

## **ANNEXES**

- **Avis de la Commission spécialisée Prévention**
- **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 du système de santé**
- **Contribution de la Commission Spécialisée Organisation des soins**
- **Contribution du Groupe Inégalités de santé**
- **Contribution du Groupe Régional Santé Mentale**

# Avis de la Commission spécialisée Prévention de la CRSA

## Cadre d'Orientation Stratégique

### Première partie

La CSP considère que c'est à l'**offre de services de santé** (donc médico-sociaux y compris) que le constat d'une « **offre de santé** » présentant de nombreux atouts mais aussi des zones de fragilité importantes » s'applique. Les autres inégalités qui caractérisent la région ont été bien décrites au préalable en termes de déterminants sociaux de la santé (éducation, habitat, transports, mais on pourrait **ajouter accès à l'emploi et conditions d'emploi, expositions environnementales dangereuses, ...**).

La CSP est préoccupée par le constat d'une « offre en prévention diversifiée [mais] liée à l'historique de certaines pathologies [et] insuffisante par rapport aux enjeux d'inégalités ». Les constats, en termes de prévention individuelle comme collective, gagneraient à **distinguer les questions soulevées par les inégalités territoriales et sociales de l'offre** (de soins et de prévention). Et à clarifier ce qui est entendu sous le vocable « inégalités de couverture en **promotion de la santé** » (p8), sauf à souligner que le succès de la prévention médicalisée (vaccinations, dépistages, ...) passe effectivement par la mobilisation de l'ensemble des registres d'action de la promotion de la santé. Sans réduire cette dernière à la seule mobilisation des moyens des services de santé : l'enjeu de santé dans toutes les politiques est majeur dans cette région.

### Deuxième partie

La CSP souscrit au 1er principe (« **réduction des inégalités sociales et territoriales en matière d'accès à la prévention, aux soins ou à un accompagnement** ») et à sa déclinaison sous forme d'universalisme proportionné. Si la prévention est entendue au sens de médicalisée, alors c'est bien du **continuum prévention et soins** dont il s'agit (de l'accompagnement au dépistage à la gestion de ses suites quand il est positif), ce qui suppose d'**adjoindre le principe d'universalisme ciblé** : il faut à la fois faire plus et parfois différemment pour certains (par exemple en termes de médiation ou d'interprétariat).

Le 2ème principe (« **positionner la prévention et la promotion de la santé ... en mobilisant l'ensemble des politiques publiques** ») **satisfait naturellement la CSP** mais elle pense qu'il est indispensable de clarifier ce qui relève de la prévention des maladies et de promotion de la santé, en précisant les registres d'action et de responsabilité. Distinguer ce qui relève de **prévention médicalisée** s'adresse clairement à l'ensemble des secteurs du système de soin. Il peut être aussi utile de préciser ce qu'on considère relever de la « **protection des populations** » (sécurité alimentaire, salubrité de l'habitat, points noirs environnementaux) de la **promotion de la santé** au sens de « prendre soin de soi et des autres » (p14). Dans cette logique, il conviendrait de nommer explicitement la nécessité de considérer les **milieux de vie et de travail** (à l'école ou dans l'entreprise). Sachant que les frontières ne sont pas étanches (les établissements de santé par exemple ont des difficultés majeures pour promouvoir le bien-être au travail et ils ont une responsabilité environnementale).

La CSP adhère au 3ème principe relatif à l'**approche territoriale**. Il s'applique autant à la prévention médicalisée qu'à la promotion de la santé. Elle souligne l'enjeu d'amélioration de la **littératie en santé collective** et celui de la **participation** effective des patients et des habitants à l'amélioration du fonctionnement des services et à celle de leurs conditions de vie.

## Troisième partie

La CSP partage les deux orientations proposées dans l'axe de transformation n°1 (« promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires ») pour soutenir la « dynamique de l'évolution de notre système de santé ».

- En matière de « renforcement des actions de prévention [des maladies, traumatismes et incapacités], de promotion de la santé et l'éducation à la santé », elle suggère, en cohérence avec l'axe 4, de renommer l'éducation « à » en éducation « pour » s'il s'agit bien (p14) de « donner des outils, [à chacun d'entre nous] notamment aux plus vulnérables, pour prendre soin de soi et des autres ». Elle rappelle que l'éducation pour la santé est un des **5 domaines d'intervention en promotion de la santé proposés par la Charte d'Ottawa** ; à ne nommer que celui-ci, on laisse planer le doute sur une approche excessivement individuelle quand il s'agit autant de soutenir les dynamiques communautaires, l'action sur les milieux tout comme la réorientation des services de santé et de prendre en compte l'impact de l'ensemble des politiques sur la santé.
- Il est également souhaitable « d'œuvrer pour que la cible des parcours de santé soit territoriale autour du lieu de vie, intégrant la prévention ... » (...) « mettant en commun (...) des outils numériques ». Ceci nécessite en complément des **moyens humains**, qui font défaut en matière de prévention collective notamment, mais aussi des méthodes et des outils, ce qui pointe un lourd chantier de **formation et d'accompagnement de l'ensemble des professionnels concernés**, du sanitaire, de l'éducatif et du social pour augmenter leur pouvoir d'agir pour promouvoir la santé (rappeler par exemple le rôle des auxiliaires de vie ou des intervenants du domicile dans la prévention des chutes ou de la iatrogénie chez les personnes âgées, celui des TISF dans l'accompagnement à la parentalité, etc).

**La CSP partage également l'objectif de l'axe 2, « une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente ». Elle souhaite voir ajouté celui d'équité**, tant sont difficiles les arbitrages entre recherche d'efficience et d'équité (qui suppose de faire plus pour ceux qui ont des besoins importants, que ce soit du fait de vulnérabilité individuelle (grand âge, situation de handicap sensoriel, physique ou psychique, distance culturelle par rapport au système de santé ...) ou en lien avec des inégalités sociales ou territoriales). La CSP suggère fortement (au registre « ce que nous allons faire ») **d'évaluer l'impact sur la santé et les inégalités de santé d'une recherche d'efficience oubliée de l'objectif de réduction / non aggravation des inégalités de santé, notamment en matière d'accès à la prévention**. Elle souligne l'importance de préserver (restaurer dans certains territoires) une offre de prévention collective (PMI, santé scolaire) dans « l'offre de service accessible pour les enfants de 0 à 6 ans » (et au-delà). L'importance du **partenariat avec l'éducation nationale** mériterait d'être soulignée.

**La CSP est attentive à l'objet de l'axe n°3 (« un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche »)**. Elle appuie l'importance des innovations organisationnelles dans le système de soin, notamment en première ligne et partage le constat que la recherche n'est pas que clinique (médicaments mais aussi dispositifs) ou technologique (de la domotique à la connectique), mais également organisationnelle et en sciences humaines et sociales (par exemple, dans le domaine numérique : quelle est l'intelligibilité des outils connectés, quelles sont les inégalités prévisibles dans leurs usages, ...). Un accès précoce peut aussi s'entendre en termes de **facilitation de l'accès à la prévention** et l'étude de toutes méthodes ou outils y contribuant, notamment dans l'enfance. La créativité des professionnels « de terrain » suggère de promouvoir des stratégies de **capitalisation** de leur expérience. L'innovation se fabrique aussi avec ses bénéficiaires potentiels (apport des « living lab »).

**La CSP ne peut qu'être particulièrement attentive à l'axe 4 (« permettre d'agir sur sa santé et de contribuer à la politique de santé »)**. Elle partage l'analyse des enjeux et appuie l'ambition des résultats attendus, tant en termes de défense des droits des usagers des services que d'augmentation du pouvoir d'agir des patients et des citoyens. Elle s'interroge toutefois sur leur réalisme si ne sont pas mentionnés dans les moyens (« ce que nous allons faire ») 1) un **programme de mise à niveau des ressources humaines indispensables**, quantitativement et qualitativement (plan ambitieux de

formation et accompagnement en promotion de la santé) ; 2) le développement d'un **partenariat étroit avec les collectivités territoriales** (départements et villes / agglomérations, financeurs et acteurs d'une part, animateurs / facilitateurs de la participation citoyenne d'autre part).

**La CSP soutient tout aussi vigoureusement l'axe de transformation n°5 (« inscrire la santé dans toutes les politiques »).** Elle demande que soit explicitement nommé le **Plan régional de santé au travail** (comme l'est le PRSE3) et qu'apparaissent explicitement **l'éducation nationale** et le parcours éducatif en santé. La place des **collectivités territoriales** (services administratifs et élus) mériterait également d'être nommée (ce n'est pas qu'un enjeu d'animation par les DD (p27).

## Quatrième partie

Du point de vue de son objet (prévention de la maladie et promotion de la santé), la CSP souscrit aux conditions de réussite mises en exergue. En matière de transformation territoriale, la CSP souligne l'importance de **l'accompagnement méthodologique des initiatives de terrain** (CLS, CLSM, ...) si l'on veut qu'ils développent des actions de prévention de la maladie / promotion de la santé et contribuent efficacement à la réduction des inégalités de santé ; cet accompagnement ne donnera son plein effet qu'**en complément d'un plan de formation et de courtage des connaissances** en promotion de la santé (donc réduction des ISS). La question des ressources humaines est centrale, de la capacité à se doter des moyens d'une prévention collective effective à la formation et l'accompagnement de l'ensemble (par étapes...) des professionnels contribuant, qu'ils en soient conscients ou pas, à la promotion de la santé : du sanitaire, du médico-social et du social<sup>1</sup> notamment ; mais la mise en œuvre du parcours éducatif de santé soulève également un enjeu de formation majeur de la communauté éducative.

Si la finalité partagée est la promotion de la santé, rappelons pour finir que son objet est la réduction des inégalités de santé. Il convient alors probablement d'ajouter parmi les conditions de la réussite un programme transversal visant à vérifier la mise en œuvre effective des stratégies recommandées pour ce faire<sup>2</sup>. Le Health Evidence Network de l'OMS Europe<sup>3</sup> a mis l'accent récemment sur **4 domaines**

---

<sup>1</sup> Voir le dossier du numéro 435 de La Santé en action (mars 2016) : Intervenants du social : quel rôle pour promouvoir la santé des populations ?

<sup>2</sup> Notamment par la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS ; voir l'avis émis par la CSP en novembre 2016. « Quatre niveaux d'intervention ont été individualisés par la Commission des Déterminants de la Santé (CDSS) de l'OMS (Solar et Irwin, 2011) et il faut considérer ensemble les 4 cibles suivantes :

- sources de stratification sociale afin de viser à atténuer ses effets sur l'état de santé des individus (revenus, travail et éducation sont les 3 déterminants structurels mis en exergue par la CDSS, difficilement accessibles à des politiques locales, mais elle insiste également sur l'importance de la cohésion sociale et du support social, et ceci se crée / entretient au plus près des gens ; le soutien aux activités culturelles et sportives entrerait probablement dans ce cadre) ;
- expositions différentielles aux facteurs de risque (matériels, psychosociaux ou comportementaux) selon la position sociale des individus (la ségrégation territoriale dépasse le seul cas des quartiers dits « prioritaires » et certains secteurs d'activité exposent encore à des relations d'emploi et des conditions de travail dignes du 19ème siècle); l'attention portée aux « points noirs » environnementaux va dans ce sens.
- vulnérabilités différentielles. Le même niveau d'exposition aux facteurs de risque peut avoir des effets différents selon l'appartenance sociale des individus et leur histoire de vie, mais aussi leur âge (fragilité des tout petits et des très vieux) et leur sexe (vulnérabilité biologique doublée d'inégalités liées au genre qui défavorisent généralement les femmes), ou encore leur niveau d'incapacité ; un faible niveau d'instruction, l'illettrisme encore plus, exposent à un faible niveau de « littératie en santé » avec des conséquences en termes de santé et d'accès aux soins / services. Il nous semble que le système de santé devrait s'engager dans une démarche de transformation en « health literate organizations » (voire « migrant friendly hospitals and health services » comme le suggère la communauté Européenne...) et délivrer des « culturally and linguistically appropriate care ».
- conséquences inégales de la maladie en termes sociaux, économiques et sanitaires (il suffit pour s'en convaincre de suivre le parcours du combattant de certains travailleurs pour faire reconnaître l'origine professionnelle de leur maladie (cancer notamment, comme le montrent les travaux du GISCOP) et obtenir l'indemnisation qui leur est due ou celui des personnes malades / en situation de handicap pour s'intégrer dans le marché du travail). Ils peuvent alimenter trois stratégies complémentaires selon l'OMS (Solar et Irwin, 2011) :
- améliorer la santé des plus pauvres afin de réduire les désavantages en matière de santé qu'ils subissent au moyen de programmes ciblés (c'est l'abord malheureusement dominant dans notre pays, qui confond inégalités de santé avec lutte contre les effets de la pauvreté et se croit quitte avec des PASS dans les

**d'intervention privilégiés pour réduire les inégalités** portant sur les déterminants sociaux de la santé et les inéquités en santé : le développement précoce de l'enfant est le premier nommé ; suivent accès à l'emploi et conditions de travail « décentes » ; protection sociale ; accès au logement et protection de l'environnement physique.

## Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

La CSP salue la vaste mobilisation partenariale à l'origine du programme et la volonté de la consolider dans le cadre de sa gouvernance et de son suivi.

Elle souligne la gravité des constats justifiant les axes d'intervention retenus. La « précarité » agit comme un révélateur des conséquences les plus lourdes des failles de notre système de santé en matière de promotion de la santé : fardeau de souffrance psychique et poids des addictions, situations de handicap ou de perte d'autonomie liées aux différentes formes d'incapacité et de dépendance.

Elle approuve fortement la structuration adoptée pour la rédaction du PRAPS2, qui s'adresse « à l'ensemble des populations les plus vulnérables quelle que soit leur situation administrative, de genre ou de vie ».

Il lui semble que les deux « principes directeurs » retenus pour guider son action, le « aller – vers » et le « faire – avec » pourraient s'appliquer plus généralement à la conception de l'ensemble du PRS2. Ceci vaut par exemple pour les dispositifs de médiation et d'accompagnement, pour lesquels la HAS a émis des recommandations depuis le vote de la loi de modernisation de notre système de santé.

Du strict point de vue de son objet, la CSP se félicite de la mention explicite de mesures pour « renforcer l'accès à la prévention et la promotion de la santé » (4.2.4, p20). Elle se félicite également de l'attention à la situation des enfants et à leur santé psychique (un des 4 domaines clés d'intervention rappelés par le Health Evidence Network de l'OMS Europe pour réduire les ISS), même si elle est sensible aux autres mesures notamment, notamment eu égard à la nécessité de « mieux prendre en charge les personnes sans chez-soi en perte d'autonomie » (p44).

Elle attire l'attention sur un point : la nécessité de poursuivre la réflexion en matière de « suivi – évaluation (indicateurs) » : « état de ... » n'est pas un indicateur de résultat attendu.

---

hôpitaux et un PRAPS obligatoire en région, même si ces dispositifs sont naturellement indispensables et nécessiteraient d'être recalibrés à la hausse) ;

- Réduire les écarts de santé entre les plus pauvres et les autres groupes mieux lotis (avec bien souvent l'hypothèse aussi implicite que fallacieuse qu'il n'y a pas de différences d'état de santé parmi les groupes plus favorisés, jouissant uniformément d'une bonne santé, à rebours des connaissances accumulées sur l'existence d'un gradient d'état de santé qui traverse toute la population). Un exemple peut être la Politique de la Ville et son volet cohésion sociale ;
- Remonter les niveaux de santé de l'ensemble des groupes sociaux au plus près de ceux situés en haut de l'échelle sociale (niveler le gradient social des inégalités de santé dans l'ensemble de la population par une stratégie d' « universalisme proportionné »).

<sup>3</sup> Saunders M, Barr B, McHale P, Hamelmann C. Key policies for addressing the social determinants of health and health inequities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2017 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 52). Résumé : « Evidence indicates that actions within four main themes (early child development, fair employment and decent work, social protection, and the living environment) are likely to have the greatest impact on the social determinants of health and health inequities. A systematic search and analysis of recommendations and policy guidelines from intergovernmental organizations and international bodies identified practical policy options for action on social determinants within these four themes. Policy options focused on early childhood education and care; child poverty; investment strategies for an inclusive economy; active labour market programmes; working conditions; social cash transfers; affordable housing; and planning and regulatory mechanisms to improve air quality and mitigate climate change. Applying combinations of these policy options alongside effective governance for health equity should enable WHO European Region Member States to reduce health inequities and synergize efforts to achieve the United Nations Sustainable Development Goals. »

# Schéma Régional de Santé

## Introduction

La CSP prend acte de la structuration globale du schéma. Il lui semble toutefois que, telle qu'elle est formulée (p6), **ni sa mise en œuvre ni son évaluation ne « prennent en compte » les deux objectifs transversaux que sont prévention et promotion de la santé d'une part, réduction des inégalités de santé d'autre part.** Dans ces conditions, il est d'autant plus regrettable que ces termes ne figurent pas parmi les « notions-clés » p7-9 ; le « pouvoir d'agir » ne peut résumer à lui seul les 5 domaines d'intervention de la promotion de la santé.

## Première partie

### Axe 1 de transformation (parcours)

La CSP pense que **chaque projet territorial**, quel qu'en soit le niveau, **devrait individualiser explicitement un volet prévention – promotion de la santé.** Ceci dépasse le « repérage précoce dans les parcours de santé individuels » et justifierait une ambition plus grande en matière de **pratiques cliniques préventives.** Les potentialités du numérique doivent être mises à profit, tout en respectant des conditions posées récemment par la Conférence nationale de santé ou l'Ordre des médecins. Le champ des « dispositifs d'appui aux parcours complexes » doit inclure explicitement les objectifs de prévention (santé sexuelle et accès à l'IVG, polyconsommations, promotion de la santé mentale, prévention de la perte d'autonomie, ...). La CSP soutient l'objectif et les stratégies d'intervention envisagées pour la mise en place d'un « accompagnement thérapeutique de proximité » ; elle considère que le développement de l'éducation thérapeutique en proximité doit être complémentaire de celui qui reste à développer à l'hôpital pour une approche holistique des besoins des personnes soignées. « Expérimenter des modes de financement » doit aussi servir à développer la prévention (diététiciennes, psychologues et professionnels de rééducation en ville notamment) et la promotion de la santé (médiation culturelle et sociale, ...).

### Axe 2 de transformation (réponse aux besoins)

Concernant les « résultats prévus par le COS à 10 ans », la CSP souligne la nécessité de rééquilibrage de l'offre de services eu égard à l'existence de « zones blanches » en matière de prévention collective et des « quelques failles » constatées (personnes handicapées, enfants de 0 à 6 ans, vaccination). Elle souligne également l'enjeu de réduction de la iatrogénie, pas seulement chez les personnes âgées polymédicamentées (sur et sous prescription de psychotropes notamment) et la contribution de l'amélioration de la pertinence des soins à la prévention d'événements indésirables graves. Enfin, si les services d'urgence doivent être « recentrés sur leur cœur de métier », encore faut-il définir celui-ci : ils restent un filet de sécurité pour une part importante de la population qui a des difficultés d'accès aux soins et pourraient contribuer au rattrapage d'opportunités de soins préventifs perdues du fait de ces difficultés.

La CSP fait siens les objectifs de cet axe avec les commentaires qui suivent.

Il est nécessaire d'**améliorer la connaissance des besoins et la qualité des réponses** », **aussi en matière de prévention et de promotion de la santé.** L'avis du HCSP de 2013 recommandant l'enregistrement de la position sociale dans les systèmes d'information de routine doit être pris en compte tout comme les efforts faits pour individualiser la mesure de la satisfaction des besoins de groupes vulnérables (le suivi de l'orientation des personnes handicapées en est un exemple ; il pourrait se compléter d'un suivi de l'inclusion des établissements médico-sociaux dans les dispositifs territoriaux de prévention et promotion de la santé).

Dans un objectif conjoint de recherche d'efficacité et d'équité, il est licite de « prioriser les moyens en fonction des besoins ». L'accès aux soins de proximité conditionne pour partie l'accès à la prévention

(médicalisée, y compris pour une part de l'éducation pour la santé / éducation thérapeutique). Tout doit être fait pour **soutenir les grands dispositifs de prévention individuelle organisée destinés aux enfants** (PMI et santé scolaire) au sein d'une organisation de l'ensemble des acteurs, libéraux et hospitaliers, concourant à la prévention sur les territoires les plus en difficulté.

La CSP partage également l'objectif qui vise à « anticiper et optimiser les prises en charge non programmées ». Elle recommande la prudence quant à une approche excessivement individuelle de « responsabilisation des usagers » : **la notion de programmation suppose un minimum de littéracie en santé, mais aussi le support social** qui à la fois rassure et donne la possibilité de gérer le temps de manière « pertinente ». L'éducation pour la santé ne palliera jamais les inégalités sociales et territoriales qui expliquent une part importante des recours jugés « inappropriés » du point de vue des services de santé.

Il est important de chercher à « améliorer la qualité des prises en charge en renforçant leur pertinence et leur sécurité ». Eu égard aux forts écarts du niveau de littéracie en santé dans la population et au potentiel de l'éducation thérapeutique des patients<sup>4</sup>, on peut s'interroger sur la pertinence de placer les seuls professionnels « au cœur de la démarche », en contradiction avec les finalités de l'axe 4. L'expérience étrangère, qui émerge aussi dans notre pays (en psychiatrie mais pas seulement), témoigne des potentialités du **partenariat avec les personnes soignées**. Il est probable que l'IRAPS et le pôle ETP gagneraient à collaborer dans cette perspective.

S'il est important de « faire évoluer les plateaux médico-techniques dans une logique territoriale de gradation des prises en charge », le champ de la prévention et de la promotion de la santé ne doit pas être oublié : il est notamment nécessaire de mettre en place des « **UTET** » (unités transversales d'éducation thérapeutique) **de territoire**. Dans un souci de réduction des ISTS, la CSP souligne l'importance de « soutenir l'organisation graduée de la prise en charge des troubles spécifiques des apprentissages ».

Dans le double objectif de prévention du fardeau de la maladie et de réduction des inégalités de santé, la CSP souligne combien il importe de « mettre en œuvre un panier de services pour les jeunes enfants ». Il lui semble essentiel de soutenir aussi bien la PMI que la santé scolaire. Les « organisations innovantes » ne peuvent que pallier d'une part la faiblesse de leurs moyens dans certains territoires et d'autre part la coordination insuffisante de l'ensemble des **acteurs, libéraux et hospitaliers, d'autant plus importante dans ces territoires pour que la « fonction PMI » et la « fonction santé scolaire »** y soient assurées. Par ailleurs, soutenir la « médecine de l'éducation nationale » doit aller de pair avec la mise en place du parcours éducatif de santé pour développer la promotion de la santé à l'école et avec ses partenaires (parents, monde associatif, villes).

### **Axe 3 de transformation (innovation et recherche)**

La CSP suggère de mieux distinguer innovation et recherche. En matière d'innovation, elle suggère de tirer parti des initiatives de terrain en développant leur **capitalisation**. En matière de recherche en santé publique, elle suggère de mieux différencier recherches translationnelle et clinique d'une part (principal objet des AAP du ministère de la santé, PHRC en tête) et **nouveaux enjeux de la recherche en santé publique identifiés par l'ITMO** (institut thématique multi-organismes) de AVIESAN : recherche en prévention, recherche sur les services de santé et recherche sur santé<sup>5</sup> et environnement notamment<sup>6</sup>. La mise en place d'une « instance régionale intégrant les principaux

<sup>4</sup> Voir l'analyse économique et organisationnelle de l'ETP réalisée par la HAS en 2007.

<sup>5</sup> Objet du PREPS et du PHRIIP dans les AAP du ministère, mais voir les AAP de la CNSA ou autres.

<sup>6</sup> Le « résumé de la contribution de l'ITMO Santé Publique d'Aviesan à la Stratégie Nationale de Recherche » en mai 2013 affirme que « Dans la lignée du rapport de 2009 de l'Organisation Mondiale de la Santé sur les « Déterminants sociaux de la santé », trois priorités transversales doivent orienter la recherche en santé publique à l'horizon 2020-2030.

1- Mieux identifier et comprendre les chaînes causales complexes qui conduisent à ce que des inégalités socio-économiques, de genre, environnementales ou culturelles se traduisent en mécanismes pathologiques et physiopathologiques et en inégalités face à la morbidité et la mortalité (notamment, rôle des facteurs sociaux dans l'incidence et hypothèse développementale de la santé et des maladies - DOHAD).

2- Mieux comprendre en quoi un choc de santé, ou/et l'installation d'une pathologie chronique, peuvent contribuer à aggraver les inégalités sociales et économiques préexistantes.

partenaires de l'écosystème en santé » semble bienvenue, d'autant plus qu'elle fédèrera au-delà de la recherche biomédicale, vers les SHS, les sciences de gestion ou encore les sciences de l'éducation. La CSP souligne l'importance de soutenir le développement de la **recherche** en soins primaires et singulièrement **en médecine générale**. Le soutien à la **recherche infirmière et paramédicale** devra l'accompagner. Cet axe gagnerait à intégrer plus clairement parmi les enjeux de production de connaissances ceux que soulèvent les objectifs de l'axe de transformation n°4.

#### **Axe 4 de transformation (acteur de sa santé et des politiques de santé)**

La CSP ne peut encore une fois que se satisfaire de la présence et du contenu de cet axe. Elle s'inquiète toutefois de la stagnation des moyens qui lui sont dédiés alors que les besoins augmentent. Elle rappelle l'importance de développer le soutien méthodologique sur l'ensemble des domaines d'intervention en promotion de la santé dans une logique de santé communautaire : éducation pour la santé, dynamiques communautaires et cohésion sociale, environnements favorables, politiques locales. Un lien avec la recherche est particulièrement important en la matière, recherche interventionnelle notamment pour identifier ce qui marche, pour qui, dans quel contexte et à quelles conditions.

#### **Axe 5 de transformation (santé dans toutes les politiques)**

Pour la CSP, cet axe est essentiel et caractérise en soi un des domaines d'intervention en promotion de la santé. Elle recommande donc que l'objectif d'inscrire la prévention de la maladie et la promotion de la santé dans tous les contrats que les collectivités territoriales doivent établir avec l'état (au-delà du seul périmètre de la Politique de la Ville). Elle regrette que le partenariat avec l'Education Nationale ne fasse pas l'objet d'un objectif en propre (le parcours éducatif en santé n'apparaît que p119 avec la 2<sup>ème</sup> priorité thématique).

### **Deuxième partie : programmes de mise en œuvre**

Les remarques faites à propos du COS s'appliquent au SRS et ne seront pas détaillées.

#### **Transformation territoriale des organisations**

Il s'agit d'un enjeu essentiel pour la mise en œuvre effective en proximité d'une politique de prévention de la maladie et de promotion de la santé efficace et équitable. Qui nécessite parallèlement le maintien des « nombreuses structures mises en place et financées pour fournir aux professionnels un

---

3- Mieux comprendre et évaluer le fonctionnement des services de santé, ce qui implique de systématiser le rapprochement entre sciences de la vie, sciences de la santé et sciences humaines, économiques et sociales. Ces priorités transversales doivent se décliner au travers de neuf champs empiriques, trois qui sont propres à la santé publique, et six autres qui impliquent l'intégration forte des disciplines de santé publique dans des priorités communes à l'ensemble de la recherche biomédicale.

- 1- **Recherches sur la prévention** (en y incluant une forte dimension de **recherche interventionnelle**).
- 2- Recherches sur l'efficacité et l'équité des services de santé (**Health Services Research** dans les pays anglo-saxons).
- 3- Evaluation des politiques publiques en termes d'impact sur la santé des populations et les inégalités de santé.
- 4- Aspects épidémiologiques, économiques et sociaux des handicaps et du vieillissement.
- 5- Prise en compte de la multi-morbidité et des poly-pathologies aux différents âges de la vie.
- 6- Préparation de la réponse aux maladies infectieuses émergentes, notamment à risque épidémique voire pandémique.
- 7- Enjeux épidémiologiques, économiques et sociaux de la santé mentale.
- 8- Recherches sur les **relations entre l'environnement et la santé**.
- 9- Recherches en santé publique sur l'émergence et la diffusion des innovations biomédicales dans la perspective de la "médecine dite personnalisée".



appui à leur projet » quitte à réorienter leur fonctionnement vers ce soutien aux acteurs quand c'est nécessaire.

## **Ressources humaines en santé**

C'est un des facteurs limitant le développement sur l'ensemble du territoire régional d'une politique de prévention de la maladie et de promotion de la santé. Quantitativement (produire, répartir équitablement et maintenir) et qualitativement (apprentissage tout au long de la vie professionnelle : formation, accompagnement, partage d'expérience). Le pouvoir d'agir organisationnel nommé dans le COS suppose un effort majeur de formation et d'accompagnement pour donner aux professionnels et aux organisations le pouvoir d'agir pour augmenter celui des individus et des communautés, en tenant compte de leur littératie en santé ainsi que de leurs conditions de vie et de travail.

## **Allocation de ressources (budgétaires)**

La prévention de la maladie et la promotion de la santé ne peuvent se suffire des crédits du FIR, même après la mise au point d'une « nouvelle méthodologie d'arbitrage des projets financés par l'enveloppe ». Il est essentiel que les professionnels et les établissements intègrent la prévention de la maladie et la promotion de la santé dans leurs activités financées sur le risque maladie. Une politique d'incitation concertée avec l'assurance maladie est le complément indispensable.

## **Production et traitement de données**

**(Où est le principe 2 ?)** La CSP souligne l'ambition du projet « E-parcours » ainsi que de la prise en compte des enjeux de sécurité et de confidentialité. Elle souhaite que les SI cliniques intègrent des fonctionnalités de gestion d'agenda des pratiques cliniques préventives et permettent de tirer parti de la gestion de dossiers individuels pour définir et évaluer l'atteinte d'objectifs populationnels (par une CPTA par exemple).

## **Information et communication en santé**

Ce projet est pensé avant tout pour structurer les moyens de l'agence à des fins propres mais également à des fins d'influence. Sans négliger le potentiel du marketing social, la CSP souligne que l'adhésion aux comportements de prévention de la maladie passe aussi par le pouvoir d'agir des individus et des communautés dans des contextes de vie et de travail très contrastés.

## **Troisième partie : priorités thématiques en santé**

La CSP ne souhaite pas entrer dans le détail des priorités (elle souligne l'innovation remarquable à ce niveau territorial qui a consisté à organiser une consultation des habitants de quartiers populaires). Elle souligne l'importance des deux premières priorités dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé (si l'on met en œuvre les stratégies recommandées pour ce faire, par l'OMS, et à sa suite par le HCSP ou l'IGAS par exemple ; cf supra). Elle se félicite des « nombreuses interfaces entre promotion de la santé, et prévention/ offre de soins/ accompagnement » soulignées en matière de santé mentale et de l'accent mis sur la prise en compte des « déterminants socio-économiques et environnementaux » de la santé (avec notamment la volonté de « soutenir la Cité promotrice de santé »).

## **Quatrième partie : activités de soins autorisées**

La CSP ne peut entrer dans le détail de ces activités. Elle insiste sur l'importance de soutenir tout autant des activités qui ne nécessitent pas d'autorisation, comme les soins primaires (importance du soutien aux formes d'exercice regroupé pluriprofessionnel, facilitateur du développement d'activités préventives et éducatives), y compris l'accès à la santé orale. L'activité de périnatalité fait face à des difficultés particulières alors que la région a des taux de mortalité maternelle et infantile / néonatale

supérieurs à la moyenne nationale. « Trouver un meilleur équilibre entre sécurité et attentes des femmes » suppose probablement d'en faire un objet de débat public en collaboration avec le monde associatif (Ciane).

### **Cinquième partie : autres focus techniques**

Cette partie est essentielle pour la CSP.

La CSP ne peut que se satisfaire de la formulation liée aux « conduites addictives : prévenir, réduire les risques et les dommages, soigner ». Comme pour l'infection à VIH, elle souligne l'importance de l'accompagnement social et communautaire, attentif à la réduction des inégalités. L'individualisation des besoins de santé des femmes dans une approche globale mérite d'être soulignée ; c'est un enjeu pour elles, généralement victimes des inégalités de genre, mais aussi pour le reste de la société et le sujet méritera d'être approfondi dans les années qui viennent (en lien avec le réseau universitaire de recherche sur le genre ?).



# **Avis de la Commission spécialisée pour les prises en charge et accompagnements médico-sociaux de la CRSA Ile-de-France**

Le PRS se décline en 3 documents :

- ✓ Le COS
- ✓ Le SRS
- ✓ Le PRAPS

## **Introduction**

L'avis portera principalement sur le SRS.

Concernant le COS, l'approbation par la Commission des principes retenus par l'ARS sera toutefois modérée par les trois principales réflexions d'ordre général sur lesquels la CRSA a insisté à plusieurs reprises :

- Le COS s'appuie **trop peu sur la prospective des données démographiques** compte tenu de deux facteurs impactant : la construction du grand Paris et l'ambition de la Région Ile de France d'entrer dans la compétition européenne des grandes métropoles. L'indice de jeunesse, le niveau de formation, et la structuration des composantes familiales de la population francilienne à 10 ans s'en verront sensiblement modifiés. **Une prospective** aurait sans doute permis de **conduire une politique plus respectueuse de l'évolution des besoins** à venir.
- Le COS s'appuie **trop peu sur les évolutions technologiques** majeures que va rencontrer la Région capitale au regard des technologies de l'information, de la mobilité et de la data.
- Le COS envisage **la réduction des inégalités sous l'angle économique**, là où la commission médico-sociale **pressent un accroissement des inégalités dans le champ de l'autonomie des personnes fragilisées** par l'âge, la maladie invalidante ou le handicap.

Cette précaution prise, la commission émettra un avis qui rend compte des principales préoccupations de ses membres, toujours à l'aune de la fragilisation des personnes quelle que soit la cause : l'âge, la maladie invalidante ou le handicap.

Le Schéma régional de santé retient 5 axes :

1. Promouvoir et améliorer l'organisation en parcours des prises en charge en santé sur les territoires
2. Une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente et efficiente
3. Permettre un accès égal et précoce à l'innovation en santé et aux produits de la recherche
4. Permettre à chaque francilien d'être acteur de sa santé et des politiques de santé
5. Inscrire la santé dans toutes les politiques

Et 8 priorités de santé :

1. Périnatalité et santé du jeune enfant
2. Santé des adolescents et des jeunes adultes
3. Santé et autonomie des personnes handicapées
4. Santé et autonomie des personnes âgées
5. Santé mentale
6. Maladies neurodégénératives et neurologiques
7. Cancer

## 8. Maladies chroniques cardiométaboliques

**Ces 5 axes** ainsi que **les 8 priorités** sont **approuvés par la commission spécialisée**, leur croisement rencontrant toujours la question de la vulnérabilité qu'elle soit liée à l'âge, à la maladie invalidante ou au handicap. Ainsi, la commission portera **un avis réservé** sur les préconisations recensées dans **les programmes de transformation et l'évaluation**.

1. Transformation territoriale des organisations
2. Ressources humaines en santé
3. Allocation de ressources
4. Production et traitement de données
5. Information et communication en santé

Toutefois dès à présent, elle souligne **une anomalie dans la construction globale du document PRS 2 sur le volet Médico-social**. Elle rappelle que **le bilan du PRS 1 a acté et publié 3 alertes destinées à être prises en compte dans le PRS 2** :

1. La nécessaire prise en compte de l'impact du virage ambulatoire du secteur sanitaire sur l'offre de ville et médico- sociale,
2. L'innovation technologique et organisationnelle- en lien avec l'information partagée -comme élément incontournable de la concrétisation du parcours de santé
3. la nécessaire mise en cohérence territoriale des politiques publiques et de leur contractualisation.

### AVIS

**La mention dans le PRS 2 de l'offre médico-sociale** destinée aux personnes handicapées et personnes âgées dans les pages 314 à 319 d'un rapport comprenant 319 pages et de surcroît **dans un chapitre intitulé « autres focus techniques »** interroge sur

- **la place** que doit prendre le secteur **médico-social** dans le **virage ambulatoire** ;
- **l'impact** de l'information partagée et **des systèmes d'information** dans le **positionnement majeur du secteur médico-social** au sein du **parcours-patient**
- **l'inscription territoriale incontournable du secteur médico-social** comme **partenaire de l'accompagnement de la vulnérabilité (temporaire ou définitive)** dans une perspective recherchée de « ré-empowerment »

**Afin de corriger cette anomalie**, elle demande **que soit introduite dans tous les axes et programmes**

**La place incontournable du secteur médico-social** dans le parcours du patient faisant le lien Ville- Hôpital

**Concernant les programme de transformation, la commission demande à :**

**1° Premier programme de transformation territoriale des organisations,**

- **Réintroduire** le secteur **médico-social** comme **partenaire incontournable** du lien entre la ville et l'hôpital en parallèle du programme *Production et traitement de données*.
- **Reconnaître un parcours** « numérique » sous réserve qu'il soit humainement **accompagné** par des professionnels compétents afin de réduire les inégalités territoriales ;
- **Inclure** dans les dispositifs de coordination locaux ARS/Département une **contractualisation avec le secteur médico-social**, en qualité de partenaire incontournable du parcours au sein du territoire.

## 2° Deuxième programme de ressources humaines en santé,

- **Introduire** une priorité sur **l'attractivité des métiers de l'accompagnement en IDF** (**proposition** : bénéficier des dispositifs de coefficient correcteur de vie chère). Ce secteur en tension en région Ile de France est dû à la faiblesse des qualifications et du pouvoir d'achat et nécessite de corriger les facteurs de la précarisation des professionnels de l'accompagnement.
- **Renforcer la formation initiale et continue des professionnels du secteur médico-social**. La mise à niveau des personnels des ESMS à la collecte et l'utilisation des données est une priorité qui doit accompagner l'axe de mise en œuvre du parcours -patient.

## 3° Troisième programme d'allocation de ressources,

- **Introduire** dans tous les CPOM des ESMS **un moyen financier pour assurer la formation** des établissements et services sanitaires - avec lesquels ils collaborent - à l'accueil spécifique des personnes handicapées et/ou de se proposer comme terrain de recherche dans les secteurs de l'innovation organisationnelle et technologique
- **Prévoir** une enveloppe spécifique au secteur médico-social pour faire appel à l'assistance méthodologique à la conduite du changement. **Proposition** : Introduire un Indicateur dans les CPOM sanitaire sur le taux de formation des professionnels des urgences et de MCO à l'accueil des personnes handicapées

## 4° Quatrième programme de production et traitement de données,

- **Réintroduire** explicitement **le secteur médico-social** dans les bénéficiaires des dispositifs de **système d'information partagée** (support de la donnée CIM, CIF CIH, GIR, Trajectoire, etc.)
- **Faire contribuer** le secteur médico-social à **l'évaluation de l'impact social de l'offre dans le parcours** de la personne.
- **Introduire** explicitement l'engagement de la mise en place du **système d'information à domicile**

Dans la quatrième partie **Activités de soins autorisées**, que soit réintroduite la **création de places** médico-sociales **réservées aux personnes en très grande vulnérabilité** : handicapées vieillissantes, polyhandicapées et avec troubles sévères ; en état végétatif chronique ; et en fin de vie (les soins palliatifs relevant d'un accompagnement tant technique qu'humain), etc.

Enfin, **Les chiffres et indicateurs** tels qu'ils sont proposés **ne peuvent- en l'état- emporter l'adhésion de la commission. La commission est attachée à la production d'indicateurs reflétant des objectifs portant sur le résultat attendu pour les personnes vulnérables à partir d'un T0 à T+5.**



## **Avis de la Commission Spécialisée dans le domaine des Droits des Usagers de la CRSA Ile-de-France**

**Cet avis de la CSDU porte principalement sur l'Axe 4 du PRS 2, elle valide les 7 objectifs de l'Axe 4 et prend en compte des propositions et amendements plus spécifiques présentés par les représentants des usagers en CTS.**

**La CSDU insiste sur la nécessité de mettre en place dans tous les objectifs, des indicateurs pertinents.**

**Le PRS2 doit aussi favoriser le passage d'une logique exclusive de représentation des usagers à celle de participation active des usagers et de leurs représentants au système de santé et ceci dans toutes ses composantes (établissements de santé, ambulatoire, autonomie...)**

### **Plus particulièrement :**

- La CSDU demande que le rôle des Services d'Aide A Domicile (SAAD) soit mieux précisé et affirmé dans la structuration des prises en charge autour du lieu de vie, même si ces services ne relèvent pas directement du rôle et des financements de l'Agence.
- La CSDU estime indispensable de renforcer le taux de professionnels soignants (infirmiers/aides-soignants) en EHPAD pour répondre de façon plus efficace à la forte augmentation du nombre de personnes accueillies souffrant de plusieurs pathologies chroniques entraînant des pertes de l'autonomie physique et psychique majeures.
- La CSDU considère comme essentiels le repérage et l'identification des causes de ruptures de la continuité des parcours de santé afin de promouvoir des réponses adaptées selon les spécificités des territoires afin de lutter efficacement contre les inégalités de santé dans notre région Ile de France.
- La CSDU demande que le PRS2 s'attache tout particulièrement à faire reconnaître les droits des usagers dans le secteur ambulatoire : en effet, le virage ambulatoire transfère au domicile, la charge de l'effectivité des soins en sortie d'hospitalisation, ainsi que de la continuité des soins et des aides, sur les patients eux-mêmes ainsi que sur leurs aidants proches. L'absence de Représentants des Usagers dans l'ambulatoire et une représentation très aléatoire dans le champ médico-social est préjudiciable à l'exercice réel d'une démocratie en santé.
- La CSDU propose que soit expérimentées des CDU de GHT intégrant des représentants des usagers de l'ensemble des établissements sanitaires du bassin de vie du GHT, ainsi que des CDU territoriaux intégrant des représentants de structures sociales et médicosociales.
- La CSDU insiste sur la nécessité de promouvoir et encourager les candidatures d'usagers dans les structures du système de santé, sanitaires, médico-sociales et sociales. La Commission attache une importance particulière à ce que le nombre de mandats vacants dans les CDU soit réduit et que les obligations légales permettant l'exercice effectif de leurs responsabilités soient respectées. Il convient pour cela que l'Agence développe une communication adaptée à l'égard de tous les usagers afin de mobiliser les associations agréées et les représentants des usagers



qu'elles présentent, dans la mise en œuvre des projets territoriaux, notamment dans tous les nouveaux dispositifs.

- La CSDU s'attachera à ce que des actions spécifiques soient menées à destination des publics vulnérables (un focus particulier sur le respect des droits des personnes détenues malades et éventuellement hospitalisées, compte tenu de l'importance et du nombre d'établissements pénitentiaires en région Ile de France).

**En conclusion :**

La Commission souhaite favoriser la promotion de la formation de base et des offres de formation continue à destination des Représentants des Usagers, des médiateurs et animateurs en santé, afin de permettre un relai efficace au plus près des besoins de la population.



## Contribution de la Commission Spécialisée Organisation des Soins au PRS2

La présente contribution synthétise une séance de travail d'une première journée complète dédiée à la présentation du volet activités de soins du PRS2 : elle se présente donc comme une première réflexion de ses membres tout particulièrement centrées sur les activités de soins soumises à autorisation, en cohérence avec les missions spécifique de la CSOS, détaillées dans ces fiches spécifiques dont la mise en circulation est très récente. \*\*

Cette première contribution n'a donc pas vocation à se substituer,

- ni à une vision ultérieure plus globale portée par la CRSA, dont la CSOS en tant que commission spécialisée sera partie prenante,
- ni aux motions spécifiques que les différentes composantes de la CSOS peuvent présenter par ailleurs :

Ce n'est donc à ce stade qu'une tentative de relevé de ce qui a été souvent ou largement partagé dans le cadre de cette journée de travail

La CSOS tient à remercier la direction de l'offre de Soins dans son ensemble pour leur volonté de transparence lors de ces réunions de travail, ce qui a permis à la Commission une nouvelle fois un échange riche et véridique ancrée dans ses missions.

**S'agissant d'une 1<sup>ère</sup> appréciation plus globale**, trois points sont partagés assez largement,

1. Si les différentes composantes de la CSOS ont bien compris que le PRS2 n'était pas une simple actualisation du PRS1, mais portait au contraire sur le fond comme sur la forme un changement de paradigme. **Elles réitèrent cependant leur demande d'avoir un PRS2 ancré dans le réel, condition d'une appropriation par les acteurs qui seule permettra une évolution de l'offre au service de l'amélioration de la qualité des prises en charge.**
2. Si l'on veut admettre la **notion de gradation des soins** largement présente dans ce nouveau PRS, c'est du service rendu à la population dont il faut partir, en distinguant non pas des niveaux de qualité de prise en charge mais des lieux de proximité, de recours et d'expertise, articulés entre eux, dans chaque territoire mais cette notion ne doit pas être un prétexte à la centralisation.
3. Des interrogations sur la taille de la maille opérationnelle territoriale au sein des départements, prise en compte selon chacune des thématiques de soins pour juger des différentes priorités et coopération pour l'analyse des différents dossiers qu'aura à analyser la CSOS. L'apparition des GHT ne peut pas en être le seul critère.

### Sur la médecine

D'une façon générale (la remarque concerne la quasi-totalité des disciplines), un grand nombre des membres de la CSOS, ont insisté sur la nécessité dans l'ensemble des établissements de santé d'une relance de l'investissement ainsi que celle d'impulser une nouvelle dynamique sur les RH en santé, tant pour le personnel médical que paramédical.

A l'occasion de l'échange sur la médecine, des interrogations sur le virage ambulatoire ont pu être exprimées : la ville est-elle prête à prendre le relai dans tous les territoires ? La politique de fermeture de lits peut-elle être poursuivie quand on sait les difficultés actuelles d'aval des différents services d'urgence ?

Les fédérations hospitalières souhaitent une meilleure modélisation de la fluctuation saisonnière

des besoins en hospitalisation dans chaque territoire ou au niveau régional, de façon à encourager la coopération transversale et organisée entre acteurs en cas de pic d'activité.

### **Sur la chirurgie**

La poursuite du virage ambulatoire ne doit pas être un dogme, mais au contraire une amélioration de la qualité des prises en charge. Elle nécessite un approfondissement, territoire par territoire, de la réflexion sur la mobilisation, et la formation des acteurs ambulatoires pour être le relai organisée de l'hospitalisation.

Il convient de maintenir une offre territoriale attractive dans toute la région, avec le niveau d'expertise nécessaire, tant pour les patients que les professionnels ce qui nécessite un développement de la coopération entre acteurs, parfois de statut différents. Cette transversalité doit être encouragée, parfois pour pouvoir absorber certaines modernisations technologiques particulièrement coûteuses (robot par exemple) sans pour autant freiner l'accès de tous aux progrès ou sa diffusion quelque soit le statut des acteurs

Ces évolutions doivent impérativement être lisibles pour les usagers.

### **Sur la gynécologie obstétrique**

La poursuite de la recomposition de l'offre doit prendre en considération :

- la distinction entre la Grande Couronne où les questions de proximité doivent s'appréhender différemment que dans le centre de la région qui connaît une densité urbaine l'assimilant à une métropole ;
- la gradation qui doit traduire des types et non pas des niveaux d'activité beaucoup ont rappelé la nécessité d'adapter l'offre de soins en fonction des types de prises en charge, et de concilier l'objectif de pertinence avec celui d'une offre à proximité des besoins

### **Sur la psychiatrie**

Le maintien d'une organisation en secteurs ne doit pas masquer la nécessité d'un débat sur les évolutions des prises en charge, la démographie médicale notamment pour la pédo-psychiatrie ainsi que le regroupement des structures.

### **Sur le SSR**

Les membres de la CSOS soutiennent le développement des structures de SSR (y compris les centres spécialisés pour les spécialités déficitaires) car elles sont un maillon clef de la fluidité du parcours des patients.

De ce fait, l'articulation avec l'HAD, les hôpitaux de jour, le secteur médico-social et la prise en charge de la précarité pourraient utilement être précisée.

De même, compte tenu de l'importance attachée à ce secteur d'activité, une place particulière doit être faite au sein de la démarche de ressources humaines en santé aux professionnels de rééducation et réadaptation (médecins MPR, kinésithérapeutes...).

## **Sur la cardiologie**

La CSOS prend acte de la politique de l'agence consistant à maintenir le nombre de sites existant, (tout en réfléchissant de façon concertée au devenir des USIC non adossées à une unité de cardiologie interventionnelle), mais à augmenter le nombre d'implantation en SSR à orientation cardiaque.

Dans ce contexte et au cours du débat certains points ont été évoqués :

- Pour ces unités il serait par exemple important de prendre en compte: l'identification de leur projet médical
- l'évaluation de leur environnement avec la signature de conventions de partenariats et l'éventuelle présence d'une réanimation ou d'une cardiologie interventionnelle

Dans tous les cas, il sera important d'adapter et de comprendre au cas par cas l'environnement et la situation de chacune d'elles.

## **Sur la médecine d'urgence**

Si le document est marqué par l'absence de propositions de modifications significatives au niveau des implantations, les membres de la CSOS s'inquiète de l'engorgement croissant des structures d'accueil des urgences.

## **Sur la réanimation-soins critiques**

La CSOS souhaite que l'ARS précise ses propositions de consolidation de l'offre passant non pas par la création d'implantations supplémentaires, mais par le renforcement de la territorialisation.

## **Sur l'insuffisance Rénale Chronique**

La CSOS souhaite que le PRS2 continue à optimiser l'accès en proximité à la technique de dialyse adaptée à chaque patient sur l'ensemble des territoires ainsi qu'aux possibilités de greffe.

## **Sur la cancérologie**

La CSOS demande que les précisions données par l'ARS à l'oral sur la distinction entre les activités de proximité comme la chimiothérapie et celle de recours comme certaines chirurgies, ou l'importance des soins palliatifs soient intégrées au document final dans un sens moins centralisateur.

A l'occasion des échanges sur la cancérologie, un grand nombre des membres de la CSOS ont demandé que la prise en charge de fin de vie et de soins de support soit intégrée dans le PRS 2

## **Sur l'HAD**

Si les différents participants prennent acte du développement du recours à l'HAD sur la période de l'ancien et du futur PRS il, il faudra d'en suivre les freins tout comme sa pertinence, d'évaluer l'impact de ce développement et d'en suivre l'articulation avec l'offre existante. L'article 51 de la dernière loi de financement de la Sécurité Sociale qui prévoit les expérimentations du financement au parcours pourrait permettre de dépasser ces contradictions.

## **Sur les EML-imagerie**

La CSOS a pris acte de la volonté de l'ARS de revoir le document présenté, et d'une annonce de révision à la hausse les chiffres d'implantations nouvelles de scanner et d'IRM.

## **PDSES**

Des demandes se sont exprimées pour que l'ARS s'assure de la concordance entre les propositions du PRS et les engagements pris auprès de chaque établissement  
Par ailleurs un débat s'est ouvert sur modalités de financement de la PDSES, qui pourraient à terme faire l'objet d'une mise à plat, même si ce sujet déborde du cadre du PRS2.

*\*\* (Les membres de la CSOS sont bien au fait d'une évolution en cours du droit régime des autorisations. ils ont bien noté que cette version du PRS2 était donc présentée à droit constant.)*

\*

\* \*



## Contribution du Groupe Inégalités de santé

### 1- La feuille de route, pour conforter l'objectif de réduction des ISS

- **Intégrer dans le plan régional de santé II, et ses différents programmes, les cinq éléments proposés par la feuille de route inégalités** (en annexe ci-dessous).
- Pour permettre la mise en œuvre de projets intégrant l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, définir des indicateurs de réduction des ISS (vignette 2 en annexe), simples, opérationnels, accessibles à tous
- Disposer, c'est-à-dire recenser ou créer, au niveau de la région et/ou au niveau départemental de ressources pouvant aider les acteurs locaux (information, conseil, formation, suivi, évaluation...)
- Favoriser des programmes de formation, initiale et continue, en direction des professionnels de santé (Faculté de médecine, IFSI, écoles de kinésithérapie...), mais aussi de tous les acteurs concourant à la santé des populations, dont les élus locaux et encourager sur le sujet *inégalités sociales de santé* des formations dans les autres secteurs (social, éducation...), en favorisant les formations intersectorielles.
- Mobiliser la recherche publique, en épidémiologie et en Sciences sociales, pour une meilleure connaissance des inégalités sociales et territoriales de santé, pour une compréhension de leurs mécanismes et l'évaluation des Politiques conduites.
- Elargir la portée de cette feuille de route au-delà du secteur et des acteurs de santé publique en intégrant les divers déterminants de la santé qui ont un impact sur la santé
- Intégrer l'objectif de réduction des inégalités et les éléments de cette feuille de route dans tous les CPOM et conventions signés par l'ARS avec les acteurs et partenaires franciliens, y compris les projets de santé des GHT, les EPS, CPTS et PTA. Intégrer la possibilité de les faire valider par les CTS.
- Convenir avec la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie des modalités d'une large communication sur les objectifs et le contenu de la feuille de route sur les inégalités de santé.

### 2- Renforcer l'organisation et la coordination territoriale en promotion de la santé :

- Travailler plus et mieux avec les acteurs de terrain, avec des propositions concrètes
- Renforcer les diagnostics et l'observation de la santé, à un niveau le plus fin possible afin de pouvoir adapter les actions aux réalités micro-locales
- S'appuyer et faciliter les dynamiques en promotion de la santé des collectivités territoriales
- Favoriser, susciter les animations et coordination des actions de proximité (CLS, CLSM, contrats territoriaux de santé, services communaux d'hygiène et de santé, Maisons et centres de santé, autres...). L'implication du niveau local est essentielle pour la prise en compte des déterminants de santé et la lutte contre les inégalités.



- En annexe à ce paragraphe (1), la contribution d'un membre du groupe inégalités sociales, présenté en réunion.

### **3- Autres propositions :**

- Favoriser dans le PRS2 l'objectif de renforcement significatif de données relatives aux inégalités, en confortant l'information, la communication entre les différents acteurs régionaux qui produisent des données de santé
- Favoriser le renforcement des alliances entre champs d'intervention divers (transversalité), et particulièrement sur l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (travail et santé ; éducation et santé, environnement et santé, étude d'impact santé (EIS), etc...).
- Encourager plus significativement la démarche communautaire en santé dans l'ensemble du PRS2 (soutien, formation, financement, évaluation, recherche).
- Renforcer significativement les moyens en prévention, s'assurant qu'ils bénéficient préférentiellement aux populations fragiles et précaires, et en créant les conditions d'une adaptabilité des actions à la diversité des publics concernés.
- Mieux coordonner et articuler les objectifs et actions avec l'Education Nationale pour un projet de promotion de la santé des établissements scolaires (parcours scolaire en santé)
- La priorité forte à la santé de l'enfant, dès la naissance, et aux dispositifs de prévention et de promotion de la santé les concernant contenus dans le PRS2 doit être accompagnée de la diversité des moyens qui lui sont nécessaires et des modalités de suivi de leur mise en œuvre, en particulier par les PMI.
- Engager une réflexion sur de nouveaux critères d'évaluation incluant les inégalités (indicateurs qualitatifs, indicateurs d'impact des actions) et non pas simplement quantitatifs

## Annexes

(1) **Contribution sur coordination-organisation locale** (D.M.Prudhomme):

Le PSR2 doit tracer une organisation qui permette de répondre aux nouveaux enjeux de la santé: mieux faire prendre en compte la santé dans toutes les politiques publiques qui contribuent à la santé, à commencer par l'urbanisme, l'éducation, le sport, l'emploi, et les transferts sociaux de ressources, et ceci afin d'agir véritablement sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.

Cela suppose de mettre en place une ingénierie qui puisse piloter l'observation des besoins et agir en transversalité avec les autres institutions qui interviennent dans ces champs de compétence, à commencer par les collectivités locales. La taille du territoire est importante, car l'échelle d'intervention retenue doit permettre à la fois d'avoir une connaissance fine des besoins, mais aussi de pouvoir mobiliser les professionnels de santé, la population et l'ensemble des acteurs qui contribuent à la santé.

Les exemples plutôt réussis des CLSM montrent que cette taille (a) permet d'avoir un dynamisme certain avec des groupes de travail qui débouchent sur des projets très concrets.

La coordination de la santé au niveau d'un territoire doit être confiée à la puissance publique (commune, intercommunalité), afin de garantir ces objectifs et la transversalité nécessaire avec les autres politiques publiques.

L'observation des besoins ne doit pas se contenter des indicateurs de pathologies, mais s'étendre aux études d'impact sur la santé permettant de construire des environnements plus favorables à la santé, et aux indicateurs de suivi des effets et impacts de la politique mise en œuvre.

Des expériences innovantes doivent pouvoir être conduites, notamment pour redonner toute leur place aux usagers, et co-construire des réponses plus globales, plus transversales, où chacun prend sa place.

Un exemple : celui du dispositif "Tous mobilisés" mis en place dans 10 écoles parisiennes pour changer rapidement et de façon visible le climat dans ces écoles en partant d'un diagnostic co-élaboré avec les parents, les enfants, les enseignants, les services municipaux, la santé scolaire.

Ce dispositif ne fonctionne que parce qu'il y a un chef de file identifié, qui prend le temps d'organiser la concertation et la participation de tous. De façon plus générale, cela pose deux questions: celui du référent de parcours pour coordonner les prises en charge complexes, pluridisciplinaires; celui du temps que chaque professionnel peut consacrer pour aller vers les autres partenaires.

(a) Précision proposée : Territoire de CLSM, dans l'idéal le territoire d'un « secteur de psychiatrie, soit en moyenne 80 000 habitants.

- (2) « **Vignette** » sur les indicateurs IS (contribution I.Grémy au groupe IS et à la commission prévention):

### **La mesure et l'évolution des inégalités de santé (ISS) dans les systèmes d'information en santé : indispensable et prioritaire**

Les inégalités sociales produisent des inégalités de santé. Parce qu'elles sont socialement construites, cumulatives au cours de la vie, qu'elles ne relèvent pas seulement de comportements individuels –d'ailleurs eux-mêmes influencés par le contexte social- mais également des contextes sociétaux, elles sont injustes et doivent être réduites.

Un programme régional de santé qui annonce comme objectif de réduire les inégalités de santé ne peut faire l'impasse de les mesurer. Cela suppose de mettre en œuvre un système d'information renseignant sur les inégalités de santé et sur leurs évolutions spatiales et temporelles dans la région dans un but de surveillance et d'évaluation.

Les différents rapports du Haut Conseil en Santé Publique notamment celui de 2013 intitulé « indicateurs de suivi de l'évolution des inégalités sociales de santé dans les systèmes d'information en santé » donnent des préconisations très concrètes sur la nécessité de doter de façon systématique les systèmes de recueil de données de santé, de variables permettant de caractériser l'appartenance sociale.

Ces rapports définissent les déterminants sociaux à prendre en compte pour cette mesure des ISS : il s'agit, outre évidemment du sexe (genre) et l'âge, *au minimum* de la « triade essentielle », éducation (niveau d'instruction), revenus, et situation socioprofessionnelle (caractérisée par la catégorie socio professionnelle et la situation actuelle vis-à-vis de l'emploi). Ils en précisent les variables et leurs discrétisations les plus utiles et utilisées, leurs limites et leurs forces dans un contexte d'analyse spatio-temporelle. L'intégration de ces variables, lorsqu'elles ne sont pas présentes, dans les principaux systèmes de surveillance de santé (bases médico administratives, déclarations obligatoires, registres, les causes médicales de décès....) soit directement par un recueil de ces variables soit par appariement des fichiers qui les contiennent (fichier CNAV par exemple), constitue un but dont les autorités publiques ont pris conscience (ei la création du SNDS) et auquel il faut parvenir. D'autres variables, préconisées par le HCSP non disponibles actuellement participant à la construction des ISS devraient être prise en compte et compléter ce dispositif de surveillance socio-épidémiologique : la situation et origine migratoire. Des recommandations pour estimer le statut social de populations difficiles à caractériser comme les jeunes y sont également disponibles.

Ces variables, même les plus élémentaires comme celles citées ne sont toutefois pas (encore ?) toutes disponibles dans les bases les plus utilisées en routine. Les données de l'assurance maladie (SNIIRAM) par exemple outre le sexe et l'âge ne dispose que d'une seule variable binaire proxy des revenus qu'est le fait d'être bénéficiaire de la CMUc. Les ISS peuvent toutefois être mieux caractérisées via l'utilisation d'index de déprivation validé dans un contexte français type le « Fdep »<sup>7</sup> ou l'EDI (European Deprivation index)<sup>8</sup>. Le Fdep est d'ailleurs maintenant disponible dans le SNIIRAM, ce qui via la caractérisation de la situation sociale de la commune de résidence des personnes, d'approximer les ISS et d'en améliorer la mesure.

<sup>7</sup> Rey 2009 Rey G, Jouglé E, Fouillet A, Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997-2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health. 2009;9:33.

<sup>8</sup> Pernet C, Delpierre C, Dejardin O, Grosclaude P, Launay L, Guittet L, Lang T, Launoy G. Construction of an adaptable European transnational ecological deprivation index: the French version. J Epidemiol Community Health. 2012 Apr 27.

La surveillance socio-épidémiologique, de la morbidité, de sa sévérité au moment du diagnostic, de ses déterminants, de ses complications, des incapacités qu'elle entraîne, de sa survie et de sa mortalité doit aujourd'hui systématiquement se décliner selon le gradient social défini et élaboré selon les préconisations du HCSP et non pas seulement selon un mode binaire type « précaires » et « non précaires » aux contours d'ailleurs très imprécis. La mesure des inégalités de recours aux soins (faisable aujourd'hui) et d'accès à la prévention (balbutiante) doit également se décliner selon ce gradient social.

Il doit être complété par des dispositifs d'enquêtes nationales répétées en population générale suffisamment étoffés pour permettre des exploitations régionales : ces enquêtes permettent d'interroger de façon précise la situation sociale des individus et de la mettre en relation, de façon intégrée, avec des questions de santé (déclarée et perçue), de déterminants de santé, de prévention, de recours aux soins, d'incapacité et de dépendance.

Evidemment la mesure des ISS ne se résume pas à ces quelques variables. Comme déjà évoqué, les ISS résultent de mécanismes complexes, intriqués et cumulatifs. D'autres dimensions apparaissent de plus en plus importantes telle que l'insertion sociale (isolement, réseau social, soutien social), les conditions de vie et d'habitat, les conditions de travail et l'insertion dans les territoires (aménités, transports et équipements). A ce jour, elle relève pour beaucoup de problématiques de recherche avant de pouvoir être traduites (si elles le peuvent) en termes d'indicateurs pour un suivi régulier dans l'espace et le temps des inégalités sociales de santé.

La nécessité de la mise en place et de l'exploitation systématique d'un système d'information de routine permettant le suivi des ISS doit être très clairement argumenté et affirmé par le PRS2.

## La Feuille de route « inégalités sociales de santé »

*Vous avez l'intention et la possibilité, en tant que professionnel de santé, association, service, établissement, à participer, par votre activité ou votre mandat à la réduction des inégalités de santé.*

*Les cinq conditions suivantes vous sont proposées pour vous faciliter concrètement d'intégrer l'objectif de réduction des inégalités à vos actions.*

ooo

1- *Enoncer* – dans tout programme, projet, action de santé, mais aussi dans l'ensemble des pratiques professionnelles des acteurs de santé, *l'objectif recherché de réduction des inégalités sociales de santé*, et la manière dont on pense l'atteindre, ainsi que le risque de production d'inégalités et les moyens de les prévenir.

2- *Disposer, et donc souvent se doter de données quantitatives ou/et qualitatives, rapportées aux appartenances sociales*, à partir desquelles le projet, l'action ou les actions peuvent être proposées ou envisagées.

3- *Repérer sur le « territoire d'intervention » tous les acteurs* (tant du secteur santé que d'autres secteurs) concernés par l'action, le programme ou le projet de santé en vue de contacts, collaborations utiles à leur élaboration et/ou leur mise en œuvre

4- *Rechercher la participation* de tous les acteurs professionnels, institutionnels, associatifs pouvant être concernés, et celle des usagers, des habitants, à toute action, projet, programme de santé à toutes les étapes de l'initiative.

5- *Identifier et s'adresser aux dispositifs ou personnes ressources disponibles* qui pourront aider à préciser, voire élaborer et suivre le(s) objectif(s) de réduction des inégalités. (ainsi que proposer une manière de les atteindre)

ooo



## CONTRIBUTION DU GROUPE REGIONAL SANTE MENTALE

### Le Groupe de réflexion en santé mentale propose trois domaines d'action prioritaires pour le Plan Régional de Santé (PRS) 2018-2022

#### **1/ Refonder une politique de promotion et de prévention en santé mentale**

- **mettre en place une réelle politique de promotion de la santé mentale et du bien-être pour tous les citoyens à tous les âges de la vie** : PMI et petite enfance ; en milieu scolaire, adaptée à chaque âge (maternelle, primaire, collège, lycée...) ; auprès des jeunes (déclinaison du plan santé et bien-être des jeunes) avec une attention particulière aux jeunes en situation vulnérable (sociale, psychique, physique ...) et une formation de tous les jeunes sur bien-être et parentalité ; en milieu de travail : décrire et valoriser les organisations de travail promotrices de santé ; pour les personnes âgées ; promouvoir l'approche par le bien-être pour les personnes vivant avec une maladie ou un handicap.
- **agir sur les déterminants de la santé mentale** dès la petite enfance : logement, emploi, formation, loisirs, accès à la culture, facteurs écologiques, disponibilité familiale, qualité de vie ; mieux cartographier les déterminants de la santé afin de construire une offre qui correspond aux enjeux géographiques réels (ne pas supposer que l'offre doit être pareille partout) : précarité, chômage, migration, violences...
- mieux cartographier la santé en Ile-de-France afin de **construire une offre qui correspond à l'épidémiologie géographique réelle** (ne pas supposer que l'offre doit être pareille partout) : santé sexuelle, personnes âgées, migrants, exclusion sociale, parent seul avec enfant ...
- **développer les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et les Conseils locaux de santé (CLS) avec une réelle implication des Collectivités territoriales** : financement du diagnostic territorial, financement partagé du coordonnateur, volet obligatoire des projets de secteur et des projets hospitaliers.
- **former tout professionnel sur la promotion de la santé mentale** : non seulement du sanitaire (y compris somatique), mais aussi du social et de l'éducation ainsi que tous les acteurs de proximité : professionnels de santé de proximité (notamment les médecins généralistes), élus, bailleurs, associations, employeurs, enseignants, éducateurs, forces de l'ordre.
- **mettre en place et évaluer des politiques spécifiques de prévention ciblant les troubles psychiques les plus courants** : dépression, suicide, troubles périnataux, abus d'alcool, addictions, troubles du sommeil, troubles psychiques liés aux organisations de travail, en s'appuyant sur le *Document unique d'évaluation des risques professionnels* (DUERP) afin de connaître les risques psychosociaux propres aux entreprises ; anxiété ; santé sexuelle (en déclinant en IDF la stratégie nationale en matière de santé sexuelle).

## **2/ Promouvoir l'empowerment en santé mentale : que le citoyen, l'usager puisse être acteur de sa santé mentale avec un accès aux savoirs, aux savoir-faire et aux moyens pour mettre en œuvre ce que l'on a appris**

- **agir sur les déterminants clefs de l'empowerment en santé mentale** : l'accès au logement (*un chez soi d'abord*), à l'emploi, à une culture participative, aux soins.
- **rendre accessibles les informations sur la santé mentale**, avec des outils numériques et avec un langage adapté à chaque public (âge/genre /réseaux communautaires...) : construire un langage commun entre citoyen et professionnels de tous les secteurs, un langage commun en français courant pour tous.
- en s'appuyant sur les CLSM et les Ateliers santé ville (ASV), **agir contre la stigmatisation en santé mentale** et faciliter ainsi (1) l'accès précoce aux soins et à l'accompagnement et (2) la promotion de la santé mentale dans tous les lieux de vie sur chaque territoire.
- **déstigmatiser par le vivre ensemble** avec l'inclusion sociale des personnes ayant un trouble psychique dans tous les milieux de vie.
- **favoriser, développer l'empowerment en santé mentale de la personne vivant avec un trouble psychique** : valoriser l'expertise d'expérience (médiateurs de santé pair) ; développer l'éducation thérapeutique : usagers, familles, professionnels de l'accompagnement et de la formation ; valoriser la téléconsultation en psychiatrie au libre choix du patient et des familles ; une information obligatoire et précoce du patient et des aidants sur la maladie (diagnostic, soins, rétablissement...) et les droits (handicap, logement...) ; développer la place des usagers (patients-familles) dans les projets, les structures, les territoires, la région (médiateurs santé pairs, GEM, formation, CDU...) ; développer outils et applicatifs de réalité virtuelle ; défendre la pleine citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique en facilitant leur participation aux CLSM et en soutenant les Groupes d'Entraide Mutuelle ; faciliter l'insertion ou la réinsertion dans le travail, le travail accompagné (*job coaching*) pour le maintien dans l'emploi ; favoriser le lien avec les entreprises dans le cadre de leur responsabilité sociale et environnementale (RSE) : entreprise citoyenne, entreprise en santé...

## **3/ Optimiser les parcours de vie et de santé**

- **promouvoir une politique de soins en santé mentale avec une approche rétablissement** ; former tous les professionnels à l'approche *rétablissement*.
- **promouvoir une politique de coordination territoriale de proximité pour optimiser l'organisation des parcours de santé et d'accompagnement en santé mentale** : créer des CLSM et des CLS (notamment quand il n'y a pas de CLSM) sur chaque territoire ; demander au secteur psychiatrique de participer au projet territorial de santé mentale avec un diagnostic partagé avec tous les acteurs locaux ; appuyer, soutenir, accompagner les acteurs de proximité (médecin généraliste, travailleurs sociaux...) pour intervenir dans la prévention et le repérage des personnes souffrant de troubles de santé mentale ; communiquer sur l'offre de soins à un niveau de proximité ; construire le projet territorial de santé mentale à partir de la cité, dans une logique de co-construction et de rétablissement soutenue et instituée par les élus locaux et territoriaux, représentants de l'ensemble des citoyens ; intégrer les coordinations déjà existantes en y intégrant des professionnels formés à la psychiatrie (exemple : le domaine des personnes âgées avec ses coordinations déjà nombreuses : filières gériatriques (hôpital de jour, court séjour gériatrique, consultations multidisciplinaires, équipes mobiles...), réseaux gérontologiques, CLIC, Maia... ; travailler en lien étroit avec des organismes qui sont déjà engagés tels que, pour les personnes âgées : l'institut Renaudot, la CNAV, les Caisses de Retraite...
- **distinguer la coordination de proximité au niveau de l'individu accompagné (et des acteurs qui l'accompagnent) de la coordination des institutions sur un territoire en renforçant le case management tout en renforçant les CLSM/CLS/contrats de ville (quartiers prioritaires...)** : développer le case management, la coordination de parcours sanitaires et sociaux : impliquer le patient



et son entourage dans l'élaboration et la mise en œuvre de son parcours ; inclure le maintien ou le retour au logement autonome, à la formation et à l'emploi ; intégrer les professionnels libéraux dans les parcours ; développer la pair-aidance dans la coordination des parcours ; renforcer la présence de personnels de l'éducation nationale dans les structures CMPP, IME, IMPRO ; faciliter une approche holistique qui inclut : les soins somatiques, une politique d'aller vers les populations les plus fragiles (visites à domicile, équipes mobiles, interventions des spécialistes de la santé mentale en amont de l'hôpital : école, université, travail), des médiateurs culturels, la prise en compte non seulement de la personne mais aussi de son entourage proche, les enfants de la personne vivant avec un trouble psychique.

- **faciliter l'intervention sociale et sanitaire précoce, notamment en matière de dépression, de psychose** : commencer dès le collège, sensibiliser l'ensemble des acteurs, y compris les jeunes, à la dépression et au syndrome prodromal mais aussi promouvoir la libre parole sur les troubles psychiques ressentis.
- **stopper la « fabrique du handicap »** : stopper une politique qui fige les enfants ayant des troubles psychologiques mineurs dans un handicap supposé, et favoriser l'articulation des soins entre le secteur et les établissements médico-sociaux.
- **développer les plateformes numériques de partage d'information** : optimiser les retours d'information entre soignants et équipes éducatives ; soutenir les dispositifs de gestion des cas complexes ; utiliser le monde virtuel pour optimiser l'accompagnement et les soins de proximité à domicile.
- **rendre lisible pour tous l'offre de soins et d'accompagnement de chaque structure dans les parcours possibles** ; améliorer l'accès à l'information sur les soins, et l'accès aux soins, via un service public d'information santé régional : lisibilité pour tout citoyen de l'accès aux soins en santé mentale ; lisibilité pour tout professionnel de soins et de l'accompagnement de l'accès aux soins en santé mentale ; mise à jour régulière et sans laquelle l'ARS retire son financement ; développer un langage commun en santé mentale pour tous les acteurs, et plus particulièrement dans le domaine de la petite enfance : mise à jour régulière de ce langage commun ; impliquer les usagers dans la régulation de l'information sur l'offre.
- **réduire les délais d'attente à chaque étape du parcours de santé** : concevoir les urgences non pas juste comme un soin, mais comme la (re)mise en marche du « case management » concernant la personne en question ; utiliser la télémédecine comme option de premier accès.
- **valoriser l'intervention précoce visant à éviter ou à réduire les hospitalisations sans consentement** :  
en nombre et en durée (cf. exemple danois : durée maximale = une semaine) ; interventions à domicile et notamment interventions du SAMU à compétence psy, liaison 24h/24 avec un psy.
- l'exclusion sociale et la santé mentale se croisent et se mélangent dans une dynamique d'aggravation mutuelle : **aller vers les populations qui n'ont pas accès facile aux circuits de soins** ; ne pas attendre la demande ; identifier et former les médiateurs culturels pour les migrants (réfugiés, roms, sans domicile, non francophones...) et les populations en difficulté ou en situation d'exclusion sociale (LGBTQI, prisons ...
- il y a souvent plusieurs éléments/facteurs/déterminants de la vulnérabilité et non pas juste un seul : **mettre en place, renforcer et promouvoir les formations (et formations-actions) interinstitutionnelles pluridisciplinaires et ouvertes à des professionnels de champs différents mais complémentaires.**

**Le GRSM souligne trois exigences transversales à décliner dans toutes ces actions : réduire les inégalités ; innover, évaluer ; renforcer le rôle des Conseils locaux de santé mentale**

**Par ailleurs, si le GRSM se retrouve dans les priorités proposées par l'ARS dans la version initiale du PRS 2018-2022, nous souhaiterions toutefois souligner les enjeux suivants :**

- **Mettre en place une politique de promotion de la santé mentale sans réduire les moyens alloués au système de soins en psychiatrie** : les exemples internationaux nous montrent que le fait de promouvoir un discours positif et dé stigmatisant sur la santé mentale augmente le recours spontané et précoce aux soins tout en diminuant le taux d'événements graves (suicide...). Accompagnés dans une approche de promotion du pouvoir d'agir, les gens vont mieux pour plus longtemps.
- Davantage accompagner et soutenir les proches : l'empowerment des proches.
- Davantage valoriser l'expertise d'expérience.
- Davantage souligner l'importance de la coordination locale territoriale (CLSM, CTSM...) acteurs : chaque territoire est différent et a des besoins différents ; évaluer les PTSM.
- Distinguer coordination locale territoriale (CLSM, CTSM) de coordination des parcours de vie (case management, IPA...). Les deux sont essentielles.
- Agir sur tous les déterminants de la santé mentale (non pas juste sur les déterminants biomédicaux) : c'est seulement ainsi que nous pouvons prétendre réduire les inégalités en santé.
- Mettre la promotion de la santé mentale en position n° 1, avec l'empowerment en santé mentale de tout citoyen à tous les âges.
- Respecter la cohérence des dispositifs par des financements fléchés, sans opposer le sanitaire et le médico-social (pas de fongibilité imposée) et en favorisant la mise en commun des moyens.
- Réduire la part des hospitalisations sans consentement. Etablir un plan d'actions, une analyse des causes : environnement, déterminants sociaux, formation des acteurs, rôle des acteurs.
- Harmoniser recommandations et bonnes pratiques : encourager l'évaluation.
- Articuler le PRS avec le Projet Territorial en Santé Mentale.
- Développer une réflexion sur « transformations sociales et déterminants de la santé mentale ».