

ANNEXES

- **Avis de la commission spécialisée Prévention et du groupe Inégalités sociales de santé**
- **Avis de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux**
- **Avis de la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers**
- **Avis du Groupe Régional Santé Mentale**

Avis de la commission spécialisée prévention et du groupe des Inégalités sociales de santé

La commission s'est essentiellement focalisée sur les AXES 1 AXE 6 et PRAPS

REMARQUES GENERALES :

1-Faire connaître le PRS par la rédaction d'une synthèse lisible est appropriable par tous les acteurs du PRS et la diffuser largement par tous les canaux possibles (institutionnels, réseaux sociaux etc.....)

Le document du PRS de plus de 550 pages est technique, peu voire pas appropriable par les professionnels de santé, les acteurs de terrain. D'où la nécessité d'en rédiger une synthèse lisible, simple et appropriable et de mobiliser tous les vecteurs et médias possibles pour le relayer en particulier en s'appuyant sur les expériences de communication initiées par l'ARS lors de la période COVID

2-Faire des ISTS une véritable priorisation de ce PRS dans une déclinaison évaluable pour chaque fiche

Si la réduction des inégalités de santé est explicitement inscrite dans le COS comme une priorité avec une nécessaire déclinaison dans tous les projets en se référant d'ailleurs à la feuille de route de la précédente CRSA¹ GT ISS, les réductions des ISTS ne sont que rarement évoquées dans le corps du PRS au niveau des fiches (en dehors des éléments de diagnostic et bilan)

L'intégration de données ISS (CSP, niveau d'éducation, utilisation de proxi écologique comme le FDEP de disposer du lieu de résidence) devraient être un objectif clairement établi afin de réellement pouvoir mesurer les évolutions des inégalités sociales de santé – (voir le point sur le développement des systèmes d'information)

D'un point de vue méthodologique l'application des 5 points de la feuille de route des ISTS de façon systématique dans les projets développés sous l'égide de l'ARS aiderait à cette prise en compte, notamment pour les nouvelles organisations territoriales telles que les CLS, les CPTS, MSP et CDS...sans oublier les hôpitaux (GHT)

3-Améliorer l'opérationnalité des fiches du PRS dont l'ARS doit assurer le pilotage et l'accompagnement et en particulier l'opérationnalité « du dernier kilomètre » en s'inspirant davantage des expérimentations COVID

Beaucoup de remarques de notre commission pointent :

- L'insuffisance des modalités du « comment faire », sur les objectifs et leviers dans la majorité des fiches

¹ Enoncé l'objectif de réduction des ISTS dans tous les projets, disposer de données quanti et quali rapportées à l'appartenance sociale pour permettre de mesurer les ISTS et leurs évolutions au cours du projet, repérer clairement le territoire d'intervention et l'ensemble des acteurs concernés usagers et habitants compris, rechercher la participation de l'ensembles des acteurs au sens large, et identifier les personnes ressources

- Que La « coordination des acteurs » présente dans de nombreuses fiches du PRS, ne mentionne pas une identification claire de leaderships pour piloter la coordination des nombreuses actions qui vont se décliner tout au long du PRS
- Le défaut de méthodologies pour parvenir aux objectifs des fiches.

En effet, de nombreuses fiches soulignent avec pertinence la nécessité de coordinations d'acteurs (souvent englobées sur les termes vagues d'acteurs, de partenaires.... Sans en identifier nommément les acteurs et les publics concernés).

Il est donc nécessaire de mieux préciser les méthodes à mettre en œuvre : sur quels outils diagnostics notamment territoriaux s'appuyer, les identifier et les partager et qui peuvent ou pourraient en assurer le leadership. Il semble aussi important de mieux valoriser et tirer parti des innovations mises en place lors de la période COVID en réactivant les liens et les canaux de communication créés entre les acteurs territoriaux des différents secteurs (associatifs, sanitaires sociaux économiques, collectivités territoriales et populations).

4- l'évaluation du PRS, pour l'instant manquante, devrait faire l'objet d'une fiche spécifique du PRS: organisation, méthode et moyens

Dans son propos liminaire la directrice générale s'engage à maintenir la dynamique de concertation amorcée dans la phase d'élaboration du PRS pour suivre le déploiement de la stratégie de santé et sa déclinaison. La stratégie d'évaluation du PRS est pour l'instant non précisée : évaluation externe ? évaluation au fil de l'eau ? indicateurs à définir et à suivre ? Une fiche sur les modalités d'évaluation et de suivi du déploiement du PRS serait la bienvenue.

5-L'absence quasi totale de la prise en compte des aspects de santé au travail.

La santé au travail est une composante essentielle de la santé en général. Le travail (ou son absence) et les conditions environnementales, ergonomiques, socio-psychologiques, temporelles dans lesquels il s'exerce, sont des déterminants essentiels de la santé des populations. De plus, l'état de santé d'un individu influence ses conditions de travail (réinsertion dans le travail, inclusion etc..). Le manque de prise en compte de la dimension de la santé au travail dans le PRS obère l'appréciation de la santé de toutes les populations actives. Ce sont également des opportunités manquées pour des actions pertinentes de promotion de la santé et de prévention. Les évolutions de modalités et conditions de travail, notamment post COVID et les conséquences pour la santé qu'elles entraînent doivent être incluses dans les politiques de santé et donc dans le PRS.

6- Le renforcement des relations avec les ministères responsables de la santé scolaire et universitaire

Si on a bien noté que des liens entre médecine scolaire, médecine universitaire et PRS sont établis ou en passe de l'être, il semble essentiel de les renforcer : l'aggravation de l'état de santé, notamment mentale des jeunes et l'importance, la persistance voire l'accroissement des habitudes de vie délétères pour la santé des enfants, des adolescents et des jeunes adultes nous y oblige.

7-Le renforcement des systèmes d'informations sur les ISS, santé périnatale et les déterminants proximaux de santé

ISTS : Il est indispensable pour renseigner les inégalités de santé, de disposer d'un système d'information solide avec un minimum d'informations socle territorialisées comme préconisé dans le rapport du HCSP en 2011: CSP, diplôme ou niveau d'éducation au minimum et qui puissent également tenir compte d'autres variables sociales rendant compte des freins à l'accès à la promotion de la santé, à la prévention à l'accès aux soins comme le logement, le statut migratoire, nombre d'années sur le territoires français etc.

Santé Périnatale : Dans le cadre de la santé périnatale dont les indicateurs sont particulièrement défavorables en Ile-de-France, disposer d'un diagnostic périodique non seulement sur l'activité des

établissements de santé mais aussi sur l'évolution des principaux indicateurs de santé périnatale de façon territorialisées et fines est également indispensable pour pouvoir suivre l'évolution de la santé périnatale en Île-de-France

Les déterminants proximaux de santé Pour renseigner la prévalence/incidence et évolution des consommations de tabac, d'alcool, le IMC, la sédentarité, et les repères nutritionnels, éléments qu'actuellement il n'est possible de renseigner que de façon très grossière et avec beaucoup de retard

REMARQUES plus spécifiques :

8) Axe 1 Le pouvoir d'agir (on préfère « pouvoir » plutôt que « capacité » d'agir dans le titre de l'axe 1) des usagers et des habitants doit être plus explicités :

Les modalités de représentation et de participation des habitants ne sont pas suffisamment définies ou envisagées pas plus les modalités d'évaluation participative.

Les éléments qui aggravent la fracture sociale et des ISS sont insuffisamment pris en compte : la complexité des dispositifs, leur changement de nom constant, l'illisibilité des nouvelles filières de santé, des parcours de soins, le tout numérique et la déshumanisation qui l'accompagne,

La Commission regrette que l'ARS IDF ne se soit pas saisie de ce nouveau PRS pour instaurer un statut officiel de "patient expert". Ce statut impliquerait non seulement la reconnaissance de l'expertise développée par certains patients sur leur maladie mais aussi leur participation au parcours de soins.

9) Axe 1 Il manque une fiche spécifiquement dédiée à la prévention des consommations de tabac et d'alcool

Ces deux thématiques sont portées en tant que telles dans le projet de la SNS (la Stratégie Nationale de Santé, en cours de consultation). La SNS obligera nécessairement à une déclinaison régionale des programmes nationaux. L'importance de ces 2 déterminants est incontestable : 71000 décès attribuables au premier et 41000 au second en France, un cinquième pour l'Île-de-France (sans compter le poids immense de morbidité que ces 2 déterminants font peser sur la santé des populations). Les programmes et actions de lutte contre ces 2 déterminants doivent être explicités. A ne pas l'être, ils sont oubliés. Ils le sont d'autant plus qu'il n'existe pas au niveau régional un système d'information qui produise régulièrement, de façon territorialisée, par catégorie sociale et classe d'âge et à jour, des indicateurs de prévalence/incidence des consommations de tabac et d'alcool.

10) Axe 1 LA PMI doit être repérée comme un acteur essentiel dans la prévention périnatale

Le champ de la PMI porte sur les 0-6 ans, mais compte tenu du manque de moyens et de ressources humaines de ce secteur, leurs populations-cibles sont dans la réalité et par défaut les nourrissons et les 2-3 ans et leur mère/famille. Or la PMI n'est pas clairement identifiée comme un acteur dans la fiche 1.2, alors qu'elle joue un rôle essentiel de prévention par l'accompagnement à la parentalité en pré et post accouchement.

11) Axe 1 La prévention chez les jeunes : sur la santé sexuelle

La santé sexuelle, la contraception, la vaccination HPV et l'ensemble des autres aspects de la sexualité concernent aussi bien les jeunes filles que les jeunes garçons. Ces derniers doivent davantage être pris en compte dans les programmes déclinés du PRS sur ces sujets.

Et davantage prendre en compte la pressions sociale et économique des aspects de la santé sexuelle : lutte contre les tabous et la discriminations (genre et orientation sexuelle) ou la prise en compte du poids économique de certains aspects de la santé sexuelle (par exemple des protections périodiques pour les jeunes filles)

12) Axe 1 Les compétences psychosociales sont-elles l'alpha et l'oméga de la promotion de la santé et de la prévention ?

Mettre en œuvre des programmes permettant le développement des compétences psychosociales des personnes, enfants et adolescents notamment est essentiel.

Mais d'une part acquérir des compétences psychosociales est un long processus. Pour qu'il soit efficient, cela demande un déploiement de grande envergure et une organisation institutionnelle et partenariale aboutie : comment doivent-ils se faire, qui doit les organiser (avons-nous le nombre de personnes formées suffisant) ? à quel rythme ? pour quels publics ? qui les évaluent ? Des précisions sur ces aspects seraient les bienvenus dans les fiches de l'axe 1 en particulier pour les fiches enfants et jeunes, santé sexuelle.

D'autre part, le développement des compétences psychosociales est une démarche qui vise à promouvoir le pouvoir d'agir **individuel** des personnes. La promotion et la prévention de la santé ne sauraient reposer sur lui seul et doivent être associés à des éléments plus collectifs et sociaux. Or les autres aspects contextuels familiaux, sociaux, partenariaux, programmatiques d'une bonne mise en œuvre de démarche de promotion et de prévention de la santé ne sont pas suffisamment développés dans le PRS, programmes ciblés, contexte scolaire et universitaire, temps dédiés.

13) Axe 1 la promotion de l'activité physique (facteur déterminant d'une bonne santé physique et mentale et formidable facteur d'intégration sociale), et la lutte contre la sédentarité sont trop absentes du PRS et surtout rien quasiment n'est dit sur l'appui exceptionnel qu'offrent les JOP

Les bénéfices de l'activité physique à tous les âges mais notamment chez les plus jeunes sont innombrables (voir les rapports expertises Inserm, 2009, 2019, anses 2016, HAS 2011 etc). Sa place devrait être beaucoup importante dans le PRS, surtout dans un contexte des jeux olympiques, événement exceptionnel qui pourrait être un formidable booster de promotion de l'activité physique ([Évaluation d'impact sur la santé \(EIS rapide\) - ORS \(ors-idf.org\)](#) p 49 à 94) . L'exemple des jeux de Londres est à cet égard parlant.

14) PRAPS : a -t-il les moyens de se développer comme programmé ?

Le PRAPS est bien construit et cohérent si tout peut se mettre en place. Toutefois la CSP de la CRSA émet des doutes sur sa réelle faisabilité du fait des ressources humaines en berne dans un contexte d'aggravation de la précarité sociale économique et des moyens nécessaires à la reconnaissance et professionnalisation des nouveaux métiers, notamment de ceux de la médiation.

La CSP regrette que ne soit pas pris en compte comme populations vulnérables les sortants de prison.

Par ailleurs, la CPS souhaite une interconnexion plus affirmée des programmes sociaux avec la DRIHL notamment en ce qui concerne le logement et le schéma régional de l'hébergement et de l'habitat.

Enfin, devant les difficultés d'ouverture de droits et d'accès aux soins des populations les plus démunies, la CSP de la CRSA suggère une expérimentation d'une ouverture automatique des droits à la santé, afin de ne pas retarder les prises en soin des personnes qui en ont le plus besoin.

15 (axe 6) Mieux accompagner les Collectivités territoriales au niveau local et faire de la CCPP un véritable organe de coordination des politiques en matière de santé

Mieux accompagner les collectivités territoriales et notamment les maires (via l'AMIF notamment) : ils ont montré leur efficacité durant le Covid, ils connaissent parfaitement leur territoire, ils ont des compétences sur de nombreux sujets environnementaux et sur le scolaire notamment. Ils connaissent leurs ressources en professionnels de santé libéraux, ils ont l'obligation de diagnostic sociaux très utiles en santé.

La réactivation de la Commission de Coordination des Politiques Publiques (CPP) est certes indispensable, mais la CCPP ne doit pas rester une instance d'information mutuelle entre les

partenaires, elle doit aller au-delà en devenant un véritable organe représentatif (institutions, associations, usagers) de coordination des politiques régionales de santé.

La CSP regrette enfin le manque d'interactions avec le Plan Régional Santé Environnement.

Avis de la commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médicosociaux sur le PRS3

Globalement ce Projet Régional de Santé est plus clair et compréhensible. La présentation par grands axes et des fiches spécifiques avec un plan standardisé facilite la lecture d'un document qui reste imposant.

La Commission spécialisée médicosociale avait, dès le démarrage, produit un certain nombre de propositions qui dans l'ensemble ont été reprises dans les différents axes. Néanmoins nous avons des remarques complémentaires.

Tout d'abord sur la notion même de PRS nous pensons absolument nécessaire que :

- Soient mis en œuvre des **outils de suivi permanents** sinon ce plan restera un document passif et peu utile. Le PRS3 propose un certain nombre d'actions essentielles dont il faudra en continu suivre les évolutions. Bien entendu ces évolutions devront être portées à la connaissance de la CRSA.
- Des priorisations soient plus clairement définies avec des plans d'actions plus précis.
- Le secteur médico-social soit davantage pris en compte au regard de son contexte particulièrement difficile (problèmes de financements, problématiques RH...). La CSMS insiste sur le fait que les actions conduites en faveur du secteur sanitaire ne se fassent pas au détriment du secteur médico-social et ne conduisent pas à une plus grande fragilisation de ce dernier.
- La place de l'Assurance Maladie dans la coordination des actions soit plus clairement précisée.
- Certains sujets soient davantage traités, tels que :
 - La psychiatrie du sujet âgé, avec une plus grande réflexion sur les modalités de prise en charge.
 - Une meilleure connaissance des expérimentations menées dans les territoires permettant un inventaire des expérimentations en cours et des échanges de bonnes pratiques.

Le présent avis après avoir relevé quelques manques dans les axes relatifs à **l'accompagnement des personnes âgées et personnes handicapées** traite principalement de **l'axe 4 sur la formation et le recrutement des professionnels** :

-La notion de **maltraitance/bientraitance** dans tous les établissements n'est pas très présente, voire absente alors que c'est un problème d'ampleur qui devrait faire l'objet d'actions de prévention et de formation.

-Plus spécifiquement dans la fiche 1.1 de l'axe 1 il n'est pas fait mention des Conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (**CDCA**) qui ont un rôle à jouer dans les domaines des Personnes Agées et Personnes Handicapées. Ils sont un relais important dans la représentation des personnes concernées.

-Dans la fiche 3.7 il n'est pas fait mention des **accueils temporaires** en EHPAD qui sont utiles tant pour les personnes que pour les aidants. La CSMS souhaite également que les problématiques des freins économiques aux accueils en EHPAD, notamment celui du reste à charge, soit pris en compte.

-**L'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes** ne nous paraît pas faire l'objet de propositions suffisantes. Ainsi :

- L'augmentation de l'espérance de vie de cette catégorie de citoyens n'est pas suffisamment prise en compte tant dans les établissements spécialisés (formation sanitaire inexistante des cadres) que dans les hôpitaux et cliniques.
- Les carences territoriales en dispositifs dédiés doivent être davantage traitées, en insistant sur la nécessité d'un véritable maillage territorial ainsi que sur une meilleure lisibilité des dispositifs existants (cartographie, clarté des filières : personnes venant des foyers de vie, des FAM ...)

-Certains autres **freins économiques** devraient aussi être mieux traités pour permettre un meilleur **accès aux soins** des personnes handicapées. Deux exemples :

- le déploiement du **référént handicap** dans les établissements sanitaires que l'enveloppe nationales ne permet pas de financer.
- le déploiement des bonnes pratiques du type « Handibloc » qui actuellement génèrent des écarts de recettes avec un parcours classique, écarts qui ne sont pas financés.

L'axe 4 (Former, recruter et fidéliser les professionnels de la santé en Île-de-France) est essentiel et mobilisera les acteurs du secteur pendant toute la période du PRS 3. Son contenu amène les observations suivantes :

➤ **Sur ses considérations générales :**

- Le sujet des financements est insuffisamment traité.
- En plus des problématiques de densité par rapport aux besoins et de répartitions territoriales, il s'agira de s'attacher également aux problématiques de compétences (contenus et financements des formations initiales et continues, maintiens et adaptation des compétences aux besoins, complémentarités et synergies des compétences...)
- Il convient de développer le travail sur les mesures incitatives pour l'attractivité et la fidélisation en direction de certaines professions et de territoires franciliens. Notamment celles touchant aux offres de logement (en direction de tous les secteurs et pas seulement les professionnels du secteur public) incluant les collectivités territoriales, à un coefficient géographique régional pour le sanitaire mais aussi le médico-social, à l'intégration des professionnels de terrain dans des projets porteurs et visibles, à l'élaboration de véritables plans d'évolution professionnelle.
-
-
- Ainsi, s'agissant des « Mesures clés de l'axe » :
 - Il conviendrait de revoir les conditions relatives aux Contrats d'allocation d'Etudes (CAE), pour les rendre plus attractifs et efficaces.
 - Sur l'attractivité pour les IDE : il convient d'insister sur la facilitation et le financement des évolutions professionnelles ainsi que sur la mise en place de passerelles avec d'autres métiers.
- Sur le choix des indicateurs : le nombre de CAE apparaît peu pertinent par rapport à d'autres indicateurs de performance relatifs à la formation et/ou à l'attractivité (nombre de personnes en formation, taux de sortie par rapport aux nombres d'entrées= taux de fuite dans les formations ou dans les métiers)

➤ **Sur la fiche 4.1 :**

Il convient d'insister sur l'implication des acteurs de terrain (professionnels et usagers) dans le recensement et l'analyse des problématiques concrètes rencontrées.

➤ **Sur la fiche 4.2 :**

Nous soulignons l'intérêt :

- De revoir les conditions des CAE
- De la mise en place des « guichets uniques » (sur les sujets de financements, possibilités de formations, évolutions professionnelles...)

Au-delà des actions de communication, nous aimerions un développement sur des actions plus concrètes telles que :

- La création de véritables passerelles entre les métiers (facilitatrices des évolutions professionnelles, mais aussi d'une meilleure collaboration entre professionnels).

- Les financements des formations.

➤ **Sur la fiche 4.3 :**

- ✓ **Les éléments du diagnostic apparaissent tout à fait pertinents.**
- ✓ **Sur les objectifs énoncés :**
 - Le sujet de la réingénierie des formations paramédicales est essentiel, en s'attachant notamment à :
 - Faire participer les acteurs de terrain (professionnels et employeurs, mais aussi les usagers) en vue d'adapter les contenus des formations aux besoins et spécificités des terrains.
 - S'attacher à l'amélioration de la qualité des stages : mise en place de cahiers des charges définissant un minimum requis pour les accueils des étudiants dans les lieux de stages, dispositifs d'évaluation (voire de labélisation) des structures de formation et de stages de nos secteurs, importance du compagnonnage à tous les niveaux.
 - Le sujet de la promotion professionnelle est majeur, avec notamment :
 - Les dispositifs de financement des formations qualifiantes.
 - L'accent mis sur les formations aux connaissances de base (maîtrise du français écrit et parlé).
 - La formation continue (maintien à jour des compétences, acquisition de nouvelles connaissances)
 - La valorisation salariale des montées en compétences.
 - La promotion des pratiques avancées, notamment dans les secteurs des Personnes Agées et du Handicap.
 - Il convient également de mettre l'accent sur l'évaluation des dispositifs (de formation, de financement...)

➤ **Sur la fiche 4.4 :**

Un accent doit être mis sur :

- L'encadrement de proximité : la mise en place de celui-ci, sa formation, son accompagnement.
- Les mesures complémentaires : avec un accent particulier mis sur les problématiques de logement (mobilisation des collectivités locales et du logement social), de transport, accompagnement de la petite enfance (facilitation des crèches d'entreprise)
- Outils de recensement des dispositifs d'amélioration de la QVT : là-aussi, importance d'un guichet unique QVT.
-

➤ **Sur la fiche 4.5 :**

Nous soulignons l'importance des mesures et dispositifs suivants :

- Un dispositif de veille et d'anticipation
- Un guichet unique (« de coordination des coordinateurs »)
- La plasticité des dispositifs de réponse à la crise, en tirant les leçons de la crise COVID, et leur adaptation aux spécificités territoriales.

Enfin, au-delà des analyses par axes et de manière transversale sur ce PRS, nous aimerions en conclusion que :

- Une place plus précise soit accordée aux questions de financements. En effet, la CSMS fait part de sa préoccupation quant aux capacités financières pour la mise en œuvre des actions du PRS3.
- La place des usagers soit davantage prise en compte, notamment pour une meilleure adaptation aux besoins.
- La question du Domicile soit plus développée, comme étant un sujet prioritaire des années à venir. A ce sujet, la CSMS estime qu'il convient d'insister sur :

- Les CPTS, dont l'importance dans le maillage territorial est à affirmer et les missions sont à mieux définir (mieux intégrer les problématiques locales, les spécificités du médicosocial)
 - La nécessaire valorisation des interventions des professionnels, notamment médicaux mais également paramédicaux, au domicile et en EHPAD.
- La notion de prise en compte de l'Intérêt Public soit un critère déterminant dans la définition des politiques, des moyens et des autorisations.

Avis et propositions de la CSDU relatif à l'axe 1 du Schéma Régional de Santé et au PRAPS

- Axe 1

- Globalement les membres de la CSDU se retrouvent dans les valeurs et les principes exprimés dans l'axe 1, nécessaires à l'ambition de transformation porté par le projet, notamment pour ce qui concerne les droits fondamentaux des personnes et leur pouvoir d'agir.
- La structuration de l'axe 1 et de ses trois parties met en exergue la place et le rôle des usagers à travers la notion d'empowerment.
- Comme le développement des parties et des fiches le définit il nous semble qu'il serait plus cohérent que le titre de l'axe reprenne le terme de **pouvoir d'agir** plutôt que de capacité d'agir. La notion de pouvoir d'agir est employé à plusieurs reprises dans les fiches et traduit plus fidèlement le terme d'empowerment.

- Fiche 1.1

- Nous proposons que la référence (note de bas de page 4) soit remplacée par un texte qui montre bien les différents modèles d'empowerment et qui donne une définition qui prend en compte non seulement les capacités d'agir mais aussi la dimension plus collective et politique de l'empowerment.
- « *L'empowerment* articule deux dimensions, celle du pouvoir, qui constitue la racine du mot, et celle du processus d'apprentissage pour y accéder. Il peut désigner autant un état (être *empowered*) qu'un processus. Cet état et ce processus peuvent être à la fois individuels, collectifs et sociaux ou politiques – même si, selon les usages de la notion, l'accent est mis sur l'une de ces dimensions ou au contraire sur leur articulation. »
- **Bacqué M.-H., Biewener C.** *L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation*, Paris, Idées économiques et sociales, n° 173, 2013, P.25-32.
- Il nous semble que la reconnaissance des savoirs et de l'expérience de l'utilisateur tant dans le partenariat de soins que dans des dimensions plus organisationnelles et institutionnelles pousse à poser la question de la représentation dans des dimensions plus inclusives. Ceci est nécessaire pour valoriser et dynamiser la représentation, la sécuriser sans l'opposer aux formes de démocratie directe.
- Ainsi il s'agit non seulement de poursuivre le déploiement de la démocratie représentative dans les instances mais aussi de développer des formes de représentation qui permettent :
 - d'inclure les représentés dans les processus de décision (importance de la littératie)
 - d'exercer un droit de regard sur leurs représentants,
 - de développer des dispositifs participatifs et délibératifs nouveaux, originaux et extérieurs aux formes institutionnalisées connues,
 - des formes d'expression collectives directes, de façon aussi à permettre à des groupes dont la parole n'est pas recueillie et dont la représentation n'est pas assurée, d'être reconnus.
- **Propositions :**
- Développer une réflexion sur la représentation et ses nouvelles formes de façon à redynamiser la démocratie en santé.
- S'assurer de la diversité et de l'hétérogénéité des représentants, des associations et des groupes dans les instances.
- Travailler avec les établissements de santé et médico-sociaux les formes de représentation des usagers au sein des CDU et les formes de représentation des résidents au sein des CVS et au-delà.

- Développer la place et le rôle des associations dans les établissements de santé et médico-sociaux en favorisant des modes d'organisation collectives qui privilégient le partenariat, de types maisons ou espaces des usagers.
- Développer une formation sur les formes de représentation des usagers pour les RU avec FAS
- Développer une formation pour les représentants des résidents et les personnes qualifiées
- Proposer aux établissements l'organisation d'inter CDU-CVS quand l'organisation des établissements le permet mais aussi des inter-CDU et des inter CVS.
- Confier aux CTS et aux CDCA le rôle de développer ces coopérations
- Développer avec les établissements des formes de présentation aux usagers (pour rendre compte notamment de la représentation des usagers) du rapport annuel de la CDU et d'un rapport annuel des CVS

- **Fiche 1.13**

- Le terme de recherche interventionnelles est polysémique et recouvre 3 types de recherches selon le code de la santé publique.
- Il nous semble que le titre de la fiche est décalé par rapport à son contenu dont l'objectif est de développer et favoriser la recherche participative (recherche-action ou recherche en interaction) seule susceptible d'intégrer la complexité des situations humaines dans le cas des inégalités de santé et les groupes de population les plus défavorisés.
- Les champs de recherche privilégiés ne prennent pas en compte le milieu familial ainsi que le milieu culturel et socio-culturel.
- Compte tenu des différents laboratoires de recherche qui travaillent sur ces thématiques, ne faut-il pas assurer une coopération et/ou une coordination des laboratoires pour identifier les axes de recherche intéressant la santé publique, mieux investiguer l'ensemble des champs à explorer, orienter vers des thématiques prioritaires et éviter les conflits d'intérêts ? La participation de représentants des usagers au comité qui pourrait voir le jour est nécessaire pour l'orientation des projets.
- L'ARS aura-t-elle un rôle dans un financement possible des projets de recherche ?
- L'avant dernier paragraphe de la fiche (bas de page 66) gagnerait à être reformulée pour être compréhensif.

- **Fiche 6.1**

- Actuellement il y a peu de Contrats Locaux de Santé dans les territoires. Ne faut-il pas que les Conseils Territoriaux de Santé en lien avec les CPTS incitent les territoires dans lesquels les inégalités de santé sont importantes à développer des CLS ?
- Il est nécessaire d'inclure des Représentants des usagers dans les CLS et plus particulièrement dans les comités de pilotage.
- La synergie des acteurs est souhaitée mais comment l'initier, comment développer les Coopératives d'acteurs, qui en est à l'initiative ?
- Page 228, il est signalé un objectif stratégique 4 sans que les objectifs 1,2 et 3 soient explicités.
- Dans les conventions cadres, les associations de parents d'élèves doivent aussi être partenaires.

- **PRAPS**

- **1 – de 1.1 à 1.2.3**

- En ce qui concerne les différents opérateurs et acteurs de la médiation en santé, il est nécessaire de rajouter les associations de façon à ne pas limiter la médiation à des personnes.
- Ne faut-il pas déterminer avec les opérateurs de médiation les quartiers, lieux, populations, groupes à prioriser pour les actions de médiation ?
- Si la médiation est effectivement reconnue et les besoins évalués, qui a la possibilité de développer les structures de formation, de financer la formation ? Quel peut être le rôle de l'ARS de façon pratique ?
- Ne faut-il pas envisager la question de la médiation en lien avec l'interprétariat pour ce qui concerne le recrutement et la formation des médiateurs ?

- **2 – de 2.1 à 2.2**
- Pour le repérage des situations et des personnes en difficultés, quel type de structure pourrait coordonner les actions des différents acteurs, en les sollicitant pour la mise en œuvre des actions de sensibilisation, d'information, d'élaboration et de partage des outils de repérage et d'évaluation ?
- Penser pour le repérage aux enfants de migrants et au rôle de l'éducation nationale, des infirmières scolaires et des PMI
- Centraliser l'information des usagers dans le support déjà existant **Soliguide** et y intégrer les informations venant d'autres guides (comme celui des DAC) de façon à créer un document unique pour les usagers.
- Communiquer largement sur l'existence de ce guide auprès des usagers, des professionnels, des structures et des associations en sollicitant une mise à jour régulière de ce guide.

Avis du Groupe Régional Santé Mentale sur le PRS 3

Le Groupe Régional de Santé Mentale, groupe permanent de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, s'est réuni pour mettre en commun les remarques recensées auprès de ses membres sur le Projet Régional de Santé troisième version.

En effet, cette mise en commun survient suite à la consultation des trois documents ci-dessous :

- le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) – 2018-2028
- le Schéma Régional de Santé (SRS) - 2023 – 2028
- le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) – 2023-2028

Santé mentale, démocratie en santé et décroisement

- La santé mentale ne correspond pas uniquement à la psychiatrie ou la psychologie. Il est important d'insister sur une définition commune de la santé mentale et de la promouvoir. La santé mentale fait l'objet d'un large éventail d'activités qui relèvent directement ou indirectement du « bien-être ». Elle englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. La Santé Mentale est l'accès réel à la citoyenneté, aux droits de l'Humain, à l'éducation, à la formation, à l'emploi et aux activités, à la culture et au sport, et bien-sûr accès aux soins somatiques, psychiques et psychiatriques.
- La démocratie en santé ne concerne pas uniquement le sanitaire. Dans ce sens, le terme démocratie sanitaire peut porter à confusion. Un changement du terme démocratie sanitaire par le terme démocratie en santé pourrait accompagner le décroisement entre les secteurs.
- Le décroisement global entre les secteurs peut également passer par la mise en place de formations croisées entre le sanitaire, le social et le médico-social, afin d'impulser la coopération autour des parcours de santé dès la formation. De plus, le décroisement dès la formation pourrait accentuer l'attractivité des métiers.
- Le Psycom promeut la santé mentale au grand public. Sa participation à la prévention des troubles psychiques et à la diffusion des ressources sur la santé mentale sur le territoire francilien sont à noter et à accompagner.

Cartographie

- Chaque donnée recensée et chaque cartographie réalisée doit être mise à jour régulièrement.
- La cartographie de l'offre pourrait être accompagnée d'une cartographie des besoins, basée sur les diagnostics des PTSM, afin de voir si l'offre répond bien au besoin sur les territoires.

- Les urgences sont un sujet de grande importance. L'absence de schéma / cartographie sur les territoires posent problèmes aux professionnels de tous les secteurs et aux personnes concernées.

Les dispositifs

- Les projets territoriaux en santé mentale œuvrent sur les territoires avec sens et regroupent les acteurs de tous les secteurs. Ils agissent au plus près du terrain. Ils doivent être soutenus.
- Une liste exhaustive de l'existant accompagnée d'une synthèse de chacun des projets ainsi que du public et du territoire ciblé devrait exister. Dans ce sens, les nouveaux projets pourront se concentrer sur les territoires et les cibles non desservis.
- Au niveau régional, plusieurs commissions peuvent travailler sur des sujets communs. Cependant, la communication entre elles est très souvent absente. Une transparence et un partage des connaissances doivent se faire naturellement.
- Les Conseils Locaux de Santé Mentale se doivent de définir et de mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées, enfants comme adultes. Dans ce sens, un CLSM est un lieu important pour une commune. Certaines ne peuvent pas en mettre en place pour des raisons de financements. C'est pourquoi les critères de cofinancement sont à revoir car ils sont un frein au développement des CLSM.
- Une précision concernant les déclinaisons par les acteurs de terrain des conventions signées au plan régional entre l'ARS et les partenaires institutionnels est nécessaire.
- La place de la MDPH dans la coordination des parcours de personnes en situation de handicap est posée (nouvelle fonction ?)

L'habitat

- Les foyers collectifs et l'accompagnement au logement individuel couvrent des besoins différents.
La première modalité (foyers d'hébergement, foyer de vie ...) convient notamment aux personnes qui prennent appui sur le groupe et ses différentes activités, ou qui redoutent l'isolement;

La seconde (SAVS, SAMSAH ...) est entre autres bien adaptée pour celles ayant un projet d'indépendance, ou qui se sentent plus à l'aise dans des relations un peu distantes – sous réserve que leur autonomie soit suffisante.

Mais ce qui manque souvent est «l'entre-deux»: des lieux d'habitation qui permettent de ne pas se sentir exposé à la collectivité lorsque celle-ci est mal vécue, ou bien de soutenir un projet d'indépendance à terme, tout en apportant des soutiens renforcés lorsque le niveau d'autonomie le nécessite. Ces lieux existent et peuvent même être variés (studios rattachés à un foyer d'hébergement, en interne ou en diffus, appartements partagés en format semi-collectif ...), mais leur nombre est très faible au regard des demandes (en particulier pour les studios reliés à un foyer d'hébergement).

L'accompagnement

- Ces dernières années, les mesures d'accompagnement sont bien souvent très limitées au regard des besoins. De surcroît, nous constatons sur le territoire un amoindrissement de certains suivis ou un allongement des délais de mise en œuvre. Cela est d'autant plus

dommageable que dans les établissements de droit commun (crèches, écoles), l'évaluation par les professionnels de la petite enfance peut être biaisée par le constat des difficultés des parents, notamment sur le plan relationnel.

- Prévenir et accompagner toutes les addictions

- La coordination du parcours de santé, par un professionnel intervenant auprès de la personne concernée, va permettre un accompagnement :
 - des personnes suivies pour troubles psychiques en ambulatoire, à qui il apporte une réponse flexible, continue, et adaptée à l'évolution des besoins
 - des personnes non connues et adressées par des interlocuteurs externes - voir comment l'interpeller