



Retours sur le projet de Stratégie nationale de Santé (2023-2033) à l'adresse de la Conférence nationale de santé
Uniopss

Remarques générales

Le texte manque de références au bilan de la précédente SNS, et ne s'appuie pas suffisamment sur les données de santé. Le CNR Santé est mentionné dans le texte, mais le lien entre la SNS et le CNR n'est pas explicité précisément.

De plus, ce texte paraît après le lancement de la consultation réglementaire sur les PRS par les ARS.

Enfin, Les modalités d'évaluation ne sont pas suffisamment précises ; par exemple, il n'est pas précisé si un organisme externe aura la charge de l'évaluation

Absence de cibles pour une majorité d'objectifs et de sous-objectifs

Le texte est insuffisamment opérationnel : si pour certains objectifs et sous-objectifs, des cibles sont indiquées, il n'en est rien pour la majorité des objectifs, qui ne sont que des états des lieux sous forme de « catalogue », sans engagements en termes d'actions et sans cibles concrètes.

C'est le cas pour les objectifs et sous-objectifs listés ci-dessous, malgré l'importance cruciale de ces enjeux :

- Pour « *Développer des environnements favorables à la santé, quels que soient les lieux de vie* », il manque des cibles concrètes pour les items : « *Sur la route* », « *Au domicile* », « *A l'école* » et « *Au travail* »
- « *Renforcer la prévention des autres addictions et de leurs conséquences dommageables* »
- « *Lutter contre les stéréotypes et discriminations en santé* »
- « *Aller vers les personnes les plus éloignées du système de santé, notamment grâce à la médiation en santé* » (cibles insuffisantes sur les nouveaux métiers)
- « *Protéger les plus vulnérables contre les maltraitements* »
- Cibles insuffisantes pour « *Rendre les soins financièrement plus accessibles pour tous* » (seulement sur le bucco-dentaire)

- « *Intégrer systématiquement la prévention dans les parcours de santé* » : la prévention étant financée surtout par appels à projets, il est essentiel de prévoir des moyens financiers pérennes
- « *Permettre à chacun de trouver une réponse à ses besoins de soins non programmés par une meilleure articulation entre les différents acteurs de la santé* »
- « *Mieux répondre à la demande de soins psychologiques et psychiatriques* »
- « *Bien prendre en charge la santé des femmes* »
- « *Développer des parcours de soins anticipant les besoins de prise en charge palliative et améliorer l'accompagnement de la fin de vie* »
- « *Garantir aux patients et aux personnes accompagnées la pertinence, la qualité, la sécurité des soins* »
- « *Renforcer les capacités de gestion de crise* »
- « *Renforcer la cyber-résilience du système de santé* » et « *Valoriser l'engagement des professionnels* »
- « *Développer et professionnaliser les métiers de la prévention en santé* »
- « *Donner de nouvelles capacités d'action aux acteurs de santé dans les territoires* » (seulement une cible sur la généralisation des CPTS)
- « *Adapter les modèles de financement des établissements de santé et médico-sociaux pour tenir compte des besoins des publics accueillis* »
- « *Repenser le financement institutionnel de la prévention pour gagner en lisibilité et en efficacité* »
- « *Définir une politique de régulation en adéquation avec les objectifs de santé et garante de la soutenabilité du système* »
- « *Poursuivre une politique d'investissement ambitieuse et territorialisée* »
- « *Ancrer la démocratie en santé dans le fonctionnement des institutions de la République* »
- « *Redonner du temps pour tous les professionnels de santé et améliorer la prise en charge des personnes grâce au numérique* »
- « *Améliorer l'accès à la santé pour les personnes et les professionnels qui les orientent grâce aux outils numériques* »
- « *Déployer un cadre propice pour le développement des usages et de l'innovation numérique en santé* »
- « *Permettre un accès aux données nécessaires à la recherche, à l'évaluation et à la surveillance épidémiologique* »
- « *Miser sur la recherche et l'innovation* »
- « *Eclairer les décisions par l'évaluation et la prospective* »

- « *Volets spécifiques* » : santé des enfants et des adolescents, Outre-Mer etc.

Dans le cas où des cibles sont proposées, il n'y a aucune indication sur la façon dont elles ont été construites.

Terminologie

Le terme « patient » ne correspond pas au vocabulaire généralement utilisé par le secteur social et médico-social

Les expressions « bienfaisance »/ « malfaisance » sont à remplacer par « bientraitance »/ « maltraitance » (voir les rendus des Etats généraux des maltraitances).

Valeurs et principes d'action

La lutte contre les inégalités en santé et l'universalisme réel (plutôt que formel) devraient apparaître clairement comme principes d'action spécifiques de la SNS. De plus, les propositions en termes de pouvoir d'agir et de littératie en santé sont insuffisamment précises

Le principe d'action sur l'éthique ne contient pas d'élément sur la problématique des privations de liberté dans le médico-social, notamment en Ehpad, en écho à la gestion de crise de la Covid-19 : comment prévenir ces situations à l'avenir ? De plus, le bien-être des professionnels de santé devrait également être mentionné dans ce principe d'action.

Organisation du système de santé

Il est nécessaire de libérer du temps d'exercice pour l'ensemble des professionnels de santé, et pas seulement pour les professions médicales.

Il manque des propositions concrètes pour revaloriser les différents métiers en santé, renforcer leur attractivité, développer des « nouveaux métiers », etc.

Le texte manque de propositions sur la lutte contre la maltraitance, et la promotion de la bientraitance.

Politique territoriale

Les PRS, PRSE et Plans régionaux Santé au Travail devraient être mieux coordonnés, afin de favoriser une approche globale de la santé ; intégrer également dans ces réflexions les thématiques urbanisme et santé (ex. : développer un volet santé pour les PLU, dimension santé dans les mobilités, dans l'habitat etc.).

Définir plus précisément les « territoires pertinents » en santé.

Quelle coordination des DAC, des plateformes 360 etc. ?

Quels enseignements à tirer sur la mise en place des GHT ?

Santé mentale et prévention

Le volet santé mentale est insuffisamment développé.

Il manque notamment des propositions pour renforcer la pédopsychiatrie, discipline en crise avec des temps d'attente bien trop longs dans de nombreuses zones géographiques

Nous remarquons que 4 rendez-vous de prévention sont finalement prévus dans la SNS, alors que 3 RDV étaient prévus dans la LFSS 2023, ce qui ne permettait pas de couvrir l'ensemble des tranches d'âges, il s'agit donc d'une avancée. Néanmoins, les RDV de prévention ne sont prévus qu'à partir de 18 ans, alors que, notamment pour les questions de santé mentale (et notamment concernant les addictions), la prévention doit être amorcée bien plus tôt. La santé étant fortement impactée par les déterminants de santé, la prévention nécessite une place centrale dans les politiques publiques de santé.

Précarité et santé

Le texte manque de propositions sur l'habitat, un logement digne étant une condition nécessaire pour la santé des personnes.

Concernant la périnatalité, la problématique des femmes à la rue après un accouchement n'est pas évoquée.

Tarifification

Concernant la proposition de financement des établissements sociaux et médico-sociaux – notamment des Ehpad – à la qualité, attention à ne pas charger les structures avec des demandes de justification très chronophages, alors que la priorité est de les doter en personnel.

Numérique en santé

Clarifier les outils sur les territoires, pour permettre une appropriation par le terrain selon les priorités locales.

Clarifier les acteurs impliqués et leurs rôles respectifs pour développer le numérique en santé

Santé des enfants et des adolescents

Concernant la santé périnatale, il conviendrait d'évoquer explicitement la mortalité infantile - étude de l'INSEE recensant en France en 2021 3,7 décès avant le premier anniversaire sur 1000 enfants en 2021, mais avec de fortes disparités territoriales (chiffres alarmants dans les territoires ultramarins, en Seine-Saint-Denis, dans le Lot, etc.).

Pour la mention « *La prévention des expositions, dès la période prénatale : alcool, tabagisme passif. L'exposition aux risques chimiques (dont les perturbateurs endocriniens) a fait également l'objet d'une attention grandissante au cours de ces dernières années* » : retirer la parenthèse des perturbateurs endocriniens, car les risques environnementaux devraient constituer un axe à part entière sur la santé de l'enfant (perturbateurs endocriniens, pollution atmosphérique).

Préciser que les questions des souffrances psychiques et de maltraitance comprennent notamment les violences sexuelles.

Pour les 0-12 ans, il faudrait expliciter ce que signifie « *optimiser le parcours de prévention* » et « *environnements favorables* ».

Concernant les établissements d'accueil du jeune enfant, supprimer le paragraphe « *Enfin, il faudra définir un socle commun de compétences des professionnels du soutien à la parentalité, en actualisant le contenu des formations initiales et continues pour améliorer la connaissance des professionnels sur le développement de l'enfant et ses besoins fondamentaux, les processus de parentalité et le système familial* » : ce paragraphe est hors-sujet, le soutien parentalité ne devant pas être réduit à la petite enfance ; de plus, le développement de l'enfance, le système familial, etc. ne constituent en aucun cas un « socle de compétences » commun, mais des connaissances communes. La mission A. Raynaud sur le sujet, conduite pour la DGCS, a échoué à déterminer ces « compétences » communes, il est donc regrettable de reprendre l'expression ici alors qu'elle ne s'adosse à rien.

Pour le volet « *Renforcer la politique de prévention primaire et secondaire en matière de protection de l'enfance* », quelles sont les pratiques dont le texte prône l'harmonisation ?

Il est regrettable de réduire la prévention à l'évaluation des situations de danger ou risque de danger. Lorsque cette évaluation intervient, il est par définition souvent déjà trop tard. Il est nécessaire de réinvestir dans une réelle politique de prévention des difficultés éducatives et familiales, avec des accompagnements socio-éducatifs personnalisés mis en place avant d'avoir à recourir à une mesure de protection

Préciser le cadre des « *interventions à domicile auprès des parents en situation de handicap et auprès des parents d'enfants en situation de handicap* »

Les besoins en santé ne disparaissant pas une fois l'évaluation effectuée. Il est aussi nécessaire d'accompagner dans les territoires le développement d'offre d'accompagnement adapté à des mineurs étrangers (non francophones pour beaucoup), ayant subi des violences dans le cadre de parcours migratoires

Le texte manque de stratégie pour la prévention des violences dont sont victimes les enfants

Créer des solutions de répit est essentiel, désengorger les structures de protection de l'enfance pour garantir des accueils adaptés aux besoins des enfants l'est aussi. Alors que l'un des axes de cette stratégie porte sur la qualité d'accueil dans les crèches, pourquoi ne pas faire un axe dédié à la qualité d'accueil dans les établissements de protection de l'enfance qui rencontrent autant, sinon plus, de difficultés ?

Contribution APF France handicap
Projet soumis à consultation - Stratégie Nationale de Santé 2023-2033

En tant que membre de la Conférence Nationale de Santé, APF France handicap est sollicitée pour apporter sa contribution au projet de Stratégie Nationale de Santé (SNS) 2023-2033.

Si le projet proposé présente des avancées pertinentes, il nous semble toutefois qu'il manque d'une vision stratégique ambitieuse et pourrait être renforcé sur de nombreux aspects.

Une stratégie sur un temps long, porteuse de valeurs fortes et incluant le handicap...

Nous saluons le fait que cette nouvelle stratégie nationale de santé soit établie pour 10 ans, et non 5 comme auparavant. Inscrire cette stratégie sur un temps long, déconnecté des échéances politiques, est en effet nécessaire pour faire avancer des objectifs à moyen et long terme.

Le projet porte des valeurs fortes et des principes d'action que nous partageons pleinement et que nous portons dans nos actions : solidarité, équité, transparence, éthique, co-construction avec toutes les parties prenantes de la santé, pouvoir d'agir, adaptation territoriale...

L'insertion dans la stratégie d'une approche « santé dans toutes les politiques », en tant que nouveau principe d'action, est essentielle. On le sait, la santé est influencée par de nombreux déterminants. Une approche holistique et transversale est donc nécessaire dans toutes les politiques publiques et à tous les niveaux d'action

Ce projet de stratégie intègre, en outre, mieux les différents plans, feuilles de routes ou stratégies existants et qui concernent des pathologies ou des thématiques spécifiques. C'est une critique qui avait été largement formulée par rapport aux précédentes stratégies. Dans ce nouveau projet, les liens de cohérence entre tous ces outils sont mieux présentés, notamment au niveau des cibles. Ce qui est moins le cas pour le lien avec les Plans Régionaux de Santé, nous y reviendrons.

Enfin, nous ne pouvons qu'apprécier le fait que des focus ou des points d'attention aient été rédigés sur les personnes en situation de handicap :

- Le FALC est mentionné comme exemple concret dans la valeur « transparence » (page 8) ;
- Les femmes en situation de handicap sont explicitement citées dans le chapitre « Repérer et protéger les femmes victimes de violences sexistes et sexuelle ».
- Le handicap est également pris en compte dans le chapitre sur le volet enfant et la parentalité, ainsi que dans le chapitre sur l'outre-mer.
- Notons enfin, 2 grands focus spécifique sur le handicap : « favoriser l'inclusion des personnes en situation de handicap, notamment l'inclusion en matière de santé » (page 22) et « garantir à chaque personne en situation de handicap un accompagnement souple, modulaire et construit au regard de ses attentes » insistant davantage sur les transformations à venir dans le champ du médico-social.

...mais qui peine à proposer une vision stratégique ambitieuse et globale garantissant l'accès aux droits et à la santé de toutes et tous, sur tous les territoires

Ce qui frappe, de façon globale, à la lecture de ce document, c'est son manque d'ambition – et ce d'autant plus que cette nouvelle stratégie est censée porter une vision à 10 ans. Le projet se présente parfois davantage comme une compilation des dernières mesures gouvernementales ou des derniers plans, sans apporter de vision stratégique à moyen ou long terme.

Certaines finalités présentées n'ont pas de cibles définies. D'autres proposent certes des cibles, mais celles-ci sont peu nombreuses quantitativement et ne sont pas toujours à la hauteur des enjeux... Par exemple, la finalité sur l'inclusion en matière de santé des personnes en situation de handicap se limite à 2 cibles, très imprécises, alors que les besoins sont criants : l'organisation d'un service de repérage précoce pour les enfants de 0 à 6 ans, et l'accompagnement des personnes dans l'accès et l'usage des aides techniques...

En outre, nous nous étonnons du calendrier de consultation pour ce projet de SNS. En effet, cette stratégie nationale est censée être le socle qui viendra nourrir les travaux départementaux et régionaux conduisant aux nouveaux Plans Régionaux de Santé (PRS). Or, après une phase de bilan et d'évaluation, les nouveaux PRS sont en construction depuis début 2023, certains sont en consultation et d'autres sont en voie d'achèvement. Nous ne pouvons que nous interroger sur l'articulation entre ces documents et leur cohérence.

Comme nous le disions en première partie, il est important que les personnes en situation de handicap soient visibilisées dans la SNS grâce à des finalités ou des cibles précises. Elles le sont en effet via des focus ou quelques points d'attention spécifiques. Néanmoins, ces focus sont trop brefs et trop succincts :

- sur l'inclusion notamment en matière de santé (page 22) : l'accès au droit commun doit être la cible et apparaître en premier. Cela passe en effet par :
 - o l'accessibilité des établissements de santé, mais aussi des équipements et mobilier de soin,
 - o l'adaptation et la simplification de l'information en santé,
 - o la formation initiale et continue des professionnels de santé,
 - o l'allègement voire la suppression des restes-à-charge pour lever les freins financiers d'accès à la santé,
 - o la prise en considération de la juste place des accompagnants et des aidants,
 - o des outils du numérique en santé accessibles mais aussi accompagnés,
 - o une meilleure prise en charge des transports sanitaires,
 - o la mise en place de parcours de santé sans rupture et de qualité...

Les préconisations sont nombreuses et mériteraient d'être davantage détaillées pour permettre l'effectivité des droits des personnes.

Néanmoins, pour des situations de handicap spécifiques, il est là aussi pertinent de créer des dispositifs dédiés (handiconsult, handibloc, handigynéco...), mais ces dispositifs dédiés ne doivent pas exonérer les pouvoirs publics de la création d'un environnement réellement accessible et inclusif pour réduire les inégalités en matière de santé auxquelles elles font face.

- Même constat sur la partie « accompagnement souple, modulaire et construit au regard des attentes » (page 32) : les mots clés sont présents mais l'opérationnalité des mesures n'est pas précisée.

S'il est louable d'avoir des focus spécifiques sur le handicap, et si nous avons réellement pour objectif une société accessible, participative et inclusive, les enjeux liés au handicap pourraient être davantage intégrés, de façon transversale, tout au long du document pour garantir aux personnes handicapées l'équité en santé dans toutes les actions. En effet, prendre en compte les besoins des

personnes les plus éloignées du système de santé, c'est permettre à toutes et tous d'avoir accès à ce système de santé et se voir offrir une prise en soins de qualité :

- En matière de recherche, le manque de données recueillies et d'analyses menées sur le handicap ne permet pas toujours des soins adaptés. Cette méconnaissance scientifique de certaines situations alimente les inégalités en matière de santé.
- En matière de prévention : la SNS insiste à de nombreuses reprises sur l'objectif de « permettre à nos citoyens de vivre en bonne santé », mais quid des citoyens vivant avec un handicap ou une maladie dès la naissance (que cet état soit évolutif ou non) ? quelle bonne santé peut-on leur laisser espérer ? La SNS ne parle pas d'amélioration de la qualité de vie ou de bien-être. Le focus est mis sur la prévention primaire mais très peu sur la prévention secondaire ou tertiaire.
- Sur le logement (page 12) : un accès à un logement accessible, adapté et décent a des conséquences sur la santé physique, psychique-psychologique et sur l'accès à la vie sociale
- Sur l'école : ajouter la notion d'école inclusive (page 13). Doit-on d'ailleurs parler d'« école », ou de parcours d'éducation, car cela peut être exclu pour les enfants qui sont uniquement dans le médico-social ? L'importance de l'école et le rôle de la médecine scolaire dans le repérage des difficultés mériterait aussi d'être développé car le début des apprentissages constitue un moment clé et, plus le repérage est précoce, plus on permet une autonomie des enfants en situation de handicap et le maintien de l'activité et de la vie sociale des parents.
- Sur la santé sexuelle (page 16) : ne pas oublier en cible les enfants en situation de handicap accueillis en établissements et ne pouvant pas toujours suivre un cursus en primaire ou secondaire.
- « Lutter contre les stéréotypes et discriminations en santé » : le handicap mériterait d'être cité, au même titre que le genre ou l'âgisme. En effet, les professionnels de santé ont des stéréotypes et font subir des discriminations aux personnes en situation de handicap : par exemple, l'idée préconçue que les personnes en situation de handicap n'auraient pas de sexualité donc qu'il ne serait pas nécessaire de prendre en compte leur santé sexuelle.
- « Mieux dépister les cancers » : les études le prouvent, il y a une moins bonne participation aux dépistages chez les personnes ayant déclaré une limitation fonctionnelle en particulier chez les personnes en fauteuil roulant. Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Il est donc essentiel de lever les inégalités d'accès et de recours au dépistage par, notamment : une information simplifiée et adaptée, une accessibilité des lieux et des équipements, la mise en place de partenariats, aller vers les populations ...
- Bien vieillir (page 20) : les personnes vieillissantes en situation de handicap pourraient être citées car cela implique des réponses particulières. Il serait nécessaire d'avoir enfin une vision globale du sujet de la perte d'autonomie, sans proposer des solutions en silos (personnes âgées versus personnes handicapées).
- « Rendre les soins financièrement plus accessibles pour tous » : ce paragraphe ne cible que le 100% santé. Il aurait été intéressant de prendre en compte les restes à charge très importants que connaissent plus largement les personnes en situation de handicap, à l'heure où les remboursements de soins et les hausses des tickets modérateurs se multiplient. Pour le 100% santé, au-delà de l'actualisation des paniers de soins pris en charge, il serait pertinent de réfléchir à une adaptation, une individualisation de ces paniers en fonction des besoins spécifiques des personnes (implants pour les personnes connaissant des problèmes de spasticité, amélioration de l'offre et des prothèses ; prise en charge des matériels en fonction des besoins individualisés, comme des béquilles spécifiques par ex, ou autres accessoires à la mobilité...)
Les fauteuils roulants sont encore évoqués dans le cadre du 100% santé : attention à cette confusion dans la sémantique. Les pouvoirs publics se sont engagés à un zéro reste à charge pour les fauteuils...

- Soins de proximité : attention aux dérives de l'ambulatoire qui est parfois imposé aux personnes sans faire attention à leur quotidien (pouvant alors faire porter toute la charge sur les aidants ou les auxiliaires de vie qui ne sont pas formés aux gestes de soins).
- Couverture financière des besoins : une réelle SNS à 10 ans pourrait aller plus loin et demander l'analyse automatique du dossier d'attribution de la C2S pour les personnes bénéficiant de l'AAH, ou baisser les plafonds permettant ainsi à plus de personnes ayant l'AAH de bénéficier de complémentaires santé solidaires à la hauteur des besoins techniques individuels des personnes en situation de handicap.
- « Prise en charge à domicile » (page 29) et « Donner corps au virage domiciliaire » (page 33) : sur la HAD, pourquoi ne pas proposer une cible de pourcentage d'ESMS bénéficiant d'un partenariat avec la HAD ? Un point d'attention : les soins à domicile ne se limitent pas à la HAD : à quand des places SSIAD pour les personnes en situation de handicap ? quid d'une tarification différenciée pour les infirmières qui interviennent à domicile en fonction de la sévérité du handicap ? La logique du domicile aujourd'hui en France n'est pensée que pour les personnes âgées sans adaptation aux spécificités du handicap.
- Garantir des soins de qualité (page 31) : c'est aussi mieux former initialement et en continue les professionnels de santé aux spécificités du handicap, c'est généraliser des tarifications différenciées (comme c'est aujourd'hui le cas pour les chirurgiens-dentistes ou les médecins généralistes), c'est enfin prendre en compte la juste place de l'aidant...
- Soutenir les aidants (page 32), ce n'est pas seulement reconnaître et préserver leur implication tout en limitant les impacts négatifs de cette implication sur leur vie professionnelle et sociale, leur bien-être et leur état de santé. C'est avant tout offrir à la personne qu'ils accompagnent des soins et un accompagnement de qualité afin de permettre à l'aidant un réel choix en matière d'aide apportée. L'enjeu n'est donc pas tant de développer les offres de répit que de faire en sorte qu'ils n'en aient pas besoin car la suppléance dans l'accompagnement de leur proche sera suffisante, de proximité et de qualité.
- Transformer l'offre en EHPAD : encore une fois, l'approche est exclusivement tournée vers les personnes âgées. On ne parle pas de lieux adaptés et accessibles, ni de formation pour les professionnels aux spécificités du handicap. Quelle offre pour les personnes handicapées vieillissantes quand on sait que beaucoup d'entre elles ont un vieillissement prématuré ?
- « Attirer, fidéliser les professionnels » : la question des rémunérations n'apparaît pas. Si la sinistralité est bien mise en avant pour le secteur personnes âgées, il ne faudrait pas oublier la sinistralité que connaît aussi le secteur PH. Sur cette finalité, les cibles ne sont pas à la hauteur des enjeux : seuls la formation et l'outillage des managers sont proposés....
- « Adapter le système de santé au changement climatique et atténuer ses impacts sur le climat et la biodiversité » (page 42) : les personnes handicapées ont un rôle à jouer sur ce sujet, elles sont conscientes des conséquences, par exemple, que les déchets médicaux de leurs soins génèrent sur le recyclage écologique et tentent d'y remédier, mais avec beaucoup de difficultés puisque rien n'est pensé par les pouvoirs publics.
- « Collectivités d'outre-mer : absence de cible pour remédier aux besoins non couverts des personnes en situation de handicap

Sur la thématique de la représentation et de la participation des usagers :

A plusieurs reprises tout au long de la SNS, il est fait mention de la logique du Conseil National de la Refondation en santé. Nous partageons pleinement les valeurs de participation portées par ce CNR et nous avons au sein des associations d'usagers pleinement porter cette dynamique.

Malheureusement, les résultats n'ont pas été à la hauteur des espérances : grande hétérogénéité de la participation des citoyens et des représentants des usagers selon les territoires ; sur-représentation des professionnels de santé et des élus ; co-construction alibi...

Il serait donc prudent de relativiser les résultats de ce CNR Santé et que celui-ci ne vienne pas invalider 20 ans de démocratie en santé, certes perfectible.

En complément, il serait essentiel que la SNS réaffirme la place et l'importance de l'apport des personnes concernées :

- Au sein de la valeur « collectif » page 8
- page 9 dans la valeur « co-construction des politiques de santé avec tous les acteurs »
- dans le chapitre sur la médiation en santé

La notion d'expertise d'usage ou du vécu, de savoirs expérimentiels est la grande oubliée de cette stratégie.

Enfin, même si la SNS ne doit pas mettre en exergue des pathologies plutôt que d'autres, nous sommes néanmoins étonnés de voir que les maladies neurodégénératives ne soient jamais citées en tant que tel et peu prises en compte dans la stratégie, ou alors seulement sur le plan de la prévention de la perte d'autonomie pour les personnes âgées. Pour rappel, la sclérose en plaques concerne des personnes diagnostiquées entre 20 et 30 ans...

Remarques et préconisations sur le projet de la Stratégie Nationale de la Santé 2023-2033

Contribution de la Fédération des Acteurs de la Solidarité

Éléments de contexte

La santé est un droit fondamental mais trop souvent théorique pour les personnes en situation de précarité. Du fait de leurs conditions de vie dégradées, et de la mise en concurrence des besoins primaires, ces personnes sont plus exposées aux problématiques de santé, et elles ont bien moins accès et recours au système de santé. Ceci s'explique notamment par un manque d'information, avec des messages de prévention qui atteignent moins les personnes concernées, une complexité des procédures, en particulier pour les étrangers, des raisons financières, un manque de priorité donné à la santé par des personnes ayant d'autres soucis à gérer et, parfois, le refus de professionnel de santé de les prendre en charge

Cependant, la précarité constitue également un obstacle à l'accès au système de santé, tout comme les problèmes de santé empêchent trop souvent les personnes en situation de précarité de retrouver un logement, un emploi, et, plus largement, le plein exercice de leur citoyenneté.

Cette spirale néfaste concerne une partie importante de la population. Cette réalité se confronte à la complexité du système de santé ainsi que de ses difficultés mais également les entraves à son accès. Pour l'illustrer, les médecins généralistes, pivot essentiel dans le parcours de santé, adaptent leurs pratiques ayant un impact direct sur la prise en charge des personnes. Une d'elles en particulier, retardant l'entrée et la continuité du parcours de soins, progresse fortement entre 2019 et 2022 : le **refus de prendre en charge de nouveaux patients en tant que médecin traitant**. Alors qu'ils étaient 53 % à être amenés à le faire en 2019, ils sont désormais 65 % en 2022¹. Ce constat, les risques qu'il représente pour les personnes et pour la santé publique, appelle **une réaction forte**.

La stratégie Nationale de la Santé est maintenant définie pour une durée de 10 ans, contre 5 ans auparavant. De ce fait, il est d'autant plus important que les mesures adoptent une vision globale de la santé, intégrant la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé comme prioritaire et que l'accès à la prévention et aux soins soient accessibles à toutes et à tous y compris les publics les plus éloignées et/ou en situation de vulnérabilité.

Propositions de la Fédération des acteurs de la solidarité

L'articulation entre les politiques publiques

Il avait été souligné pour la SNS 2018-2022 un manque de lien avec les autres politiques nationales notamment avec la Stratégie de lutte contre la pauvreté. Pour la SNS 2023-2033, cette articulation est précisée permettant de voir les liens entre la SNS et les autres programmes d'actions nationaux ainsi qu'au niveau local avec les Projets régionaux de santé et d'un des programmes obligatoires, les PRAPS.

Il aurait été intéressant ici d'identifier ces programmes nationaux, notamment ceux concernant les publics en situation de précarité, pour avoir une vigilance sur la prise en compte de la santé. En effet, un lien étroit est nécessaire avec, a minima le Pacte des Solidarités, ainsi que l'ensemble des Ministères pour une prise en compte de la santé et la prévention dans toutes les politiques.

¹ DREES, Études et résultats, *Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant*, n° 1267, mai 2023.

La prise en compte des inégalités sociales et territoriales en santé de manière globale

Il est noté le gain de l'âge d'espérance de vie sans incapacité qui est certes positif mais, mis en exergue par la pandémie du Covid 19, il n'est pas précisé **l'écart entre les Catégories Socioprofessionnelles**, qui elle n'a pas évolué. Cet écart s'est même creusé entre les plus favorisées et les moins favorisées, avec un cumul d'inégalité et de facteurs défavorables à la santé².

Suite à cet état des lieux, la lutte contre les inégalités territoriales et sociales de santé est annoncée comme transversale dans cette stratégie. Cependant, dans un souci de visibilité et de bonne prise en compte, il faudrait, selon nous, l'aborder de manière plus précise dans les thématiques et les cibles proposées comme par exemple, le tabac (nombre d'actions vers un public spécifique), l'activité physique et l'activité physique adaptée (promouvoir un accès pour tous) ou encore la prévention des cancers (renforcer les actions de dépistages délocalisés).

Le manque d'information, avec des messages qui atteignent moins les personnes concernées, explique aussi cet état de santé perçu comme médiocre. Il est nécessaire que les messages de prévention et de promotion de la santé soient **adaptés, ciblés et accompagnés** pour qu'ils touchent la population définie.

Préconisations : Le programme MobCo³, porté par Santé publique France, a mis en évidence plusieurs points importants pour accompagner efficacement les publics en situation de précarité dont :

- Importance de capitaliser sur les relations de confiance avec certaines structures,
- Nécessité d'intégrer des actions répétées et inscrites dans la durée,
- Prise en compte des facteurs limitants comme la forte concurrence entre la réponse aux besoins primaires, la grande mobilité, l'éloignement des systèmes conventionnels, faible niveau de littératie en santé et en numérique...

La prévention et l'éducation à la santé sont mis en avant dans la future SNS avec la prise en compte des déterminants de santé. La santé a un caractère multidimensionnel et influencé par les déterminants relevant de comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Ici, une tendance est de mettre un accent fort sur le système de soins alors que son impact est limité (20% selon l'INSP du Québec) à celui d'autres facteurs (environnement social et économique 50%, environnement physique 10%).

Le rôle de l'État et également des Collectivités Territoriales est majeur sur ces déterminants. La SNS a explicité plusieurs actions avec une stratégie globale (*One Health*) mais il est peu évoqué les interdits protecteurs. En effet, développer notamment par l'InCa⁴, ces interdits visent à la protection des populations face à des lobbys pouvant influencer négativement les comportements liés à la santé. On note par exemple une visibilité de certains commerces (buralistes, restaurations rapides, panneaux publicitaires...) pouvant avoir un effet délétère sur la santé avec une disparité d'implantation, avec une présence importante dans les quartiers les moins favorisés.

Préconisation : Les populations doivent être alors **outiller pour un choix éclairé** comme par exemple le nutriscore ou le développement des actions de développement des compétences psycho-sociales.

² Rapport sur les inégalités en France, Observatoire des inégalités, juin 2023.

³ <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/mobco-une-mobilisation-de-connaissances-pour-favoriser-l-acces-a-la-vaccination-contre-la-covid-19-des-populations-en-situation-de-precarite>

⁴ Promotion de la santé, prévention des cancers et aménagement des territoires / Synthèse, Institut national du cancer, octobre 2022

L'accès aux droits, à la santé et à la prévention pour tous

L'adaptation du système à toutes les populations

Dans l'approche de la lutte contre les **discrimination santé**, une précision sur la situation des personnes en situation de précarité, vivant à la rue, migrants et réfugiés, est à apporter.

Préconisations :

- Le **refus de soins** est à caractériser, sans incriminer les professionnels du système de santé, pour illustrer la difficulté d'accès aux soins,
- Renforcer le **nombre d'équipes mobiles** créées, nombres de dispositifs « hors les murs »,
- Mettre en évidence les objectifs de la **mesure 27 du Ségur**, ses objectifs et les expérimentations en cours. Contextualiser les **structures participatives** et prévoir leur articulation avec les structures existantes (ESP CLAP, MSP, CDS...),
- Accompagner les centres de santé et les maisons de santé pluridisciplinaire pour la prise en charge des personnes en situation de précarité et les outiller comme par exemple le recours à une offre d'interprétariat,
- Mettre une priorité sur **l'accompagnement des femmes en situation de précarité**, avec la nécessité de sortir les LHSS périnatalité de leur expérimentation pour les essayer et pérenniser. Dans la stratégie des 1000 premiers jours, les équipes du secteur de l'exclusion accompagnant des femmes enceintes, des femmes et/ou des parents de jeunes enfants sont à inclure pour que les préconisations soient adaptées et touchent le public visé.

L'accompagnement des personnes en situation de précarité dans les nouvelles pratiques

Concernant l'optimisation du temps médical, cela ne doit pas se faire au **détriment des patients en situation de précarité**. Le déplacement et la délégation de tâches peut multiplier les interlocuteurs ce qui peut complexifier l'accueil de ces personnes.

Préconisations :

- **Identifier un parcours** pour simplifier l'accès facilité pour les personnes en situation de précarité,
- **Sensibiliser et former** l'ensemble des équipes intervenant autour du patient,
- Avoir un **référént unique** pour la personne, pour éviter le changement et la multiplication des interlocuteurs,
- Dans la prise en soins des soignants, les **soignants du secteurs de la précarité** sont également à considérer.

Concernant la médiation, il est nécessaire d'appuyer la professionnalisation de ce nouveau métier ainsi qu'une fiche de poste dont l'élaboration pourra s'appuyer sur les recommandations de l'HAS de 2018⁵ ainsi que les recommandations issues du rapport de juillet 2023⁶. Il y a également la question de la médiation en santé Pair qui émerge dans les établissements de santé, de la reconnaissance de ce nouveau professionnel.

Préconisations : La cible ici pourrait fixer le nombre de personnes formées et/ou recrutées en tant que médiateurs en santé et la poursuite du développement des médiateurs pairs

La dématérialisation ne doit pas être un obstacle à l'accès aux soins

Avec le développement des nouvelles technologies et la dématérialisation à 100% des démarches en ligne, la fracture numérique apparaît également comme un nouvel enjeu pour les personnes les plus défavorisées, conduisant les acteurs à faire évoluer leurs pratiques en intégrant la question de l'accès

⁵https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf

⁶ https://fondation-mnh.fr/wp-content/uploads/2023/07/Rapport-interministeriel-Mediation-en-sante-VF_compressed.pdf

des personnes aux équipements, leur accompagnement à l'usage du numérique, et la protection de leurs données personnelles.

L'accès aux droits est au cœur du projet associatif de la Fédération qui se donne pour objectifs d'accompagner son réseau pour promouvoir l'accès de tou.t.e.s aux droits fondamentaux et lutter contre la stigmatisation des plus précaires, pour défendre l'accès au droit commun et à l'autonomie comme finalité de l'intervention sociale.

Préconisations :

- un **accompagnement au cas par cas** pour éviter les ruptures de droit dû à une difficulté d'accès à l'outil numérique,
- Renfort de la **littératie en numérique** et accompagnement des personnes en situation de précarité,
- L'accompagnement et la promotion ne doit pas être exclusif à MonEspaceSanté mais également aux outils préexistant comme Améli,
- **Sécurisation** des infrastructures informatiques des établissements de la santé, du médico-social et du social,
- **Rattrapage du matériel informatique** pour la télé-expertise et la télé-médecine pour les **dispositifs du médico-social spécifiques** (LHSS, LAM, ACT, PASS...) à l'accompagnement des publics en situation de précarité.

La santé mentale

Les interactions entre santé mentale et précarité sont complexes, elles ne font pas l'objet de consensus et connaissances scientifiques solides. Des enquêtes spécifiques menées sur les lieux de vie de populations précaires ou sans-domicile attestent cependant de la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population en situation de précarité, particulièrement dans ses formes sévères⁷.

L'approche de ce public est spécifique et dans une connaissance des mécanismes d'adaptation à leur situation de précarité et les logiques institutionnels rendent l'accompagnement complexe voire rejeté. Le virage ambulatoire pris par les établissements psychiatriques doit penser **la santé dans la communauté**. La FAS met en avant ici les organisations développant **l'accompagnement "hors les murs"** telles que les Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité et les maraudes spécialisées et pluriprofessionnelles.

Un point est également absent, celui des **soins sans consentement** avec un meilleur accompagnement des protagonistes de ce processus pour déstigmatiser les situations et un **recours raisonné** à cette mesure.

Au sujet de la stigmatisation, un enjeu fort se situe sur **la formation de tous les acteurs**, de tous secteurs, intervenant de près ou de loin sur la santé mentale de ces publics. La SNS met un focus-cible sur le nombre de secouristes en santé mentale.

Les Premiers Secours en Santé Mentale apportent une plus-value intéressante. Cependant, mettre en avant cette formation, qui est spécifique car l'objectif n'est pas de sensibiliser mais de former des secouristes, invisibilise les autres formations et sensibilisations ayant un impact également très positifs sur le développement des compétences, des représentations, du repérage et de l'orientation. Il peut être pris l'exemple de la formation « Prisme » portée par Ospere-Samdarra sur l'accompagnement en santé mentale des personnes en situation de précarité et financées par la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté.

L'importance de la déstigmatisation de la santé mentale et de la psychiatrie sont également primordiales dans l'amélioration et la prévention des problématiques de santé mentale.

⁷ « Guide précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques », FAS, 2010, 129 pages.

Le vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité, un système à adapter

Les associations du réseau de la FAS et de la FEHAP dans le secteur social sont de plus en plus confrontées au vieillissement prématuré des personnes hébergées et accompagnées, mais aussi à la dégradation de leur état de santé, de la survenue des dépendances et des questions de fin de vie. En effet, selon une étude de la DREES⁸, 13% des personnes accueillies en CHRS ont plus de 50 ans et 25% ont entre 35 et 49 ans. Dans les autres centres d'hébergement, la part des personnes de plus de 50 ans représente 17% des personnes accueillies tandis qu'elle atteint 55% en pensions de famille / résidences sociales. De plus, selon l'enquête de 2017 de la FAS Ile de France, les CHRS répondants indiquent que 25% des personnes accompagnées sont en situation de perte d'autonomie. Ces processus bousculent les professionnel-le-s et les amènent à se questionner sur les modalités d'accompagnement et sur l'adaptation des dispositifs accueillant ces publics. Aujourd'hui plus que jamais, le vieillissement des personnes précaires est un enjeu pour le secteur de la lutte contre la pauvreté. « **Vieillir n'est pas une pathologie, mais expose la personne à sa propre vulnérabilité** »⁹ : en conséquence, les personnes en situation de précarité vieillissante, sont doublement vulnérables. Le cumul de ces deux facteurs potentialise les effets néfastes sur les personnes déjà vulnérables, qui subissent donc de plein fouet une seconde vulnérabilité. Ainsi, il est plus qu'urgent aujourd'hui de mieux accompagner ces publics

Préconisations :

- les difficultés liés aux **critères de l'âge** ne permettant pas la prise en compte du vieillissement prématuré des personnes en situation de précarité et des incohérences dans le parcours administratif pouvant exclure certaines situations notamment les personnes migrantes,
- Le droit aux personnes de vieillir à l'endroit qu'il le souhaite est renforcé par la SNS mais il mériterait de préciser que cela est dans tous les lieux. On touche ici la difficulté des structures de l'AHJ qui est certes un lieu de vie mais à vocation de réinsertion de la personne accompagnée,
- Les personnes sortantes de prison de plus de 60 ans : quel lieu collectif est adapté ? Sachant que pour certains ayant eu des longues peines, le retour à un habitat individuel est complexe et également non-souhaité par la personne,
- Accompagnement de la **fin de vie** : permettre à l'HAD l'intervention dans tous les lieux de vie avec formation/sensibilisation des équipes sociales qui peuvent être mise en difficultés dans ces situations. Il en est de même pour les **soins palliatif**,
- **Renfort** des SSIAD précarité et des ESSIP,
- Soutenir les EHPAD pour **l'accueil des publics spécifiques** qui doit passer par la formation/sensibilisation des équipes et un partenariat privilégié avec les secteurs de l'addictologie, la psychiatrie pour l'accompagnement de ce public spécifique. Aussi, ce projet doit être promu et accepté par l'ensemble du personnels.

La santé des femmes en situation de précarité

Inégalités socioéconomiques de genre, violences, monoparentalité : aux principales causes de l'exclusion sociale s'ajoutent, pour les femmes, des dimensions spécifiques qui doivent être prises en compte dans les politiques de lutte contre la pauvreté et la précarité. Si elles constituent une part importante du public sans-domicile, les femmes sont souvent invisibilisées, soit pour se protéger elles-mêmes des risques de la vie à la rue, soit par des mécanismes institutionnels et sociaux.

Pourtant elles représentent une part importante des personnes sans domicile, elles occupent également la majorité des emplois précaires et touchent des revenus inférieurs de 24% à ceux des hommes.

⁸ DREES, *Les établissements et services en faveur des adultes et familles en difficultés sociales* en 2016

⁹ 2 Chambon, Nicolas. « Édito », *Rhizome*, vol. 74, no. 4, 2019, pp. 1-2.

Préconisations :

- Une **attention sur la gouvernance** pour la structure de prise en charge des femmes victimes. Le fait qu'elle doit être adossée à un établissement de santé rend cette gouvernance sanitaire et, de fait, avec les partenaires qu'il connaît, pouvant alors mettre les acteurs spécialisés en dehors du pilotage. Cette gouvernance peut également faire fi des expériences des associations préexistantes sur un territoire. Une gouvernance mixte entre le sanitaire et le social est ici recommandé.
- Meilleure **prise en compte des besoins** pour améliorer et faciliter le parcours de soins entre le secteur de l'accueil hébergement insertion et le secteur sanitaire (des PASS, des hôpitaux et de la médecine de ville),
- **Adapter l'offre** de soins à la santé sexuelle et reproductive des femmes,
- **Augmenter et renforcer** l'accompagnement des dispositifs d'hébergement et de logement spécifique aux femmes, femmes victimes de violence (places dédiées en CHRS et centre d'hébergement d'urgence, LHSS pédiatrique).

La santé des migrants et demandeurs d'asile

Concernant l'accompagnement des personnes migrantes et demandeurs d'asile, la FAS défend l'accès de toute personne, quelle que soit sa situation administrative, à des conditions de vie dignes, dont un hébergement, dans le dispositif d'asile ou généraliste, conformément au principe d'accueil inconditionnel, et d'un accompagnement adapté, leur permettant de faire valoir leurs droits .

Préconisations :

- Une stratégie autour de l'accompagnement des **bénéficiaires de l'AME** est à apporter,
- **Renfort et facilitation de l'accès à l'AME** avec son inscription dans le **régime générale** de l'Assurance Maladie,
- Utilisation facilitée de **l'interprétariat** et la **formation spécifique** à l'accompagnement de ces populations sont des outils nécessaires pour les professionnels et les bénévoles de la santé,

Santé des personnes incarcérées

Il y a une représentation des problématiques de la population générale que l'on retrouve chez les personnes détenues en milieu carcéral. Les troubles peuvent soit être préexistants à l'incarcération, soit en réaction à l'environnement carcéral ("choc carcéral"), soit ces troubles se révèlent par l'incarcération. Une étude caractérise la sévérité de ces troubles psychiques à la sortie : 32,3 % des hommes (et 58,8 % des femmes) sont considérés comme modérément à gravement malades, tandis que le risque suicidaire est estimé à 27,8 % pour les hommes (et 59,5 % pour les femmes), avec un risque élevé estimé respectivement de 8,2 et 19,1%¹⁰

L'accompagnement de ce public spécifique est peu abordée dans la SNS 2023-2033 alors que c'est une problématique devant être nommée et identifiée.

Préconisations :

- **Renforcer la prise en compte de la santé** avec un engagement interministériel tel que celui entre ministère de la santé et de la justice « PJJ promotrice en santé »,
- **Développer la prévention et la réduction des conduites addictives** en détention,
- **L'amélioration du parcours de soins** en milieu carcéral et sa continuité lors de la sortie,
- **Amélioration du parcours de soins en santé mentale** et la **prévention du suicide**,
- **Formation des professionnels** du milieu carcéral et milieu ouvert ainsi que SPIP,
- Veiller à **l'ouverture de droits pour les sortants** de prison.

¹⁰ La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale, F2RSM Psy, décembre 2022, 78p.

Santé des enfants et des jeunes en situations de précarité

L'accès aux minimas sociaux étant très réduit avant 18 ans, notre protection sociale ne compense pas ce risque. Notre société laisse ainsi un jeune sur cinq dans la pauvreté ou la grande pauvreté. Une fois atteint l'âge adulte, plus de 20% des 18-25 ans vivent sous le seuil de pauvreté (INSEE – 2015) et plus de 960 000 jeunes âgés de 16 à 25 ans ne sont ni en études, ni en emploi, ni en formation (DARES – 2018). Nombre de jeunes adultes de 18 à 25 ans doivent être autonomes notamment financièrement en l'absence de soutien familial, de formation rémunérée ou d'emploi, d'autant plus lorsqu'ils.elles sortent des dispositifs de protection de l'enfance.

Préconisations :

- Avoir un engagement fort sur **l'accompagnement des migrants mineurs non accompagné**,
- Accompagnement des **jeunes sortant de l'ASE**,
- **Renfort des places d'hébergement** et de **logement** des parent(s) et des enfant(s).

Le **mésusage des écrans** est abordé sur la notion du sommeil et à la fiche spécifique des jeunes. Il est mis en avant le rôle des personnes détenant l'autorité parentale. La place de l'Éducation Nationale est également à questionner quand on voit que l'écran est un outil devenu pédagogique augmentant de manière exponentielle le temps des enfants et jeunes devant un écran.

La participation des personnes concernées

Sans participation de la part des personnes concernées à leur élaboration, les décisions prises pour leur insertion sociale et professionnelle risquent fortement d'être inadaptées et peu efficaces. Les personnes en précarité doivent donc voir **leur avis écouté et surtout pris en compte** pour construire leur accompagnement et plus largement, les politiques qui les concernent.

Préconisations :

- **clarifier la participation des usagers**, avoir des faits plus concrets sur son effectivité pour éviter une présence instrumentalisée, consciente ou inconsciente, de la présence des personnes concernées,
- **Accompagner et sensibiliser** les institutions sur cette question avec l'exemple des CTS, des CLSM sur l'intégration des personnes concernées dans la gouvernance,
- S'appuyer sur les membres du **CNPA et des CRPA**.

Gestion crise sanitaire

Dans la **culture du signalement sanitaire**, le secteur du social a un rôle à prendre. Lors de la période Covid, les adhérents de notre fédération ont su s'adapter pour protéger les personnes accompagnées ainsi que les professionnels et bénévoles les accompagnant permettant leur légitimité dans l'observance de la situation sanitaire de leur territoire. Ils sont à inclure en amont des réflexions sur l'anticipation des crises sanitaires pour que les gestes préventifs soient adaptés à la réalité des publics accompagnés et des modes de fonctionnement des structures.

Préconisations :

- **Inclure** les secteurs du social dans la maillage des acteurs,
- **Accompagner et sensibiliser** les professionnels et bénévoles à la culture du signalement.

La gouvernance pour une coordination effective

Sur la gouvernance territoriale de la santé, il est regrettable de ne pas inclure plutôt dans la cible le nombre de territoire couvert par un **Contrat Local de Santé** qui est un outil de concertation dont la lutte contre les ISTS est un axe obligatoire, avec un fonctionnement incluant plus facilement des acteurs de tous secteurs contrairement aux CPTS qui ont une logique parcours et portées par des acteurs du sanitaire.

Dans cette gouvernance, les acteurs du secteur de la lutte contre l'exclusion sont à identifier finement par les services déconcentrés pour qu'ils soient sollicités dans les différentes instances organisationnelles et également dans les décisions pour une prise en compte de la précarité dans l'ensemble des politiques, au niveau local et régional, et une application en adéquation avec les professionnels et les personnes concernées.

Dans la recherche et l'innovation, les actions probantes de la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé sont à inclure ainsi que celles à destinations des personnes en situations de précarité.



Contribution de l'Anecamsp

« Investir l'action précoce, une des priorités en santé pour les 10 ans à venir... »

L'ANECAMSP, des professionnels qui œuvrent à la prévention et la prise en charge de la petite enfance en difficulté de développement, et des parents qui s'interrogent.

L'ANECAMSP fédère des CAMSP et des organismes concernés pour faire évoluer la prise en charge précoce des enfants présentant ou susceptibles de présenter un déficit intellectuel, moteur, sensoriel, cognitif ou psychique.

1 enfant sur 6 est à risque de présenter un TND. Les soins précoces doivent pouvoir se mettre en place en urgence surtout dans la fenêtre développementale de plasticité cérébrale maximum des 3^{èmes} années.

Ces soins doivent être complets (pluridisciplinaires si besoin), personnalisés et écologiques (considérant l'ensemble de l'environnement de l'enfant). On doit donc pouvoir proposer de la rééducation, de l'accompagnement des parents, de l'aide pour l'accueil dans les structures de droit commun.

Les parents sont partenaires des professionnels et, pour cela, ils doivent être informés, pour prendre les décisions éclairées et coconstruire le projet de leur enfant avec l'équipe soignante. Pour ces parents, souvent anxieux, la recherche d'information peut être difficile et angoissante. L'accompagnement indispensable des parents surtout autour du repérage et de l'annonce, associé à des soins adaptés nécessitent des structures qui coordonnent et guident. Le soutien à la parentalité est ainsi fondamental, d'une part dans la prévention des TND de l'enfant et, d'autre part, dans l'accompagnement de l'enfant en situation de handicap. Ce constat s'inscrit dans l'objectif national des « mille jours » et dans l'ensemble de la stratégie « autisme » au sein des TND.

C'est en rétablissant au maximum précocement l'équilibre de la construction développemental de l'enfant que l'on prévient le handicap et son retentissement

Investir sur l'action précoce c'est donc investir sur l'avenir pour l'enfant et sa famille d'abord mais aussi pour la société.

Cela nécessite d'avoir les moyens d'un repérage et de soins précoces de qualité.

LE REPERAGE

Le repérage d'une déviation de la trajectoire développementale doit être **précoce** et concerner **tous les enfants** à risque et sans risque de troubles du développement.

Pour la population d'enfants à risque tel que définis par la HAS, des circuits de suivi doivent pouvoir être efficaces sur tout le territoire et éviter les perdus de vue.

Les CAMSP implantés sur des territoires sont des acteurs experts et actifs. Ils participent aux actions de sensibilisation grâce à leur partenariat : services hospitaliers, PMI, médecins traitants, PCO, libéraux, inter secteurs de pédopsychiatrie, ESMS, modes de garde, écoles... Ils ont une bonne connaissance des particularités territoriales. En territoires, les CAMSP sont souvent bien identifiés par les médecins de 1^{er} ligne mais parfois saturés, les PCO < 7 ans sont de mieux en mieux identifiées. Aujourd'hui, les enfants les plus jeunes sont plus souvent vus en CAMSP que dans les PCO.

L'ACCOMPAGNEMENT PRECOCE

Une fois le repérage effectué, des soins doivent se mettre en place. A ce stade le diagnostic catégoriel du type de trouble n'est pas indispensable immédiatement. En effet, les soins adaptés vont être proposés s'appuyant sur les besoins repérés (médecins, thérapeutes...) et exprimés par les parents : c'est le stade du diagnostic fonctionnel.

L'observation de la trajectoire de développement de l'enfant avec les soins, associés aux bilans des différents acteurs du soin doivent permettre d'aboutir à un diagnostic catégoriel.

L'examen médical complet par un médecin spécialisé dans le neurodéveloppement est indispensable, il doit être rapide surtout si l'enfant a moins de 3 ans. Les parents ont aussi besoin de cet avis spécialisé pour cheminer, comprendre et devenir acteur des soins.

Les efforts sont indispensables envers les jeunes enfants. Il nous apparaît nécessaire de :

- D'avoir des plateaux techniques pluridisciplinaires, comme les EQUIPES DE CAMSP, avec un accès aux libéraux pour assurer toutes ces missions de repérage et de soins précoces complets en prenant en compte la dynamique territoriale,
- S'appuyer sur le niveau 1 (PMI, médecins libéraux, réseaux de périnatalité) pour assurer un repérage efficace, de la formation est nécessaire.
- Renforcer les PCO selon la dynamique démographique et les ressources en professionnels libéraux
- S'assurer d'un accès facile pour les familles et le niveau 1: **3°)**

Il est nécessaire d'avoir des actions préventives et nous espérons que les 10 années à venir nous apporterons des réponses ...