

II

LES CONSÉQUENCES SUR LES ACTEURS

Les objectifs spécifiques et opérationnels du SRS déclinés ci-avant sont autant de moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'état de santé de la population et lutter contre les Inégalités sociales et territoriales de santé (ISTS).

Parmi eux, l'Agence et ses partenaires ont fait le choix d'afficher l'objectif d'une offre en santé graduée répondant aux besoins des Normands (objectifs spécifiques 16, 17 et 31).

Cette ambition implique des conséquences sur les acteurs en santé tant dans le domaine de la prévention que du soin et des accompagnements médico-sociaux.

En conformité avec la Stratégie nationale de santé (SNS), le PRS normand a également positionné la prévention et la promotion de la santé comme le premier levier du bien-être de la population.

Bien que non demandés réglementairement, l'Agence a toutefois choisi d'afficher des conséquences sur l'organisation des acteurs en prévention et promotion de la santé au même titre que ceux définis par la loi pour les acteurs à la fois du secteur sanitaire et du secteur médico-social.

Sont ainsi présentés ci-après les :

1. Conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé
2. Conséquences sur les acteurs du secteur sanitaire
3. Conséquences sur les acteurs du secteur médico-social

INTRO DUC TION

Les conséquences sur les acteurs en prévention et promotion de la santé

1. Enjeux

La prévention vise à empêcher la survenue ou l'aggravation de la maladie. Elle se distingue de la promotion de la santé qui offre à la population les moyens d'assurer un contrôle sur sa propre santé et d'améliorer celle-ci.

Le diagnostic élaboré en Normandie sur l'estimation du poids attribuable aux déterminants sociaux de santé sur les décès confirme l'impact majeur de ces déterminants sur la santé sur la mortalité.

Les actions de prévention et de promotion de la santé permettent d'agir sur ceux-ci. Une action résolue sur la prévention, promotion de la santé participe également à l'efficacité du système de santé.

En cela, la prévention, promotion de la santé constitue un enjeu majeur pour assurer la soutenabilité de notre système de santé à long terme tel que le réaffirme la stratégie nationale de santé.

Pour faire face aux problématiques de santé, la région a développé un dispositif de prévention, promotion de la santé qui nécessite d'être renforcé et mieux coordonné avec les autres dispositifs publics.

Un meilleur maillage du territoire, une plus grande attention aux inégalités sociales de santé et une plus grande efficacité sont attendus par la population et les acteurs normands.

2. Principes généraux d'intervention en prévention et promotion de la santé (PPS)

- Politique régionale et des actions en PPS reposant sur des données probantes à un coût soutenable,
- Lisibilité et accessibilité de la PPS,
- Inscription des actions dans la durée,
- Professionnalisation des acteurs,
- Participation de la population,
- Cohérence des interventions de PPS avec les autres dimensions des parcours de vie et de santé.

3. Vers une organisation graduée lisible pour tous

À l'instar de l'offre sanitaire et médico-sociale, l'offre de prévention, promotion de la santé doit évoluer vers une organisation graduée plus lisible pour tous pour répondre aux objectifs spécifiques du SRS :

- Niveau régional : identification des structures ressources (IREPS, plateforme normande d'éducation thérapeutique du patient, GRAFISM, centre régional de coordination des dépistages des cancers...),



- Niveau infrarégional d'animation territoriale : identification des réseaux territoriaux de promotion de la santé, des ateliers santé ville et des antennes des structures régionales le cas échéant,

- Niveau territorial de proximité en fonction des besoins et ressources des territoires :

- développement des actions sur les déterminants de santé (addictions, nutrition/sédentarité, santé mentale...) déployées dans les lieux de vie et d'activité de la population,

- développement de la prévention médicalisée en proximité (« aller vers » et « hors les murs »),

- diversification des acteurs de PPS (associations œuvrant en PPS, professionnels de santé, collectivités territoriales promotrices de santé, hôpitaux promoteurs de santé, établissements et services médico-sociaux promoteurs de santé, Éducation nationale / Protection judiciaire de la jeunesse / Aide sociale à l'enfance promotrices de santé, santé au travail...).

Pour y parvenir différents leviers seront mobilisés :

- autorisation et habilitation de structures ou dispositifs,
- allocation des crédits FIR,
- contractualisation pluriannuelle avec les opérateurs PPS,
- CPOM,
- CLS et CLSM,

- mobilisation des instances de pilotage (COPIL thématiques ou populationnels) et de concertation telles que les conseils territoriaux de santé, la MILDECA, les COPIL territoriaux PPS, les conférences des financeurs prévention de la perte d'autonomie...

- évaluations d'impact en santé (EIS).

Les fiches déclinées ci-après décrivent les évolutions attendues à échéance du SRS en matière de :

- prévention et réduction des pratiques addictives,
- dépistages organisés des cancers,
- éducation thérapeutique du patient,
- vaccination,
- santé sexuelle.

La fiche relative à la prévention et à la réduction des pratiques addictives a vocation à rejoindre la partie consacrée aux conséquences sur les acteurs du secteur médico-social.

Avertissement : du fait de l'intégration des enjeux et des acteurs des champs «prévention» et «médico-social», sont ici présentées l'ensemble des mesures prévues les concernant, y compris les objectifs quantifiés pour l'offre médico-sociale.

PRÉVENTION ET RÉDUCTION DES PRATIQUES ADDICTIVES



ÉLÉMENTS DE CONTEXTE / ENJEUX RÉGIONAUX

Première cause régionale de mortalité (15% des décès liés au tabac et 5% à l'alcool), les pratiques addictives contribuent largement à la situation sanitaire globalement défavorable de la Normandie au regard de la France métropolitaine. Leurs conséquences sanitaires et sociales sont multiples et ne se résument pas à la mortalité liée à la dépendance. Elles créent ou entretiennent des situations particulièrement difficiles quand elles se surajoutent à d'autres problématiques (de comorbidité somatique, de santé mentale, de perte d'autonomie, de précarité économique et sociale, de suivi judiciaire, d'isolement social...).

Avec une offre de prévention inégalement répartie, on observe des situations spécifiques selon les territoires et les publics, par exemple, on constate 18 points d'écarts chez les jeunes (enquête ESCAPAD à 17 ans) pour les alcoolisations ponctuelles importantes entre l'Eure (11%) et l'Orne (29%), tandis qu'il existe encore de fortes spécificités de genre concernant les niveaux d'usage ou leur évolution, mais aussi au regard de la spécificité des prises de risque ou de l'accessibilité réelle aux dispositifs d'addictologie.

De plus, il faut porter une attention prioritaire sur le « gradient social » qui marque les pratiques addictives et leurs conséquences : pratiques addictives et inégalités sociales de santé se renforcent mutuellement.

Quant à lui, le dispositif médico-social d'addictologie joue un rôle déterminant dans la stratégie régionale d'addictologie. Son développement doit permettre de réorienter l'offre d'addictologie :

- d'une offre curative répondant aux situations de dépendance vers une intervention de proximité, plus précoce et inscrite dans la durée afin de répondre à l'ensemble des usages et d'être plus efficace,
- d'un dispositif spécialisé autonome s'adressant directement aux patients et usagers à une offre intégrée aux parcours de vie et de santé, donc s'adressant également aux acteurs sanitaires et sociaux non spécialisés en addictologie (soutien, formation, accompagnement),
- d'un dispositif morcelé entre ses différentes spécialités (prévention, réduction des risques, soins...) à une offre intégrée garante du continuum d'action en addictologie et une évolution nécessaire des représentations et des pratiques.

RÉFÉRENCE AUX OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DU SRS CONCERNÉS

- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°1** Prévenir les pratiques addictives
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°4** Agir précocement pour garantir de meilleures chances de bonne santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°6** Permettre l'accès des personnes en situation de handicap aux programmes de prévention, promotion de la santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°7** Promouvoir la santé sexuelle dans une approche globale et positive
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°9** Garantir l'équité en santé selon le principe d'universalisme proportionné
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°10** Organiser une stratégie ciblée vers les plus vulnérables
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°11** Rendre l'utilisateur acteur de sa santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°12** Accompagner les aidants
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°13** Associer les usagers à l'amélioration du système de santé
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°16** Garantir à l'utilisateur l'accès à une offre de services en santé de proximité à chaque étape de son parcours de vie, tout en conciliant qualité et sécurité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°17** Organiser graduellement l'accessibilité à une offre de santé complémentaire adossée à l'offre de proximité
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°18** Améliorer l'information des professionnels de santé sur l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale existante
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°22** Assurer la formation des professionnels en cohérence avec les besoins de santé des usagers
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°27** Améliorer la connaissance des besoins du public et promouvoir des outils partagés
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°31** Garantir la fluidité des parcours par la transformation
- OBJECTIF SPÉCIFIQUE N°32** Assurer la fluidité des parcours par des modalités d'intervention coordonnées des acteurs

OBJECTIFS QUALITATIFS

DÉFINIR ET GRADUER L'OFFRE EN ADDICTOLOGIE SUR LES TERRITOIRES ET STRUCTURER LES MODALITÉS DE COORDINATION ET DE PARTENARIAT

- Structurer l'offre territoriale en proximité en addictologie sur la base de la gradation suivante :
 - En prévention, au moins 1 CSAPA porteur d'un pôle de prévention compétent en addictologie (PPCA)
 - Assurer une prestation généraliste dans tous les CSAPA
 - Offre de services en santé de proximité : PPCA, CSAPA + CJC + niveau 1 hospitalier, notamment pour garantir l'accès aux traitements en addictologie par coordination de l'offre territoriale (CSAPA, ville, hôpital)
 - Offre de santé complémentaire :
 - En réduction des risques, au moins 1 CAARUD avec un dispositif de « CAARUD mobile »,
 - Pour les soins, prestations du niveau 2 de la filière hospitalière d'addictologie.
- Organiser la contribution des acteurs de l'addictologie à la coordination des parcours de santé et de vie (notamment au sein des Plateformes territoriales d'appui),
- Assurer l'implication des structures médico-sociales dans les instances régionales de coordination en addictologie.

RÉPONDRE AUX PREMIERS USAGES PAR L'INTERVENTION PRÉCOCE

- Développer l'intervention précoce vers le public jeune pour réduire les usages à risques et prévenir les situations de dépendance,
- Compléter le maillage territorial en CJC et conforter le fonctionnement des CJC existantes au regard de l'importance de la population jeune à couvrir,
- Systématiser le partenariat opérationnel entre CJC et Maison des adolescents (MDO) au niveau local pour améliorer l'accompagnement des comorbidités,
- Systématiser le partenariat opérationnel entre CJC et établissements scolaires et d'apprentissage,

- Développer les programmes de prévention et d'intervention précoce hors milieu scolaire (PJJ, missions locales, ESMS accueillant des jeunes),
- Développer l'intervention précoce auprès des étudiants.
- En population générale, développer l'intervention précoce en formant et en mobilisant les professionnels de première ligne non spécialisés en addictologie.

RÉDUIRE LES RISQUES ET LES DOMMAGES

- Organiser des modalités adaptées aux publics et aux territoires : adapter les outils de la réduction des risques au public féminin (modalités d'accueil et d'intervention des CAARUD), développer les démarches « d'aller vers » les jeunes en errance, développer les programmes de réduction des risques et des dommages en prison,
- Assurer, pour chaque territoire, une couverture suffisante en matériel de RdRD.

RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ ET L'EFFICACITÉ DES ACCOMPAGNEMENTS ET DES SOINS EN ADDICTOLOGIE

- Apporter une réponse aux besoins insuffisamment couverts :
 - Répondre aux besoins des personnes confrontées à des troubles neuro-cognitifs (dont Korsakov),
 - Définir les modalités d'intervention pour les troubles du comportement alimentaire (dans le cadre d'une filière complémentaire mais distincte de l'addictologie).
- Faire du CSAPA l'acteur de référence de l'addictologie à l'échelle du territoire de proximité (pour les usagers et pour les partenaires) pour :
 - Garantir la réponse en addictologie au sein des parcours prioritaires et/ou pour les publics ou milieux spécifiques
 - Appuyer le développement des prises en charge en ville
 - Renforcer le lien hôpital / ville / CSAPA lors de la préparation de la sortie

CRÉATIONS/TRANSFORMATIONS

Rappel : tous les objectifs sont présentés sous réserve de l'obtention des moyens nécessaires dans le cadre de l'allocation de ressources nationale (ONDAM spécifique « Dispositifs pour personnes en situations spécifiques ») pour :

PÔLES DE PRÉVENTION COMPÉTENTS EN ADDICTOLOGIE (PPCA) :

- conforter le maillage territorial : déployer les Pôles de prévention compétents en addictologie (PPCA) et les consultations jeunes consommateurs.
- création d'un PPCA sur le territoire Elbeuf – Louviers,
- création d'un PPCA sur le territoire du Havre,
- création d'un PPCA sur le territoire de la Manche,
- création d'un PPCA sur le territoire de l'Orne,
- création d'un PPCA pour les territoires du Deauvillais et du Lexovien,
- création d'un PPCA pour les territoires du Caennais, Bajocasse et Virois.

CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) :

- transformer l'antenne CSAPA de Saint-Lô en CSAPA,
- par transformation et mesures nouvelles, créer un CSAPA à Bayeux,
- transformer l'antenne CSAPA de Vire en CSAPA,

- par transformation et mesures nouvelles, assurer la présence d'un CSAPA à Flers,
- par transformation et mesures nouvelles, assurer la présence d'une antenne CSAPA à Falaise,
- à partir des CSAPA existants, par mesures nouvelles, développer les antennes et consultations avancées en priorisant les territoires de proximité les plus vulnérables aux pratiques addictives.

CJC (Consultations jeunes consommateurs) :

- par création, extension ou redéploiement, assurer la présence d'une CJC dans tous les CSAPA et l'intervention d'une CJC dans chaque territoire de proximité.

CAARUD (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues) :

- par création, équiper le territoire de la Manche avec 2 CAARUD (1 pour le Nord et Centre Manche, l'autre pour le Sud Manche),
- par mesures nouvelles, assurer prioritairement la mise à niveau de l'offre des CAARUD existants dans le Calvados et l'Eure,
- par mesures nouvelles, doter le CAARUD du Havre d'un dispositif « CAARUD mobile ».

LEVIER(S) MOBILISÉ(S)

- Contractualisation
- Allocation des crédits FIR et médico-sociaux, allocation de ressources (appel à projets, mesures nouvelles)
- Opérations de fongibilité entre crédits sanitaires et médico-sociaux
- Synergies (et co-financement) avec la MILDECA
- CPOM
- Conventions de partenariat
- Actualisation des autorisations