



Le Président

Marseille, le 14 juin 2018

Monsieur le Directeur général,

Conformément à la réglementation, vous avez saisi la CRSA sur le Projet régional de santé 2. La Conférence avait déjà été, et à plusieurs reprises, tenue informée du déroulement des travaux menés par votre Agence. Cela nous a permis de travailler plus facilement sur ce projet.

Vous trouverez ci joint l'avis émis par la CRSA dans sa séance plénière du 5 juin 2018. Cet avis contient des observations de diverses natures, qu'elles soient générales ou plus spécifiques à tel ou tel aspect du PRS. Les avis émis par chacune des commissions font intégralement partie de la position de l'assemblée plénière. Ces travaux ont bénéficié du soutien logistique important de vos services, et je tiens à les en remercier.

La Conférence a insisté sur sa demande forte, de connaître la suite que vous donnerez à cet avis. Elle vous en remercie d'avance. Enfin, comme pour le PRS1, la Conférence souhaite vivement être associée aux travaux de suivi et d'évaluation.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, en mon cordial souvenir.

Le président de la CRSA PACA



Christian Dutreil



— Secrétariat de la Conférence Régionale
de la Santé et de l'autonomie Provence-Alpes-Côte d'Azur

— Courriel : ARS-PACA-DEMOCRATIE-SANITAIRE@ars.sante.fr

— Téléphone : 04 13 55 83 72

— Télécopie : 04 13 55 85 09

AVIS DE LA CONFERENCE REGIONALE DE LA SANTE ET DE L'AUTONOMIE SUR :

Le Projet Régional de Santé 2 2018-2023

Destinataire | Le directeur général de l'agence régionale de santé

Pour information | Avis public

L'Agence Régionale de Santé Provence Alpes Côte d'Azur finalise l'élaboration de son second projet régional de santé (PRS 2), qui donne le cadre et les orientations de la politique de santé pour les 5 prochaines années.

Il s'inscrit dans les différentes stratégies et plans de santé : SNS, SNSS, et Plan de Santé Publique.

Au terme de la procédure fixée à l'article R.1434-1 du code de la santé publique, ce projet est soumis à une consultation réglementaire de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) d'une durée de 3 mois, ouverte du 15 mars au 15 juin.

Son avis s'appuie sur les contributions apportées par chacune de ses quatre commissions spécialisées, la CSDU, la CSPAMS, la CSP et la CSOS, qui se sont toutes réunies à une ou deux reprises durant la période de consultation.

Chaque commission spécialisée a rédigé une synthèse de ses observations, adossées au présent avis.

Au terme de ces travaux, la CRSA émet les observations suivantes :

La CRSA tient en premier lieu à souligner le travail de concertation mené par l'ARS pour élaborer son projet régional de santé. Au travers notamment des Instances Collégiales Régionales, de la démarche Agoras et des instances de démocratie en santé, l'ARS a associé depuis mars 2017 un grand nombre d'experts et de partenaires régionaux pour construire la feuille de route que constitue le projet régional de santé 2018-2022.

Si le second PRS de la région Provence Alpes Côte d'Azur dessine une véritable stratégie de transformation de notre du système de santé, la CRSA et ses commissions spécialisées souhaitent mettre en exergue plusieurs remarques et observations générales et des suggestions concernant les domaines de la prévention, du médico-social, de l'ambulatoire et du sanitaire.

1 / La CRSA relève que la philosophie du projet, et en particulier les chapitres consacrés à la structuration de l'offre de santé et aux ressources humaines en santé, reste trop axée sur une approche sanitaire ; les références au médico-social et à la prévention y sont insuffisamment développées.

La conférence propose ainsi d'intégrer quelques éléments clés dans chaque partie du document permettant de faire comprendre que la santé résulte d'abord des environnements économiques, sociaux et naturels des comportements individuels. Dans ce contexte, il importe de renforcer les actions de prévention primaire dans les parcours et d'intégrer davantage la place des soignants dans l'offre de prévention.

2 / Dans la première partie du document, afin de mieux poser le cadre général de modernisation de l'organisation et du fonctionnement de notre système de santé, la conférence régionale propose de réorganiser le positionnement des axes. Ainsi, les points « Renforcer la place des citoyens / usagers du système de santé » et « Agir Ensemble et autrement : une nouvelle gouvernance des territoires » pourraient être positionnés en amont de l'axe « Structure l'offre de soins ».

Cela permettrait de mettre davantage l'accent sur la démocratie en santé, qui est un axe fort, repris dans toutes les déclarations faites au niveau national et régional.

3/ La CRSA souhaite que les dispositifs de représentation des usagers dans le médico-social soient davantage mis en exergue et que l'ARS s'engage à accompagner les personnes qualifiées à développer leur activité et à favoriser leur visibilité.

4 / La CRSA observe que le volet "systèmes d'information" est très développé ; alors que le thème de l'innovation l'est insuffisamment.

La Conférence régionale propose que soit précisé le rôle de suivi de l'ARS dans le cadre des innovations technologiques et organisationnelles, notamment qu'elle puisse servir d'interface entre "inventeurs et expérimentateurs" et favoriser la diffusion de l'innovation. C'est un rôle nouveau pour l'ARS, porteur d'un engagement fort.

5 / La CRSA propose que soient précisées plus explicitement les modalités de mise en œuvre du PRS 2, en particulier pour la définition des plans d'actions et la mise en place d'un processus d'évaluation comprenant des résultats attendus et les indicateurs de suivi et d'évaluation.

6 / La conférence rappelle que l'organisation du système de santé constitue un élément essentiel d'aménagement du territoire tout en devant respecter l'exigence de qualité et de sécurité des soins. Elle insiste sur la nécessité d'apporter une vigilance particulière à la réalisation des opérations de restructuration (suppression d'activités, regroupement...) et suggère les mesures d'accompagnement suivantes pour étudier leur faisabilité juridique, sociale et budgétaire :

- Disposer d'un dossier très solide sur les motivations de l'opération, détaillant les impératifs de sécurité et de qualité justifiant ce choix, démontrant que la performance économique ne constitue pas le moteur de cette proposition et que l'accessibilité aux soins ne sera pas diminuée.
- Se donner le temps d'entendre toutes les parties prenantes : élus, professionnels, partenaires sociaux, comités de défense, médias, usagers...
- Prévoir d'éventuels plan B.
- Prévoir des contreparties en termes d'organisation, d'investissement.
- Démontrer qu'une suppression d'un service peu performant et son remplacement par une activité répondant à des besoins non couverts est une opportunité.
- Prévoir des mesures pour accompagner les mutations sociales telle que la formation ou la mobilité.

7/ Sur le champ de la prévention :

- La CRSA propose que soit intégré au PRS2 un paragraphe (en préambule) spécifique à la prévention, qui souligne, l'importance de la prévention et de la promotion de la santé dans tous les aspects du PRS2.
- Le Ministère des Solidarités et de la Santé a récemment défini une stratégie nationale de santé sexuelle pour la période 2018-2020 détaillant un certain nombre de mesures prioritaires ; la région Provence Alpes Côte d'Azur est par ailleurs la deuxième région métropolitaine la plus touchée par l'épidémie de VIH.

Dans ce contexte, la CRSA souhaiterait que le volet santé sexuelle du projet ne soit pas uniquement abordé dans le parcours petite enfance, enfants, adolescents, jeunes mais également pour les autres publics et/ou périodes de la vie. Il appartient à l'ARS de déterminer si il y a lieu de définir un parcours santé sexuelle ou de renforcer cette thématique dans les parcours dédiés aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées.

8/ Sur le champ du médico-social, la Conférence relève que trois sujets en particulier devraient faire l'objet d'une attention particulière et être ainsi davantage détaillés :

- La région Provence-Alpes-Côte d'Azur apparaît fortement sous dotée en termes d'offre médico-social, les taux d'équipements restant très loins des taux moyens nationaux. Il apparaît impératif de renforcer cette offre et de faire prendre conscience aux décideurs nationaux qu'un effort doit être fait dans le champ médico-social ;
- Le vieillissement de la population doit être abordé dans toutes ses composantes, en particulier pour les personnes en situation de handicap et les aidants. La spécificité de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes doit faire l'objet de stratégies d'anticipation, de repérage, d'identification des effets de l'âge en sus du handicap, pour apporter des réponses adéquates ;
- Les ambitions sont fortes pour l'inclusion scolaire, il s'agira pour l'Agence de veiller à l'atteinte des résultats escomptés, en travaillant notamment sur l'acceptabilité sociétale ;

9/ Sur le champ de l'ambulatoire :

- Consciente de l'évolution démographique de la population et des professions de santé, la CRSA se préoccupe de l'évolution du nombre de médecins et de la diminution du temps médical disponible. En complément des mesures financières d'aide à l'installation, il appartiendra à l'ARS de trouver d'autres moyens et initiatives pour donner envie aux jeunes praticiens de s'installer, en particulier dans les zones rurales déshéritées et dans les quartiers prioritaires.

10/ Sur le champ du sanitaire :

- La notion de gradation des soins semble abordée presque exclusivement autour des groupements hospitaliers de territoire. La CRSA insiste sur le fait que tout ce qui concerne les GHT doit se faire en lien avec les différents acteurs du terrain, y compris médico-sociaux sinon cela constituerait une inégalité de traitement entre les différents acteurs.
- Les Services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) suggèrent comme le prévoit la réglementation, une mise en cohérence du schéma départemental d'analyse et de couverture des risques (SDACR) et du schéma régional pour chacun des départements de la région. Par ailleurs, l'activité des SDIS dans les transports sanitaires ne semble pas ou peu abordée, il conviendrait, afin de rendre ces prises en charge plus efficaces, de les inscrire dans de nouveaux modes de prise en charge et d'évaluation (chapitre 1.5 et 1.6 du schéma régional de santé : soutenir les coopérations et coordinations entre acteurs ; agir ensemble et autrement : une nouvelle gouvernance des territoires) et dans les chapitres traitant des situations sanitaires exceptionnelles (chapitre 3.2.5 veille sécurité sanitaire et situations sanitaires exceptionnelles) et urgences.

11/ La commission relève qu'un passage du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (paragraphe 4.7, p. 24) présente la situation des personnes en institution de façon très négative, en assimilant la notion du « vivre ensemble » avec une restriction de liberté. La commission demande de modifier ce passage, qui pourrait par ailleurs laisser croire que le PRAPS prône une politique de désinstitutionalisation.

	DIRECTION DES POLITIQUES REGIONALES DE SANTE	
	Observations sur le PRS CSDU du 16 avril 2018 Siège de l'ARS	
MAJ :	Rédigé par : service Démocratie en santé	Validé par :

(Les numéros entre parenthèses renvoient aux paragraphes concernés du PRS)

Observation préalable

La commission souligne un sous-dimensionnement du volet médico-social par rapport au volet sanitaire.
Elle relève également l'absence d'indicateurs qui permettraient une évaluation de la mise en œuvre du PRS.

Sur les orientations stratégiques

Sur le renforcement de l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé (partie I du PRS)

Sur la place des citoyens/usagers (1.2) :

- La commission observe que la position des citoyens usagers tend à être sous-valorisée, notamment dans le domaine du médico-social ;
- La volonté de « Mettre à disposition de la population une information en santé fiable et validée » devrait également être complétée par la notion d'accessibilité ;
- Les dispositifs de représentation des usagers dans le médico-social devraient être davantage mis en exergue ; proposition d'ajouter « L'ARS s'engage à accompagner les personnes qualifiées à développer leur activité et à favoriser leur visibilité » ;
- Proposition de compléter « Faire évoluer la formation des professionnels de santé » (1.2.2.3) par formation continue et qualifiante

Sur l'innovation et les systèmes d'information (1.4) :

- La commission demande que soit ajouté : « L'ARS assurera une vigilance quant au cadre éthique du déploiement des innovations numériques »

Sur la structuration des parcours de santé (partie II du PRS)

En propos liminaire, la commission s'interroge sur l'absence de parcours spécifique dédié à la cancérologie.

Sur les enjeux du parcours des personnes en situation de handicap (2.4) :

- La commission insiste sur les situations d'engorgement au sein des IME et sur la nécessité de mettre en œuvre un « plan qui offre des solutions adaptées » ; la commissions relève

- également le déficit de médecins psychiatres dans ces structures
- Sur la PRIAC, la commission précise que si les objectifs stratégiques sont en adéquation avec les attentes des usagers, il est à noter un manque d'objectifs quantitatifs et des précisions insuffisantes quant aux engagements financiers ;
- Il conviendrait de repenser l'accompagnement des jeunes sortant de dispositifs ULIS par le biais d'un développement significatif des SESSAD professionnel ;

Sur le parcours santé mentale (2.6) :

- La commission souligne le problème d'information des familles sur le dispositif des représentants des usagers dans les hôpitaux psychiatriques. Elle précise que le dispositif sur la *personne de confiance* n'est pas assez connu.
- La commission souhaite que soit ajouté un passage sur la mise en œuvre des bonnes pratiques telles que :
 - La tenue des registres de contention et d'isolement
 - La connaissance du dispositif de personnes de confiance
 - La fiche de liaison

Sur le PRAPS

La commission relève qu'un passage du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (paragraphe 4.7, p. 24) présente la situation des personnes en institution de façon très négative, en assimilant la notion du « vivre ensemble » avec une restriction de liberté. La commission demande de modifier ce passage, qui pourrait par ailleurs laisser croire que le PRAPS prône une politique de désinstitutionalisation.

Diffusion : CSDU

	DIRECTION DE L'OFFRE MEDICO-SOCIALE	
	Observations sur le PRS CSPAMS du 18 avril 2018 Siège de l'ARS	
MAJ : 27.04.18	Rédigé par : secrétariat CSPAMS	Validé par :

(Les numéros entre parenthèses renvoient aux paragraphes concernés du PRS)

Observation préalable

En préalable et d'une façon générale, la commission insiste sur l'insuffisance criante et ancienne, au regard de besoins incontestables et des ratios nationaux, du nombre de places et de structures médico-sociales dans la région Paca.

Sur les orientations stratégiques

Sur la population âgée :

- La commission estime qu'il serait important d'ajouter aux constats et aux prospectives les données sur la population âgée de 85 ans et plus : cette population est en effet fortement utilisatrice du système de santé (1.1.2)
- Sur les axes stratégiques qui découlent des constats et prospectives, la commission considère qu'ils font insuffisamment apparaître la nécessité :
 - o de développer l'offre à partir de celle existante (extension de capacité) (3.1.2)
 - o d'encourager les conversions d'activités sanitaires en activités médico-sociales, en menant notamment une réflexion sur le type d'activités des hôpitaux locaux (3.1.2)
 - o de réaliser un maillage du territoire en offres en santé mentale spécifiques aux personnes âgées (3.1.2)
 - o d'adapter le programme de formation pour les IDE, AS, AES (3.1.3).

La commission relève par ailleurs que les orientations du PRS auront des impacts sur les politiques régionales et départementales, et leur réalisation dépend en partie de l'engagement de l'ensemble des institutions concernées : le PRS doit donc affirmer et intégrer la nécessité d'une coordination des politiques publiques.

Sur le renforcement de l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé (partie I du PRS)

Sur l'accès aux soins de proximité des personnes en situation de handicap (1.1.1) :

- Les consultations dédiées aux personnes en situation de handicap représentent un bon dispositif mais ne répondront que partiellement aux soins de proximité du fait de leur nombre forcément restreint. Ces consultations nécessitent :
 - o des compétences spécifiques et doivent être associées à des programmes de formation
 - o un accès aux différentes spécialités
 - o des liens avec les centres ressources et de compétence concernant les différents types de handicap
- Des dispositifs d'appui aux structures existantes sont nécessaires, notamment en secteur hospitalier mais aussi dans le secteur libéral, s'adressant à tous les acteurs (personnes handicapées, aidants, professionnels de santé et de l'accompagnement) qui œuvrent pour assurer un parcours de santé sans rupture, en s'appuyant sur des dispositifs qui, après évaluation, peuvent se révéler intéressants. L'accès à un plateau d'imagerie / radiologie est une difficulté majeure lorsqu'une sédation ou une anesthésie générale est nécessaire du fait de difficultés d'adaptation ou de troubles du comportement
- Des structures de convalescence (SSR) avec des services dédiés aux personnes handicapées doivent être développées.

Sur les réponses accompagnées pour tous (1.1.1.2) :

- D'une façon générale, la commission est favorable à cet objectif mais souhaiterait, pour que ces orientations puissent être opérationnelles, que les modalités pratiques de mise en œuvre concrète soient précisées, tant en termes d'incidences sur les autorisations que sur le financement. (Il en est de même du paragraphe 1.1.3.3 qui préconise la création de «plateformes de services »)
- Sur la démarche réponse accompagnée pour tous (RAPT) à l'intention des personnes en situation de handicap ou d'incapacité : la commission souligne l'apport et l'intérêt de cette démarche mais relève :
 - o qu'il y a des disparités dans la mise en œuvre de la RAPT dans les six départements de la région
 - o que la démarche ne peut pas se substituer à l'objectif principal d'assurer de façon pérenne les orientations vers les structures adaptées ; cet objectif suppose que de nouvelles places soient créées
 - o qu'une réelle avancée significative ne pourra avoir lieu qu'à la condition que les évolutions réglementaires se poursuivent et qu'un vrai partenariat s'instaure entre les politiques publiques et entre les professionnels.

Sur l'organisation des GHT (1.1.2.2) :

- Réflexions d'ordre général :
 - o Les enjeux sont différents suivant le statut juridique des établissements (publics ou privés) :
 - pour le secteur privé, le recours aux conventions de partenariat avec les établissements sanitaires de proximité reste d'actualité
 - pour le secteur public médico-social, il importe aussi de faire perdurer les coopérations déjà en vigueur (GCSMS, GIP, conventions), d'envisager au sein des GHT les mutualisations possibles des fonctions support mais de laisser aux établissements la maîtrise de leur stratégie institutionnelle
 - o Pour les établissements publics se posent par ailleurs des questions juridiques (responsabilité) concernant les achats par marchés, la maîtrise des investissements
 - o L'adhésion au GHT n'est pas neutre, se traduisant notamment par des incidences de redéploiement de personnel ou des incidences financières
 - o La finalité de la création des GHT semble répondre plus à une logique financière, là où le secteur médico-social appelle davantage à une recherche de complémentarités et de partenariats au service de la fluidité des parcours
 - o Il est pris acte de la non similitude de l'organisation du GHT (au mieux quelques dizaines de structures) et du médico-social (quelques centaines de structures) ; il faut organiser en amont les filières médico-sociales, et notamment en terme de représentativité
 - o La formalisation des partenariats doit être équilibrée ; il convient de réfléchir aux apports mutuels que peuvent s'apporter le secteur médicosocial et le secteur sanitaire
 - o Afin de garantir le niveau institutionnel d'articulation, outre l'inscription du médico-social dans le projet médical, il faudrait assurer la représentation du secteur médico-social dans les commissions médicales des GHT
 - o Il n'y a pas de souhait de participer à la gouvernance mais de penser l'articulation médico-sociale au GHT
- Les propositions issues de ces réflexions sont les suivantes :
 - o Le partenariat avec le GHT doit obligatoirement permettre l'amélioration des prises en charge et doit fluidifier le parcours de l'utilisateur
 - o Le projet médical partagé doit intégrer trois filières médico-sociales pour les personnes vulnérables :
 - la filière personnes âgées
 - la filière handicap
 - la filière publics fragiles en inclusion sociale
 - o Le territoire du GHT pourra être redimensionné aux besoins médico-sociaux, en respectant les flux existants et les coopérations en place lorsqu'elles ont démontré leur efficacité

- Expérimentations :
 - expérimenter dans le GHT83 la création d'une sous-commission médico-sociale dans la commission médicale du GHT
 - expérimenter sur le territoire de la Dracénie un modèle d'organisation équilibré hôpital/médico-social avec le souci permanent d'améliorer et de fluidifier le parcours des usagers
 - évaluer ces expérimentations par un suivi de la CSPAMS

Sur la politique régionale de ressources humaines (1.3) :

- La commission tient à préciser que le secteur médico-social et tout particulièrement les EHPAD connaissent des difficultés de recrutement, difficultés qui sont accentuées en milieu rural
- Sur la formation des professionnels : la commission considère que les associations du secteur médico-social peuvent apporter leurs expertises du handicap dans la formation des professionnels de santé (formation initiale et continue) ; la commission souligne d'autre part la nécessité d'une formation plus en accord avec les dernières connaissances, notamment pour ce qui concerne les troubles du neuro-développement : autisme, TDAH, Dys, déficience intellectuelle.

Sur l'innovation et les systèmes d'information (1.4) :

- La commission relève que le PRS s'appuie sur les impacts positifs des évolutions technologiques ; elle souligne que le « prendre soin » ne peut se réduire à un aspect technique quantifié ; il doit aussi prendre en compte la « dimension humaine » dans ce qu'elle a d'irréductible
- La commission souligne par ailleurs que cette évolution des technologies doit prendre en considération le besoin des personnes qui ont des difficultés de compréhension de la langue (illettrisme, langue courante autre que la langue française) ou d'accès au numérique et à l'information médicale par voie électronique.

Sur la structuration des parcours de santé (partie II du PRS)

Sur les enjeux du parcours des personnes en situation de handicap (2.4) :

- La commission considère qu'il est inexact d'écrire qu'il existe un « nombre important d'ESMS » alors que la région Paca est au-dessous des chiffres nationaux comme cela est précisé : « soit 22% de places en moins que la moyenne nationale pour les adultes handicapés et 16% de moins pour les enfants et adolescents handicapés » (note 7 du chapitre 2.4). Du reste, les listes d'attente restent particulièrement importantes dans certains départements
- La nécessité d'une évaluation précoce n'est pas suffisamment marquée notamment concernant l'ensemble des troubles du neuro-développement pour lesquels une prise en charge précoce est essentielle, même avant qu'un diagnostic précis puisse être établi (TDAH, Dys, déficience intellectuelle, autisme...)
- La prévention à l'intention des personnes en situation de handicap (objectif 2) pourrait intégrer les thématiques du « mieux manger » et du « sport santé ».

Sur le parcours des personnes en situation de handicap et le parcours santé mentale (2.4, et 2.6) :

- La commission souligne qu'un parcours de santé et de soins sans rupture doit reposer sur un maillage territorial et des niveaux d'intervention cohérents (centres ressources, consultations dédiées, soins courants de proximité, plateformes territoriales d'appui).

Sur le parcours santé mentale (2.6) :

- La commission souligne que la santé mentale touche un public souvent en grande précarité, ce qui peut entraîner des ruptures de soins et nécessite une très grande vigilance. Le développement des équipes mobiles et urgences à domicile est indispensable
- Comme objectifs opérationnels, la commission propose de mettre en place :
 - des équipes mobiles de psychiatrie afin d'éviter les hospitalisations (objectifs 3, 5 et 7)
 - des dispositifs de soins adaptés pour adolescents et transition adolescents/adultes, la période de transition de l'enfance à l'âge adulte constituant une période de grande fragilité au moment où les prises en charge en services

- de psychiatrie ou pédopsychiatrie cessent et où aucune prise en charge en services adultes n'est encore mise en place (objectif 5)
- des structures de crise adaptées (objectif 3)
- le développement de l'habitat et de résidences permettant l'inclusion dans la société (objectif 2)
- une dotation en moyens pour les SAVS et SAMSH dans l'accompagnement des personnes pour la réinsertion sociale (objectif 2).

Sur le parcours de la personne âgée (2.3) :

- La commission souligne que l'objectif d'amélioration du parcours de soins de la personne âgée nécessite de développer l'offre médico-sociale. La commission préconise :
 - de soutenir les établissements pour qu'ils puissent atteindre une capacité minimale leur permettant d'assurer leur viabilité économique et d'optimiser leur organisation
 - de permettre aux établissements de développer leur offre à domicile, soit directement soit par le biais de partenariat : développer les CPOM EHPAD-SSIAD-SAAD, les EHPAD comme plateforme administrative au cœur de la ville/village ;
 - de permettre, sur un même site géographique, de disposer d'une offre complémentaire médicalisée (EHPAD) et non médicalisée pour personnes âgées valides ou faiblement dépendantes (résidences autonomie ou résidences services : notion de parcours résidentiel de la personne âgée)
 - Concernant l'objectif 6, la commission s'étonne de l'objectif visant à développer l'offre publique. Cette partie du PRS pourrait être remplacée par les énoncés suivants :
 - veiller à l'accessibilité financière de tous les EHPAD
 - réserver les places habilitées à l'aide sociale aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Sur le parcours des personnes âgées et le parcours santé mentale (2.3 et 2.6) :

- La commission préconise que puisse être identifiés, dans chaque territoire de santé, des établissements publics et privés de psychiatrie spécialisés en gériatrie-psychiatrie. Ces établissements devraient pouvoir offrir une prise en charge en hospitalisation complète y compris de courte durée (période de crise), une prise en charge en hospitalisation à temps partiel, une équipe mobile intervenant dans les EHPAD
- Le développement des équipes mobiles de psychiatrie mentale pourrait être mentionné aussi pour le parcours de la personne âgée.

Sur les thérapies non médicamenteuses dans le parcours santé mentale (objectif 5 du 2.6) :

- La commission considère que ce point est peu développé dans le PRS, avec peu de moyens prévus. C'est pourtant une dimension essentielle du soin qui est liée à l'implication du patient dans sa prise en charge. Des moyens sont indispensables pour développer ces approches :
 - dotation en psychologues dans les équipes de soins
 - éducateurs ou moniteurs spécialisés dans les unités de soins
 - formation des infirmiers pour l'animation de groupes de parole
 - mise en place de groupes de paroles entre pairs (avec accompagnement ou non de soignants)
 - intégration des pairs aidants (patients experts) dans les établissements et/ou structures de soins
 - formation des professionnels à ces approches différentes et à la collaboration avec les proches aidants
 - développement de structures de réhabilitation et de cette approche.

Sur la définition des objectifs d'évolution de l'offre de santé (partie IV du PRS)

Sur les objectifs de façon générale (4.1)

- Il n'y a pas suffisamment d'objectifs quantifiés opposables pour le secteur médico-social comme il y en a pour le secteur sanitaire, alors que le PRS fait état pour le secteur médico-social de taux d'équipements très largement inférieurs aux moyennes nationales. Plus

généralement, les orientations stratégiques sont déclinées en objectifs et en attentes, mais ne sont pas traduites en actions concrètes avec un échéancier, les moyens correspondants nécessaires et des critères d'évaluation mesurables (4.1)

- La commission souhaiterait que le PRS exprime une politique volontariste de création de places supplémentaires.

Sur la coopération des ESMS avec les établissements en santé du territoire (4.1.1.1) :

- Les conventions avec les établissements de santé sont nécessaires mais se heurtent régulièrement à des refus de certains hôpitaux.

Sur la télémédecine dans le secteur médico-social (4.1.1.1) :

- Il n'y a pas d'objectif chiffré d'équipements de télémédecine dans le secteur handicap.

Sur le virage inclusif de l'offre médico-sociale (4.1.1.2)

- La commission considère que la transformation de l'offre médico-sociale, réforme de profondeur, participera à une transformation dans les autres composantes de la société, dans le même temps et au même rythme
- Un taux de scolarisation à l'école des enfants accompagnés en établissements spécialisés de 80% au terme du présent PRS est très satisfaisant. Il nécessite : une réelle implication de l'Education nationale pour être atteint, afin de garantir une scolarisation durable et de qualité ; et le maintien dans l'école de l'accompagnement et des soins réalisés en établissement spécialisé. Pour atteindre cet objectif, il serait nécessaire d'instaurer une instance locale de l'inclusion scolaire avec l'ARS, l'Education nationale, le secteur médico-social, le secteur social. Il faut aussi prévoir un accompagnement spécifique des jeunes sortant d'ULIS en développant les SESSAD PRO
- L'accompagnement vers le milieu ordinaire de 10 % des personnes accueillies en ESAT doit être précisé notamment dans ses modalités (emploi accompagné, mise à disposition individuelle ou collective ou simple droit commun) ainsi que sur les populations concernées (développement de l'accueil en ESAT des personnes présentant un autisme actuellement orientées en foyer de vie et FAM).

Sur la continuité et la qualité des parcours (4.1.1.3) :

- La diminution de 20% par an du nombre de jeunes adultes maintenus « en aménagement Creton » nécessite un plan d'action ambitieux de création offrant un choix de solutions adaptées et pérennes sans oublier les jeunes adultes avec un handicap complexe
- Le développement de structures de répit est essentiel et doit effectivement être organisé. Si l'augmentation d'amplitude horaire des IME est une bonne approche, il convient aussi de créer des structures d'accueil de répit et de séjours de rupture notamment pour les adultes. La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement reconnaît un droit au répit pour le proche aidant
- Un taux d'activité de places d'hébergement d'accueil temporaire à 90% n'est pas réaliste avec l'organisation actuelle comprenant 1 à 2 places dans certains établissements. Au-delà de places ponctuelles d'accueil temporaire, il est nécessaire de créer des structures spécifiques
- Sur les personnes handicapées vieillissantes, la commission souligne la nécessité de soutenir l'accompagnement et la prise en charge spécifiques de ces personnes. D'autant plus il y aura, au même titre que le reste de la population, un accroissement important de leur nombre sur la période 2019-2023. L'ensemble des dispositifs doivent être développés pour répondre le plus complètement aux besoins : établissements pour personnes en situation de handicap dédiés à l'accueil des personnes vieillissantes, unités de vie pour personnes vieillissantes dans les établissements pour personnes en situation de handicap ou dans les EHPAD, par création ou par transformation. S'il s'agit de transformation de places d'EHPAD, une vigilance doit être observée : ces unités nécessitent des compétences d'accompagnement répondant aux spécificités du handicap qui ne peut se comparer à la dépendance liée à l'âge. Les ratios d'encadrement actuel de ces établissements ne permettront pas un passage serein garantissant un accompagnement de qualité. De plus, les usagers auraient à subir autant une coupure avec leur lieu de vie habituel ainsi qu'une baisse significative du niveau d'accompagnement. Les ratios minima d'encadrement devraient être précisés par le schéma
- Il est mentionné qu'un ratio d'encadrement minimum sera fixé dans tous les CPOM (4.1.1.3). La commission rappelle que les normes réglementaires relèvent du pouvoir

réglementaire (décret en Conseil d'Etat) et non du CPOM, lequel, comme son nom l'indique, implique l'accord des parties signataires de ce contrat. De plus, l'ARS n'étant qu'en partie financeur des EHPAD (au titre de la section soins, soit à hauteur de 25 à 30 % du budget d'un EHPAD), de tels ratios ne sauraient concerner que le personnel soignant. La commission préconise donc que le terme ratio minimum soit supprimé et remplacé par : « préconisations négociées en termes d'encadrement en personnel soignant ».

Sur le PRAPS

La commission relève qu'un passage du Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis (paragraphe 4.7, p. 24) présente la situation des personnes en institution de façon très négative, en assimilant la notion du « vivre ensemble » avec une restriction de liberté. La commission demande la suppression de ce passage.

Diffusion : CSPAMS

Contribution de la CSOS à l'avis de la CRSA sur le PRS.

CSOS du 14 mai 2018

Les échanges lors de deux réunions de la CSOS (9 avril et 14 mai 2018) ont permis de faire état des observations suivantes :

Diagnostic :

Même si de nombreux travaux préparatoires ont permis de dégager un diagnostic, en particulier dans les productions de l'ORS, il apparaîtrait utile de disposer d'éléments plus complets pour renforcer les références, disposer d'un bilan clair de l'offre, d'une évaluation du schéma en cours, et dégager une vision prospective de leur évolution notamment dans une perspective de parcours.

En effet, le PRS mériterait d'être sécurisé par l'élaboration d'un diagnostic comprenant une évaluation des besoins et de l'offre existante dans une dimension prospective ; ceci permettant d'argumenter l'évolution de l'offre de soins inscrite au schéma.

Il nous paraît important d'insister sur la nécessité d'un état des lieux régional permettant d'évaluer l'épidémiologie, la démographie médicale et populationnelle mais aussi le premier projet régional de santé conformément au cadre réglementaire.

Une analyse infra territoriale est parfois nécessaire pour appréhender correctement la réponse aux besoins.

Financement :

Cet aspect n'est pas traduit au sein des objectifs déclinés par l'ARS. Une organisation et une optimisation des moyens est de rigueur mais le traitement de cette question reste légitime compte tenu de son importance dans la structuration et/ou la restructuration de l'offre de soins :

L'organisation des règles de fongibilité entre le sanitaire et le médico-social pour répondre aux besoins des personnes âgées et des personnes handicapées, l'accompagnement en matière de RH et l'anticipation dans la gestion des activités de soins constituent des facteurs essentiels à l'évolution de l'offre. Ils devraient apparaître plus clairement dans le texte.

Transversalité :

La transversalité, affichée dans le COS, est insuffisamment traduite dans le SRS. La prévention et la formation devraient être plus visibles et auraient pu bénéficier d'un volet spécifique récapitulant les objectifs présents au sein du schéma.

Lisibilité et opposabilité des objectifs du PRS :

Le PRS PACA 2018-2023, et en particulier le SRS, comporte de nombreux et divers objectifs, tels que les « objectifs opérationnels », déclinés en plusieurs sous objectifs.

Une identification claire est souhaitée afin de faire la part des choses entre les objectifs opposables du projet de SRS (au regard desquels la comptabilité d'une autorisation sanitaire sera notamment appréciée) et les autres, dans un souci de sécurité juridique.

A ce titre, les éventuelles préconisations de qualité relatives aux activités de soins ou équipements matériels lourds figurant dans le PRS et le SRS doivent être regardées – et apparaître distinctement – comme incitatives, et en aucun cas opposables.

Il convient de veiller dans la rédaction du PRS à ne pas sur ajouter des dispositions à la réglementation applicable.

Etablissements de santé, restructurations, expérimentations, GHT

La restructuration de l'offre, qu'elle soit publique ou privée, peut effectivement s'avérer justifiée et souhaitable. Mais il est important que l'accent soit mis sur les complémentarités inter et intra sectorielles avec tous les acteurs notamment dans la mise en œuvre de la gradation des soins plutôt que sur des mécanismes pour y parvenir. Il faut favoriser l'existence et le développement d'équipes territoriales et équipes mobiles qu'elles émanent du public ou du privé ou des deux à la fois.

Il est demandé de veiller à la « neutralité » ou à une adaptabilité des formulations employées afin d'ouvrir les possibilités de complémentarité et de mutualisation.

La nécessité de définir une politique régionale sur l'expérimentation de l'article 51 tout en y associant les fédérations, nous paraît importante.

La conclusion qui doit guider l'organisation des soins en PACA :

Prévention, Pertinence, Parcours pour répondre à chaque étape aux besoins de l'utilisateur.

Par ailleurs, le président de la CRSA a énoncé quelques recommandations qu'il y a lieu de rappeler car elles sont importantes pour la déclinaison des orientations du PRS en matière de restructuration : Il faut d'abord monter un dossier complet et solide développant les motivations de l'opération : les impératifs de sécurité et qualité y sont prioritaires (une activité trop faible ne permet pas un vrai savoir-faire) et l'économie ne constitue pas le moteur du projet. Le dossier doit également démontrer que l'organisation proposée ne diminuera pas l'accès à des soins de qualité et en toute sécurité

-Il faut se donner le temps d'entendre tout le monde : les élus, les professionnels, les partenaires sociaux, les comités de défense, les médias, les usagers mais il faut aussi se donner un délai et prévoir un échéancier.

-Il faut envisager des solutions alternatives si le projet ne fonctionne pas comme prévu

-Il faut prévoir des contreparties positives en terme d'organisation, d'investissement, prévoir des mesures d'accompagnement et des réponses aux problèmes sociaux, etc. .

-Il faut montrer que l'on est capable de monter des plans qui accompagnent ces restructurations et qui permettent de faire autre chose, mieux et plus utile, y compris de développer la prévention à partir des établissements. Il faut faire de ces nécessaires restructurations des opportunités.

	DIRECTION DE LA SANTE PUBLIQUE ET ENVIRONNEMENTALE – PREVENTION ET PROMOTION DE LA SANTE	
	Observations sur le PRS2 Commission spécialisée de prévention du 25 avril 2018 Siège de l'ARS	
MAJ : 22/05/2018	Rédigé par : le Président de la CSP	Validé par :

Observation préalable

L'ensemble des participants à la CSP souligne le travail remarquable qui a été effectué par l'ARS PACA lors de la rédaction du PRS2.

La commission souhaite qu'il soit écrit que le PRS2 s'inscrit dans les différentes stratégies et plan de santé : la Stratégie Nationale de Santé, la SNSS, le Plan de Santé Publique.

Toutefois de façon générale, la commission regrette l'absence d'un chapitre spécialement dédié à la prévention dans le schéma régional de santé. Il semblerait judicieux d'ajouter une partie sur la prévention et la promotion de la santé, le PRS ayant visiblement été rédigé prioritairement dans une optique de soins, comme le souligne le vocabulaire utilisé tout au long du Plan.

La prévention et la promotion de la santé devraient donc être intégrée dans tous les parcours de santé par le biais notamment :

- Du développement de la prévention dans la formation initiale et continue en PPS des porteurs de projets, des professionnels et futurs professionnels des secteurs de la santé, du social, de l'éducation, de l'entreprise ...) afin de rendre plus efficaces et plus pertinentes leurs actions et de développer une véritable culture commune de la prévention en Paca au sein du système de santé.
- Du soutien aux actions de prévention existantes et innovantes
- Du renforcement des modalités d'intervention transversales de la PPS, qui permettent d'irriguer les différents secteurs de santé (soins, médico-social), d'une culture de la prévention et de la promotion de la santé : éducation thérapeutique du patient, formations inter-institutionnelles, actions pluri-professionnelles, animations de réseaux d'acteurs ...
- De la garantie pour le secteur de la PPS de moyens plus pérennes et plus conformes aux actions de prévention

Sur le renforcement de l'accessibilité, la qualité et la pertinence du système de santé (partie 1 du PRS)
--

Sur la structuration de l'offre de santé (1-1)

La commission souhaiterait voir proposer des réponses accompagnées pour tous et adaptées à chacun qui passerait par :

- la mise en place d'équipes mobiles lors des situations de crise ou de refus de se déplacer (psychiatrie) et d'un numéro d'aide psychiatrique pour les généralistes et les familles (CAP) pour éviter la chronicisation
- l'organisation des sorties d'hospitalisation avec prise en charge immédiate par les CMP pour éviter les ré-hospitalisations (1-1-1-2)

Il faut réfléchir à la mise en place des pôles de santé de proximité adossés aux hôpitaux locaux dans les territoires ruraux (soins de premiers recours : médecins, sages-femmes, infirmiers, infirmiers de pratiques avancées, psychologues pour une première évaluation.....) (1-1-1-3)

La consolidation de la gradation des filières de soins dans le cadre des GHT est à approfondir également : organiser un maillage gradué d'accès aux soins dans les territoires de santé et former des services de premier secours à la psychiatrie (1-1-1-2).

Sur la santé des populations (1-6-1-1)

Concernant la santé des personnes les plus exposées aux risques de transmission du VIH ou d'autres IST, la commission propose de s'appuyer sur les deux comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (Corevih) installés dans la région PACA.

Ceux-ci devront notamment contribuer à ce que l'épidémie de sida cesse d'ici 2030 et faire en sorte qu'au moins 95% de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, qu'au moins 95% des personnes qui connaissent leur séropositivité au VIH reçoivent un traitement antirétroviral et qu'au moins 95% des personnes en traitement aient une charge virale durablement indétectable d'ici 2020. Pour ce faire, ils s'appuieront sur les deux axes suivants de la Stratégie Nationale de Santé :

- axe II : « Améliorer le parcours de santé en matière d'IST: prévention, dépistage, prise en charge »
- axe IV : consacré aux réponses aux besoins spécifiques à apporter aux populations les plus vulnérables aux VIH et IST »

Sur la structuration des parcours de santé (partie 2 du PRS)

Il est fondamental d'intégrer les actions de prévention au sein des parcours.

Concernant le développement des actions de santé, il s'agit de favoriser l'implication et la formation des médecins généralistes dans le dépistage et le 1er recours.

Le renforcement et la valorisation des actions d'éducation thérapeutique s'avèrent aussi essentiels, en particulier lors des séjours d'hospitalisation en SSR afin de permettre la prévention secondaire. Les patients sont en effet particulièrement réceptifs à cette démarche après avoir eu un accident de santé. L'idéal serait de ne plus limiter le financement de l'éducation thérapeutique aux actions menées en activité externe en particulier pour les patients âgés ayant des difficultés de déplacement.

Sur les principes et méthodes de l'approche par parcours de santé (2-1)

La commission suggère, concernant la dénomination des personnes ayant recours au système de santé, de remplacer le terme « patient » par « usagers-ères du système de santé » dans le point 2.1 : *principes et méthodes de l'approche par parcours de santé* (p.41)

Il est également proposé d'ajouter un 7ème objectif à la partie sur les invariants des parcours (p.44) : *prendre en compte, encourager et valoriser la démarche communautaire dans la promotion de la santé, assurer la continuité des parcours avec une offre transversale incluant celles des acteurs*

sanitaires, médico-sociaux et sociaux et celles que proposent les associations d'usagers-ères et de promotion de la santé.

Sur le parcours maladies chroniques (2-2)

Il est proposé d'ajouter à l'objectif opérationnel n°3 du *parcours maladies chroniques* (p.48) :

- le renforcement des capacités des personnes souffrant d'une maladie chronique ou étant particulièrement exposées au risque d'une telle maladie à opérer leurs propres choix pour la préservation ou l'amélioration de leur santé en développant des actions d'accompagnement à l'autonomie en santé, en visant un public déterminé.
- Le développement des approches relevant de la promotion de la santé, le cas échéant par la mobilisation des personnes vivant avec une maladie chronique ou susceptible d'en acquérir une, et l'éducation par les pairs.

Concernant le développement de l'activité physique comme thérapeutique non médicamenteuse (objectif 3 p.49), ce sont les sujets dépistés comme présentant des signaux ou indicateurs d'une maladie chronique, plus que tout autre, qui doivent concentrer tous les efforts de prévention en termes de traitement non médicamenteux dont l'APA fait partie.

Ce point paraît peu développé au regard des bénéfices apportés et largement reconnus par cet outil thérapeutique.

Par ailleurs, il n'est pas fait mention du plan national « Sport, santé, bien être » ni du décret « sport sur ordonnance »

Il n'y a pas de résultats attendus en matière de diagnostic précoce, aucun indicateur chiffré.

Enfin, il faut inciter les pharmaciens à consacrer une part significative (en temps et espace) de leurs vitrines à l'information concernant la santé et la prévention.

Sur le parcours personnes âgées (2-3)

Sur l'objectif 1 *Prévenir la perte d'autonomie et anticiper les ruptures de parcours* (p 55), la prévention précoce pour les personnes âgées en termes d'évitement de maladies et de bien être repose sur la détection et l'atténuation des vulnérabilités.

Celles-ci pourraient être repérées lors de consultations préventives du type « Consultation Vieillir avec succès » mises en place par l'Hôpital Emile Roux dans la région parisienne depuis 2010 et proposées dès la cinquantaine.

L'objectif de ce type de consultation consiste à étudier les faisceaux de fragilités prédisposant à l'émergence de pathologies futures afin de retarder l'apparition de maladies et tendre vers un vieillissement réussi.

Ces fragilités sont évaluées selon une série de critères : capacités motrices, équilibre, humeur, sens cognitifs, sommeil, vie sociale, nutrition, « capital sportif » (souplesse, endurance, force musculaire).

Ce type de dispositifs revêt un intérêt primordial selon la commission puisqu'ils répondent à l'intérêt de chacun en termes d'espérance de vie en pleine santé ainsi qu'à l'intérêt de la collectivité, les moyens ainsi investis dans la prévention devant conduire à une baisse des soins curatifs.

A cet égard, il est proposé d'expérimenter la mise en place de consultations « Vieillir avec succès » dès l'âge de 50 ans en PACA.

Sur le parcours santé et précarité (2-5)

La commission souhaiterait ajouter (p.63) qu'en plus de facteurs économiques, les exclusions et la précarisation trouvent aussi leurs origines dans le racisme, la discrimination, la déconsidération et l'hostilité. Elles ont un effet sur l'accroissement des risques (isolement, usage de drogues, maladies, etc.) et créent des cercles vicieux qui ne font que dégrader les situations de santé. Les conditions pour un meilleur état de santé reposent sur des biens et services disponibles, accessibles (non discriminants ; abordables ; physiquement accessibles et une accessibilité de l'information), acceptables et de qualité. Il convient ainsi de prendre en compte dans les inégalités d'accès à la santé l'orientation sexuelle, les questions de genre (personnes trans), les orientations et préférences

sexuelles (personnes homo–bisexuelles) les pratiques non conformes aux normes sociétales (travail du sexe) ou défavorables à la santé (usage de produits psychoactifs).

Sur l'objectif 7, *Améliorer les parcours de santé pour certains publics dispositifs ou thématiques* (p.68) il semblerait pertinent de rajouter un *parcours en santé sexuelle des hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH)* et un *parcours en santé des personnes trans*.

Par ailleurs, privilégier l'accompagnement globalisé pour les patients précaires semble indispensable.

Sur le parcours santé mentale (2-6)

Il est indispensable de tenir compte de l'appel des familles qui vivent avec les personnes, de répondre aux appels au secours des familles et des médecins généralistes. Pour cela, il faut :

- Mettre en place sur tout le territoire des équipes mobiles d'évaluation et d'intervention de crise en psychiatrie
- Former les services de secours d'urgences : pompiers, Samu, SOS médecin à la prise en charge d'une crise et aux maladies psychiatriques.
- Pratiquer « l'aller vers » au lieu d'attendre que « le patient vienne ». Les patients restent dans le déni très longtemps d'où la nécessité d'une prise en charge lors d'une alerte familiale ou du généraliste.
- Mettre en place un transfert à partir du 15 vers un service d'urgence psy comme un CAP un CAC ou le service d'astreinte de l'hôpital psychiatrique. Ceci à destination des familles et des généralistes, infirmiers libéraux....
- Préparer la sortie d'hospitalisation : aller vers (les premières semaines après la sortie sont très critiques (risques accrus de suicides) dans la semaine qui suit la sortie.
- Les CAP doivent être directement accessibles : il y a déjà 2 ou 3h d'attente et si l'on rajoute les 2 ou 3h d'attente somatique il est impossible pour un patient souffrant de troubles pysy d'attendre de 4 à 6h une consultation.
- Mettre en place sur tout le territoire des équipes mobiles de crise en psychiatrie

Dans le respect du principe de l'égalité des chances, chaque citoyen souffrant de troubles psychiques doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge de qualité orientée vers le rétablissement :

- Les soins doivent être organisés afin de favoriser le rétablissement des personnes malades psychiques.
- les nouvelles pratiques de soins « orientées rétablissement » doivent se développer pour compléter les thérapeutiques médicamenteuses
- un suivi social des personnes ayant à vivre avec un trouble psychique sévère doit être mis en place
- les dispositifs d'accompagnement, de logement/hébergement/ d'accès et de maintien en emploi doivent être développés pour les personnes handicapées psychiques

La commission insiste sur l'importance des programmes de psychoéducation à destination des personnes et des familles : développer sur chaque territoire des prises en charges alternatives (CMP) et complémentaires ayant fait leurs preuves en France et à l'étranger et ayant des effets importants, reconnus et vérifiés sur les résultats attendus.

Enfin une meilleure reconnaissance des compétences des aidants est nécessaire (favoriser leur éducation thérapeutique, bilan cognitif avec remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale).

Sur le parcours santé et addictions (2-8)

La commission propose d'ajouter :

- page 98 que 60% des usagers de drogues par voie injectable sont contaminés par le VHC.
- Page 102 sur l'amélioration des réponses de prévention, de réduction des risques et des dommages, d'accompagnement et de prise en charge : promouvoir le dépistage du VHC et du VIH et proposer un parcours de soins adapté pour le traitement de l'hépatite C.

Il faut déployer une offre centrée sur des besoins très différents, adaptée à la complexité des addictions et à la diversité des personnes et des situations et inclure les soins en addictologie aux soins psychiatriques lorsqu'il y a concomitance.

Sur le parcours petite enfance, enfants, adolescents, jeunes (2-7)

Il faut prendre en compte le fait que la médecine scolaire et universitaire est miséreuse (un médecin pour 7000 à 8000 élèves, une infirmière pour 1600 élèves), alors que sa mission de prévention est primordiale (p.86)

L'éducation à la santé, citée dans l'objectif 2 *Construire un parcours de santé global dédié à l'enfant et à l'adolescent* (p.90), est de la plus grande importance. Les freins constitués par des organisations cloisonnées sont également soulignés à de multiples reprises dans les documents.

La commission soutient qu'il faut tenter de changer de « braquet » en menant un travail de recodification des niveaux et natures d'intervenants afin que l'enjeu éducation à la santé soit porté par l'ensemble des acteurs (médecine scolaire, enseignants, parents, éducateur) en pleine harmonisation, coopération et coordination.

En dernier lieu, l'absence d'un parcours santé sexuelle est soulevée. Il semble pourtant nécessaire qu'il figure au PRS, en faisant référence à la SNSS.

La santé sexuelle et le VIH apparaissent de façon ponctuelle dans le parcours petite enfance – enfants – adolescents – jeunes. Cela ne couvre pas les autres âges de la vie et les populations les plus exposées aux VIH, hépatites et IST. Cela laisse entendre que le PRS ne prend pas ou peu en compte la SNSS, en ne retenant que l'axe I de la SNSS, et délaisse les axe II et IV.

Proposition d'amendement :

Un parcours en santé sexuelle peut se définir comme la trajectoire globale d'une personne composée par l'ensemble des recours et démarches qu'elle met en place au cours de sa vie ou une partie de sa vie autour des six thématiques qui intègrent la santé sexuelle.

Enjeux :

Il s'agit de constituer un ensemble de programmes visant :

- à permettre aux personnes d'avoir une santé sexuelle épanouie et ce quels que soient leur sexe, leur âge, leur lieux et leurs modes de vie
- à améliorer la santé sexuelle des personnes concernées par le VIH ou les hépatites, qu'elles vivent avec ou qu'elles y soient exposées.

Il s'agit également de construire un travail en réseau avec les autres acteurs de la prévention, du dépistage et de la prise en charge du VIH et des hépatites, s'inscrivant dans les politiques locales de santé.

Il s'agit enfin d'adapter en continu les actions, articuler modes opératoires validés et les innovations fondées sur une analyse du contexte en prise directe avec les constats de terrain et l'évolution des connaissances.

Objectif général :

Renforcer les compétences de toutes les personnes, en particulier des publics cibles du VIH et des hépatites leur permettant de faire des choix favorables pour leur santé sexuelle.

Publics cibles :

Même si la population générale est concernée par les épidémies au VIH, hépatites et IST, celles-ci touchent plus spécifiquement des populations plus vulnérables (HCSP, 2016), fortement touchées par ces épidémies :

- Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes (HSH), aussi victimes d'actes homophobes
- Les migrants-es, dont peu ont de couverture santé. Les femmes sont d'autant plus vulnérables car elles ont peu d'accès à la contraception, et ont pu subir des mutilations sexuelles
- Les personnes transsexuelles, victimes de violences et d'actes transphobes, et rencontrent des difficultés à effectuer leur parcours de transition.

Pour être efficaces, ces réponses doivent être combinées à un accompagnement des personnes dans leur parcours de soin et de santé, comprenant des actions d'information, d'éducation, de conseil et de soutien en santé sexuelle.

Objectifs opérationnels :

- Proposer des espaces d'information, de conseil, et d'échanges entre pairs, dans un cadre garantissant le non-jugement et la confidentialité, le respect des personnes et de leurs pratiques, afin de permettre à chacun-e de développer ses propres stratégies de réduction des risques, adaptées à ses choix et à son mode de vie, dans un souci d'autonomisation des personnes dans leur parcours en santé sexuelle.
- Promouvoir l'ensemble des outils de l'éventail la prévention diversifiée, en particulier les dépistages et la PrEP, ainsi que les structures dédiées (CEGIDD) et favoriser l'adhésion à la PrEP comme moyen de prévention dans l'éventail de la prévention diversifiée
- Accompagner les personnes dans leur prise en charge médicale, psycho et sociale, dans une démarche de santé globale, afin d'anticiper ou de remédier à des situations identifiées de rupture ou d'obstacle dans le parcours de santé sexuelle.
- Favoriser l'adhésion et mettre à disposition des personnes l'ensemble du matériel de prévention et de réduction des risques liés à la sexualité.
- Favoriser chez les professionnels de santé/médicaux/hospitaliers la prise en compte de la place de la personne dans son parcours de santé sexuelle.

Le Président de la Commission spécialisée
pour la Prévention



Jean-Régis PLOTON

.....

La conférence régionale de la santé et de l'autonomie Paca donne un avis favorable (50 pour, 1 contre, 5 abstentions) au Programme Régional de Santé 2018-2023 sous réserve de la prise en compte des observations émises ci-dessus.