales, institutions de santé, associations, etc..**

Qui fait quoi sous le « commandement » de qui ? S'agit-il implicitement de l'ARS quand rien n'est dit ou bien cette fonction sera-t-elle explicitement sous traitée à des partenaires ou à des opérateurs. Il faut alors le dire et l'inscrire comme **un objectif organisationnel** dont y il aura à concevoir la mise en œuvre, les moyens à y affecter et à évaluer sur le niveau d'atteinte de l'objectif.

Sur quelles données, recueillies, analysées et mutualisées par qui vont s'appuyer les multiples acteurs co-intervenants.

Il conviendra donc de préciser :

- La nécessité et les modalités de recueil de données opératoires pertinentes et consensuelles pour définir les besoins de santé qui initieront les actions et évaluations des objectifs et projets qui doivent concrétiser ce schéma. Cela n'ira pas sans apprentissage et organisation de la mutualisation des données entre les différents acteurs impliqués dans les objectifs à partager.
- **Le ou les types d'organisations qui pourront animer les dispositifs de prévention notamment dans les territoires.**

En effet, si l'animation territoriale coordonnant des partenaires multiples sur un certain nombre d'objectifs convergents est bien une des conditions pour décliner des politiques cohérentes et continues de Prévention, qui doit en être le porteur, l'animateur, le ou les financeurs, l'évaluateur ? l'ARS seule ou avec d'autres acteurs locaux ? Acteurs locaux avec l'ARS donnant labellisation et support logistique, etc. ? Les contrats locaux de santé peuvent constituer une première réponse, mais ce n'est pas la seule.

De surcroît, il faut intégrer dans cette réflexion à engager, les diverses formes de gouvernance ou d'animation locale qui sont déjà présentes sur le terrain : Ateliers Santé Ville, services communaux d'hygiène et de santé et réseaux de santé notamment.

c - Concernant la méthode :

a) Le citoyen acteur de sa santé :

Cela s'inscrit dans les recommandations de l'OMS, Charte d'Ottawa qui affirme le principe du « **citoyen acteur de sa santé** » dans le cadre d'une responsabilité collective partagée. Cette approche concerne tous les stades et états de la vie en bonne ou mauvaise santé à tous les âges, niveaux social ou culturel.

La citoyenneté s'apprend, s'enseigne et peut s'exercer quand on a une connaissance et un contrôle donc une maîtrise suffisante des outils de la vie sociale. L'éducation à la Santé est un des outils de la citoyenneté. Ses facettes en sont multiples dès lors qu'elles concernent la diversité des facteurs de risques positifs et négatifs de la santé physique et mentale, dont les questions de l'environnement, mais aussi des droits et accès aux dispositifs de santé et de solidarité.

Parce que la bonne santé conditionne la trajectoire de vie sur le plan affectif, social, professionnel, l'éducation à la connaissance et à la prévention des multiples facteurs de risques doivent évidemment commencer dès la petite enfance et perdurer au décours de l'existence. L'apprentissage des savoirs et savoir être les plus importants est la mission de l'école, du collège et du lycée pour les plus jeunes. **L'éducation aux savoirs théoriques et pratiques en santé individuelle et collective doit, comme dans d'autres pays, s'intégrer comme une matière scolaire à part entière dans les cursus scolaires.**

Cette déclaration de principe a des conséquences importantes sur l'organisation du système de prévention en santé.

b) Privilégier les actions conduites avec et par les gens eux-mêmes :

La commission propose d'affecter plus explicitement **une part des moyens** et du temps de travail des professionnels de la Prévention **pour soutenir des dynamiques de type « santé communautaire »**. **Ce point développé dans le schéma qui pourrait être une vraie rupture par rapport aux méthodologies précédentes doit être présenté en tant que tel et être un guide prioritaire pour les actions à venir.**

En plus de leur mode habituel de prestation, il s'agit en effet **d'assigner aux professionnels la mission** d'inciter, de former, de reconnaître et de **valoriser les compétences de la population** elle-même. **Qu'ils amènent les gens à faire eux-mêmes.** Cela est un important changement à apporter dans les fiches de postes des professionnels de la prévention. Cela consiste à faire évoluer les pratiques par une modification des mentalités tant des décideurs que des intervenants.

Remarque :

L'organisation collective des institutions et des équipements et le respect de leurs règles relèvent de la responsabilité et de l'expertise des grands dispositifs publics, le « citoyen acteur » pourra dans le cadre de la démocratie sanitaire y jouer une fonction principalement institutionnelle d'orientation, d'évaluation et de témoin, mais aussi de promoteur et de gestionnaire de projets collectifs (communautaires).

Le « citoyen acteur de sa santé » est certes plus explicitement responsable de la conduite de sa santé individuelle et souvent de celle de ses proches.

c) Santé et éducation :

La commission rappelle que le déterminant de santé le plus significatif dans toutes les études d'épidémiologie sociale et les indicateurs internationaux de développement humain est le niveau d'éducation. En effet, plus on est éduqué et instruit, plus on est capable de s'informer et d'utiliser les informations pour agir en conséquence¹. L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé sont d'autant plus hautes que le niveau d'éducation est plus haut.

C'est vrai pour le maintien et la promotion de son état de santé individuel, c'est-à-dire la prévention primaire le concernant, l'acteur le plus important est la personne elle-même.

C'est vrai encore quand inéluctablement surviennent la maladie et le vieillissement. **La prévention secondaire** permet d'accéder au plus tôt et au mieux aux soins, la **prévention tertiaire** s'intègre aux soins pour éviter et ou réduire les récides et les séquelles. Là encore les compétences et capacité du patient et de ses proches pour sa prise en charge conditionne l'efficacité du recours aux services des professionnels.

Complétant alors son expertise ordinaire de « la bonne santé » une autre expertise de sa ou ses maladies se construit alors progressivement chez le patient qui vit en permanence avec dans les aspects multiples des soins et de la vie. Associant ses compétences de savoirs, savoir-faire et savoir être spécifiques avec celle des professionnels dans la conduite des protocoles de soins. Il devient **Patient expert**. Sa première éducation en santé sera alors complétée par l'éducation empirique qu'imposent la maladie et l'éducation thérapeutique qui doit lui être apportée par les dispositifs éducatifs nouveaux qui appartiennent aujourd'hui au champ de la prévention tertiaire.

2 - Des domaines à développer :

A la lumière des remarques précédentes, bien que le schéma proposé couvre déjà un champ très large, certains domaines mériteraient d'être plus développés :

a - Le développement de l'enfant :

En prévention primaire, la commission propose à l'Agence de soutenir les actions qui visent :

- d'une part à repérer précocement, afin de réduire les facteurs de risques environnementaux et afin de favoriser un développement harmonieux de l'enfant ;
- et d'autre part, à renforcer les repérages, dépistages, diagnostics, et accompagnements précoces des anomalies du développement de l'enfant.

Il importe de souligner à cet égard le rôle sentinelle et donc préventif des services de protection maternelle et infantile et des services de santé scolaire.

b - L'éducation à la santé :

Bien que dans la loi HPST seule apparaisse, nommée trois fois, l'éducation thérapeutique, **l'éducation à la santé** qui n'est pas nommée constitue un des fondements de l'action préventive.

¹ En sachant bien que la connaissance des risques et facteurs de risques n'est pas le seul déterminant des choix : ex : il y en a encore bien des médecins qui fument beaucoup.

Dans le projet de schéma même si elle évoquée à propos de tel ou tel problème, l'éducation pour la santé n'apparaît pas comme un dispositif constitué ou à constituer. Ses opérateurs souvent fragiles devraient être mieux définis comme partenaires dans la définition et la faisabilité d'actions contributives aux objectifs prioritaires du schéma de prévention. Il convient dans la programmation de prévoir la consolidation coordonnée des opérateurs sur quelques objectifs communs.

Le concept même est à travailler. Éducation thérapeutique et éducation pour la santé devront se rapprocher pour répondre aux besoins des « parcours de santé » de personnes fragiles et porteuses de pathologies à longs termes.

Un concept original d'IREPS *Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé* devrait être conçu et expérimenté comme un des objectifs de la mise en œuvre d'une politique de prévention couvrant un nombre de facteurs de risques plus larges qu'aujourd'hui notamment dans le champ de l'accès aux droits, de connaissance du système de santé et de l'environnement.

c- Le renforcement des actions de prévention menées auprès des adultes :

La population la moins touchée par les actions de prévention est la population adulte masculine de 20 à 64 ans. La commission souhaite en conséquence un renforcement des actions de prévention dans le monde du travail, les conditions de travail étant un des déterminants de santé, mais aussi auprès de ceux qui en sont exclus : jeunes dans les missions locales, demandeurs d'emploi via Pôle Emploi, population précarisée.

d - La prévention des effets du Vieillissement et des Maladies chroniques :

Ce thème est traité de manière trop peu importante dans le Schéma. Certes, le chantier « Personnes Âgées » lancé par l'ARS doit se poursuivre en 2013. Il concerne toutes les actions transversales indispensables. Le SRP devrait faire une référence croisée sur cette perspective très novatrice que la CRSA doit fortement encourager. Il convient ici aussi de ne pas dissocier prévention primaire et prévention secondaire et tertiaire.

La prévention primaire des problèmes liés au vieillissement ne peut se réduire à des campagnes nationales d'information dont l'impact est très difficile à mesurer. S'appuyant aussi sur le concept du « citoyen acteur de santé » à Prévention primaire doit d'abord reposer sur un « empowerment » des personnes âgées dans la prise en charge de leur vieillissement².

Il est aussi fondamental d'intégrer les actions de Prévention dans les soins aux personnes âgées. A cet égard, la commission tient à souligner la place et le rôle de l'hôpital et du médecin traitant qui sont des acteurs essentiels de la prise en charge de la prévention pour garantir le bien vieillir de la personne âgée et qu'il convient de renforcer, en encourageant des formules tarifaires adaptées, notamment pour les médecins traitants.

La solution préférée des vieux n'est par ailleurs ni l'Hôpital, ni l'Hospice, ni l'EHPAD, mais le domicile. Ce qui implique des mesures préventives de soutien pour conserver les capacités à vivre seul, avec l'appui des aidants familiaux ou proches et les professionnels.

² Bien se nourrir, surveiller son poids, maintenir une bonne activité physique, intellectuelle et affective, entretenir et développer ses liens sociaux sont les clés d'un bien vieillir ensemble qui est aussi un phénomène radicalement nouveau créé par l'allongement de la durée de la vie en bonne santé, situation pour laquelle nous n'avons aucune référence historique.

Le passage par l'institution ne devrait être le plus souvent possible que l'étape pour préparer une nouvelle adaptation du maintien à domicile pour toute personne ayant des compétences suffisantes. Aménagement de l'ergonomie du logement, mise en place d'une organisation de soin adaptée (SSIAD, HAD), construction d'un système d'aide à domicile sont des conditions nécessaires à ce changement.

3 - En conclusion :

- **Avis favorable sur l'esprit et les orientations.**
- **Maintien des réserves sur l'opérationnalité et le pilotage.**
- **Demandes de clarifications organisationnelles.**
- **Maintien des réserves sur la pertinence politique et en logique de santé publique à proposer un schéma qui ne sera pas porté par des financements à la hauteur des besoins des populations desservies dans le cadre de la compétence de l'ARS Ile-de-France.**
- **Des axes intéressants suggérés dans le schéma et à renforcer, notamment :**
 - **l'élargissement d'une méthode communautaire ;**
 - **une meilleure coordination des acteurs dans la définition des objectifs ;**
 - **une mutualisation des moyens existants trop dispersés avec éventuellement le glissement des financements de l'espace du soin vers la « prévention-santé publique ».**