



COMPTE-RENDU DU GRSM du 17 avril 2023

PARTICIPANTS :

GRSM CTS et CRSA: voir tour de table et tour d'écran (infra)

ARS : Sophie MARTINON, Nicolas NOIRIEL, Dr Daniel PINEDE, Gwendal BARS, CHIN Wuthina, Anne VENRIES, Arnaud BLANDEYRAC

Rappel de l'ordre du jour du GRSM :

La santé mentale dans le PRS 3 : présentation des orientations et discussions

En préambule, JF HAVRENG insiste sur les déterminants de la bonne santé, c'est-à-dire l'accès du plus grand nombre, voire de tous, au logement, à l'éducation, aux activités sportives, aux loisirs, à l'accès aux droits, à la citoyenneté, aux soins somatiques, aux soins psychiques et psychiatriques.

Il précise qu'il s'agira d'inscrire les travaux dans le temps et plus spécifiquement lors de cette réunion, d'inviter les coordonnateurs de Projets Territoriaux de Santé Mentale des différents territoires, les présidents de CTS, les présidents de commissions spécialisées santé mentale et les présidents des représentants des formations des usagers.

Le compte rendu est adopté à l'unanimité des présents, sous réserve de la modification suivante proposée par Michel GIRARD : Page 3 : programme psycho éducatif pro familles qui concerne **les proches** des personnes souffrant de schizophrénie

-Tour de table et tour d'écran :

En visio : Gwendal BARS DSP de l'ARS, responsable du département politiques territoriales en promotion de la santé, Barthélémy SCHARR, coordonnateur du PTSM 75, Professeur Emmanuelle CORRUBLE psychiatre au CHU de Bicêtre et présidente de la collégiale des psychiatres à l'APHP, Claude CHAUMEIL représentant le CTS 75, Karine SALMAND membre du CLUB HOUSE Paris, Andrew CANVA coordonnateur du PTSM 94, Daniel Quagliaroli Président de la FSU du CTS 91, Lea CESBRON du Département 93 Direction de l'Autonomie, Hélène VIDAL coordonnatrice du PTSM Yvelines sud, Y TALHOUARN président du CTS 94, Thomas RAAL coordonnateur du PTSM 91, S GAUTIER du CROM IDF, Bernard ELGHOZI URPS Médecin et président de la commission santé mentale du 94

En présentiel : Jean-François HAVRENG, Fatima EL KADAOUI coordinatrice du PTSM 92, Caroline JEGOUDEZ coordinatrice PTSM Yvelines Nord, Pascal FAVRE, psychiatre à l'Hôpital Ville-Evrard et président de la commission Santé mentale du CTS 93, Michel GIRARD et Catherine BROUTIN UNAFAM

-Ouverture de Sophie MARTINON Directrice Générale adjointe :

Elle se dit ravie de s'exprimer devant le groupe de travail ce matin, en découvrant la diversité des profils du GRSM et la mobilisation sur un sujet structurant et d'ampleur pour les prochaines années. Elle souligne aussi que peu de CRSA ont un groupe dédié à la santé mentale alors que l'existence d'un tel groupe est extrêmement utile.

Elle présente l'état des réflexions aujourd'hui sur ce qui constituera la colonne vertébrale du PRS en matière de santé mentale et remercie par avance le groupe de pouvoir enrichir ce projet, avec des remarques, des préconisations et des questions, et de contribuer aux feuilles de route pour les 5 prochaines années

Elle souhaite partager à ce stade plusieurs messages :

- L'importance des travaux de la santé mentale et de la psychiatrie, qui constitue une priorité du prochain PRS
- Cela se traduit très concrètement dans la politique régionale d'investissement :
La prise en compte de priorités stratégiques comme par exemple à Ville-Evrard, à Saint-Maurice, au CASH de Nanterre ou à Barthélémy-Durand, dans des projets d'investissement structurants qui sont en train d'être financés et mis en place pour les 10 prochaines années.
Il y aura aussi dans le cadre de la stratégie nationale, des moyens supplémentaires sur la psychiatrie et la santé mentale. Il en sera de même pour la prise en charge des troubles du neuro-développement et des troubles du spectre autistique.
Depuis 6 mois, est travaillé par ailleurs le plan de rattrapage régional dans le secteur médico-social, , avec un taux d'équipement francilien en places ou en prises en charge (en équipes mobiles ou en structures médicosociales) qui marque un décrochage par rapport aux autres régions. Ceci a un impact sur les autres politiques publiques, comme l'école, l'aide sociale à l'enfance, la psychiatrie
- La santé mentale ne doit pas être dans un corner, et doit être travaillée le plus en amont possible, avec un accent sur la prévention, l'autodétermination des patients, et les pratiques orientées « rétablissement » avec une logique de mobilisation du droit commun et de l'ensemble des secteurs de prise en charge. La priorité de la santé mentale doit être présente dans tous les axes du PRS.
- Il faut aussi innover, chercher d'autres solutions et essayer de faire différemment pour être à la hauteur des défis les prochaines années, notamment en matière de ressources humaines
- .

Jean-François HAVRENG évoque les travaux du Haut-commissariat en santé publique : la santé mentale étant notre *bien commun* et constituant le *bien être pour tous et le bien être ensemble*. Tout ce qui le détermine doit être transversal et donc figurer dans les différents axes du PRS. Cette équité dans l'accès aux soins pour tous incite à aller vers les populations qui ont le plus de difficultés, avec une nécessité de promouvoir la créativité, l'innovation tout en dépensant à juste raison. Innover, créer ne doit pas non plus entraîner de « réinventer la roue » et il faut valoriser les dispositifs déjà existants. On va donc s'orienter vers de nouvelles façons de travailler alors qu'on a parfois encore les outils d'hier à disposition, avec un travail

en équipes, la promotion de nouveaux métiers, ceci en dépassant la prévention et les soins psychiatriques pour intégrer l'environnement dans toutes ses acceptions et de nouvelles façons de vivre ensemble.

Cela nécessitera de valoriser la solidarité entre tous et en décloisonnant pour mieux agir ensemble !

Questions :

Le docteur Bernard ELGHOZI adhère bien sûr à tous ces principes, mais depuis la création de l'ARS et même avant, et dire que la santé mentale c'est l'affaire de tous, qu'elle doit être un axe prioritaire. Mais le constat il est fait depuis longtemps et les choses s'aggravent : ainsi, sur le Val de Marne, il y a 8 lits de pédopsychiatrie ! Les vraies questions sont la question de l'aval, du médicosocial, mais aussi celle des professionnels qui manquent de plus en plus : on a des difficultés à recruter, les psychologues, les infirmières s'en vont !

Michel GIRARD rebondit sur l'importance et l'originalité de ce GRSM en IDF et indique que c'est grâce à Claude EVIN que ce groupe a pu voir le jour. Il souligne que les collectivités territoriales n'ont pas été citées jusqu'ici alors qu'elles sont prêtes à agir sur ces problématiques, notamment dans les municipalités, mais aussi les départements avec le médicosocial. Il y a néanmoins des coordonnateurs de CLSM dans le groupe, ce qui dénote l'implication des municipalités.

Pascal FAVRE souligne l'importance de ces travaux du GRSM pour travailler de concert dans l'ensemble de la région. En Seine-Saint-Denis, la situation est aussi dramatique et on ne peut parler d'équité dans l'accès aux soins, malgré l'espoir suscité par la réforme du financement de la psychiatrie pour une meilleure répartition infrarégionale. La composition de la commission d'allocation des ressources régionale reste selon lui préemptée par les parisiens intramuros avec des sièges de suppléants pour la Seine-Saint-Denis. Il va bien sûr falloir faire preuve d'originalité et de création, les psychiatres vont peut-être devenir des managers, de même que les infirmières vont devenir des infirmières de pratiques avancées. Mais ceci interroge sur le glissement des métiers, des compétences. De même dans le nouveau calendrier vaccinal 2023 les infirmières peuvent prescrire des produits pour administrer ou faire administrer les vaccins. Certaines pratiques héritées du passé doivent donc changer.

Sophie MARTINON partage ce qui vient d'être dit et notamment le fait qu'il n'y a pas de solution unique, mais on peut agir avec des projets qui ont du sens et il faut encourager et enrichir les projets qui existent déjà. Toutes les solutions ne sont pas non plus dans le champ de la santé mentale et il faut voir comment s'appuyer sur d'autres ressources avec notamment les conseils départementaux et les autres collectivités locales. Le PRS doit justement donner de la visibilité aux principales évolutions afin que chacun puisse à son niveau les intégrer et s'y préparer de la manière la plus adéquate possible.

Karine SALMAND voit à travers CLUBHOUSE PARIS des personnes en situation de handicap psychique mais se demande comment on peut trouver des solutions très nouvelles alors qu'on manque de médecins psychiatres spécialisés et il faut donc accroître les ressources à ce niveau, car l'augmentation de l'offre de médecins est absolument nécessaire.

Une intervenante évoque un point d'alerte : la notion de responsabilités est à prendre en compte et on ne peut confier certaines situations à des psychologues ou des infirmières et qu'en est-il de la responsabilité sur différents aspects ; la construction du projet de soins, les traitements médicamenteux, la décision de sortie. Ainsi, sur la prise en charge

pédopsychiatrique, la difficulté est que des jeunes arrivent aux urgences pédiatriques et il y a un déplacement de la responsabilité sur les équipes en psychiatrie qui sont en souffrance.

JF HAVRENG évoque la question du repérage, des classifications de ce qui était psychiatrique auparavant ou ce qui était psychiatrie auparavant devient neuro-développemental relevant de la pédiatrie. D'où des aspects complexes qui justifient de travailler ensemble pour traiter de ces questions.

Nicolas NOIRIEL propose une mise en perspective des différents documents rédigés et adressés par mail aux membres du Groupe, pour illustrer comment la santé mentale est déclinée dans l'ensemble du PRS et revenir sur les orientations ensemble pour en discuter plus en détail (voir diaporama).

Tout d'abord, quand on évoque le PRS, il y a le Cadre d'Orientation Stratégique à 10 ans, le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'accès à la Prévention et aux Soins.

C'est sur le SRS que va porter l'analyse.

La santé Mmmtale est une des 2 priorités thématiques avec la Périnatalité. Le PRS fixe le cap, qui loin de constituer une fin, marque une nouvelle étape. Il doit guider les travaux et discussions du GRSM, mais plus largement dans les instances de démocratie sanitaire et territoriales, afin que les orientations sont à la fois territorialisées et opérationnelles.

Il s'agira de construire ensuite des feuilles de route.

Si on regarde de manière globale le PRS, il est structuré autour de 6 axes :

- La prévention et la promotion de la santé et le pouvoir d'agir
- Les parcours de santé et les besoins des patients
- Les territoires et l'accès à l'offre de soins
- La politique régionale des ressources humaines en santé
- La gestion, la prévention et l'anticipation des crises
- L'inscription de la santé dans toutes les politiques et l'action sur tous les déterminants

La santé mentale va irriguer l'ensemble des axes, avec des parties dédiées à la santé mentale sur lesquelles la réunion va permettre d'échanger en détail, mais il y aura des préoccupations qui vont irriguer l'ensemble des autres parties, qui sont encore en cours de stabilisation.

Dans l'axe 1, il y a par exemple un axe consacré à la prévention de la santé mentale et des approches populationnelles consacrées à la santé de l'enfant, à des personnes sous-main de justice, à des personnes en situation de précarité.

Dans l'axe 2, il y a une fiche d'ensemble consacrée à la santé mentale.

Dans l'axe 4, consacré aux RH en santé, il y aura des actions spécifiques sur la santé mentale.

Dans l'axe 6, la santé mentale sera développée dans tous les partenariats structurants pour la région avec des éléments rédigés pour en discuter au sein du GRSM.

Les membres du GRSM auront jusqu'au **28 avril** pour réagir de manière complémentaire avec des contributions à produire si nécessaire, l'objectif étant d'avoir un PRS adopté au 1^{er} novembre, les consultations étant ouvertes à partir de mi-juillet.

Les éléments à partager :

- **Les principaux éléments de diagnostic et d'enjeux (voir fiche correspondante) :**
 - La santé mentale est conçue comme partie intégrante de la santé des Franciliens.
 - Une pluralité et une complexité de ses déterminants, d'ordre individuel, social et structurel.
 - Une période marquée par une altération de l'état de santé mentale de la population francilienne, tout particulièrement des jeunes, même avant la crise sanitaire.
 - Une période charnière de l'adolescence et le début de l'âge adulte dans la détection et prise en charge des troubles psychiatriques, en particulier des psychoses et troubles schizophréniques, avec des prises en charge encore trop tardives.
 - Du fait de ses spécificités socio-économiques, une région tout particulièrement concernée par la vulnérabilité accrue de certaines populations (personnes en situation de précarité, personnes migrantes, personnes isolées, étudiants).
 - Malgré cela, un niveau de recours aux soins régional inférieur à la moyenne nationale, et de fortes inégalités territoriales au sein de la région.
 - Une région en proportion plus dotée en ressources humaines que le reste du territoire, mais très inégalement selon les territoires de la région et qui reste en deçà des besoins
 - Des perspectives démographiques médicales très défavorables et des difficultés de recrutement concernant l'ensemble des professions (infirmiers, orthophonistes, assistants sociaux...). Le nombre de postes d'internes en psychiatrie ouverts est aussi assez loin de répondre aux départs à la retraite des professions.

- Michel GIRARD indique que ne sont pas évoquées les questions d'amont de la crise qui sont pourtant développées dans les PTSM et qui sont cruciales pour les familles et les élus : comment accéder aux soins, en cas d'urgence de crises ?

La santé mentale dans le PRS 3 : présentation des orientations et discussions

- **Le Panorama par grands axes : Les principaux objectifs :**

1- Promouvoir la bonne santé mentale, agir sur ses déterminants multiples, et prévenir et repérer précocement les troubles psychiques

Ces priorités viennent en complément de l'axe 1 (prévention et de promotion en santé mentale avec le développement des compétences psychosociales, la généralisation des premiers soins en santé mentale et la structuration de la prévention du suicide) et de l'axe 6 (santé mentale dans la déclinaison territoriale de la politique et des partenariats régionaux que ce soient l'Education Nationale, les services des Préfectures, les collectivités territoriales avec les actions sur les déterminants). Il s'agit de poursuivre la bonne articulation entre les conseils locaux de santé mentale, les PTSM qui ont été initiés par la loi de 2016.

Questions et prises de position :

Les collectivités locales se trouvent confrontées aux mêmes problématiques de recrutement que dans la santé. Or elles souhaitent qu'on réponde à leurs demandes, or il n'y a plus d'assistantes sociales dans les hôpitaux psychiatriques par exemple.

Les CCAS sont aussi confrontés à un manque de moyens humains, avec des travaux à flux tendus, comme on l'a vu lors de la période COVID.

Les CLSM pour bien fonctionner dépendent de la volonté des élus et ceci dans le temps, par ailleurs il a pu juger de l'intérêt de l'appui aux CCAS pour des actions de promotion de la santé, mais le coordonnateur a aussi très peu de latitude de décision et il doit y avoir un recadrage et une allocation de ressources augmentée pour favoriser ces actions de manière pérenne.

Les associations de santé communautaire relèvent des approches de santé par les pairs, réalisées par les associations locales de proximité, ou des groupes de personnes concernées par une problématique commune, etc. Ainsi CLUB HOUSE est une association communautaire, comme une association de quartier ou des associations de parents d'élèves d'une école, la Maison Perchée. L'idée de cette démocratie participative, c'est l'approche par les pairs, l'approche par les personnes concernées, par les habitants d'un territoire...

Les CLSM relèvent de l'approche communautaire en santé quand ils intègrent notamment les associations locales et les acteurs concernés par les problématiques de santé.

Le groupe du CLSM se réapproprie les décisions dans le champ de son parcours de santé. Il y a un lien entre la communauté et la promotion de la santé.

Il faut pour les CLSM réfléchir à ce qu'on en attend, car les coordonnateurs de CLSM tournent à une vitesse importante, parfois tous les ans. Donc ces personnes de bonne volonté ne peuvent rester en poste, alors qu'il est nécessaire de s'appuyer sur eux.

Pour d'autres membres du GRSM, celui-ci devient un acteur de la santé tout court pour prendre soin de la santé des habitants d'une commune avec tous les acteurs et ils ont fait la preuve de leur efficacité.

Réponse de Gwendal BARS :

L'Agence indique que ce constat est partagé et quelques actions ont été portées sur la pérennisation avec des financements pluriannuels, tandis que le portage politique implique de travailler avec les associations d'élus et les directions générales des collectivités et ceci figure bien dans une fiche correspondant à l'axe 6 de la santé dans toutes les politiques.

Il est important de re préciser ce qu'est un CLSM et à quel titre le soutien financier de l'Agence intervient. La coordination c'est le soutien à l'ingénierie de projet et c'est à ce titre qu'ont été ciblés les financements de CLSM et les financements d'actions sont faits au cas par cas.

L'Agence considère que ces propositions de faire du CLSM un acteur de la santé doivent être portées au niveau national dans un plaidoyer auprès du Ministère.

La difficulté en santé mentale et dans le médicosocial est d'être en phase avec les terminologies de l'OMS. Il faudrait donc faire œuvre de pédagogie dans le PRS pour définir les termes et s'inspirer de l'étranger pour faire du benchmark.

De même, la réhabilitation psychosociale dans le 92 a nécessité, précise JF HAVRENG, de faire une enquête vers les citoyens, les opérateurs, etc. car certaines personnes assimilaient cette notion à un détenu quittant l'univers carcéral pour retrouver une place dans la cité.

Sur le développement de l'information, il doit y avoir pour Karine SALMAND la prise en compte d'une dé stigmatisation. Il faut aussi réfléchir aux lettres de recommandation des médecins vers les psychiatres.

En ce qui concerne le rétablissement, il faut que chacun retrouve sa place dans la cité, mais aussi qu'il soit reconnu comme quelqu'un qui apporte quelque chose aux autres et non pas

comme quelqu'un qui est déficitaire et ceci nécessite un processus d'acculturation qui va au-delà des méthodes de remédiations cognitives.

Garantir une réponse graduée aux situations de crise de l'adolescent dans chaque département, sans séparer le somatique et le psychiatrique, avec la volonté de développer la médecine de l'adolescence

Structurer la détection et l'intervention précoces des premiers épisodes psychotiques dans la région avec la volonté de travailler sur des Appels à projet d'identification de centres d'expertise et de ressources pour déployer des pratiques favorisant l'accès à cette offre de soin

Structurer la prise en charge du psycho traumatisme dans la région avec d'ores et déjà la labellisation de 2 centres régionaux (Pais Sud et Paris nord) qui doivent jouer leur rôle d'animation sur le territoire

Structurer le repérage précoce et l'expertise diagnostique des Troubles du Spectre Autistique et Troubles du Neuro Développement. Les plateformes concernent les 0/6 ans et doivent s'étendre aux enfants de 7/12 ans avec un changement d'échelle de partenaires qu'il faudra accompagner

Eléments de débat :

Une des difficultés du repérage vient après le diagnostic, du traitement et de l'accompagnement de l'enfant et des aléas venant parfois des parents qui doivent avoir un temps de métabolisation. Ensuite il faut connaître le référent du parcours de santé.

Il faut structurer une prise en charge adaptée, efficiente, sachant qu'on manque de médecins traitants, et que les pédopsychiatres accomplissent des tâches qui ne leur incombent pas.

L'accompagnement de ces parcours nécessite en effet un binôme entre le psychiatre et le médecin traitant alors que le nombre de médecins traitants libéraux installés est en baisse (la plupart choisissant le salariat ou des tâches de vacations ou d'intérim).

2. Renforcer l'offre de soins de santé mentale, en assurant une meilleure gradation des prises en charge et en améliorant l'accessibilité dans les territoires les plus en besoin

Renforcer l'accès à l'offre de premiers recours en santé mentale et l'intégration de la santé mentale aux soins primaires : poursuivre la démarche initiée de renfort des psychologues dans les structures d'exercice coordonné, dans les structures d'accueil d'hébergement et d'insertion, développer les soins collaboratifs associant médecine générale et psychiatrie

Renforcer les moyens et l'organisation des centres médico-psychologiques, adultes et infanto-juvéniles à la fois dans une logique de renfort de moyens ou sur de nouvelles organisations avec de nouveaux cahiers des charges sur les CMP Enfants et adolescents

Favoriser la coordination des parcours de soins et la prise en charge globale des patients vivant avec des troubles psychiatriques dans les établissements ou au moment des sorties, avec des liens avec les psychiatres et les médecins référents sous la forme notamment d'appels à projets

Favoriser le maintien dans le lieu de vie en favorisant les dispositifs d'aller vers, le lien avec les établissements sociaux et médicosociaux et le soutien des soins à domicile notamment dans le cadre de certains PTSM avec le développement des soins intensifs à domicile et la réduction des hospitalisations prolongées ou le maintien et l'accès dans le logement (en lien avec les bailleurs sociaux)

Éléments de débat :

La question des moyens :

L'organisation et l'optimisation des moyens des CMP peuvent être mis en exergue avant le renforcement des moyens, sachant que l'organisation des CMP diffère fortement d'un centre à l'autre.

L'ANAP a travaillé en ce sens il y a quelques années sur le management, l'organisation des tâches, la réduction des délais d'attente

La dynamique d'un « chez soi d'abord » doit être saluée avec des partenariats médico-social/sanitaire.

Il faut limiter le saupoudrage des moyens au travers des unités mobiles, car au quotidien cela crée des inefficiences.

Il faudrait donner des moyens aux centres dédiés à la prise en charge pour les adolescents

La question des mille feuilles et des coordinations :

Il y a une question de visibilité sur l'attribution des droits notamment pour les communautés 360 qui concurrencent parfois d'autres dispositifs.

Les DAC ont parfois aussi trop de compétences sur toutes les pathologies. Le CLSM est vraiment l'instance de coordination idoine dans le domaine.

Le coordinateur des parcours de santé doit en fait être rémunéré : une personne en qui la personne ayant des problèmes mentaux a confiance.

Certains professionnels ont désormais des difficultés pour intervenir : les psychologues car ils n'ont pas toujours accès à l'information et les assistants sociaux qui ont trop de dossiers à gérer.

Nicolas NOIRIEL souligne qu'il y a bien un enjeu identifié du PRS sur les coordinations et la lisibilité des différents dispositifs. La question des méconnaissances réciproques entre secteurs différents avait été pointée par l'Agence. Les strates en effet se multiplient, ce qui ne facilite pas l'appropriation de ces dispositifs. Mais la fonction de case manager est à maintenir, comme l'opportunité de mobiliser les DAC. Il faudra donc affiner l'analyse sur ce point-là.

Au sein des structures non médicalisées comme le CLUB HOUSE, il y a une volonté de recenser tous les dispositifs à disposition des usagers et d'informer. Concernant les idées nouvelles à se réorganiser avec les moyens que l'on a, il y a un problème de ressources nouvelles à tous les niveaux et les nouvelles technologies ont leurs limites. Sur l'information, il faut développer une stratégie de communication pour clarifier toutes les ressources disponibles.

Daniel QUAGLIAROLI: il faut penser différemment l'exercice médical. Il y a un problème des ressources humaines et il faut penser le transfert de responsabilités entre les différentes professions. Il faut aussi parler d'un plan de sauvegarde de santé qui dépasse la santé mentale.

Sur les formations qui ont été évoquées au CTS de l'Essonne, il pense qu'il faut décentraliser l'APHP avec des correspondants référents au niveau des centres hospitaliers et être plus coercitif dans les territoires sous dotés et que les stagiaires qui viennent faire leurs stages dans les territoires aient un tutorat adapté et soient incités à y rester.

Il doit y avoir aussi une non concurrence entre les différentes professions de santé dans les territoires avec des gentleman agreement pour les dotations en internes et externes, en étudiants aides-soignants, infirmiers.

Michel GIRARD indique qu'en matière de formation, il y a une grande collaboration entre le Conseil Régional et l'ARS sur la définition de tutorat notamment.

Nicolas NOIRIEL confirme qu'il y aura dans l'axe 4 des développements sur la formation avec la volonté de mieux s'articuler avec les interlocuteurs d'enseignement supérieur.

Corriger les inégalités d'accès et de recours aux soins entre territoires d'Ile-de-France avec la réforme du financement et celle de mise en œuvre des autorisations avec une logique populationnelle avec une concertation au niveau d'un comité d'allocation des ressources. Dans les critères populationnels il y a la population en tant que telle avec une part des mineurs majorée, mais aussi le taux de pauvreté.

Améliorer la réponse aux situations de crise et aux urgences psychiatriques par notamment l'adoption dans chaque territoire de schémas d'organisation des urgences, très en amont avec des dispositifs d'équipes mobiles de crise, le déploiement du SAS volet psychiatrique (75 puis 78 et 94) et avec des réflexions sur les lieux d'accueil des urgences

Améliorer la prise en charge des troubles des conduites alimentaires dans la région avec la labellisation d'un premier niveau d'évaluation et d'orientation des troubles et d'un deuxième niveau de centre référent.

Améliorer l'accompagnement de la grande complexité dans la région autour des unités mobiles départementales et de nouvelles organisations avec les petites unités résidentielles qui s'adressent aux personnes vivant avec un trouble autistique.

Michel GIRARD revient sur les crises et urgences psychiatriques et se dit frappé par une réunion où étaient tous les établissements du 92 et qui mettait en lumière que c'était l'aval qui ne fonctionnait pas. Les usagers ne savent pas où s'adresser pour obtenir des réponses adaptées. Un article écrit par une bénévole de l'UNAFAM sera transmis et illustrera la façon dont on est accueilli quand on a un problème d'urgence et de crise.

Il faut veiller attentivement aux équipes mobiles qui doivent être intersectorielles pour ne pas disperser les efforts.

JF HAVRENG indique qu'il faut voir l'avant-crise avec la prévention, le dépistage mais aussi l'après-crise avec l'intervention des CLSM qui maille les intervenants.

Il s'agira de voir dans le GRSM comment mutualiser les avancées à la fois avec l'établissement des schémas départementaux des urgences et de leur mise en perspective d'amélioration.

Eléments de débat :

Question : les unités mobiles sont dispersées et ont un rapport utilité/coût peu efficient avec la réception d'une ou deux personnes par journée.

Sur les équipes mobiles Nicolas NOIRIEL souligne en effet qu'il y a une volonté de promouvoir l'aller vers et de ne pas disperser les moyens tout en homogénéisant les pratiques. Il souligne que les unités mobiles interdépartementales créées spécifiquement en réponse aux situations de grande complexité sont en nombre limité et sur un spectre plus restreint, au nombre de 3 sur l'ensemble de la région, avec une taille critique suffisante, et un renfort récent de moyens.

Question : le changement de paradigmes en psychiatrie avec l'application des réformes du financement en cours sur une base populationnelle et avec des critères socio-démographiques pour l'allocation de ressources interroge les gestionnaires.

De même la composition du CAR n'est pas suffisamment équilibrée au plan territorial et le 93 est sous représenté.

Réponse : la réforme prévoit en effet une part de financement à la file active et introduit une part importante sur un mode populationnel, qui a pour principal objectif de réduire les inégalités entre territoires d'une région. Des activités spécifiques peuvent justifier de sortir du modèle populationnel, car elles répondent mal à cette logique générale. Mais il faudra au final maintenir la logique populationnelle pour l'essentiel des activités.

Quant à la composition du CAR il y a des textes réglementaires qui encadrent les modalités de désignation des représentants des établissements, par secteur d'activité, et ce n'est pas en effet sur une logique territoriale.

Nicolas NOIRIEL détaille ensuite les leviers pour atteindre les objectifs :

Mesures et financements dans le prolongement des conclusions des Assises de la santé mentale

Objectifs de la prochaine stratégie nationale relative aux troubles du neurodéveloppement

Plan de rattrapage médico-social, en lien avec la Direction de l'Autonomie qui concerne principalement le handicap psychique et qui doit permettre de corriger les disparités territoriales au sein de la région, en offre sanitaire et médico-sociale

Politique régionale de ressources humaines en santé et plaidoyer pour les mesures à prendre au niveau national : promotion des IPA pour la santé mentale, l'universatisation en psychiatrie et pédopsychiatrie ou la formation des internes avec une répartition plus soucieuse de l'attractivité des territoires

Démocratie sanitaire et territoires (CTS, CLSM, PTSM... : dispositifs qui sont des éléments clés pour la mise en œuvre de cette stratégie.

Inscription systématique de la santé mentale dans les partenariats

Innovation et la recherche : dispositifs territoriaux de recherche et de formation et via les articles 51 porteurs de sujets innovants en santé mentale : équipes de soins collaboratifs, structures d'exercice coordonné

Questions : Les CPTS ne figurent pas dans le texte, moyen de mobiliser la médecine libérale pour étoffer les ressources humaines

Sur les situations de crise, ce sont souvent les pompiers qui sont appelés et il faudrait les associer aux premiers soins en santé mentale

3. Promouvoir le rétablissement et l'autodétermination tout au long du parcours de soins et de vie des personnes concernées par le handicap psychique : Cette partie n'est pas développée en séance.

Diffuser les soins de réhabilitation psychosociale dans tous les territoires

Poursuivre le soutien au déploiement de la médiation pair-aidance en santé mentale

Etoffer les outils et services à l'attention des familles et des proches

Soutenir l'entraide mutuelle

Réduire le recours aux soins sans consentement

JF HAVRENG remercie toutes les équipes de l'Agence qui ont permis de rendre fructueuse cette réunion du GRSM. Il insiste sur l'évaluation de toutes les actions concrètes qui peuvent émerger de ce PRS.

Il évoque une réunion du GRSM dans le courant du mois de juin ou durant l'été. Au sein du CTS 92, il y aura le 21 juin, une journée de concertation sur la deuxième moisson de fiches actions.

Nicolas NOIRIEL évoque la journée du 31 Mai qui se déroulera au Ministère en partenariat avec l'UNAFAM, Santé Mentale France et le cluster Réseau Pro familles . Le lien sera envoyé aux membres du GRSM.