

Versailles, le 25 mai 2011

Monsieur Claude EVIN
Directeur Général
Agence Régionale de Santé Ile de France
35 rue de la Gare - Millénaire 2
75935 PARIS CEDEX 19

Copie : **Madame Monique REVELLI**
Déléguée Territoriale des Yvelines
Agence Régionale de Santé Ile de France
143 boulevard de la Reine
78000 VERSAILLES

Objet : Projet de Plan Stratégique Régional de Santé
d'Ile de France soumis à concertation

Monsieur le Directeur Général,

Vous nous avez adressé le Plan Stratégique Régional de Santé afin d'organiser une concertation avec les acteurs de la Conférence de Territoire des Yvelines.

La concertation a été organisée au sein de notre territoire. Nous avons choisi, au niveau méthodologique, de ne proposer que 9 contributions ciblées sur des points majeurs afin que vous puissiez les retenir comme prioritaires pour enrichir le document.

▪ **La psychiatrie infantile-juvénile et générale doit clairement figurer dans le PSRS**

Le document met l'accent sur le concept de Santé mentale « dans son acceptation large et non comme la seule prise en charge des maladies psychiatriques » (page 75), « les enjeux de la santé mentale ne sont pas subsumés sous la seule maladie mentale : ils incluent désormais la détresse psychologique et la santé positive » (page 29).

Il est important de définir très clairement et de distinguer : la santé mentale positive, la détresse psychologique réactionnelle, les troubles psychiatriques, le champ de l'addictologie, les maladies mentales sévères et durables et de reconnaître la spécificité de la psychiatrie.

Le handicap psychique et le handicap cognitif des cérébrolésés sont reconnus dans la loi du 11 février 2005 : ils doivent figurer dans le PSRS.

La psychiatrie est absente de ce projet de PSRS alors même que les problèmes rencontrés sont nombreux et le sous-équipement médico-social criant dans notre région.

Le document doit définir des objectifs stratégiques clairs :

- Améliorer la prise en charge de ces maladies : prévention, dépistage précoce, accès aux soins, continuité des soins, traitement de l'urgence, parcours de soin en lien avec le somatique, etc....
- Evaluer les besoins sur le territoire en services et structures sociales et médico-sociales pour enfants, adolescents et adultes.
- Développer des actions de soutien et de formation pour les aidants familiaux.
- Renforcer la lutte contre la précarité et l'exclusion.

La psychiatrie est un enjeu majeur de santé publique. La prise en charge des maladies mentales ne se limite pas à l'hospitalisation : pas de soin sans accompagnement et pas d'accompagnement sans soin.

▪ **L'action de soutenir et de former les aidants familiaux n'est pas reprise dans le PSRS**

Lorsque l'on considère l'évolution des maladies au long cours, en gériatrie, dans les maladies chroniques, en psychiatrie ou dans les autres domaines, il est primordial de prendre en compte les aidants de proximité non professionnels, les aidants familiaux.

Les aidants accompagnent le parcours de ces personnes souvent au quotidien et sont principalement des membres de la famille.

L'épuisement physique et la fatigue morale sont les principales conséquences négatives associées au rôle de l'aidant.

Les aides apportées à la personne, quel que soit son âge, varient selon la situation du handicap. L'accompagnement par les aidants familiaux va de l'assistance à l'incitation à faire dans de nombreux domaines.

Son rôle est déterminant pour notre société et doit être inscrit très clairement dans le PSRS. Dans « le guide du promoteur en prévention et promotion de la santé 2011 » - Agence Régionale de Santé - une action est de soutenir et former les aidants familiaux et de renforcer leur formation (pour la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées).

L'action de soutenir et de former les aidants familiaux n'est pas reprise dans le PSRS et devrait être reprise plus globalement pour tous les aidants familiaux.

▪ **Le recrutement des personnels est une préoccupation majeure**

Concernant la situation démographique des professionnels de santé, le Plan Stratégique Régional de Santé pose le constat que la région Ile de France a une densité médicale et paramédicale élevée sauf pour la médecine de ville et les infirmières libérales.

Les chiffres ne sont certainement pas contestables par rapport aux ratios nationaux mais la réalité de terrain donne un éclairage très différent.

Il est certain que la densité en médecins de ville et en IDE libérales est très faible, voire très inquiétante sur certains secteurs géographiques. Ce constat, malheureusement, ne se limite pas à ces deux professions car il peut être élargi à d'autres professions paramédicales, telles que les kinésithérapeutes et les orthophonistes.

Malgré une mobilisation forte de l'Etat pour augmenter le *numerus clausus* des médecins et pour former plus d'infirmières, d'aides-soignants ou autres professions paramédicales, les recrutements médicaux et paramédicaux pour les établissements sanitaires et médico-sociaux restent une source de préoccupation majeure et constante.

Les postes vacants restent nombreux, le recours à l'intérim important pour palier le manque de personnel permanent et, parallèlement, une paupérisation inquiétante du personnel d'hospitalisation s'observe. Le nombre d'offres d'emploi proposé par les établissements sanitaires et médico-sociaux atteste de cette situation qui reste très tendue en Ile de France.

▪ **Les Contrats Locaux de Santé (CLS) doivent être mieux explicités dans le PSRS**

Un kit national des Contrats Locaux de Santé est en cours d'élaboration. Il devra définir les modalités pratiques de mise en place d'un CLS avec la présentation des périmètres possibles, les modalités d'élaboration, le pilotage, etc....

Le Plan Stratégique Régional de Santé devrait donc synthétiser ce qui se trouve dans le kit et le projeter sur la région ainsi que définir sur quels critères la région Ile de France rend éligible un territoire :

- Comment doit-on lire « La priorisation obéit *notamment* à des critères de gravité (indicateurs d'état de santé *ou* de niveaux de vie) *et* de faisabilité (présence de relais locaux et volonté politique » (p.93) Comment doit-on interpréter le « notamment », le « ou » et le « et » ?
- Le terme d'Eligibilité renvoie-t-il à un texte législatif ? si oui, lequel ? Décret d'application... ? Quand est paru ce texte législatif précisant les modalités de sélection, d'observation, de décision... ?
- Est-ce sur la simple manifestation des élus de communes ou d'intercommunalités comme on peut le croire en lisant la dernière ligne du chapitre CLS (p.94) ?

Peu de communes ou d'intercommunalités ont mis des moyens pour une observation locale de santé. Comment doit-on lire « le développement de l'observation territoriale de la santé est un préalable indispensable afin d'assurer un suivi de l'impact des actions mises en place » ? L'ARS a une direction stratégique en régional avec des personnes chargées de l'observation. Quelle est la place de l'ORS ? Comment articuler l'observation qui peut se réaliser en régional, en départemental (territoire de santé), en communal, voire par quartier ?

Ce dispositif de ciblage des ressources ou des financements en direction des territoires prioritaires visera à aborder à la fois les facteurs de risque, les déterminants, les populations, les milieux de vie (environnement, habitat, travail) et la structuration de l'offre de soins et de services.

La dimension de ces territoires de proximité prioritaires pourra être variable, allant du quartier à une ville ou à une communauté de communes.

- Comment l'ARS va aborder les notions d'aménagement du territoire, de l'habitat, du travail avec les collectivités locales ? Plan local d'Urbanisme, Plan local de l'habitat etc... Comment intégrer la notion de Responsabilité Sociétale des Entreprises (travail avec les entreprises localisées sur le territoire) ?
- Quelques lignes plus loin, comment lit-on : « Les démarches de construction territorialisée des CLS assureront la prise en compte des problématiques de santé publique dans les projets d'aménagement et de développement des territoires portés par les élus, sachant que la santé est fortement déterminée par la qualité de ce développement. »

A quel niveau se fait « la démarche de collaboration avec les préfets et notamment les directions de la cohésion sociale » ? Régional, départemental, local ? Tout ensemble ?

Nulle part, est écrit comment animera l'ARS l'ensemble des CLS d'un territoire de santé (département) ? Les CLS seront-ils intégrés dans un projet global en interaction avec leurs territoires voisins ou seront-ils uniquement des outils de grande proximité ?

Par exemple, si une action portée par le CLS concerne l'offre de soins ambulatoires avec la mise en place de services ou de structures locales, l'ARS devra être en mesure de savoir comment les autres villes voisines (ou quartiers) pourront utiliser cet outil et de dire s'il y a d'autres projets voisins...

Quel rôle a la Conférence Territoriale de Santé ? Sera-t-elle uniquement informée de la mise en place ? Donnera-t-elle un avis préalable à la signature ? Pourra-t-elle avoir un regard global ? Avec quels moyens pourrait-elle juger de l'opportunité ou non d'un CLS ?

Quelle place doit-on, peut-on ou ne peut-on pas donner entre CLS et Contrat de territoire qui doit « structurer une gouvernance territorialisée » ?

Quelle articulation doit-on, peut-on ou ne peut-on pas mettre en place entre CLS et Contrat de territoire « mettant en œuvre la notion de transversalité et la nécessité de définir des territoires opérationnels de déclinaison de l'action de l'ARS » ? En effet sont évoqués centres de santé, pôles santé multi-sites qui pourraient aussi faire partie d'action à mettre en place sur un territoire tel que quartier, ville ou intercommunalité.

Un Contrat de territoire « est fondé sur un projet par parcours de santé ». « Ce n'est pas un nouvel outil : c'est une nouvelle démarche » Laquelle ?

▪ **Les Yvelines : Territoire avec de fortes inégalités de santé**

Les Yvelines sont qualifiées de « territoire aisé ».

Les départements de la grande couronne ont une problématique propre avec de fortes inégalités de santé dans certains infra-territoires. Pourtant quelques communes présentent des problématiques de santé en rapport avec les difficultés sociales de leurs habitants.

Par exemple, dans la communauté d'agglomération de Saint-Quentin en Yvelines, les hommes vivent en moyenne 7 ans de plus à Voisins le Bretonneux qu'à Trappes.

Des populations ciblées du Mantois et de la ville nouvelle de SQY ont, du fait de leur précarité, une couverture sanitaire ou médico-sociale inférieure aux populations urbaines intégrées.

Dans certaines zones rurales de l'ouest du département, affectées par une densité médicale très faible, une organisation coordonnée entre les médecins libéraux a été mise en place pour assurer la permanence des soins de premier recours pour les populations.

Ces inégalités infra-territoires devraient ressortir de façon plus précise au niveau du PSRS en prenant plusieurs exemples, car elles sont la condition d'une mise en œuvre équilibrée des CLS, des actions de prévention ou des efforts à porter pour la médecine ambulatoire.

Sans pouvoir être exhaustifs, les poches de précarité sur le territoire des Yvelines sont : Saint-Quentin en Yvelines, Mantes la Jolie et la Ville, Chanteloup-les-Vignes, Achères, Carrières sur Seine, Carrière sous Poissy, Ecquevilly, les Mureaux, Limay, Meulan, Plaisir, Poissy, Saint-Cyr l'Ecole, Sartrouville et Vernouillet.

Autre exemple, l'équipement en FAM-MAS Ile de France est de 0,51 pour un taux national de 0,64 et on retrouve ce sous-équipement en Yvelines.

Les Yvelines, comme le Val d'Oise sont un département de transit privilégié de la communauté Rom dont la couverture sanitaire est très faible, en particulier pour les enfants.

Les Yvelines sont particulièrement touchées, comme l'Essonne par le sur-vieillessement de sa population (+ 39 % pour les + de 75 ans / 26 % en IDF).

▪ **Une éducation thérapeutique structurée entre la ville et l'hôpital inscrite dans le PSRS**

Le document soumis à concertation pointe de manière très argumentée le poids croissant des pathologies chroniques, tant chez l'enfant que chez l'adulte. Cette réalité incontournable, qui s'inscrit durablement dans le temps, requiert des adaptations substantielles du parcours de soins des patients. Elle donne un éclairage cru sur l'insuffisance du dispositif de prévention et sur le manque de coordination entre la ville et l'hôpital auquel notre région n'échappe pas.

L'éducation thérapeutique est un levier particulièrement sensible d'amélioration. En effet, une éducation thérapeutique structurée a pour objectif une meilleure autonomisation du patient, un parcours de soins plus lisible, une réduction des hospitalisations potentiellement évitables, une meilleure observance thérapeutique. Force est de constater que des initiatives souvent innovantes voient actuellement le jour, le plus souvent en milieu hospitalier, parfois dans la communauté. Des efforts devraient être faits pour réunir les acteurs hospitaliers et ambulatoires autour de la constitution d'ateliers thérapeutiques concernant les maladies chroniques les plus fréquentes : hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, obésité, diabète, asthme...

La synergie entre les acteurs de la ville et de l'hôpital doit être vigoureusement promue pour au moins deux raisons :

- Les ateliers d'éducation thérapeutique collectifs impliquent un investissement fort des soignants, d'abord en matière de formation, puis de temps dédié à une activité que tout le monde reconnaît comme pertinente sur le plan clinique mais dont le mode de facturation reste obscur. Un tel investissement réclame en retour qu'un nombre important de patients puisse en bénéficier. Cet objectif n'est réalisable que si ces ateliers sont nourris par un double recrutement, à partir des praticiens hospitaliers et ceux de la ville. Il s'avère que, trop souvent, cela n'est pas le cas.

Des ateliers d'éducation thérapeutique, parfaitement structurés et répondant aux recommandations de bonnes pratiques promues par la HAS, ne bénéficient qu'à un petit nombre de patients, au ciblage trop souvent aléatoire.

- Il est important que les ateliers d'éducation thérapeutique soient co-construits par des praticiens de la ville et des établissements de santé. En effet, cette implication des différents acteurs permet d'éviter que des messages contradictoires entre la ville et l'hôpital puissent être reçus par des patients sur les sujets les plus sensibles de gestion de leur maladie au quotidien. Le souci d'une harmonisation des recommandations est l'un des facteurs clés de succès d'un parcours de soins fluide. L'évaluation annuelle de ces ateliers devrait également être faite conjointement par les médecins ambulatoires et hospitaliers.

En résumé, il nous semble que le PSRS serait fondé à promouvoir des initiatives innovantes regroupant acteurs hospitaliers et ambulatoires autour de l'éducation thérapeutique.

▪ **Le rôle des associations de terrain doit apparaître dans le PSRS**

Le document proposé est long, sa déclinaison paragraphe par paragraphe consiste en une succession de « bonnes intentions » dont les maîtres mots sont : « transversalité, évaluation, budgets contraints, rationalité..... ». Néanmoins, sa base d'information statistique est intéressante, ce qui laisse augurer des débats riches sur des fondements sérieux.

Ainsi, parmi la diversité des registres proposés, les publics précarisés sont souvent évoqués, les conditions sociales ayant une correspondance directe avec l'état de santé en général des populations. Force est de constater que la santé des personnes s'altère lorsque s'accroît leur précarité. D'ailleurs, dans ce sens, la loi Hôpital, Santé, Territoire de Janvier 2009 assigne aux Agences Régionales de Santé, notamment, de «garantir l'efficacité du système de santé en veillant à assurer l'accès aux soins de santé et aux services psychosociaux des personnes en situation de précarité ou d'exclusion».

La dimension sociale des pathologies rend nécessaire une coopération étroite entre intervenants sanitaires et sociaux. « L'accompagnement santé » implique aujourd'hui un changement profond entre acteurs sanitaires et sociaux qui doit aller au-delà de l'accès aux spécialistes des soins.

Pour ce registre, les services sociaux des collectivités (Communes, Départements....) sont bien repérés dans le texte et à juste titre.

En revanche, le secteur Associatif reste très largement sous évoqué alors qu'il est un partenaire incontournable dans la Lutte Contre les Exclusions et l'accompagnement des malades depuis de nombreuses années.

En effet, de plus en plus d'Associations mettent en place des actions d'accès aux soins, d'entretien des droits, de mise à jour des dossiers, d'éducation pour la santé et de prévention. De la même manière que des travailleurs sociaux se sont spécialisés dans des actions d'insertion par l'économique ou d'accès au logement, des référents-santé prennent en charge cette question spécifique.

Par voie de conséquence, la dimension sociale des pathologies rend nécessaire une coopération étroite entre intervenants sanitaires et sociaux. « L'accompagnement santé » implique aujourd'hui un changement profond entre acteurs sanitaires et sociaux qui doit aller au delà de l'accès aux spécialistes des soins.

▪ **Le PSRS, les personnes en situation de handicap et la mise en place de la loi handicap de février 2005**

Le PSRS n'est pas suffisamment précis sur l'offre de soins concernant les usagers âgés ou présentant un handicap, deux catégories d'usagers qui nécessitent une attention particulière.

Le PSRS devrait insister fortement sur le respect de la loi de février 2005 afin de garantir une offre de soins accessible à toutes les formes de handicap, moteur, mental, sensoriel, psychique.

Cela signifie que toutes nouvelles structures d'accueil sanitaires ou médico-sociales et les équipements techniques doivent intégrer le réflexe « handicap », notamment en terme d'accessibilité et d'utilisation des matériels.

La systématisation de la formation des personnels de santé à l'accueil de ces usagers doit être prévue.

L'incitation forte à faire respecter aux responsables de structures existantes leurs obligations en matière d'accessibilité devrait être inscrite dans le PSRS.

L'ARS se devrait de refuser tout investissement ou toute autorisation de fonctionnement aux projets qui ne présentent pas une offre de soins acceptable à ces catégories d'usagers.

Par ailleurs la Réadaptation professionnelle constitue un levier incontournable de l'insertion des personnes handicapées en milieu ordinaire de vie. Or, cette dimension de la Réadaptation n'est pas prise en compte dans le PSRS. De plus, en terme d'inégalité de l'offre, le département des Yvelines est dépourvu de structures visant à répondre, plus spécifiquement et en complémentarité des formations de droit commun, à cette problématique.

A l'exception d'une structure de pré-orientation (CPO), aucun Centre de Réadaptation Professionnelle (CRP) n'existe sur le département. Faute d'un CRP qui permettrait d'offrir des formations qualifiantes adaptées aux besoins du public handicapé, s'agissant notamment du handicap sensoriel et moteur, les personnes reconnues travailleurs handicapés par la CDAPH sont souvent contraintes d'abandonner leur projet de formation. En lien avec la MDPH, il s'agirait, enfin, de permettre de mieux répondre à l'obligation des entreprises de plus de 20 salariés de recruter des Travailleurs Handicapés à hauteur de 6 % de l'effectif total, en adéquation plus pertinente avec les besoins du Territoire.

Ainsi, seraient accrues les chances de l'insertion de ces personnes en milieu ordinaire du travail.

Concernant les personnes handicapées vieillissantes, les modalités de l'analyse des besoins d'accompagnement ne sont pas évoquées.

La prévention du vieillissement prématuré des personnes handicapées n'est pas évoquée, cela va de paire avec la formation médicale nécessaire pour la prise en compte des risques propres à chaque handicap comme des risques généraux liés au vieillissement, auxquels sont particulièrement exposées les personnes handicapées fragiles.

Les schémas départementaux du handicap comme les schémas gérontologiques devraient être mentionnés en référence.

▪ **La filière gériatrique et les situations complexes en gériatrie absentes du PSRS**

L'approche du vieillissement retenue dans le PSRS est réductrice.

Elle se limite pratiquement aux aspects médico-sociaux. Il est nécessaire d'insister sur le rôle du médecin traitant qui se trouve au cœur du dispositif.

Mais qu'en est-il de la problématique sanitaire ? La circulaire DHOS de 2007, concernant les filières gériatriques, n'est pas abordée. Quel est le bilan de leur mise en place et de leur fonctionnement ? Quelles sont, à partir des constats de terrain, les perspectives de développement qui pourraient être envisagées ? Est-il prévu de labelliser d'autres filières gériatriques en région Ile de France ?

Le PSRS aborde le sujet des hospitalisations inadéquates.

La seule proposition de médicalisation des EHPAD est insuffisante. En effet, il faut étudier les motifs de certaines hospitalisations, à partir du domicile, qui reflètent bien souvent une carence organisationnelle du secteur extrahospitalier, source de dépenses abusives (HCAAM).

Deux éléments de réponse :

- le repérage des situations complexes, caractérisées par une intrication de problèmes médicaux, souvent chroniques et de problèmes sociaux.
- la promotion de l'évaluation gérontologique qui permet la prise en compte de ces différents aspects et l'aide à une décision adaptée.

Mais il conviendrait aussi de réfléchir sur les sorties d'hospitalisation avec des retours trop rapides à domicile, faisant courir un risque de ré-hospitalisation si les aides sont insuffisantes ou mal organisées.

Je reste à votre disposition ainsi que les membres du bureau de la Conférence de Territoire 78, pour vous expliciter les différents points développés.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de mes respectueuses salutations.

Cécile SPENDER

Présidente de la Conférence
de Territoire du 78