



Délibération portant avis de la conférence régionale de santé et de l'autonomie sur le projet régional de santé de Normandie

Objectifs du projet de décision

Rendre un avis sur le Projet Régional de Santé constitué :

- d'un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;
- d'un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels ;
- d'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS), établi pour cinq ans.

Date et lieu de la consultation

14 juin 2018 à Hérouville-Saint-Clair

Observations

La CRSA se félicite que le PRS porte sur l'ensemble du parcours de vie de la personne et mette en avant les enjeux fondamentaux de prévention et de promotion de la santé, dès le plus jeune âge et le plus en amont possible (soutien à la parentalité, accueil de l'enfant, dépistage précoce...).

Elle souligne la grande qualité des documents et présentations des équipes de l'Agence régionale de santé au cours de la phase de co-construction du PRS qui a permis de donner lieu à une véritable concertation et de donner toute sa place à la démocratie en santé.

Afin de valider les objectifs stratégiques et opérationnels issus tant de travaux régionaux que territoriaux, l'instauration d'un comité stratégique, composé notamment des membres du bureau de la CRSA et des sept président(e)s de CTS, a été particulièrement apprécié en ce qu'il contribue à garantir la cohérence stratégique des différentes politiques publiques et à renforcer l'articulation entre les différentes instances de démocratie sanitaire.

Considérant les travaux de ses commissions spécialisées, dont les avis sont annexés au présent document, et en tenant compte des débats et échanges des membres de la commission permanente, les membres de la CRSA souhaitent toutefois attirer une attention particulière de l'ARS sur des points de vigilance et formuler des propositions en termes de mise en œuvre.

Points de vigilance

- ***Des objectifs à prioriser en cohérence avec les autres politiques publiques et à traduire dans des plans d'actions adaptés aux spécificités des territoires et aux besoins des personnes les plus fragiles***

Le PRS reste volumineux et met en avant un grand nombre d'objectifs, la détermination de priorités sera nécessaire pour assurer sa déclinaison opérationnelle.

La santé se joue dans les milieux de vie, rendant indispensable la transversalité entre les acteurs du sanitaire, du social et du médico-social. Dans sa construction, le PRS a largement pris en compte cet enjeu. Il conviendra de rester vigilant pour que ce nécessaire décloisonnement s'opère également au moment de sa mise en œuvre.

Dans cette perspective, le rôle des Conseils territoriaux de santé est majeur. Il conviendra donc de les accompagner pour qu'ils puissent pleinement jouer leur rôle à toutes les étapes : priorisation des objectifs en cohérence avec les diagnostics territoriaux et suivi-évaluation des actions mises en place.

Par ailleurs, les démarches de contractualisation, via les contrats locaux de santé en particulier, demandent à être poursuivies et confortées, notamment pour leur capacité à construire dans un cadre partagé des actions spécifiques et à davantage mobiliser les dispositifs de droit commun, avec une attention particulière en direction des populations vulnérables, et en lien avec les dispositifs spécifiques existants.

La CRSA relève des interrogations persistantes concernant les moyens, notamment financiers, qui seront effectivement affectés à la traduction opérationnelle du PRS et sera vigilante quant à leur adéquation au regard de l'ambition des objectifs visés.

La réduction des inégalités sociales en santé reste un enjeu majeur, qui se traduit notamment à travers le PRAPS. Dans cette perspective, la CRSA sera attentive au développement sur les territoires, avec des moyens dédiés, de dispositifs favorisant la médiation en santé et le pouvoir d'agir des personnes.

- ***Des enjeux de restructuration et de transformation de l'offre qui doivent prendre en compte les ressources financières et humaines, notamment au regard de la démographie médicale très fragile en Normandie***

Le PRS vise à améliorer la gradation des réponses du système de santé avec des ressources humaines et financières contraintes. Néanmoins, les enjeux d'évolution et d'amélioration de l'offre nécessitent des accompagnements financiers significatifs, la région présentant des indicateurs de santé défavorables.

Il cherche à concilier les impératifs de qualité et de sécurité avec les enjeux de proximité et d'accessibilité (éloignement des plateaux techniques, coûts des transports et difficulté d'accès dans certains territoires mal desservis...).

Les objectifs quantifiés déclinés via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et les logiques d'appel à projets, traduisent pleinement ces enjeux. Pour une mobilisation pertinente de ces leviers, les relations entre l'ARS et les établissements et services doivent être les plus équilibrées et constructives possibles, c'est pourquoi la CRSA souhaite que l'ARS soit vigilante sur ce point.

La CRSA se félicite naturellement des orientations prises pour le virage inclusif et le virage ambulatoire mais souligne la nécessité de se donner le temps et les moyens d'accompagner leur mise en œuvre, en permettant notamment une évolution sereine des pratiques professionnelles des acteurs de santé comme du droit commun et une meilleure prise en compte des temps nécessaires de coordination des interventions pour éviter les risques de rupture dans les parcours de santé.

Pour être pertinente, cette transformation de l'offre doit en effet tenir compte de l'analyse de l'offre disponible et des besoins des personnes. Elle doit se faire avec les professionnels en prise directe avec les besoins des personnes et en considérant l'impact de ces transformations sur leurs conditions de travail. Elle doit également prendre en compte les besoins des proches aidants, notamment familiaux, qui constituent un maillon essentiel des réponses apportées.

Toute évolution de l'organisation de l'offre doit en outre être suivie et évaluée en lien avec des indicateurs prédéterminés, notamment afin d'en mesurer l'impact sur la qualité des prises en charge et des accompagnements.

La situation sur certains territoires rend indispensable la mise en commun des ressources, notamment humaines, pour garantir le maintien de réponses en proximité.

La démographie des professionnels de santé (médicaux et paramédicaux) en Normandie est particulièrement fragilisée et le sera encore au cours des 5 ans à venir, même si certaines orientations du PRS visent à en limiter les impacts. Les problématiques de déficit médical peuvent concerner des zones rurales comme urbaines, des spécialités jusqu'ici sans difficulté particulière de recrutement. Cette situation pose la question plus générale de l'attractivité de la région.

Dans ce contexte, les problématiques de mobilité (y compris les transports sanitaires) pour les usagers, en milieu rural comme dans certains quartiers péri-urbains, deviennent des enjeux majeurs, à travailler en lien avec les collectivités et les organismes de sécurité sociale.

- ***Un système de santé très complexe et donc peu lisible qui invite à une nécessaire complémentarité et articulation des politiques publiques et à une coordination des acteurs pour une plus grande transversalité des interventions (concertation partenariale et territoriale)***

Les travaux des commissions spécialisées ont mis en avant la faible lisibilité des dispositifs sur le terrain, pour les usagers comme pour les professionnels. La diversité des dispositifs spécifiques et la prolifération des sigles rendent aujourd'hui le système de santé difficile à déchiffrer, de manière encore plus prégnante pour les personnes les plus fragiles. D'une manière générale, les usagers peinent aujourd'hui à se repérer dans le système de santé, les professionnels de terrain étant parfois eux-mêmes en difficulté pour orienter les personnes vers le bon service.

Le déploiement du PRS en cohérence avec les autres politiques publiques déclinées à différentes échelles territoriales (éducation nationale, politiques environnementales, de solidarités, de formation, d'insertion professionnelle, de logements/hébergements, de transports...) nécessitera une forte concertation et des relations privilégiées avec les Départements, la Région, les services de l'Etat et les organismes de sécurité sociale.

Les technologies de l'information et de la communication, le développement du numérique offrent de nouvelles possibilités aux usagers mais, attention, elles renforcent aussi des difficultés d'accès, voire le non recours aux droits, pour une partie d'entre eux ainsi qu'un risque d'accroître dans certains contextes l'isolement social.

Dans ce contexte, les structures et réseaux de coordination des parcours sont utiles à condition que ces différents niveaux de coordination territoriale ou thématique s'articulent, prennent en compte les besoins des publics précaires, et soient lisibles pour les professionnels de première ligne et pour les usagers.

Proposition en termes de mise en œuvre

- ***Concevoir un plan de communication ambitieux en direction des professionnels et du grand public***

La CRSA suggère :

- La mise à disposition d'une version du PRS accessible au grand public
- L'élaboration de documents de mise en œuvre territorialisés pédagogiques pour une meilleure appropriation des orientations du PRS par l'ensemble des acteurs du système de santé

- ***Accélérer et accompagner le déploiement et la montée en charge de la télémédecine ainsi que l'utilisation des outils du numérique dans le cadre du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD)***

L'intégration dans les parcours de soins de la télémédecine, sous ses différentes modalités, doit être accompagnée afin qu'elle soit déployée de manière ambitieuse et lisible en Normandie à travers une charte régionale associant

l'ensemble des acteurs investis sur ce champ et en lien avec le déploiement du dossier médical partagé, nécessaire à la bonne coordination des parcours.

Il paraît également pertinent d'approfondir la réflexion sur la place de la télémédecine et des innovations technologiques (intelligence artificielle, domotique...) dans les évolutions organisationnelles en marche y compris dans le champ de la prévention.

L'utilisation des outils du numérique pour l'éducation à la santé et la diffusion des bonnes pratiques collectives et individuelles devra être accompagnée avec vigilance, notamment au regard du risque de fracture numérique.

o ***Impulser et soutenir la diffusion des bonnes pratiques, des expérimentations et innovations***

Des expérimentations de toutes natures sont à l'œuvre et font leur preuve sur nos territoires et ailleurs. Nous sommes riches de ces initiatives et avons tout à gagner à les faire connaître et à soutenir efficacement leur déploiement. En amont, il serait pertinent pour certains d'entre eux, après évaluation, d'engager un travail de modélisation prenant en compte les conditions de transférabilité de ces projets. Parallèlement, il convient de tirer les leçons des interventions qui n'ont pas fonctionné.

La mise en œuvre de nouveaux dispositifs doit s'accompagner dès le départ d'éléments d'évaluation permettant de juger de leur efficacité et de les réorienter si nécessaire.

La CRSA invite également l'ARS à continuer à soutenir la mobilisation d'enveloppes financières nationales même non pérennes, afin de soutenir les capacités d'innovation en région.

o ***Proposer des formations inter-acteurs pour favoriser une culture et un langage commun en s'appuyant notamment sur les connaissances et l'expertise d'usage des usagers et de leurs proches aidants***

o ***Suivre et évaluer le PRS conformément à la gouvernance dédiée prévue par le COS***

La CRSA souligne l'important travail de concertation des services de l'ARS dans le cadre de la construction du PRS. Elle souhaite que cette dynamique se poursuive dans la phase de mise en œuvre du PRS via un dispositif de suivi - évaluation de sa déclinaison sur les territoires et des moyens qui lui sont alloués.

Il s'agit ici de se donner les moyens d'une véritable évaluation en continu (indicateurs, développement de l'observation, mise en place d'études spécifiques sur des publics moins visibles et plus vulnérables...) permettant d'identifier et de débattre des ajustements nécessaires.

La participation des usagers à cette instance est un impératif, en lien avec les commissions spécialisées de la CRSA et les conseils territoriaux de santé.

Les membres de la CRSA demandent la prise en compte des éléments évoqués dans cet avis, y compris ses annexes, dans la mise en œuvre du PRS.

Avis

En conclusion, considérant les points de vigilance et les propositions en termes de mise en œuvre présentés ci-dessus, la CRSA donne un avis favorable sur le projet régional de santé de Normandie.

Vote de la délibération

Votants : 53
Favorable : 45
Défavorable : 8
Abstention : 7
Nul ou blanc : 0

La présidente de la CRSA,

Madame Marie-Claire QUESNEL

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'Q' followed by a horizontal line extending to the right.



**Délibération portant avis de la commission spécialisée prévention sur le Schéma Régional de Santé
Pour la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Normandie (CRSA)**

Contexte du projet de décision

La réunion de la CSP du 14 février 2018 a été totalement consacrée au Projet Régional de Santé. Un point d'étape avait été fait le 16 janvier.

La commission spécialisée prévention a pu faire valoir ses observations lors des différents temps d'échanges et par le plaidoyer. Une bonne partie a été prise en compte, par exemple le parcours « jeune », dont la CSP avait fait une de ses priorités, a été ajouté. La démarche d'élaboration du PRS, complexe, a été « itérative ».

Mais, pour certains membres, la concertation restant toujours un peu descendante, il existe un risque de fracture entre les institutions et la base qui doit s'emparer des sujets.

Objectifs du projet de décision

Le schéma régional de santé pour la Normandie.

Date et lieux de la consultation

Consultation par vote dématérialisé les 15 et 16 mai 2018.

Observations

- **Des points de vigilance**

Aspects opérationnels : la commission spécialisée appelle l'attention sur la nécessité de priorisation des objectifs. Elle sera attentive aux modalités de traduction du PRS en actions sur le terrain, notamment en direction des personnes les plus fragiles, en lien avec les conseils territoriaux de santé, ainsi qu'au suivi de l'exécution, en articulation avec les autres plans (PRSE en particulier).

L'importance et la complexité du rôle des CTS est soulignée : ils vont devoir décliner le PRS à partir de leurs diagnostics et définir des priorités selon les territoires. Il faudra les accompagner pour qu'ils puissent pleinement jouer leur rôle et assurer une coordination avec la CSP. Se pose aussi la question de leur représentativité.

La commission attire également l'attention sur l'importance des questions :

- des moyens alloués à la mise en œuvre du PRS pour le décliner sur le terrain ;

- de la lisibilité des dispositifs sur le terrain, pour les usagers et les professionnels : les structures et réseaux de coordination par exemple sont utiles, mais il faut veiller à ne pas trop les multiplier et à ce qu'ils soient transparents pour les professionnels de première ligne, et surtout pour les usagers ;
- de l'équilibre entre les niveaux de coordination territoriale ;
- de la complémentarité et de l'articulation des politiques publiques. Beaucoup d'acteurs œuvrent dans le champ de la prévention : ARS, Education Nationale, départements, région, collectivités locales,.... Le portage doit être collectif. La santé se joue dans les milieux de vie, rendant indispensable la transversalité entre les acteurs.
- de la coordination des acteurs : professionnels des secteurs sanitaire, social, médicosocial ;
- de la continuité des politiques publiques ;
- et des problématiques de mobilité pour les usagers, tant en milieu rural que dans les quartiers, en lien avec les collectivités.

- **Des suggestions**

- Favoriser la diffusion et la transférabilité des bonnes pratiques

Il faut mieux connaître ce qui existe pour pouvoir le déployer efficacement et communiquer. Un travail de modélisation, d'« outillage », de transférabilité des expériences qui ont fait leur preuve doit être mené et doit permettre également de tirer les leçons des interventions qui n'ont pas fonctionné.

- Proposer des formations aux acteurs qui auront à mettre en œuvre et favoriser le partage de culture (langage commun). Développer « les savoirs des patients ».
- Organiser des rencontres entre la commission spécialisée et les présidents de CTS afin d'envisager ensemble la déclinaison opérationnelle des axes prioritaires de prévention. Les délégués départementaux seraient utilement associés.
- Disposer d'une version du PRS accessible au grand public.
- Approfondir la réflexion sur les innovations technologiques et organisationnelles : en particulier place de la télémédecine, rôle dans la prévention. Utilisation des outils du numérique pour l'éducation à la santé et la diffusion des bonnes pratiques collectives et individuelles.

Avis

Avec les points de vigilance et les suggestions présentés ci-dessus, la commission spécialisée prévention donne un avis favorable sur le projet.

Vote de la délibération :

Votants : 15
 Favorable : 15
 Défavorable : 0
 Abstention : 2
 Nul ou blanc : 0

La présidente de la commission spécialisée prévention


 Madame Josette TRAVERT



Délibération portant avis de la commission spécialisée prévention sur le Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022

Pour la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Normandie (CRSA)

Contexte du projet de décision

La séance du 14 mars 2018 a été entièrement consacrée au Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Objectifs du projet de décision

Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour la Normandie.

Date et lieux de la consultation

Consultation par vote dématérialisé les 15 et 16 mai 2018.

Demandes de corrections ponctuelles

Remplacer :

- la formulation « diminuer la nécessité d'un recours à l'IVG » à celle de « diminuer le recours à l'IVG ».
- l'appellation de l'ORS en indiquant ORS CREAL.

Observations

La commission retrouve bien dans le PRAPS les enjeux de promotion de la santé et prévention exprimés dans le plaidoyer.

- **Points de vigilance**

Le document PRAPS est d'une grande qualité littéraire et analytique, mais très volumineux ce qui pose la question des priorités.

La petite enfance et notamment les maladies chroniques qui se déclarent dans cette période doivent faire l'objet d'une attention particulière.

La commission insiste sur :

- la nécessaire coordination des politiques publiques et des acteurs et la transversalité. Sur le terrain, est malheureusement souvent relevé un cloisonnement tel que les usagers se retrouvent en grande difficulté et qu'ils se sentent abandonnés par le système.
- la sensibilisation des professionnels des différents champs de la santé à la question de la précarité
- la place centrale de l'Assurance maladie dans l'accès aux droits
- le parcours de santé des enfants et des jeunes qui est un enjeu prioritaire pour la CSP.

La commission attire l'attention sur :

- la question des moyens, intellectuels, techniques, financiers, et l'optimisation de leur utilisation
- la complexité de certains dispositifs
- la création de structures de coordinations qui ne sont pas toujours connues des professionnels et des usagers
- l'inégalité dans l'accès à l'information dont certains vont pouvoir se saisir ou qui vont pouvoir être aidés.
- les spécificités des territoires
- l'importance du rôle que les CTS vont avoir à assumer pour décliner le PRAPS et les dispositifs adaptés dans leurs territoires
- l'objectif de structuration, de modélisation des 27 PASS existantes sur les territoires, dont le fonctionnement est hétérogène
- la démographie médicale qui fait que de nombreux assurés n'ont pas de médecin traitant, y compris des malades en ALD ; les publics les plus en précarité, souvent accaparés par d'autres problématiques, vont très vite lâcher prise face aux difficultés auxquelles elles vont se heurter dans la recherche d'un médecin.
- la fracture numérique et ses incidences pour les personnes qui n'ont pas d'ordinateur que tout se fasse en ligne, ce qui génère des problématiques sociales, financières (perte de droits à la CAF par exemple...)... Les démarches en ligne sont présentées comme un progrès pour ceux qui y ont accès et qui savent l'utiliser mais elles renforcent les situations de fragilité et d'isolement de certains.
- Les problèmes de mobilité et de la fracture du transport.
- Plus généralement, le problème général de communication.
- L'importance du dépistage précoce du handicap, de la manière dont l'annonce en est faite, du suivi des enfants qui ont été dépistés, de l'accompagnement des familles. Les crèches, les assistantes maternelles et les RAM ont un rôle à jouer.
- Améliorer l'accès à l'éducation thérapeutique du patient ; éviter les retards de prise en charge et les ruptures de parcours. Les dispositifs cités sont souvent très urbains et ne sont pas applicables au milieu rural. L'éducation thérapeutique, c'est « aller vers » et ne pas attendre que les patients viennent vers l'offre. Intérêt de la formation de patients experts.
- Le contexte actuel en milieu rural ou péri urbain est compliqué par la réorganisation des collectivités, les communes nouvelles, les regroupements de communes auxquels de nouvelles compétences ont été transférées.
- Le soin psychiatrique en prison : selon une enquête récente 30 % des personnes incarcérées présentent des troubles psychiques méconnus de l'administration pénitentiaire. Les surveillants sont insuffisamment formés à ces troubles.
- la déscolarisation des enfants des gens du voyage qui est un obstacle à l'accès à certaines prises en charge ou dépistage.

- **Suggestions**

- Nécessité d'actualisation régulière du PRAPS : Au-delà des déterminants de la précarité qui sont assez constants dans le temps, certains évènements interviennent en effet pendant la durée de vie d'un PRAPS, par exemple la vague migratoire, des politiques qui évoluent, comme celle de la ville.
- Diffuser les bonnes pratiques, identifier ce qui fonctionne et le rendre appropriable par d'autres territoires.
- Souhait d'un document annexe de diffusion « plus grand public » qui doit s'articuler sur ce que vont faire les CTS et comment ils vont communiquer. Il est suggéré une version avec des pastilles, des focus, des exemples qui apportent une vision concrète et vulgarisée.

Avis

Avec les points de vigilance et les suggestions présentés ci-dessus, la commission spécialisée prévention donne un avis favorable sur le projet.

Vote de la délibération :

Votants : 15
Favorable : 15
Défavorable : 0
Abstention : 2
Nul ou blanc : 0

La présidente de la commission spécialisée prévention


Madame Josette TRAVERT

Avis de la Commission Spécialisée pour les prises en charge et Accompagnement Médico-Sociaux (CSAMS) sur le Projet Régional de Santé

Introduction

Le PRS est composé de trois documents :

- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) avec deux ambitions et 10 objectifs. Nous partageons les ambitions et les objectifs.
- le Schéma Régional de Santé (SRS) qui est établi sur une base d'évaluation des besoins et de l'offre en région. L'évaluation des besoins a été réalisée mais ne nous paraît pas avoir bénéficié des mêmes moyens selon les publics visés. D'autre part, les diagnostics partagés de territoire dans le cadre des CTS qui ont alimenté cette évaluation des besoins, ont été de qualité inégale selon les territoires.
- le PRAPS qui doit décliner le Schéma Régional de Santé de manière Spécifique. Nous saluons le fait que le PRAPS est transversal et doit être porté par l'ensemble des directions de l'ARS. Par contre, le PRAPS ne donne pas une visibilité et les priorités, en termes de programmation des dispositifs en fonction des besoins.

Nous avons conscience que le PRS et ses composantes sont dynamiques et espérons que des ajustements continueront à être apportés tout au long de la période du PRS.

Nous saluons la qualité des documents élaborés, tant pendant la phase de construction, que dans leurs versions finales. Nous soulignons la volonté affichée de transversalité du PRS, entre les différents champs : sanitaire, social et médico-social. Il conviendra tout de même de rester vigilant pour que le décloisonnement entre les secteurs devienne une réalité dans les parcours de santé des personnes, et dans les plans d'action.

Nous tenons à saluer l'énorme travail produit par les différents services de l'Agence Régionale de Santé de Normandie pour l'élaboration de ce Projet Régional de Santé depuis l'installation de la CRSA normande en juillet 2016.

La commission se félicite également de la réelle volonté de l'ARS et de ses différents services d'associer largement l'ensemble des acteurs dans une démarche de co-construction, puis de large concertation, même si les changements de calendrier au niveau national et des annonces dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé n'ont pas favorisé cette co construction. La consultation a dû se faire dans des délais contraints qui ne permettaient pas une concertation entre acteurs pour faire valoir les observations.

I. Le Schéma Régional de Santé

Les personnes en situation de handicap

• Concernant le volet des personnes handicapées et des populations spécifiques :

Les orientations présentées sont très marquées par la question du vieillissement de la population y compris de la population porteuse de handicap. Il apparait peu d'éléments pour le public jeune hormis les problématiques de TSA, précocité du diagnostic et étayage du/des parents.

La commission regrette l'absence de prise en compte du public vulnérable, en particulier celui du champ de la protection de l'enfance concernant entre autre les enfants devenant majeurs et ne trouvant pas de réponse dans le secteur médico-social adulte. Il n'est rien dit de l'impact de la désinstitutionalisation du handicap sur le public de protection de l'enfance et sur la façon dont les équipes vont être étayées pour accompagner ce nouveau public.

• Concernant l'objectif « Repérage, dépistage, diagnostic (enfants et adultes) et interventions précoces »,

Il nous semble nécessaire d'ajouter le développement des compétences psychosociales, élément de base pour agir sur les déterminants de santé.

Par ailleurs, pour le public très jeune il est primordial de favoriser un repérage précoce des troubles du neuro-développement (développement des centres de dépistage et de soins, maillage entre les ESMS et centres de soins et hôpitaux car le délai est trop long actuellement,

La formation des professionnels des ESMS à ces troubles est un point à développer.

Concernant la prise en charge des soins somatiques, il est important d'accentuer sur les difficultés d'accès du public des ESMS. Il est souhaitable de déterminer des centres pour soins dentaires, ophtalmo (réseau, convention...) au regard des difficultés d'accès.

Si la Commission souligne la qualité de la structuration avec le Cadre d'Orientation Stratégique, le Projet Régional de Santé, le Schéma Régional de Santé, avec les objectifs qualitatifs et quantitatifs médico-sociaux et le PRAPS, elle tient également à rappeler l'importance de maintenir un PRIAC vivant, évalué et actualisé régulièrement.

Sur les Objectifs Qualitatifs et Quantitatifs de l'Offre Médico-Sociale

La Commission, si elle peut entendre et concevoir que les CPOM soient des leviers permettant de faire évoluer l'offre, elle restera vigilante à ce que ces leviers collectifs ne deviennent pas des outils d'une relation bilatérale entre l'ARS et les gestionnaires d'établissements et services, contribuant à une relation contractuelle déséquilibrée, réduisant les gestionnaires à devenir de simples prestataires de service.

Toujours sur les OQQOMS, la Commission attire l'attention de l'Agence sur les dérives que pourraient engendrer un certain nombre d'entre-eux en obligeant les gestionnaires à calquer l'organisation de l'activité et le fonctionnement des établissements et services médico-sociaux sur ce qui est attendu et non dans une logique de réponse adaptée, pertinente et de qualité pour les personnes en situation de handicap, notamment, tenant compte des besoins identifiés.

Il faudra veiller, par exemple, à ce que la mesure de l'activité ne devienne pas le seul cadre de référence de l'organisation médico-sociale au risque de renouveler les dysfonctionnements qui ont été engendrés par la mise en place de la T2A dans le secteur sanitaire.

De plus, la commission fait remarquer que l'atteinte de certains indicateurs des OQQOMS ne dépend pas exclusivement de la volonté ou du projet du gestionnaire mais de l'organisation globale sur les territoires et de l'offre; par exemple, le nombre de sorties d'ESAT.

Si la Commission ne peut que se féliciter du virage inclusif et des orientations fortes portées en ce sens par le Secrétariat d'Etat aux Personnes Handicapées, elle souligne tout autant l'importance de ne pas opposer le milieu ordinaire au milieu spécialisé que représentent les établissements et services médico-sociaux.

Les logiques du Parcours de Vie et de la Réponse Accompagnée Pour Tous devant permettre de proposer une offre et une réponse adaptée et pertinente dont la mise en œuvre opérationnelle puisera sa force dans la complémentarité entre le droit commun et le milieu spécialisé.

Au sujet de la transformation et la gradation de l'offre

- Sur la transformation de l'offre, la commission attire de nouveau l'attention de l'agence sur le fait que celle-ci ne peut être le seul levier et que la question des moyens reste et restera aussi centrale.

Dans ce même registre, si la Commission, comme évoquée précédemment, salue favorablement la réelle volonté politique de faire bouger les lignes en matière de handicap et de la place de la personne handicapée dans la Société

qui doit réellement devenir Inclusive, elle reste prudente et sera vigilante sur le calendrier et les modalités de mise en œuvre.

- Bien que la Commission ait bien conscience du retard accumulé au fil du temps, elle ne peut souscrire à une transformation de l'offre à marche forcée, qui ne tiendrait pas compte des accompagnements nécessaires.

- La transformation de l'offre doit être pertinente, s'envisager à l'échelle des territoires, accompagnée et respectueuse, notamment, des personnels et des conditions de travail des établissements et services médico-sociaux.

- Enfin, sur la gradation de l'offre, la commission salue la nécessaire complémentarité à développer entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire. Néanmoins, elle restera vigilante quant à l'arrivée, notamment dans le champ du handicap, d'acteurs privés à but lucratif.

- Au sujet de la psychiatrie, le volet psychiatrie, il ne semble pas très développé dans le cadre du Schéma Régional ni dans le PRAPS. Nous souhaitons que la construction des projets territoriaux de santé mentale l'horizon 2020 soit l'occasion de faire travailler ensemble tous les acteurs du sanitaire, du libéral, du social et médico-social afin de mettre en œuvre les principes du PRS sur les territoires en partant de leurs réalités.

Sans attendre le résultat des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) à l'horizon 2020, il y a lieu de favoriser dès à présent l'accès aux accompagnements médico-sociaux des personnes en souffrance psychique. Il convient de réellement organiser l'intervention coordonnée des acteurs du sanitaire et du médico-social avec une nécessaire formation des professionnels, intégrer dans le dispositif d'accompagnement, celui du logement inclusif des personnes handicapées psychiques. Il faudra notamment prendre toutes mesures pour la création en Normandie des 120 places de résidences-accueil dans le cadre du plan de relance des résidences-accueil (circulaire interministérielle du 20 avril 2017). Il est souhaitable aussi de se positionner rapidement au niveau national sur le dispositif le « chez soi », en soutenant et en renforçant les dispositifs innovants existants tels que le Dispositif d'Accompagnement de Proximité de l'Eure (DAPE).

D'autre part, Il conviendra de tenir compte dans les conditions d'hospitalisation et de diagnostic, des spécificités tenant aux enfants et adolescents.

Il est impératif de mettre en place une politique d'accompagnement des aidants notamment familiaux qui, à défaut s'épuisent auprès de leur proche.

Par ailleurs, concernant les troubles du comportement, il est mentionné les équipes mobiles de psychiatrie.

Il semble manquer, en complément, le développement des thérapies cognitives et comportementales et autres prise en charge psychologiques.

Concernant les troubles du spectre autistique

Concernant les orientations retenues dans le PRS au titre de la prise en charge des personnes présentant des troubles du spectre autistique nous les considérons comme positives d'autant qu'elles s'inscrivent dans les axes de la stratégie nationale pour l'autisme présentée par le premier ministre. L'attention déjà mise en avant lors du précédent plan concernant le repérage et le diagnostic devra être maintenue.

Les personnes âgées

La commission tient à rappeler que le décloisonnement entre les différents secteurs (sanitaire, médico-social, social et domicile) doit favoriser le passage d'une logique purement gériatrique à une dynamique gérontologique inclusive dans le cadre d'une prise en charge graduée sur un territoire donné (parcours de vie).

Le principe selon lequel il conviendrait de passer d'une logique de séjour à une logique de flux correspond davantage à une logique sanitaire pas forcément transposable dans le secteur médico-social. **Nous appelons l'attention de l'ARS sur les évolutions organisationnelles induites par cette logique de flux qui implique des temps de coordination dédiés avec les professionnels du domicile insuffisamment identifiés.**

Il conviendra de rappeler :

- que si la politique du maintien au domicile répond à une attente forte des usagers ;
- elle repose sur la participation et la formation des aidants et l'adaptation des lieux de vie et des transports ;
- que la participation des aidants (estimés à 8.3M dans le récent rapport de la mission flash du député Darreville) représente un coût caché estimé entre 12 et 16Mds€ non supporté par la collectivité nationale ;

S'agissant de la stratégie d'adaptation et de transformation de l'offre existante, la logique descendante déclinée normalement au travers du PRS, du PRIAC et des Appels à Projets apparaît en contradiction avec les CPOM qui pourront être utilisés, dans les limites du décret d'application du 16 juin 2016, pour redéployer des moyens susceptibles d'être sous-utilisés par certains établissements.

Par ailleurs, le taux de vétusté des EHPADs, important sur certains territoires devrait conduire à une priorisation des opérations de modernisation (et des subventions CNSA/CPER) en tenant compte des projections démographiques à Long Terme (Cf. étude Omphale 2040) sans forcément reconduire les capacités existantes et/ou autorisées des territoires les mieux équipés.

La transformation des places d'HP existantes en places d'HT ou d'AJ devra impérativement s'accompagner d'un financement complémentaire pour compenser la perte de recettes liée à la diminution du taux d'occupation ou encore la charge particulière liée au transport. La fongibilité de l'offre doit s'accompagner d'un mode de financement cohérent pour en garantir la pérennité.

Au-delà de la question du financement, la fongibilité de l'offre devrait conduire à la définition de nouveaux modèles pour le fonctionnement des EHPADS afin de répondre à l'évolution des besoins futurs et tenir compte des problématiques de démographie médicale.

En l'absence d'une révision du mode de tarification des EHPADS, l'idée de leur spécialisation devrait être limitée à quelques unités (PHV, UPAD, UHR) adossées à une USLD.

Concernant les personnes vieillissantes en situation de précarité

La présence de plus en plus importante de personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie sans chez soi à la rue ou dans les structures d'hébergement est un constat partagé par les différents acteurs. Alors même que l'espérance de vie à la rue reste basse- avec un âge moyen au décès des personnes sans abri de 49 ans contre 82 ans pour le reste de la population.

Ce vieillissement nécessite une prise en compte dans les structures existantes comme les EHPAD ; ce qui est prévu dans d'autres documents du PRS. Néanmoins, l'orientation et la prise en compte de ce public en perte d'autonomie et sans chez soi par les EHPAD des personnes se relève complexe.

Avant 60 ans, les personnes démunies peuvent présenter un degré de dépendance et de vieillissement précoce provoqué par les situations de vie très précaires.

Et c'est l'âge – et non pas l'état d'avancement du vieillissement – qui reste un critère décisif pour l'admission à l'Aide sociale à l'hébergement (au-delà de 60 ans pour l'aide sociale département, au-delà de 65 ans pour l'aide sociale d'Etat) dans les structures spécialisées pour personnes âgées (comme les foyers logements, les EHPAD).

Les orientations des personnes de moins de 60 ans vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou unités de soins de longue durée (USLD) sont néanmoins possibles mais se confrontent aux difficultés suivantes :

- des délais de traitements majorés au niveau de la MDPH (reconnaissance du handicap) et du Conseil Départemental (pour l'ASH, à cause de la dérogation d'âge)
- la non prise en charge du forfait dépendance, en l'absence d'USLD « jeunes ».

Pour d'autres personnes, les obstacles à accéder aux structures médico-sociales adaptées proviennent d'une situation administrative complexe : difficulté à rassembler les documents administratifs dans un contexte d'errance et/ou de trouble de santé. Pour les personnes relevant de l'aide sociale à l'hébergement, c'est parfois la longueur des délais d'instruction qui est problématique (notamment lors de la recherche d'un domicile de secours).

Face à ces constats, d'autres solutions d'Accueil spécifique complémentaires telles qu'elles ont pu être développées dans d'autres territoires méritent d'être envisagées.

En effet, au sein des structures médico-sociales, comme les EHPAD, la cohabitation peut se révéler problématique avec les autres résidents notamment quand les personnes ont longtemps vécu à la rue, et présentent des troubles de comportement et/ou des addictions. Ainsi, nombre de personnes en perte d'autonomie se retrouvent accueillies par défaut dans les structures :

- d'hébergement d'urgence ou de stabilisation (CHU, CHRS, etc.)
- de soins résidentiels (tels que les LHSS)

Or, ces structures ne sont pas destinées à recevoir de façon pérenne ce type de public. La prise en charge et les soins quotidiens inhérents à la perte d'autonomie peuvent y être compliqués à réaliser, voire impossibles à mettre en œuvre, avec des risques de défaut de prises en charge.

Il s'agit donc de promouvoir la prise en charge des personnes cumulant, à des degrés divers, des problématiques de pauvreté et de fragilité sociale, de situations administratives précaires ou complexes (ce qui rend difficile la mobilisation des financements/aides publiques) – sans garantie de résolution, de santé dégradée, tant physique que mentale ... dans un contexte où la perte d'autonomie nécessite une aide constante à la vie quotidienne.

En sachant qu'il reste difficile d'identifier l'ensemble des personnes en perte d'autonomie, en particulier celles moins visibles, hébergées chez des tiers et/ ou dans des conditions de vie précaires.

Nous proposons de :

- Arriver à mieux objectiver les besoins de prise en charge des personnes démunies en perte d'autonomie et sans logement, au sein des établissements de santé de court séjour, de SSR, de structures d'hébergement et de soins résidentiels LHSS, LAM,ACT, notamment pour réduire les accueils par défaut dans ces structures non adaptées.
- Dans l'attente d'une solution pérenne, initier un accompagnement médico-social individualisé, au sein même du lieu d'accueil de la personne. Et pour ce faire, favoriser l'intervention des professionnels de santé et des équipes mobiles adaptés (tels que SSIAD, HAD, SAMSAH...).
- Favoriser le partage d'informations sur les ressources et des dispositifs existants, dont les structures médico-sociales adaptées.
- Mobiliser les partenaires institutionnels pour favoriser l'accès ou le retour dans le système de droit commun, dans des délais adaptés. Il s'agit aussi de répondre aux difficultés liées aux frais non recouvrables rencontrés par les structures médicosociales.
- Développer les solutions d'accueil adaptées aux situations complexes :

- o En renforçant les **capacités du secteur médico-social adapté (EHPAD, foyer d'accueil médicalisé, Maison d'accueil spécialisée ...)** ou du **logement adapté à prendre en charge les publics**

dépendants, sans abri présentant des fragilités connexes (pathologies addictives ou mentales en cours d'équilibrage), notamment en proposant un accompagnement des équipes : renforcement des équipes mobiles, formation, médiation, analyse des pratiques ...

- En adaptant l'offre de places en MAS, FAM, EHPAD, ACT et LAM aux besoins spécifiques de ces publics.
- En mettant en place des expérimentations visant à renforcer l'offre en soin résidentiel en accueil inconditionnel et rechercher des montages financiers innovants pour l'expérimentation de dispositifs d'accueil et d'hébergement inconditionnels conjoints DRJCS - ARS permettant de démultiplier le nombre de places d'accueil.
- Favoriser la concertation partenariale sur la problématique de la perte d'autonomie des populations en errance en s'assurant de la présence d'espaces de concertation et d'appui « précarité – perte d'autonomie » à l'échelle départementale (à la fois comités de pilotage, lieux ressources pour les acteurs, instances de saisine sur les situations complexes) pour les personnes en perte d'autonomie en attente d'une orientation adaptée, en lien avec les projets de plateformes territoriales d'appui, et les autres dispositifs d'hébergement adapté (réunissant les acteurs du SIAO, du médico-social et du médical).

II. Le PRAPS

L'approche du PRAPS

Le PRAPS a une approche de l'universalisme proportionné que nous partageons. Mais, il faudra continuer d'avoir une connaissance et un accent particuliers sur les publics précaires.

Le document prévoit des objectifs et des actions larges ; ce qui permet d'avoir une marge et une souplesse d'adaptation à l'évolution des besoins.

Toutefois, il ne faudra pas que cela empêche la définition et la réalisation des actions concrètes et que les publics tels que les personnes vieillissantes, les personnes en situation d'addiction (création d'appartements thérapeutiques,..) ne soient oubliées.

Nous saluons la transversalité du PRAPS. Dans la plupart des objectifs du schéma, il est fait référence aux liens avec le PRAPS et l'adaptation des modalités d'intervention aux publics PRAPS, notamment « l'aller-vers ». Nous demandons que cette attention particulière se retrouve aussi dans les plans d'actions. Il nous semble nécessaire de définir les modalités et les moyens dédiés à « l'aller-vers », notamment pour les publics sans hébergement/logement, qui sont à la rue ou dans les structures d'hébergement. En effet, le code de la santé publique précise que le PRAPS « détermine les moyens à mobiliser ». Sur la question des moyens financiers à mobiliser, nous demandons une allocation suffisante des moyens, pour les 5 années à venir pour conduire les actions indiquées dans ce document de programmation.

Une gouvernance du PRAPS partagée

Nous notons avec intérêt la mise en place d'une gouvernance partagée avec un Comité de Pilotage, réunissant les différents acteurs institutionnels, ce qui est indispensable de notre point de vue, pour faciliter la cohérence et la lisibilité des politiques publiques et éviter le fonctionnement en silo. Nous regrettons par contre, l'absence dans ce COPIL, ainsi qu'au Comité Technique, des acteurs de terrains et des usagers. Nous proposons d'intégrer les fédérations représentatives de ce secteur et les usagers, surtout que l'ARS a associé dans l'élaboration du document des représentants des usagers par le biais du CCRPA (Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies).

La déclinaison du pilotage du Plan sur les territoires n'apparaît pas clairement. Une articulation avec les autres instances de concertation locales (CTS, CDCA,...) est à envisager.

Aussi, il est indiqué dans la gouvernance du PRAPS qu'il faut « améliorer le partage régulier d'information avec les partenaires ». Nous souhaitons que les modalités soient précisées et que ce partage se fasse aussi au niveau des territoires.

Les indicateurs à améliorer

Les indicateurs retenus, tout en reconnaissant la difficulté de l'exercice, ne nous semblent pas refléter les ambitions du PRAPS. Les indicateurs ont vocation à rendre compte des actions effectivement engagées pendant la durée du plan. Il n'y a pas d'indicateurs de la satisfaction des besoins et des attentes des personnes. Nous proposons qu'un travail sur les indicateurs, associant la CRSA, continue.

Les ruptures dans les PARCOURS : un enjeu majeur

« Le parcours de santé est l'ensemble des étapes et le cheminement parcourus par un sujet dans un système de sanitaire et social organisé, dans un temps et une espace donnés. Il concerne l'ensemble des déterminants de santé, articulant la prévention, les soins, le médico-social et le social » (ARS Bretagne 2012).

Aussi, « dans une approche globale du parcours de santé et de vie, chaque parcours a fait l'objet d'une modélisation théorique. Cet exercice a permis d'identifier collectivement les points de ruptures identifiés ou potentiels » (document ARS Normandie). Nous pensons que les parcours retenus dans le PRS, sont ceux dont l'Agence va surinvestir. Or, le PRAPS reprend les 8 parcours définis dans le PRS. Partant de ces approches, nous regrettons que dans ce PRAPS, il n'est pas été retenu le Parcours pour les publics précaires à l'instar du parcours pour les personnes âgées ou en situation de handicap.

L'évaluation des besoins des publics précaires demeure fragile

L'évaluation des besoins et la connaissance des publics, notamment précaires, demeure fragile. Nous proposons de favoriser l'amélioration de la connaissance des besoins des personnes en situation de précarité et d'exclusion pour adapter l'offre de prise en charge, en s'appuyant, notamment sur les travaux réalisés par les acteurs de terrain et l'ORS CREAL.

Des points de vigilance :

- **La question du transport.** La question de la gradation des soins n'aura de sens que si les territoires proposent un réseau cohérent et accessible de transport pour faciliter l'accès aux populations les plus vulnérables (PA, personnes en précarité...).
- **l'innovation et expérimentation.** Il nous paraît essentiel de prévoir l'axe innovation dans le document. Le PRAPS est pour une durée de 5 années. Il peut y avoir des problématiques ou des besoins qui ne sont pas connus ou visibles à ce jour. Intégrer l'axe innovation, permet de prendre en compte l'évolution des besoins. Concernant les expérimentations, il est essentiel d'envisager de les pérenniser financièrement quand elles sont pertinentes.
- **La question de l'hébergement résidentiel** pour les publics souffrant des addictions qui n'est pas évoquée alors même qu'il y a des besoins recensés sur les terrains.
- **Le développement des dispositifs spécifiques** (ACT, LHSS, LAM,...) en fonction des besoins recensés sur les territoires et la couverture territoriale.
- **La convergence des dispositifs de coordination** et la prise en compte des publics précaires: Les différents dispositifs de coordination prennent en compte très peu le public précaire. Leur nature et territoires d'intervention sont différents. Il nous paraît souhaitable de penser à une convergence des

différents dispositifs de coordination et de favoriser, par des conventions, la prise en charge des personnes en situation de précarité.

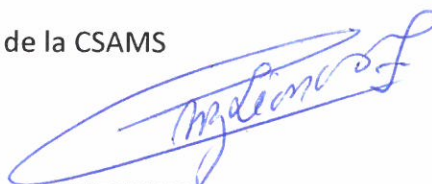
- **Le pouvoir d'agir et la médiation** : Le pouvoir d'agir (empowerment) et la médiation, qui est un outil important d' « aller-vers », figurent dans les documents du PRS. Ces approches devront être développées sur les territoires avec des moyens dédiés.
- **La fin de vie et les soins palliatifs** : Aujourd'hui, les progrès de la médecine permettent de prolonger la durée de la vie. Cela se traduit, notamment par une augmentation du nombre de personnes concernées par les soins palliatifs et l'accompagnement fin de vie. En France, l'alternative repose surtout sur l'hospitalisation ou sur les soins à domicile. Quid pour ceux n'ont pas de domicile ? Un processus intermédiaire reste à imaginer, notamment pour les personnes précaires, les personnes dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

En conclusion, tenant compte des éléments développés ci-dessus, les membres de la commission donnent un avis favorable au PRS.

Vote de la délibération :

Votants : 15
Favorable : 13
Défavorable : 2
Abstention : 1

Le président de la CSAMS



Monsieur Léonard NZITUNGA

Projet d'avis de la Commission Spécialisée d'Organisation des Soins (CSOS)
sur le projet de Schéma Régional de Santé (SRS) de Normandie
Pour la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie de Normandie (CRSA)

Contexte du projet de décision

Le projet régional de santé a notamment été défini, en cohérence avec la stratégie nationale de santé. Il est constitué :

- 1° D'un cadre d'orientation stratégique (COS), qui détermine des objectifs généraux et les résultats attendus à dix ans ;
- 2° D'un schéma régional de santé (SRS), établi pour cinq ans sur la base d'une évaluation des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux et qui détermine, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé, y compris en matière de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social, des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels.
- 3° D'un programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Le projet régional de santé a vocation à être arrêté par la Directrice générale de l'ARS de Normandie après une période de consultation réglementaire de 3 mois.

A l'issue de la consultation, le PRS de Normandie sera arrêté par la Directrice Générale de l'ARS pour une durée de 10 ans pour le COS et de 5 ans, pour le SRS et le PRAPS.

Objectifs du projet de décision

Formuler un avis sur le Projet Régional de Santé de Normandie et plus particulièrement sur le volet relatif aux conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire du Schéma Régional de Santé.

Ces conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire concernent les activités et thématiques précisées infra :

- Médecine
- Chirurgie
- Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale
- Psychiatrie infanto-juvénile et générale
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Soins de suite et de réadaptation (SSR)
- Soins de longue durée (SLD)
- Cardiologie interventionnelle
- Médecine d'urgence
- Réanimation
- Insuffisance rénale chronique (IRC)
- Assistance médicale à la procréation (AMP)
- Diagnostic prénatal (DPN)
- Traitement du cancer
- Génétique
- Equipements matériels lourds
- Laboratoires de biologie médicale
- Offre de soins de premier et de deuxième recours
- Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Date et lieux de la consultation

Les instances ayant participé à la consultation du SRS sont invitées à donner leur avis, pendant la période de consultation à savoir entre le 9 mars 2018 et le 9 juin 2018. A l'issue de cette consultation un arrêté sera pris par la Directrice générale de l'ARS de Normandie.

La consultation prévue pour le Projet Régional de Santé s'inscrit dans les dispositions des articles R.1434-1 et R.1434-2 du Code de la Santé Publique.

Les autorités consultées sont :

- La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie ;
- Les Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie ;
- Le Préfet de région ;
- Les Collectivités territoriales de la région ;
- Le Conseil de surveillance de l'Agence régionale de santé.

Observations

Les membres de la commission partagent les propositions du schéma régional de santé en matière de conséquences sur les acteurs sanitaires en ce qu'elles visent notamment à :

- améliorer la gradation de l'offre de soins, à rationaliser et à optimiser la répartition des activités afin de répondre à la fois aux besoins de santé de la population mais aussi à des enjeux de ressources (médicales, soignantes, financières), d'efficience, de soutenabilité ;
- concilier les impératifs de qualité/sécurité avec les enjeux de proximité et d'accessibilité.

Au-delà des observations ou questions particulières de l'un ou l'autre des membres de la commission au titre des activités et thématiques listées supra et qui figurent dans le compte rendu de la séance, les membres de la commission attirent l'attention sur les enjeux et besoins suivants :

- le contexte d'évolutions réglementaires annoncées et en cours (réforme des autorisations sanitaires, mise en œuvre de l'article 51 de la LFSS 2018, réforme du modèle de financement T2A...) conduit à des incertitudes qui constituent autant de défis pour la Normandie, ce contexte évolutif ne remettant pas en cause cependant l'intérêt de définir un PRS ambitieux, qui aura ainsi vocation à être actualisé et révisé à l'aune des conséquences de ces réformes nationales mais aussi à l'aune de l'évolution des besoins territoriaux qui pourront justifier de réviser les objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins ;
- la démographie médicale en Normandie est particulièrement fragilisée et le sera encore davantage au cours des 5 ans à venir (pour exemple la moyenne d'âge actuelle des médecins libéraux 57 ans) nonobstant les objectifs du SRS en la matière et la volonté de poursuite, déploiement, renforcement de dispositifs en faveur de l'attractivité médicale dans le champ des soins de premier recours, de deuxième recours, des soins hospitaliers (exemples : politique régionale des pôles de santé libéraux et ambulatoires – PSLA, politique régionale des assistants spécialistes partagés – ASR). Cet élément représente une réelle inquiétude par rapport à l'accès aux soins des populations dans tous les territoires, inquiétude partagée par l'ensemble des membres de la commission qui insistent donc sur la nécessité d'amplifier et de faire converger les efforts en la matière et notamment de veiller à favoriser les coopérations publiques, privées, publiques-privées, entre champ hospitalier et médecine de ville, la situation sur certains territoires rendant indispensable la mise en commun des ressources pour garantir le maintien de réponses en proximité et la mise en œuvre de la gradation des soins. Les membres de la CSOS précisent aussi que les problématiques de déficit médical concernent certes le milieu rural mais qu'elles peuvent également concerner des territoires urbains ou des spécialités pourtant considérées comme attractives, ce qui renvoie à un enjeu plus général d'attractivité de la région ;
- la télémédecine, sous ses différentes modalités, doit être déployée de manière ambitieuse et lisible en Normandie, comme les innovations. Bien qu'elle soit identifiée au sein de l'objectif spécifique n°24 du PRS, les membres de la CSOS regrettent que le développement de la télémédecine ne soit pas acté spécifiquement au sein de chaque activité de soins concernée par cette opportunité (médecine, médecine d'urgence notamment); De manière générale, ils souhaitent que les objectifs généraux et spécifiques du PRS soient déclinés au sein d'un plan d'action opérationnel. Plus particulièrement au titre de l'imagerie, les membres de la CSOS demandent à l'agence régionale de santé de relancer et de veiller à l'aboutissement du projet PRATIC (projet régional de télé-imagerie initié en Haute-Normandie il y a plusieurs années) ;
- les enjeux de restructuration et d'amélioration de l'offre sanitaire en Normandie nécessitent des accompagnements financiers significatifs ; La région présente des indicateurs de santé défavorables qui plaident pour un rééquilibrage inter régional des dotations/enveloppes au profit de la Normandie. La CSOS demande à l'ARS de relayer cette demande auprès des services du ministère de la santé ;
- toute transformation de l'organisation de la prise en charge nécessite d'être évaluée par des indicateurs de qualité des prises en charge. Par exemple : augmenter le taux d'ambulatoire nécessite d'étudier le taux de ré-hospitalisation à la sortie de certains actes de chirurgie ambulatoire. Toute évolution de l'organisation de l'offre doit être suivie et évaluée avec des indicateurs qui sont prédéterminés avant d'engager ces évolutions ;

- le SRS prévoit des évolutions dans la répartition et le maillage des activités de soins (exemple : urgences) qui induisent de porter une attention particulière aux conséquences en matière de transports et notamment de transports sanitaires sur tous les points du territoire (notamment les interactions entre SAMU, SMUR, SDIS, les différents transporteurs sanitaires).

Avis :

La commission spécialisée d'organisation des soins, qui s'est réunie le 17 mai 2018, propose un avis favorable à la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie sur le Projet Régional de Santé de Normandie et plus particulièrement sur le volet relatif aux conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire du Schéma Régional de Santé.

CONFLITS D'INTERET	0
VOTANTS	17
AVIS FAVORABLES	12
AVIS DEFAVORABLES	5
ABSTENTIONS	11
BLANCS	0

Le président de la commission spécialisée d'organisation des soins



Dr Jean-Michel GAL