

Le projet de PSRS proposé à la Conférence de Territoire a suscité les réflexions et propositions suivantes.

### **Première réflexion : de quel Homme parle le PSRS ?**

Les ARS ont été mises en place en raison du caractère très insatisfaisant de l'organisation des réponses apportées aux questions de santé. Ce caractère très insatisfaisant est lié à deux ordres de questions :

- Des questions organisationnelles qui semblent, à tous, prioritaires : on déplore les dysfonctionnements d'un système dont les cloisonnements constituent l'héritage des solutions partielles mises en place au fur et à mesure de l'abord des questions de santé sous un angle spécifique. Il apparaît très clairement que la gestion de cet héritage est et sera très lourde si elle se limite à améliorer ou mettre en place les rouages pourtant nécessaires. Car les questions conceptuelles, en raison de leur caractère restructurant, ne peuvent être délaissées même si la tendance spontanée invite à les remettre à demain.
- Ces questions conceptuelles portent sur la définition de la santé, et par conséquent sur ce que l'on appelle « le système de santé ». Certes le projet de PSRS rappelle que la connaissance des déterminants de santé (des conditions de vie : lien social, travail, logement, aux conditions de soin et d'accompagnement...) oblige à mobiliser l'ensemble des acteurs en question...Mais ce qui devrait être un premier principe guidant l'action non seulement de l'ARS mais de tous : « *agir ensemble sur les déterminants de santé afin que le plus grand nombre soit en bonne santé le plus longtemps possible, en diminuant les inégalités de santé* » devient dans le projet de texte du PSRS « *investir dans la prévention pour éviter les soins inutiles* ». Et, conséquemment, le premier objectif stratégique concerne le parcours de santé et prioritairement l'entrée « au bon moment » dans le système de santé.

Certes, on peut juger pertinent que le PSRS centre ses priorités sur les déterminants sur les leviers desquels l'ARS a autorité et responsabilité. Mais ne risque-t-on pas alors de juger secondaires les coopérations dont le législateur a affirmé l'importance (avec la santé au travail, la santé scolaire et universitaire, le logement, etc) ? Ne risque-t-on pas de transformer ces questions très déterminantes (pour la santé) en questions subséquentes<sup>1</sup> ?

Un tel risque est majeur pour trois raisons principales :

La première raison est que le poids des drames et des souffrances liés aux maladies, aux situations de handicap et de grandes dépendances, est tel qu'il mobilisera toujours l'essentiel des questions et des énergies. Il s'agit moins d'un choix que d'un fait : promouvoir la santé, par définition, n'appartient pas à l'urgence.

---

<sup>1</sup> De fait, dans le projet de texte du PSRS, « la politique de santé partagée avec tous » n'est pas le premier mais le troisième objectif stratégique.

La deuxième raison est liée au jeu des acteurs et des institutions. Car si l'on peut saluer l'idée suivante : *« parce que les déterminants de santé sont multiples, ils appellent une mobilisation de tous les acteurs en région, mobilisation que l'ARS a pour mission d'orchestrer »*, on est en droit de craindre ces concerts où manquent et les musiciens invités et la partition commune !

La troisième raison concerne précisément la partition commune, autrement dit la vision qu'il est nécessaire de partager pour avoir quelque sérieuse chance de dépasser les obstacles du cloisonnement et des jeux d'acteurs et d'institutions.

La Conférence juge que cette vision concerne celle de l'Homme avant celle du système et de ses dysfonctionnements. Au cours des débats de la Conférence, il est apparu que la personne dont le projet de PSRS parle est :

- une personne malade,
- un être humain malade plus qu'handicapé,
- un homme et une femme, malades au point que semblent confondues vieillesse et maladie...

Cette vision explique pourquoi, comme cela vient d'être dit, le premier objectif stratégique est celui de l'entrée « au bon moment, au bon endroit » dans un parcours de santé...parcours vis-à-vis duquel le rêve de pouvoir s'en dispenser semble toujours possible à chacun !

L'inconvénient d'un tel rêve est qu'il porte la marque de la séparation entre bien portants et malades, séparation certes commode ou rassurante pour l'esprit des biens portant !

Séparation dont on connaît les difficultés de localisation (où se trouvent les frontières ?) et la quantité d'énergie, d'experts et de moyens mobilisés pour départager les populations de part et d'autre de critères d'éligibilité dont les effets de seuil ont leur lot de victimes<sup>2</sup> !

Cet effort de séparation, apparemment incontournable, empêche de concevoir la prévention comme *« un ensemble de dynamiques favorisant la santé...de tous...y compris des « mal-portants » pour lesquels il convient d'ajouter soins et accompagnements spécifiques... »*

De fait, ce premier cloisonnement (bien portant/mal portant), à la charnière duquel se situe l'objectif stratégique *« d'entrer dans le système de santé au bon moment au bon endroit »* nécessite d'être pris en compte afin d'en diminuer les inconvénients. Il importe donc d'abord de savoir à quel homme, à quelle femme, s'adresse le PSRS !

---

<sup>2</sup> A ces effets néfastes des effets de seuil s'ajoutent les effets délétères des changements de catégories (handicap/dépendance)...

## **Première proposition : partager une vision simple de l'Homme comme être en processus continu d'adaptation.**

La Conférence propose de partir d'une vision (simple) de l'être humain, qu'il soit en bonne santé, malade ou handicapé, comme être en processus continu d'adaptation. Faciliter ces processus d'adaptations par des mesures portant sur la personne et sur son environnement peut alors être retenu comme principe d'action et de mobilisation de moyens, indépendamment de la nature et de l'appellation de ces moyens ou de leur appartenance à telle ou telle catégorie de financement !

Ex : bien des personnes âgées décédées lors de la canicule de l'été 2003 n'étaient pas malades mais ne pouvaient s'adapter aux conséquences de la température de leur logement. On sût dès l'été suivant prévenir ces désadaptations, quelque soit le « label » (sanitaire, médico-social ou social) des actions entreprises.

La Conférence pense que le partage de cette vision, simple, *d'avoir à faciliter des processus d'adaptations de l'être humain en bonne santé, malade ou handicapé*, permettra au PSRS de situer ses perspectives dans une logique d'invention et de créativité. Sans un vigoureux appel à ces perspectives le PSRS risque de se limiter à réclamer la mise en place d'un ensemble de mesures censées corriger les dysfonctionnements d'un système dont les fondements portaient sur d'autres logiques et sur une autre épistémologie des connaissances en santé.

## **Deuxième réflexion : quelle est la méthodologie de structuration du PRS à partir du PSRS ?**

La Conférence s'inquiète des effets peu mobilisateurs d'un texte qui revêt l'apparence du complet mais dont la lecture ne permet pas d'en retenir les lignes de force et la cohérence d'action. Et le risque d'un texte à destinée incantatoire a pu être évoqué.

Ainsi, le projet de texte de PSRS ne semble pas prioriser ni dans le temps, ni en terme de moyens, les objectifs stratégiques qu'il propose<sup>3</sup>.

La Conférence a déploré l'absence de lien repérant entre les conclusions du diagnostic territorial et la définition des objectifs stratégiques. Car cette absence pèse sur la visibilité, et le partage, d'une véritable dynamique perçue dès le PSRS et permettant d'envisager les étapes de la construction du PRS en termes opérationnels.

De fait, le projet de texte de PSRS ne définit pas la méthode de transformation, de traduction, de déclinaison ou, mieux encore, de construction des objectifs stratégiques en objectifs opérationnels.

---

<sup>3</sup> A moins de considérer comme indice de priorisation l'ordre dans lequel ces objectifs apparaissent.

Ce silence est d'autant plus regrettable que le PSRS est muet sur la place concédée, ou réclamée, au débat démocratique dans la définition des priorités opérationnelles. Ceci est d'autant plus surprenant que l'ARS a signé un CPOM dont les objectifs opérationnels sont extrêmement précis.

**Deuxième proposition : que le PSRS précise les responsabilités des différentes instances dans l'élaboration des politiques territoriales, dans la concertation nécessaire à la définition des priorités, dans la préparation des objectifs opérationnels, dans leur mise en œuvre accompagnée de l'ajustement des moyens nécessaires et dans l'évaluation de cette mise en œuvre.**

### **Troisième réflexion : comment améliorer le diagnostic territorial ?**

La Conférence a apprécié que le projet de texte de PSRS cite de nombreux éléments de diagnostic concernant les besoins et l'offre. De nombreux membres, chacun dans leur domaine d'expertise, en ont cependant souligné les limites, ou les inexactitudes, et en ont regretté les manques<sup>4</sup>.

A titre d'exemple, pour ce qui concerne les besoins :

- le cloisonnement des systèmes d'information ne permet guère de repérer l'incidence et la prévalence des situations de cumul tant en terme de maladies/handicap/dépendance qu'en termes de facteurs de risques d'inégalité de santé
- les populations les plus précaires échappent d'autant plus à la quantification que leurs critères de repérages (CMU...) sont hélas déjà critères d'une certaine insertion (par l'accès aux droits, consécutifs à des actions non repérées en tant que telles) ;
- les conséquences de la crise économique qui touche de plein fouet l'accès au soin (lenteur à l'ouverture des droits, absence de mutuelle complémentaire) ne sont pas quantifiées ;
- les données concernant les personnes handicapées sont trop partielles pour être explicites ; elles alternent d'ailleurs selon les types de handicap, incidence et prévalence, ce qui ne permet guère d'avoir une représentation de la grandeur du problème ;
- l'absence de données sur les personnes âgées dépendantes parisiennes qui ne peuvent trouver une place en EHPAD qu'à une très grande distance de Paris est préjudiciable à l'appréciation de ce déracinement qui leur est imposé ainsi qu'à leur entourage ;
- la nécessité de prendre en compte les raisons pour lesquelles une personne s'engage (ou ne s'engage pas) dans un parcours de santé fait aussi partie des éléments diagnostiques incontournables ;

---

<sup>4</sup> Manques dont certains sont soulignés dans le projet de texte du PSRS.

## PROPOSITIONS de la CONFERENCE de TERRITOIRE de SANTE de PARIS pour le PROJET STRATEGIQUE REGIONAL de SANTE

- la prévalence des maladies mentales sévères n'est pas explicitée, de même que celle du recours à la psychiatrie pour des affections moins sévères ;
- les conséquences en terme de besoins de soins des migrations quotidiennes à forte dominante centripète (900 000 personnes viennent chaque jour à Paris, 300 000 en sortent) et de l'afflux touristique (plus de 27 millions de touristes par an) sont peu ou pas envisagées.

Et, à titre d'exemple, pour ce qui concerne l'offre :

- celle-ci n'est pas référée aux besoins mais à des moyennes nationales ou régionales dont on ignore si elles sont à la hauteur des besoins
- l'état de délabrement de certaines composantes de l'offre n'apparaît pas (ex : les services d'aide à domicile)
- de même les données concernant les médecins ne sont pas placées dans une perspective prospective, alors même que des informations sont disponibles sur leur pyramide des âges et sur les aspirations des jeunes médecins

### **Troisième proposition : améliorer le diagnostic territorial en le complétant avec les données disponibles, dans une visée prospective, afin de faciliter la priorisation des objectifs territoriaux.**

La Conférence de territoire ne pourra valablement débattre des grandes priorités et être source de propositions opérationnelles pertinentes qu'en améliorant sa connaissance du diagnostic territorial. Outre la prise de connaissance des différentes données existantes, connues par, ou à la disposition, des membres de la Conférence, cette amélioration passera nécessairement par une réflexion sur la qualité des outils de mesure des besoins, et notamment sur une compatibilité des systèmes d'information (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) permettant de croiser les informations pour arriver à de véritables diagnostics de la situation de la population.

Les spécificités même du territoire (mouvements et densités de population) nécessitent de repenser des notions telle que celle de la proximité.

### **Quatrième question : comment appréhender la question des inégalités de santé dans une perspective active et plus seulement « contemplative » ?**

Les éléments du diagnostic territorial doivent aussi prendre en compte les déterminants de santé autres que les questions d'accès au système de santé. Les travaux sur les inégalités de santé permettent de connaître ces déterminants sur lesquels toute action isolée est d'autant plus vouée à l'échec qu'elle est ponctuelle. Ces actions sont de deux natures différentes : d'une part promotion de la santé (ex : lutte contre l'isolement, amélioration de la santé au travail) d'autre part prévention (conseil en santé et détection précoce)

#### **Quatrième proposition :**

- 1- participer à la construction d'une vision partagée des facteurs environnementaux, sociaux, relationnels, contribuant à construire la santé d'une population**
- 2- et considérer la prévention comme une mission de service public, tant dans ses aspects de conseil en santé que de détection précoce**

### **Cinquième question : comment à partir d'un diagnostic territorial amélioré, construire des objectifs stratégiques territoriaux se traduisant en objectifs opérationnels diversifiés et coordonnés ?**

L'interdépendance des actions à mener pour soigner et accompagner des situations complexes est largement connues tant par les usagers et leur entourage que par les professionnels qui butent tous sur la divergence des logiques et des cinétiques d'action et de gestion des différents systèmes pris isolément.

A titre d'exemple, un objectif stratégique tel que le maintien à domicile de la personne âgée qui le souhaite, doit se traduire en au moins trois objectifs opérationnels : le sauvetage du secteur de l'aide à domicile, la formation de ses professionnels et l'adaptation du domicile. Comment en pratique harmoniser ces trois types d'action ?

**Cinquième proposition :**

- 1- favoriser les appels à projets de parcours permettant de mobiliser les différents objectifs opérationnels d'un objectif stratégique territorial**
- 2- ce qui revient à favoriser des concentrations transversales à l'échelle d'un sous-territoire (quartier) plus qu'une concentration « en tuyau d'orgue » par type d'activité (EPHAD, Hôpital, etc)**
- 3- et nécessite de proposer des facilités de gestion aux acteurs qui agiraient dans une dimension transversale en proposant une offre diversifiée autour d'un même objectif.** Ces facilités de gestion leur permettant de piloter un ensemble transversal sans gaspiller temps et moyens dans le cloisonnement gestionnaire.

**Sixième question : comment améliorer chez les professionnels la perception de la complexité des situations afin de favoriser la pertinence de leurs actions ?**

L'état très insatisfaisant de notre système de santé n'est pas lié à une mauvaise volonté des professionnels. C'est toujours la méconnaissance de certains besoins et des éventuels appuis disponibles qui conduisent usagers et professionnels dans des situations d'impasse voire de catastrophe.

**Sixième proposition : mettre en place, à une échelle territoriale pertinente, des formations impliquant l'ensemble des professionnels concernés avec les associations d'usagers et les aidants naturels, formation destinée à mieux appréhender les besoins, les logiques, les opportunités et les contraintes de chacun.**

La Conférence cite, à titre d'exemple l'initiative suivante :

Pour palier certaines carences en matière de relations médecin-patient, un certain nombre de Facultés de Médecine se sont engagées sur la voie d'une véritable coopération pédagogique entre les usagers et les enseignants des Facultés de Médecine. C'est ainsi qu'une expérience pilote devrait débiter à l'Université Pierre et Marie Curie à Paris 6, pour véritablement intégrer certains usagers à la formation pédagogique des étudiants. Il s'agit d'un programme du type « patient formateur » qui peut être une voie pertinente pour améliorer la relation acteurs de santé et usagers. La conférence de Territoire se propose de suivre cette évaluation.

Fait à Paris, le 24 mai 2011

le Président de la Conférence de Territoire 75