

Contribution du Conseil Territorial de Santé du Val-de-Marne à l'élaboration du Projet Régional de Santé

Préambule

C'est juste après la séance d'installation du Conseil territorial de santé dans son nouveau mandat, les tout derniers jours de juin, et donc pendant les deux mois de l'été 2022, que nous avons décidé de structurer l'activité du CTS sur sa contribution au futur Projet régional de santé, le PRS 3 dans ses réalisations val-de-marnaises.

Ceci pour deux raisons.

L'enjeu que doit représenter en termes de politique publique le PRS, via une démarche à cinq ans visant à mieux répondre aux besoins de santé.

Et puis la nécessité d'avoir une "colonne vertébrale" dans le développement de la démarche du CTS, afin d'éviter un éparpillement des sujets qui s'avèrerait à la longue peu lisible, inefficace et favorisant la démobilitation.

Le CTS, lors de sa "vraie" première séance, en septembre, a fait sienne cette proposition.

Nous fondant sur l'approche stratégique retenue ces dernières années, nous avons alors, dans l'optique d'éviter toute balkanisation des efforts, décidé de sélectionner quatre axes structurants : la prévention et la promotion de la santé, l'accès et la continuité des soins, la santé mentale et la mobilisation des politiques publiques pour la santé. Ceci, avec un "fil rouge", la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. Et donc en excluant de façon délibérée toute autre problématique pour la raison qui vient d'être explicitée.

Sept séances plénières du CTS, du 9 septembre 2022 au 16 mars 2023, entrecoupées de réunions du bureau, se sont attelées à cette tâche. En y intégrant deux séances consacrées au volet santé du CNR, mais dont les thèmes retenus se superposent à ceux arrêtés en septembre.

Plusieurs principes ont animé notre démarche d'ensemble.

Tout d'abord, faire de l'opérationnalité la motivation principale de notre contribution. A titre de contre-exemple, si le PRS 2 contient des propositions dignes d'intérêt, le fait de les avoir multipliées sans limite, de ne pas les avoir hiérarchisées, produit que ses avancées apparaissent, cinq ans après maintenant (dont deux années de crise sanitaire, nous ne l'oublions pas), inexistantes ou quasiment inutilisables pour le PRS 3 et qu'en tout état de cause, son évaluation qui aurait pu servir de base à ce dernier, fait défaut.

Deuxième grand principe : agir avec le territoire, ou plutôt localement, car ce terme de territoire est devenu flou et a cherché maintes fois à masquer la mise en application d'une politique définie d'en haut qui reste sans effet si elle n'est pas décidée localement. Parce que

C'est le levier essentiel pour élaborer des mesures qui soient lisibles car simples dans leurs objectifs comme dans leur mise en œuvre, pour permettre les synergies trans - institutionnelles, pour favoriser l'implication citoyenne. C'est cette manière de faire qui a expliqué la mobilisation qui s'est créée en Val de Marne lors de sa contribution au CNR santé. Ou encore, précédemment, l'approche interprofessionnelle et interinstitutionnelle qui a concrétisé l'élaboration du Projet territorial de santé mentale qui a rassemblé plus de 300 personnes dans cinq groupes de travail, avant la crise de la COVID 19.

Inciter au développement d'une logique d'innovation partagée, collaborative, qui ne demande qu'à croître tant la situation est critique et grave, permet également de dépasser, au sens dialectique du terme, les pratiques strictement institutionnelles, voire administratives, et donc à les faire évoluer.

C'est dans ces conditions qu'il nous paraît primordial qu'un PRS pensé localement, centré sur quelques axes vienne faciliter la réalisation de projets utiles aux citoyens Val de Marnais définis et mis en œuvre avec eux. Et que le CTS contribue à cette dynamique en la soutenant, en observant ce qui la favorise et en notant ce qui s'y opposerait. Et qu'il contribue à une évaluation au fur et à mesure des cinq ans qui viennent, éléments indispensables à la crédibilité des politiques publiques.

Les quatre contributions qui suivent ont vocation à être porteuses de ces enjeux.

Prévention et promotion de la santé

Remarque préalable, d'une manière générale, la réflexion collective tant au niveau des constats que des propositions plus concrètes fait apparaître qu'il n'y a pas de barrières étanches entre la dimension de Prévention-Promotion de la santé et celle de l'accès aux soins, aux parcours de soins ou plus précisément de santé, pas plus qu'il n'y en a avec la réflexion sur les déterminants de la santé, axe majeur de toute démarche en promotion de la santé.

Les expériences des participant.es le démontrent dès lors que l'on s'attache d'une part à la prise en considération de la santé dans son approche globale et donc des déterminants de la santé et d'autre part la personne, le groupe (habitant.es, usager.es) dans sa globalité et pas seulement comme patient.e, malade...

Avant d'énumérer un certain nombre de pistes de travail il n'est pas inutile de rappeler quelques éléments de diagnostic à partir desquels ces propositions ont été formulées. Ne pas les prendre en compte ne permettrait pas de comprendre le sens global des propositions.

Tout d'abord il convient d'insister sur le fait que trop souvent les dispositifs, au plan national, se multiplient et se superposent les uns sur les autres : il y a nécessité de clarification et de définir les modes de coordination et de financement à l'échelle des territoires.

Il convient également de travailler à une meilleure articulation des dispositifs mis en place au niveau local sur les parcours de santé. Il est fait référence ici aux CLS dont l'enjeu et d'agir sur la réduction des inégalités sociales, des CLSM qui doivent favoriser une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale et des CPTS dont l'objectif est d'améliorer l'accès aux soins de premier recours.

Il est également nécessaire de souligner que cette nécessité se heurte à la réalité de fonctionnement des structures sociales, notamment les Espaces Départementaux des Solidarités en Val-de-Marne, tout comme celui des équipes de la psychiatrie publique, complètement débordées du fait de manque de moyens et de ressources humaines manquantes.

Par ailleurs, il est parfois difficile d'articuler les temporalités médicales et les temporalités sociales.

Enfin, il convient de rappeler que les questions autour du parcours de soins ne se résument pas à des dispositifs sur le papier : c'est aussi la question de l'adhésion des personnes concernées et notamment pour les jeunes. C'est le travail, entre autres, des éducateurs dans les PAEJ, dans les Maisons de l'Adolescent ou pour les personnes suivies en psychiatrie. Il est question, là, de la notion de consentement et/ou le refus de soin.

Pour ce qui est des axes jugés prioritaires en matière de politique de santé dans le cadre du prochain PRS, il ressort des échanges menés dans le cadre des travaux au sein du Conseil Territorial de santé du Val de Marne les propositions suivantes :

Pour que soit réellement prise en compte l'importance des actions en prévention, promotion de la santé, il y a nécessité d'acculturer l'ensemble des acteurs agissant au plan local (soignant.es, sociaux, élu.es, associatifs...) à l'enjeu et à la méthodologie des actions en prévention et promotion de la santé et de prendre en considération les déterminants de la santé. Pour cela, il est souligné l'importance de développer la formation en prévention qui reste encore dans un cadre trop restreint.

Pour cela, il semble nécessaire de travailler sur les représentations des un.es et des autres qui restent trop souvent descendantes. Il convient de multiplier les initiatives de formation et d'information ouvertes aux professionnels mais aussi aux citoyen.nes comme le font déjà certaines structures ou associations. Il est de la responsabilité de l'agence de permettre par des financements ad hoc de démultiplier ces actions.

Plus globalement, il est jugé nécessaire de mieux prendre en compte ce qui en amont (prévention primaire) et en aval (prévention tertiaire) du soin permet d'agir dans une approche plus globale de la santé et de la personne et de son parcours de vie au-delà du parcours de soins. L'exemple le plus marquant est donné s'agissant des cancers.

Pour cela, mais pas que, il est prioritaire de valoriser, reconnaître et pérenniser les postes de médiateurs/trices en santé qui vont vers les personnes, sont à leur écoute, créent des relations de confiance allant jusqu'à les impliquer en tant qu'habitant.es, usager.es, dans des actions de prévention et promotion de la santé. Cela serait de nature à faciliter l'accès aux dispositifs de prévention, de dépistage et d'accès aux soins ; c'est ce qui a été réalisé pour exemple durant la crise Covid en travaillant sur la sensibilisation au port du masque, au respect des gestes barrières, jusqu'à amener des groupes d'habitant.es à se faire vacciner.

Afin de déployer ces dynamiques, il conviendrait de développer des structures telles que les PAEJ ont plus une mission de « prendre soin » que de soin à proprement parler. On parle parfois de sas, au sens commun du terme. Ce sont des structures qui font des interventions / actions en extérieur, dans les établissements scolaires, cela permet de ramener les publics vers les soignant.es quand cela est nécessaire. Dans un contexte d'aggravation préoccupant de la santé mentale des jeunes en général, cet axe d'investissement est jugé particulièrement important.

Enfin, il est primordial que les actions de prévention et promotion de la santé soient davantage valorisées par les politiques publiques en termes de communication mais aussi de moyens budgétaires et pour cela il serait nécessaire de travailler d'une manière concertée avec toutes les parties prenantes aux procédures d'évaluation trop souvent cantonnées aux données quantitatives ne prenant pas en compte les impacts indirects y compris ceux sur les déterminants de la santé. Il n'est pas inutile de rappeler également que ces évaluations n'ont de sens que si elles ne se limitent pas aux effets quantifiables à court terme car comme pour tout ce qui concerne l'investissement dans le capital humain (cela concerne particulièrement la promotion de la santé), les pleins effets se font ressentir sur le long terme.

Dans cette logique, ou tout du moins en cohérence avec ce besoin, l'ARS fait part de la perspective de création d'un comité départemental regroupant autour d'elle la CPAM et les représentant du Conseil départemental, comité dédié à la prévention et la promotion de la santé, qui permettrait d'harmoniser les priorités à mettre en œuvre. Le CTS du Val de Marne y souscrit tout en considérant qu'il faudra impérativement y intégrer également les acteurs de terrain.

Accès et continuité des soins

La contribution du groupe s'est appuyée sur les propositions dégagées à l'occasion de la concertation « Conseil National Refondation Santé » de novembre 2022 par les deux groupes de travail ad hoc. Le groupe n'a pas travaillé sur un diagnostic et un état des lieux considérant que les difficultés sont largement connues et non spécifiques au Val de Marne. Trois séances de travail, ayant rassemblé environ 20 professionnels ont porté sur l'amélioration de la lisibilité des propositions et la mise en exergue de projets prioritaires à impulser sur le territoire pour leur impact rapide et leur capacité à mobiliser. Soucieux de l'opérationnalité des démarches, le groupe a déterminé des conditions de réussite pour rendre effective la mise en œuvre des actions.

Les deux axes prioritaires ont été dégagés :

- Le bon usage de l'offre de soins sur le territoire par le développement de l'information et des savoirs de la population pour le recours aux soins, notamment non programmés.
- L'amélioration de la coordination des parcours ville hôpital dans les deux sens (ville hôpital et hôpital ville) en y intégrant le médico-social.

Axe 1 - Bon usage de l'offre de soins

Concernant l'accès aux soins non programmés, les priorités sont d'améliorer la lisibilité des dispositifs existants auprès de la population et des professionnels, de rechercher une meilleure coordination et articulation (notamment en termes de continuité horaire) entre ces dispositifs et de bien sûr poursuivre le développement de la capacité d'accueil de soins non programmés en ville afin de limiter la saturation des services d'urgences hospitaliers.

Pour ce faire, les actions identifiées sont (cf contribution dans le cadre du CNR):

- Consolider l'organisation de la PDSA propre au département, c'est-à-dire les SAMI (service d'accueil médical initial), notamment par le déploiement d'IDE ou d'assistant en appui des médecins et l'extension de leur plage de fonctionnement :
- Développer les CAMI (centre d'accueil médical initial) en dehors de horaires de PDSA sur la base du modèle expérimenté dans l'est du Département :
- Renforcer et capitaliser sur le Service d'Accès aux Soins par un meilleur référencement des médecins intégrés au SAS et une augmentation des créneaux d'accueil disponible en cabinet.

D'une manière générale, il est important de valoriser une approche davantage pluridisciplinaire pour optimiser l'accès aux ressources médicales, durablement contraintes, en lien les CPTS et les DAC, et de rechercher de manière plus systématiques l'implication des assistants médicaux, IDE, IPA ainsi que des pharmaciens.

Un effort de communication et d'éducation à destination de la population doit être engagé, s'appuyant sur des campagnes de communication nationales ou régionales, pour faire

connaître les ressources, le rôle des différents professionnels et développer la capacité des usagers à utiliser l'offre de soins de manière pertinente.

Axe 2 – Continuité des soins ville –hôpital

La structuration des CPTS, en lien avec les DAC, doit être l'opportunité d'une meilleure synergie entre les professionnels de ville et les équipes hospitalières autour de parcours de soins plus efficaces et plus fluides notamment pour les patients complexes ou vulnérables.

L'effort doit porter sur tant sur l'accès à l'hôpital que la sécurisation de sortie d'hospitalisation dans un objectif de continuité des soins et de prévention des ruptures de parcours.

- Augmenter les entrées directes et développer la communication hôpital-ville
 - Développer les accès directs en hospitalisation MCO (plateformes de prises de RDV, partage d'annuaire pour accès direct avec n° d'appel, de demandes d'avis ou d'hospitalisation) pour soins semi-urgents
 - Faciliter les temps de coordination (structurer des fonctions transverses de médecins coordonnateurs, d'IDEC tant dans les services hospitaliers qu'en ville)
 - Faire connaître les missions des DAC et valoriser leur rôle de passerelle sur des parcours prioritaires (dont les parcours complexes)
- Optimiser le parcours hôpital -> ville
 - Favoriser les sorties précoces d'hospitalisation grâce à une meilleure connaissance des profils et des parcours patients, à des évaluations anticipées du domicile par les professionnels acteurs de ville et d'établissement medico sociaux, meilleure coordination des soins paramédicaux ambulatoires
 - Améliorer la lisibilité des dispositifs de sortie existants par une communication coordonnée avec les DAC et CPTS : HAD, SSIAD/SPASSAD, PRADO, prestataires de sortie à domicile
 - Développement des IDEC de sortie d'hospitalisation
 - Améliorer la coordination avec les équipes soins de proximité et le partage de règles de fonctionnement commune.

Comme facteurs de réussite des dynamiques territoriales à mettre en œuvre, le respect des principes suivants paraît essentiel au groupe :

- Faire confiance aux acteurs : le souhait est de co-construire des actions et des coopérations de terrain et pas seulement de décliner des protocoles de manière verticale et descendante (par ex des protocoles de délégation médecin –infirmière). Si le partage d'outils et référentiels communs est souhaitable, ces derniers doivent être conçus pour pouvoir être déployés et adaptés à des contextes différenciés.
- Partager l'information sur les travaux et démarches en cours. De fait, il est constaté que plusieurs démarches sont déjà lancées dans certaines CPTS pour développer des outils de coordination sur certains parcours, le cas échéant avec l'appui des DAC. Il

paraît important de recenser les projets en cours sur le département (porteurs, thèmes, avancement...) et de s'assurer que les retours d'expérience sur les projets sont réalisés. L'enjeu est de veiller à la complémentarités des efforts, de limiter les redondances et rechercher une synergie entre les actions des entités notamment celles ayant un rôle de coordination territoriale (CPTS, DAC....)

- S'appuyer sur les savoirs expérientiels des patients, usagers et des aidants pour l'évaluation des actions et des expérimentations; Les représentants des usagers présents indiquent la possibilité de mobiliser pour ce faire un groupe existant d'une cinquantaine d'usagers
- Rechercher une agilité pour évaluer rapidement l'impact des projets (indicateurs), les ajuster et partager les conditions de leur déploiement
- Les démarches d'amélioration ne peuvent reposer uniquement sur des bonnes volontés. Elles doivent être appuyées par l'ARS, la CPAM et les institutions parties prenantes, afin de permettre de dégager le temps professionnels nécessaire pour faire aboutir les projets.
- Mieux identifier et mobiliser les financements possibles sur les dispositifs et guichets existants de l'ARS ou de la CPAM ou de recourir à des financements dédiés si l'annonce d'un abondement financier spécifique des actions territoriales CNR était confirmé
- Les modalités de pilotage des projets doivent être clarifiées, en lien avec les missions des différents acteurs concernés et en cohérence avec les instances de pilotage existantes sur certains projets (SAS, e.parcours...)

La santé mentale

Les participants à cette réflexion collective animée au sein de la Commission spécialisée en santé mentale réunie en configuration élargie s'accordent dès l'ouverture sur l'objectif général qui ne consiste pas à s'engager sur un travail exhaustif ou « tous azimuts » à l'image de ce que fut la feuille de route du PRS 2, mais à se concentrer sur quelques thèmes sélectionnés pour leur particulière importance. Il revenait donc à cette commission de dégager quelques pistes jugées vraiment prioritaires dans le champ de la santé mentale et à inviter l'Agence Régionale de Santé d'Île de France à concentrer plus particulièrement ses efforts pour que, sur ces quelques thèmes au moins, les choses évoluent vraiment de manière significative au cours des prochaines cinq années.

Pour l'ensemble des participants qui partagent le constat dramatique d'un diagnostic qui par rapport à celui effectué en 2018-2019 dans le cadre des travaux du Projet Territorial de Santé Mentale n'a fait que s'aggraver plus encore sur la plupart des points. Les quelques axes de travail retenus seront tout à fait déterminants pour éviter, autant que faire se peut, l'effondrement ou l'implosion d'un système qui craque de partout.

Ces réflexions se seront appuyées sur celles qui ont été menées depuis deux ans dans le cadre des groupes de travail du PTSM sur les thématiques de la périnatalité, de la santé mentale des enfants, de celle des adolescents, des parcours sanitaires des adultes et des parcours de vie et de rétablissement.

Il s'avère que quelle que soit la pertinence des actions entreprises ou dispositifs mis en œuvre à l'échelle départementale, ils ne peuvent compenser à eux seuls la détérioration générale de la situation de la psychiatrie et plus encore de la pédopsychiatrie mais aussi celle qui concerne la grande majorité des acteurs de l'accompagnement social des personnes confrontées à des difficultés relevant de la santé mentale.

La conclusion des échanges déclinée dans les lignes qui suivent suggère qu'un effort colossal doit être engagé et concentré sur quelques axes particulièrement prioritaires pour étayer la partie du système de santé dédiée à la santé mentale.

Il est également rappelé que si la logique d'un PRS qui est de définir des orientations pour les cinq prochaines années est une occasion à saisir pour sortir d'une logique de court-termisme le plus souvent très néfaste, sur certains des points abordés l'urgence à faire bouger les lignes ne donne pas cette marge de manœuvre et un changement de politique doit être envisagé sans aucun délai.

Concrètement, les axes jugés particulièrement prioritaires sont au nombre de sept.

Dans un ordre arbitraire, le premier concerne les capacités en lits d'hospitalisation et plus particulièrement dans une perspective de réponse aux situations d'urgence.

Tout en étant parfaitement conscients du fait que les fermetures de lits dans les établissements hospitaliers sont dues en grande partie au manque de personnel pour les garder ouverts, cette situation qui conduit à une embolie totale de toute la chaîne de prise en charge est à ce stade intenable pour les équipes en charge de ces situations d'urgence. Si cela est très problématique en psychiatrie adulte, c'est tout à fait dramatique et intolérable en ce qui concerne la situation des enfants et surtout des adolescents, âge des crises graves liées notamment aux pathologies émergentes.

Le chantier est terriblement complexe mais l'absence de solution d'aval pour une équipe qui a en charge l'accueil d'urgence d'un jeune en crise (ou de toute autre personne) est intolérable pour toutes les parties prenantes, le patient, sa famille et l'équipe de soins. Par « effet dominos » c'est toute la chaîne qui va des lits d'urgence jusqu'aux solutions d'hébergement accompagné dans la cité en passant les lits de soins et les places dans les établissements médico-sociaux qu'il faut repenser et restructurer. Ce chantier est une priorité absolue.

Le second concerne la vaste question des ressources humaines en santé. S'il est évident que cela ne relève pas exclusivement, loin s'en faut, de la seule Agence Régionale de Santé, tout ce qui pourra être fait à l'échelle régionale (ou départementale) devra l'être.

Au-delà des données brutes de la démographie médicale sur nos territoires, le nombre de postes vacants dans la plupart des métiers ou des spécialités (pédopsychiatres, psychiatres, infirmières, aides-soignantes, psychologues, etc.) et dans la plupart des établissements ou équipes de soins est dramatique. Presque partout la question est de savoir comment faire tenir les équipes restantes face à cette pénurie de personnel. Là encore le sujet est complexe et engage à une réflexion qui va de la revalorisation sociale et financière des professions à une évolution des pratiques qui pour beaucoup, et de l'avis général, ont trop glissé d'un équilibre entre le « cure » et le « care » contributif du « sens » qui fait les vocations à une course aux actes aggravée par une charge administrative toujours plus lourde qui ne laisse plus le temps à la relation aux patients si fondamentale pour préserver ce « sens » de la pratique professionnelle.

Cette dimension éthique de la problématique qui conduit souvent plus que les raisons financières au désengagement dramatique des professionnels de santé se pose aussi en médecine de ville. Or, comme il sera développé en abordant un autre axe prioritaire, les acteurs de la médecine de ville et singulièrement les médecins généralistes sont tout à fait indispensables à la prise en charge de la santé mentale qui ne relève pas exclusivement, là encore loin s'en faut, que de la psychiatrie.

Aucune organisation pertinente ne peut être imaginée dans un tel contexte de pénurie de professionnels. Tout imaginer pour inverser les tendances au plus vite en ce qui concerne l'affaiblissement des ressources humaines du système de soins en santé mentale est aussi une priorité absolue.

Comme évoqué dans le point précédent, la prise en charge des troubles relevant de la santé mentale déborde largement des seules situations qui nécessitent l'intervention de la psychiatrie et sont pour une grande partie du ressort de la médecine générale en lien avec d'autres professionnels de santé ou du social.

Pour autant, dans de très nombreuses situations l'articulation des interventions et les liens et échanges entre les professionnels de la psychiatrie et ceux de la médecine de ville sont indispensables et souvent leur fragilité actuelle est un réel handicap. Il convient donc de travailler à l'amélioration de ces relations en imaginant des temps et des modalités de partage et d'échanges qui soient compatibles avec les pratiques professionnelles des différents acteurs. Cette piste d'action prioritaire part du principe que le secteur de la psychiatrie ne sortira pas de ses difficultés sans s'ouvrir vers des partenariats solides avec d'autres acteurs du sanitaire ou du social. Travailler sur ce troisième axe est également tout à fait prioritaire.

Pour ce qui est du quatrième il concerne la formation des familles et des aidants qui sont des « relais » essentiels, et aborde à ce sujet la fonction des « pairs aidants » et des « médiateurs ».

L'appui par ces professionnels particuliers des équipes de soin est jugé indispensable si l'on souhaite réellement orienter les prises en charge vers le rétablissement des personnes concernées.

En reprenant la définition de référence au Québec, « le pair-aidant, fait référence à un membre du personnel vivant, ou ayant vécu, un trouble de santé mentale. A partir de son expérience de la maladie et de sa compréhension de son propre processus de rétablissement, il aide ses pairs à surmonter les obstacles et à identifier ce qui les aide à se rétablir ». Il est à noter qu'en Val de Marne cette définition a été étendue (comme au Québec) aux membres des familles des usagers qui peuvent avoir le même type d'intervention, dans la même logique, avec d'autres proches d'usagers de la psychiatrie et de même qu'il est souhaitable de développer la pair-aidance entre usagers il est aussi nécessaire de développer la pair-aidance entre aidants familiaux.

Les différents axes prioritaires proposés par le CTS du Val de Marne étant tous interconnectés, il n'est nul besoin de développer combien cette proposition d'investissement prioritaire aurait, si elle est suivie d'effet, un impact positif sur les hospitalisations ou crise évitables, l'appui aux équipes confrontées à une pénurie de personnel, l'étalement du travail des médecins généralistes auprès des patients et leur famille, etc.

Tout ceci justifie donc que cet axe de travail figure dans les quelques priorités sur lesquelles devrait se concentrer la politique sanitaire régionale en santé mentale au cours des prochaines années.

Le cinquième et le sixième axe sont relatifs à la prévention au sens large et à la lutte contre la stigmatisation. Ces deux axes sont à mettre en lien avec la contribution du CTS du Val de Marne

spécifiquement dédié à la prévention en général mais pour y déployer des actions spécifiquement en lien avec les enjeux de la santé mentale. Point n'est besoin de développer davantage.

Enfin, le septième axe concerne le thème des Conseils Locaux de Santé Mentale.

La faiblesse du maillage territorial en CLSM en Val-de-Marne comme ailleurs est un handicap sévère quand il s'agit de déployer l'approche en santé mentale qui consiste à passer du cloisonnement stérile des différents champs ou institutions à la transversalité et la collaboration pluri professionnelle et pluri-institutionnelle, idée force de tous les PTSM.

Depuis plus de vingt ans et particulièrement au cours des dix dernières années la volonté affichée et affirmée de déployer au maximum ces dispositifs dont l'efficacité n'est plus à démontrer aura été constante tant au niveau national que régional ou départemental. Mais force est de constater que cela n'aura pas suffi pour passer de l'intention à la réalisation. Aujourd'hui il est indispensable de changer de stratégie en imaginant d'autres formes d'organisation et de pilotage pour ces dispositifs.

Cela fait l'objet d'une proposition d'expérimentation en Val de Marne dans le cadre des fiches-action du Projet Territorial de Santé Mentale mais ne pourra s'envisager que si cette volonté d'innovation est partagée et soutenue politiquement et financièrement au niveau régional. En faire un élément fort du PRS pour les cinq prochaines années semble, là aussi, tout à fait prioritaire, sans quoi il y a peu d'espoir de voir les choses évoluer, ce qui serait navrant.

Ces sept axes de travail ne représentent évidemment pas une liste exhaustive de ce qu'il convient de faire pour résorber la crise grave que traversent la psychiatrie publique et l'ensemble du système de santé au sens large pour ce qui est de la santé mentale mais nous pensons qu'ils représentent des enjeux majeurs à traiter en priorité absolue pour faire face aux enjeux majeurs du diagnostic partagé.

Les déterminants sociaux de la santé

La nécessité de la mobilisation des politiques publiques en faveur de la santé et/ou, ce qui revient pratiquement au même, celle de l'action sur ce qu'on appelle les déterminants de la santé, sont affichées depuis maintenant longtemps par les pouvoirs publics.

Mais force est de constater que, soit par manque d'ambition et de volonté, soit par impréparation méthodologique et très certainement la combinaison des deux, l'échec institutionnel dans ce domaine est patent.

Ce qui suit propose, dans le cadre de notre contribution au futur PRS, d'enjamber cette difficulté en conjuguant interventions sur les déterminants de la santé et lutte contre les inégalités sociales et territoriales, c'est à dire d'aborder ce qu'en épidémiologie on dénomme les déterminants sociaux de la santé.

Ceci via une démarche conventionnelle articulant, sur la durée du PRS, santé publique et développement social et donc les acteurs légitimes de ces deux composantes de l'action publique, chacun de ces acteurs contribuant à la concrétisation d'une logique "gagnant/gagnant". En effet, le développement social sans l'accès à la santé perd de son efficience et la santé sans l'accompagnement social est trop souvent impossible.

Au cœur de ceci se trouvent deux enjeux essentiels qui se complètent : les inégalités constituent un obstacle majeur au plein exercice de la démocratie sous toutes ses formes comme un frein à l'épanouissement de la personne humaine.

Le premier thème, celui de la mobilisation des politiques publiques pour la santé, figure comme l'un des six axes proposés par l'ARS pour le contenu du PRS 3, sous l'intitulé suivant: "fédérer les acteurs autour d'objectifs partagés pour promouvoir la santé dans toutes les politiques publiques".

Alors que dans les priorités retenues, toujours pour le PRS 3, figure l'objectif : "la réduction des inégalités sociales de santé, le pouvoir d'agir et la territorialisation des actions".

Il paraît donc tout à fait opportun de conjuguer l'un des quatre thèmes de la contribution du CTS du Val de Marne au PRS 3, à savoir l'action sur les déterminants de la santé ou la mobilisation des politiques publiques pour la santé d'une part et, d'autre part, la lutte contre les inégalités sociales et territoriales, "fil rouge" de la démarche générale proposée par ce même CTS.

En s'attachant à ce que l'on appelle en épidémiologie, les déterminants sociaux de la santé, soit l'articulation entre la production des sciences sociales et celle de l'épidémiologie, domaine où notre pays, comparativement aux pays anglo-saxons notamment, a accumulé d'ailleurs un retard certain du point de vue de la recherche.

Il convient de noter parallèlement que cette préoccupation apparaissait d'ores et déjà parmi les cinq axes du PRS 2 selon la formule : "Inscrire la santé dans toutes les politiques publiques" avec un plan d'action qui reposait à l'époque plutôt sur les moyens d'information entre les

différents acteurs à l'échelon de la région que sur une réelle coordination des politiques publiques.

Mais, faute d'évaluation, à ce jour, du PRS 2, il est difficile de quantifier précisément ce que la mise en application de ce plan d'action a permis.

Quant au PRSE 3, selon le bilan effectué en octobre 2022, la démarche conçue avec l'ADEME au titre des politiques d'aménagement, a consisté essentiellement à la prévention des expositions environnementales des femmes et des jeunes enfants dans les centres de consultation (dont celui du CHI de CRETEIL), via la formation des professionnel.le.s de santé et de la petite enfance et, parallèlement, à l'accompagnement de deux collectivités locales dans leurs établissements d'accueil de la petite enfance.

L'approche politique qui se fonde sur les déterminants sociaux de la santé, sur la base de ce qui a été fait jusqu'ici sur cette problématique, mais surtout de l'enjeu qu'elle implique quant aux objectifs à proposer au contenu du PRS 3, donc dans une démarche à moyen terme permettant de dépasser l'immédiateté des questions conjoncturelles, s'avère donc totalement opportune.

Ceci pour plusieurs raisons qui se cumulent.

Tout d'abord, le fait que l'Île de France, si elle est la région la plus développée sur le plan économique dans l'Europe des 27 en concentrant 4% du PIB européen, est aussi la région de France où les inégalités sociales et leurs incidences sur la santé sont les plus fortes.

Ensuite, le fait que les inégalités sociales de santé perdurent et s'accroissent à l'encontre des valeurs républicaines qui devraient gouverner toutes les politiques publiques comme le concept de cohésion sociale qui s'exprime, selon BOURDIEU, par les liens et les solidarités entre les groupes au sein d'une société.

Ainsi, l'étude de la DREES, mise à jour à la mi-octobre dernier, souligne que l'état de santé de la population connaît "une évolution contrastée parcourue de fortes inégalités", avec un amoindrissement de la croissance de l'espérance de vie sur dix ans (hors baisse conjoncturelle liée au COVID en 2020), avec une espérance de vie sans incapacité à 65 ans qui ralentit aussi mais qui progresse plus rapidement que l'espérance de vie à 65 ans, avec des inégalités sociales de santé qui se manifestent dans l'apparition de maladies chroniques qui surviennent et touchent plus fréquemment les personnes à faibles revenus. La « révolution épidémiologique » selon laquelle les maladies chroniques prennent le pas dans les pathologies en général, s'appliquerait donc de façon différenciée selon les catégories sociales.

Comme l'incidence, toujours selon la DREES, chez les 15 ans et plus, de la dépression qui varie du simple au double selon le niveau de vie, ceci à titre d'illustration.

Ces données nationales sont confirmées par le document produit en mars 2023 par l'ORS Île de France dans le cadre de la préparation du PRS 3.

L'ORS souligne en effet que "la crise du COVID a creusé les inégalités sociales et territoriales de santé qui préexistaient et qui touchaient déjà les principales causes de mortalité et de morbidité que sont l'obésité et le diabète, les maladies cardio-vasculaires et dans une moindre mesure les cancers."

Ou encore que "si la mortalité prématurée avant 65 ans est en moyenne la plus faible de toutes les régions métropolitaines, celle-ci présente toutefois des inégalités sociales et territoriales de santé très importantes : elle varie de -50% à +34% selon les cantons franciliens par rapport à la moyenne régionale."

Ou enfin que "la région présente des situations de grande précarité qui sont en augmentation. Ces populations restent invisibles dans les statistiques publiques mais n'en demeurent pas moins très marquées par une forte mortalité prématurée, des pathologies chroniques aggravées, une prévalence des maladies infectieuses importante, une santé mentale fragilisée touchant les plus vulnérable (enfants, femmes, et exilés)."

Il convient de noter à ce propos que la dégradation des indicateurs de santé est observable également en Grande Bretagne et que les déterminants sociaux de la santé y jouent un rôle plus important que le système de soins stricto sensu, comme l'a démontré le rapport MARMOT.

S'attacher à la prise en compte des déterminants de la santé s'avère donc essentiel.

En les distinguant des facteurs de risque (du type tabagisme = cancers, par exemple) proprement dits pour comprendre comment se génèrent ces constats aussi différents dans les champs de la santé et s'attaquer donc à leurs origines, aux mécanismes qui les caractérisent.

En prenant pour ceci le concept de santé au sens vrai, incluant la prévention comme l'accès aux soins et la qualité de ces derniers.

En mesurant l'impact d'un recours tardif au système de soins comme l'incidence d'une couverture maladie complémentaire.

Et en intégrant la diversité des facteurs socio-économiques comme le revenu ou le patrimoine, l'éducation et la profession, le logement, l'accessibilité aux équipements collectifs, l'isolement social, l'ethnicité, comme le souligne Marcel GOLDBERG dans ses travaux d'épidémiologiste.

Et en retenant l'essentiel des préconisations formulées par le groupe thématique " inégalités sociales de santé, observations et propositions", rattaché à la CRSA. A savoir :

- tirer tous les enseignements de la crise COVID par la mise en application opérationnelle contre les inégalités
- construire des stratégies d'alliances entre les acteurs pour dépasser les logiques de "silos"
- cibler les populations les plus vulnérables du fait de la fracture numérique et/ou de l'absence de mobilité

- renforcer les logiques "d'aller vers" et de "ramener vers"
- identifier les processus de discrimination et de stigmatisation qui participent à la construction des inégalités et éloignent les populations de leurs droits...

Cette démarche axée sur les déterminants sociaux de la santé doit par ailleurs être distinguée de celle qui préside à l'élaboration du prochain PRSE puisque cette dernière se focalise par essence sur les enjeux environnementaux, au sens strict du terme. De même, elle est d'une autre nature que la démarche du PRAPS qui concerne quant à elle les personnes les plus démunies (listées par l'ARS comme étant principalement : les personnes sans chez soi, les jeunes en errance, les migrants, les personnes en situation irrégulière, les travailleurs saisonniers, les gens du voyage, les détenus, les personnes en situation de prostitution, les familles monoparentales).

Si l'ARS fait sienne cette priorité qui est de prendre concrètement en considération les déterminants sociaux de la santé dans le contenu du futur PRS 3, ceci implique pour les cinq ans qui viennent le déploiement progressif d'une démarche sans aucun doute inédite avec ses partenaires, au premier rang duquel les collectivités territoriales, Région, Départements et Communes, et spécifiquement dans le cadre institutionnel de la Métropole du Grand Paris, les Etablissements publics territoriaux.

De toute manière, les collectivités territoriales comme les établissements publics de coopération intercommunale à statut particulier que sont, en Ile de France, la Métropole du Grand Paris et les Etablissements publics territoriaux, développent toutes et tous des politiques qui ont dans leur quasi-totalité des incidences sur la santé.

Mais en privilégiant toutefois les Départements et les Communes compte-tenu de leurs capacités opérationnelles, sans sous-estimer les limites qu'elles rencontrent, dans les champs de l'action sociale, indispensables à la cohérence d'ensemble.

Et aussi parce que les politiques départementales comme communales s'exercent dans la proximité, facteur d'une prise en compte au plus près des besoins comme facilitant l'intervention citoyenne, c'est à dire l'expertise du quotidien indispensable à la réussite de toute politique publique

Sans oublier, bien évidemment, les autres services de l'Etat dont ceux chargés de l'éducation et de la politique de la ville et le mouvement associatif dont le réseau des associations caritatives dont l'activité complète celle des services publics.

Les contrats locaux de santé et les conseils locaux de santé mentale constituent des leviers intéressants pour favoriser la prise en compte des enjeux santé dans toutes les politiques au niveau local et agir sur les inégalités sociales et territoriales de santé. L'approche intersectorielle proposée dans ces démarches permet d'activer des leviers d'actions dans le champ sanitaire (prévention, accès aux soins...) mais également dans d'autres politiques sectorielles impactant la santé (éducation, action sociale, logement, habitat, aménagement urbain...). Il convient de conforter ces démarches à travers un pilotage renforcé, une mobilisation plus importante des politiques publiques non sanitaires et une coordination locale solide.

La prise en compte des déterminants sociaux de santé est également centrale dans les contrats de ville engageant l'Etat les collectivités et de nombreux partenaires. Ces contrats arrivent à terme en fin d'année 2023 et sont actuellement en cours d'évaluation. Actuellement, la santé ne constitue pas un pilier à part entière des contrats de ville mais est intégrée au pilier cohésion sociale. Dans les contractualisations à venir, il convient d'affirmer de manière plus forte la place de la santé (pilier dédié à la santé en articulation étroite avec les autres piliers).

Postface

Notre contribution au contenu du PRS 3, en application des dispositions législatives du code de la Santé publique est essentiellement motivée par la nécessité de faire face à la crise profonde que connaît notre système de santé dans la plupart de ses composantes.

L'heure est effectivement très grave comme le confirme la poursuite du creusement des inégalités sociales et territoriales face à la santé, la situation catastrophique que connaissent nombre de secteurs de l'offre de soins, notamment dans le champ de la santé mentale, l'épuisement professionnel et déontologique que vivent les actrices et acteurs de la santé, l'impact du manque d'anticipation qui caractérise la conduite de la plupart des politiques publiques étatiques et notamment celle consacrée à la santé.

Penser qu'un miracle viendrait d'en haut, via une programmation centralisée, fondée sur l'exercice d'un "jacobinisme éclairé", serait très certainement illusoire. Parce que le centralisme ne correspond plus à la complexité de la société française de nos jours. Ou alors, il ne servirait prioritairement qu'à la maîtrise budgétaire ce qui serait peu enthousiasmant.

En revanche, inverser la démarche globale, faciliter les expérimentations issues du terrain, définir des méthodes qui permettent la cohérence de l'intervention des différents métiers en dépassant les logiques trop souvent institutionnelles et en créant un écosystème de soins pertinent et produisant de ce fait de la santé, faire appel à l'expertise du quotidien via l'expression réelle des usagers et à l'intervention citoyenne, tout cela constitue des pistes qui ont été trop souvent ignorées, voire méprisées.

A partir de notre contribution au PRS, contribution que nous avons voulu construire en faisant appel aux compétences qui existent au-delà de sa composition légale, notre CTS entend poursuivre l'exploration et la mise en pratique de ces pistes, porteuses d'une innovation indispensable dans le contexte actuel qui est le nôtre.