

Rappel : Comment s'est construit le PRS 2 « santé mentale »

Etape 1

Entre 2014 et 2017 : le Groupe de réflexion en santé mentale (GRSM) a identifié trois domaines d'actions prioritaires pour le PRS 2018-2022

- Refonder une politique de promotion et de prévention en santé mentale
- Promouvoir l'empowerment en santé mentale : que le citoyen, l'utilisateur puisse être acteur de sa santé mentale
- Optimiser les parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale

Et a mis trois exigences en avant

- réduire les inégalités
- innover, évaluer
- renforcer le rôle des Conseils locaux de santé mentale

Le plan du SRS pour chaque thématique est le suivant :

- Offre de soins
- Objectifs fixés pour la durée de validité du PRS
- Déclinaison territoriale des objectifs
- Implantations opposables (OQOS) et présentation des implantations sous forme de fourchette entre borne basse et borne haute

Etape 2 :

en 2018 l'ARS a retenu six priorités pour la santé mentale :

- faire de l'intervention précoce le fil conducteur des organisations,
- faire du domicile le centre de gravité du parcours de santé
- faire de la continuité des parcours le critère premier d'évaluation des organisations et des pratiques
- agir pour des pratiques orientées rétablissement
- mobiliser pour inventer la psychiatrie de demain : recherche, formation
- soutenir la Cité promotrice de santé et renforcer la citoyenneté des personnes

Commentaires généraux de la CSSM 93

Document dense, presque 400 pages, dont la lecture n'est pas intuitive. Les pages 135 à 140 sont consacrées à la santé mentale et 188 à 194 pages à la déclinaison territoriale des objectifs du PRS.



Le contenu est structuré selon des principes, des objectifs stratégiques, des stratégies d'intervention et des indicateurs. Les indicateurs étaient absents du PRS1 et la plupart sont des indicateurs de résultats (exemple diminuer de 6 points les hospitalisations sans consentement).

Tout est pensé en organisation de parcours, de réponses aux besoins, de prise en compte des inégalités de santé. Le pouvoir d'agir des patients est au centre de nombreux passages. L'innovation n'est pas définie, pour autant elle irrigue tout le document.

L'ensemble du document fait référence à des territoires de coordination au sens coalitions d'acteurs et fédération de structures. Le système d'information est au centre des décisions alors qu'il n'avait pas été traité dans le précédent PRS.

La doctrine du rééquilibrage territorial qui apparaissait peu dans la première version du COS, irrigue désormais mieux celui-ci, ainsi que le projet de SRS : quelques exemples

- Les projections d'évolution de la population sont différenciées selon les départements
- Le projet du Grand Paris est retenu comme schéma de développement urbain et de bassins de population.
- La nécessité de corriger les déséquilibres de l'offre comme en témoignent « l'attention particulière à la meilleure répartition des ressources notamment humaines entre le centre et la périphérie de la région » ou la volonté que l'évolution centripète de l'offre soit « contrecarrée, ralentie, voire inversée ».
- La « gradation des soins au sein des territoires », qui peut s'analyser comme le principe de soutien à l'offre de périphérie, tout comme la notion de « zone de mobilisation prioritaire ».



Si la réduction des inégalités est largement présente dans ce document elle n'est jamais re-déclinée dans les priorités sanitaires, les objectifs et les résultats attendus. Les actions sur les déterminants reconnus (OMS) de la santé mentale sont à peine effleurées, notamment absence total de la qualité de vie au travail. Certes le plan régional de santé au travail (2016-2020) existe (3 actions sur 30 portent sur la qualité de vie) mais il gagnerait à se coordonner plus avec le PRS notamment sur la question de la santé mentale.

Le diagnostic territorial est confié aux acteurs (selon les termes de la loi de santé) qui n'ont pas les ressources et la méthodologie nécessaires pour le faire, les projections démographiques et leurs conséquences ne sont pas abordées, la correction des inégalités territoriales n'a pas de schéma ni de calendrier, et la politique en matière de démographie médicale se veut volontariste sans annoncer de programmes. La définition et la mise en œuvre de zones prioritaires ne sont pas définies. Le rôle d'animation territoriale et de coordination des acteurs tels que les doyens, les élus, les fédérations, les acteurs du social que l'ARS doit jouer pour renforcer l'attractivité médicale de la région (universitarisation par exemple) sont laissés en suspens. De nombreux acteurs qui sont des décideurs en santé mentale comme la MDPH, le conseil départemental, la justice (exemple encore pour les hospitalisations sans consentement) l'ASE etc. sont les grands absents de la co-construction et on a le sentiment que seuls les acteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux doivent agir et se coordonner alors même que ils n'ont pas le pouvoir de décision la plupart du temps.

Enfin, il n'est jamais question ou très peu de l'articulation entre PRS et Projet territorial de santé mentale. Le PTSM doit-il s'inscrire dans les priorités de l'ARS ? Doit-il respecter les priorités propres énumérées

dans le décret ? Peut-il s'émanciper quand le territoire a des priorités non énoncées dans celles du PRS ou du PTSM (exemple les pratiques avancées chez les infirmiers quand le territoire souffre de pénurie médicale chronique et reste peu attractif) ?

Sur ces sujets, le PRS2 doit *a minima* être complété par des éléments de méthode et de calendrier et faire l'objet d'objectifs mesurables.

Un document d'analyse comparative doit être fourni aux acteurs. Par territoire. Par secteur avec notamment toutes les données nécessaires aux indicateurs de résultats. Exemple encore de l'hospitalisation sans consentement : qui fait quoi et où pour permettre un échange de pratiques. HAD ? IAD ? Etc.

Au total si le PRS2 identifie bien les problèmes, il ne distingue jamais le niveau de responsabilité et n'offre pas assez de données pour permettre un diagnostic par territoire et des échanges de pratiques entre professionnels

☹ S'agissant des projets d'évolution d'implantations, la méthode consistant à présenter des bornes basses et des bornes hautes n'est pas claire et exige une discussion avec les acteurs car certains ne s'y retrouvent pas. Là encore un benchmarking entre les départements est nécessaire. Exemple les CAC : 9 à Paris et 3 en SSD avec des fonctionnements très différents, certains fonctionnent en UHCD, d'autres en lits d'ajustement à une UHTP trop pleine etc. Rôle de l'ARS dans l'élaboration des comparaisons et éventuellement une doctrine régionale ?

Les éléments de diagnostic territorial rappelés sont

- Le taux de recours à l'hospitalisation temps plein en psychiatrie des franciliens est sensiblement inférieur à la moyenne nationale.
- Le taux de recours aux soins ambulatoires délivrés par les établissements atteint à peine la moyenne nationale
- le maillage territorial est constitué donc une stabilisation des implantations
- La réduction des inégalités est mise en avant : travail à mener sur les capacités des implantations existantes

Les actions générales envisagées

- Accentuation du virage ambulatoire
- Réductions des capacités d'hospitalisation selon les territoires
- Autorisations nouvelles en hospitalisation partielle mais par substitution
- Augmentation des files actives ambulatoires sanitaires et médicosociales
- Rapprochement des lieux d'hospitalisation vers les lieux de vie
- Objectifs d'efficience et de sécurité : regroupement des structures de petite taille

Les actions spécifiques envisagées

- Recours pour la prise en charge d'enfants en crise aiguë avec troubles du comportement
- Mise en place d'unités de soins intensifs type UMD, USIP
- Attention portée à l'hospitalisation des détenus (temps partiel, UHSA)

☹ L'accentuation du virage ambulatoire qui est déjà à presque 80% en psychiatrie en SSD et la réduction des capacités d'hospitalisation alors que les taux d'occupation des lits dépassent les 100% et que de nombreux patients domiciliés en SSD sont hospitalisés en dehors de la SSD, face à une croissance démographique qui prévoit presque 200 000 habitants supplémentaires d'ici 2026, sont autant de perspectives de nature à diminuer l'attractivité du territoire. La SSD doit se mobiliser s'agissant de répartir les ressources (lits, moyens humains) entre territoires bien dotés et SSD.

😊 Les actions spécifiques sont en revanche très attendues

- Pour les adultes : La création d'une UPID en SSD, unité pour malades difficiles ne relevant pas d'une UMD, est devenue indispensable face à la recrudescence de ce type de malades depuis quelques années
- Dans le champ de l'enfance : Les troubles du comportement chez le jeune auxquels sont confrontés quotidiennement les psychiatres et les acteurs sociaux nécessitent une attention particulière au même titre que les situations de vulnérabilité propres à la SSD : le psycho-traumatisme, la désaffiliation sociale, la violence, la radicalisation, les ruptures migratoires. Pour ce faire, le travail partenarial avec l'Éducation Nationale et l'ASE autour des situations de trouble des conduites et du comportement (RPP, consultations avancées en milieu scolaire, Jardin d'enfants en milieu scolaire....) va nécessiter un soutien affiché des décideurs car les acteurs de terrain ont beaucoup de mal à mettre en place des partenariats pérennes.
- Enfin toujours dans le champ de l'enfance, la prise en compte des publics spécifiques : problématique des primo-arrivants, des mineurs non accompagnés et de leurs besoins de prise en charge médico-psychosociale, n'est pas suffisamment pointée dans le SRS et le COS mais bien argumentée dans le PRAPS à un échelon qui reste très intentionnel.

☹ Psychiatrie en SSD : les objectifs affichés dans le PRS2 au niveau des objectifs quantifiés demande à être éclairci.