

Avis de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire sur la Stratégie Nationale de Santé

La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie des Pays de la Loire a pris connaissance des perspectives tracées par la Stratégie Nationale de Santé telles qu'elles lui ont été présentées par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire dans la phase de concertation prévue par cette démarche.

Elle salue l'ambition de cet effort d'élaboration, qui doit permettre de redéfinir des objectifs simples et clairs pour notre système de santé, et les stratégies à mettre en œuvre pour y parvenir.

Ces objectifs, ainsi que les grands axes stratégiques énoncés, - prévention, priorité à l'accès aux soins et premier recours, démocratie sanitaire et déconcentration - sont partagés par notre Conférence. Ils constituent également les axes du Projet Régional de Santé des Pays de la Loire qu'elle a approuvés.

La place à donner à la gestion préventive des risques, et dans cette perspective, à l'observation, à l'évaluation, au recours à une expertise scientifique indépendante fait également consensus pour notre assemblée.

L'évolution, déjà en marche, des pratiques de prise en charge pour un meilleur accès aux soins, par le moyen d'une meilleure coordination, d'une meilleure couverture territoriale, de dispositions réglementaires adaptées, de technologies nouvelles, d'une dynamique de recherche, doit être confortée.

Enfin la démocratie sanitaire, engagée depuis le début des années 2000, doit franchir un nouveau cap. Elle doit s'approfondir par la promotion de nouveaux droits pour les citoyens, par des démarches plus résolues de consultation de la population, - qui n'auront de portée que si elles sont soutenues par une pédagogie d'éducation à la santé, et d'information sur le fonctionnement du système de soins -, et par un soutien aux instances de représentation, ne disposant aujourd'hui que de moyens insuffisants.

Notre CRSA des Pays de la Loire n'a pas souhaité émettre un avis sur l'ensemble des dispositions et actions prévues par cette Stratégie Nationale de Santé. De nombreuses contributions lui sont parvenues, comme à l'Agence Régionale de Santé, venant des usagers, des fédérations, associations, ou d'initiatives personnelles. Elles seront communiquées aux pouvoirs publics sous une forme synthétique.

En revanche, elle a souhaité émettre plus précisément trois avis, figurant ci-après :

- le premier porte sur les droits des usagers et la démocratie sanitaire,
- le deuxième sur la politique de prévention,
- et le dernier sur la santé mentale.

I - Droits des usagers et démocratie sanitaire

Cet avis portera essentiellement sur l'axe 3.3 « Impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution de notre système de santé » en se basant principalement sur l'expérience acquise sur ce sujet par la réalisation annuelle du rapport de la CRSA sur le droit des usagers du système de santé.

La notion de droits des malades doit être effectivement actualisée, avec l'évolution vers "un tronc commun de droits individuels et collectifs qui traverse tout le système de santé". Cette évolution est souhaitable, il faudra néanmoins veiller à ce que les droits actuels s'appliquent effectivement.

Dans ce domaine, il est noté certaines difficultés pour :

- l'application de certains textes. A titre d'exemple l'application de la loi « Leonetti » sur la fin de vie, a fait l'objet de nombreux commentaires dans les contributions reçues,
- les personnes en difficulté (précarité, vulnérabilité, détenus...),
- les personnes en situation de handicap quel que soit celui-ci,
- la mise en œuvre de dispositifs de médiation (personnes qualifiées, commission conciliation et indemnisation...)

L'accessibilité aux soins des personnes en situation de précarité doit être une priorité de la future loi de santé publique. La CRSA préconise les orientations suivantes :

- création d'un passeport pour les personnes souffrant d'un handicap pour l'accès aux urgences des personnes en difficulté d'élocution ou handicap sensoriel, mental ou psychique.
- simplification d'accès aux procédures administratives pour l'ouverture et le renouvellement des droits des personnes vivant en situation de précarité. La démarche « d'aller vers » les personnes (avec un référent unique) par des dispositifs adaptés ne doit avoir comme seule finalité le retour au droit commun.
- facilitation de l'accès à la santé de personnes éloignées du système, par une meilleure lisibilité et accessibilité, qui doit être corrélé à des démarches affirmées qui permettent le maintien dans les droits.

La qualité des soins et des services du système de santé est également un objectif primordial des mesures qui découleront de cette phase de consultation de la stratégie nationale de santé, en particulier avec des indicateurs de qualité et d'évaluation, accessible à tous, utilisés comme un outil d'amélioration et de pilotage pour tous les organismes du système de santé.

Une attention particulière devra être portée sur la qualité des soins et des services pour les personnes âgées. Cette préoccupation a fait l'objet de nombreux témoignages reçus.

Dans le domaine des objectifs de cette stratégie nationale de santé et de l'adaptation de la société au vieillissement, les projets développés mettent en avant la prévention et le maintien à domicile. Ces deux orientations sont conformes aux attentes de la société et des professionnels de santé mais elles ne pourront se mettre en oeuvre qu'en étroite coopération avec les institutions sanitaires et médico-sociales dont le rôle, l'organisation et le fonctionnement devront être soutenus par les politiques publiques.

L'accès à l'information, est également une priorité pour les usagers.

La CSRA, à travers sa commission spécialisée droits des usagers attire l'attention sur un certain nombre de points :

- les informations consultables par voie électronique ne sont pas accessibles à tous.
- les échanges de vive voix doivent être favorisés, en particulier le dialogue direct soignants-intervenants-patients, favorisant l'écoute, la compréhension et la confiance. Ce dialogue favorisé correspond à une forte attente, en particulier chez les personnes en situation de handicap.
- la crainte de voir dans l'évolution du DMP, l'accessibilité annoncée à ces données personnelles abandonnée ou tout au moins fortement diminuée
- l'importance de valoriser au niveau des territoires les structures d'information et de coordination. (CLIC par exemple)

La formation est une condition primordiale pour que les acteurs de la démocratie sanitaire jouent parfaitement leur rôle. A l'exemple de l'investissement important réalisé sur la région ces dernières années, pour les représentants des usagers du secteur sanitaire, il apparaît nécessaire de travailler sur la formation de membres usagers investis dans d'autres structures (Conseil de vie sociale par exemple.)

La formation des professionnels de santé, dès la formation initiale, est également un levier essentiel dans la diffusion et l'application des droits des usagers.

Pour la représentation des usagers, et l'exercice du droit collectif, il est bien noté une volonté d'améliorer cette représentation au niveau local sur une base transversale. Sur ce sujet, il faudra être attentif à :

- ne pas casser ce qui fonctionne relativement bien (CRUQPC)

- mettre en place des modes de conciliation ou médiation facilement accessibles, réactifs et compréhensibles pour tous.
- clarifier le rôle de certaines instances de démocratie sanitaire afin d'éviter les doublons
- mieux intégrer les usagers à l'élaboration et la mise en œuvre des politiques territoriales de santé, en particulier à travers les contrats locaux de santé.

La CRSA relève également la contradiction entre le souhait de transversalité et les plans déclinés en tranche populationnelle non adaptée (exemple des personnes handicapées mentales atteintes de la maladie d'Alzheimer qui n'ont pas accès au plan Alzheimer (moyens et ressources))

L'axe 3 de la Stratégie nationale de santé indique qu'au niveau régional, « le rôle **des conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA)** doit être conforté"

Cette évolution devra passer par un bilan du fonctionnement actuel de cette instance en prenant bien en compte que pour les membres actifs de la CRSA, c'est beaucoup d'investissement et d'engagement pris sur le temps professionnel et personnel.

Pour conforter ce rôle, c'est à notre avis aller vers :

- des moyens dédiés, sur lesquels le Président, les commissions spécialisées pourront s'appuyer, afin de répondre de manière indépendante aux missions dévolues à la CRSA (rapports, auto saisines, saisines de l'ARS..).
- une accessibilité facilitée aux données nécessaires aux travaux de la CRSA
- une meilleure liaison avec les conférences de territoire, et autres organismes de représentation de démocratie sanitaire.
- la possibilité de porter d'autres modes d'expression du citoyen (débats publics, panels usagers...)
- un suivi régulier avec l'ARS des avis et recommandations émis par la CRSA
- une réflexion vers un système d'indemnités lié à l'investissement «temps» pour les membres de la CRSA

II – Prévention

Pour atteindre l'objectif de **réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, de diminuer la mortalité prématurée et d'améliorer l'espérance de vie en bonne santé**, la CRSA préconise sept leviers :

1 - Pas de prévention sans promotion de la santé

C'est le préalable nécessaire pour une vision positive de la santé, pour faire accepter les messages de prévention. Il s'agit de promouvoir le maintien du « capital santé » des populations en intervenant dans les milieux de vie (école, entreprise, quartiers, communes, associations sportives...).

Il paraît nécessaire de développer l'éducation à la santé dès le plus jeune âge, dans la famille et ensuite à l'école ainsi que dans tous les lieux accueillant des enfants et des jeunes.

En centrant la stratégie sur le bien être des jeunes (de l'enfance à l'université en passant par les lieux d'apprentissage) et sur les populations en grande difficulté sociale, en termes d'accès à la prévention et aux soins on doit pouvoir abaisser le taux de mortalité prématurée évitable au regard des catégories socio-professionnelles et réduire l'écart de l'espérance de vie en bonne santé entre les catégories les plus favorisées et les moins favorisées.

2 - Des « clics » de la prévention :

Il doit être possible de localiser territorialement les acteurs de la prévention en renforçant le développement d'actions de proximité à partir des outils existants comme les maisons de santé pluri-professionnelles, les contrats locaux de santé, etc. ... pour coller au plus près de la population. Le nombre de MSP ou de CLS dans des actions de prévention pourra un indicateur quantitatif pertinent.

La démarche « d'aller vers » les publics qu'il faut pouvoir atteindre non seulement dans les lieux de formation et d'enseignement mais aussi dans les lieux qu'ils fréquentent comme les discothèques ou dans la rue.

Cette démarche suppose un maillage territorial entre les élus des collectivités, les professionnels de la santé et ceux de l'éducation pour la santé.

3 - Former et développer les compétences

L'importance de l'éducation à la santé avec le développement des compétences psychosociales est à prioriser tant auprès des personnes concernées (notamment les jeunes en milieu scolaire), que dans les formations initiales et continues de toute personne en situation " d'encadrant", comme de renforcer cet aspect dans le cadre de la formation initiale et continue des professionnels de santé. De même, l'information, la formation des professionnels du social et du médico-social à la prévention et à la promotion de la santé apparaissent également comme une priorité.

Logique de transférabilité (personnes relais : personnel de cantine, monde sportif, milieu du travail...). La définition d'une méthode de coordination dans un souci de connaissance réciproque et de mutualisation des ressources en observant l'effet positif de la montée en charge actuelle de la coordination dans la région. C'est d'une logique de transférabilité dont il est question afin d'éviter le risque d'un effet "catalogue"

4 - Mieux identifier les métiers autour de la prévention et de la promotion de la santé

Mais aussi les ressources d'expertise. Les acteurs de terrain doivent se sentir plus reconnus pour cerner les attentes spécifiques des populations. L'éducation pour la santé génère des métiers spécifiques sur la veille documentaire, sur la méthodologie de projet, sur l'animation des actions ...

Ces acteurs doivent pouvoir être identifiés au même titre que les professionnels de santé exerçant en mode salarié ou libéral, que ce soit en exercice regroupé, ou en établissements de santé.

5 - Développer l'inter-sectorialité des politiques publiques et les passerelles

Nécessité de développer l'interdisciplinarité, l'inter-institutionnalité pour agir sur la santé au sein des collectifs de travail, par exemple en accentuant le suivi de santé dans une approche globale pas seulement sanitaire mais aussi sociale et psychologique.

La nécessité de mieux rapprocher l'ARS des services de santé au travail, de santé scolaire, mais aussi d'assumer la fonction de plaider autour du transport, de l'urbanisme etc. ... doit être garantie au sein de la commission de coordination des politiques publiques.

6 - Financement explicite et pérenne

Les financements alloués à la prévention et à la promotion de la santé doivent faire d'une pluri-annualité budgétaire afin de permettre un véritable impact en santé sur des populations ou dans des territoires. C'est la condition pour que des actions probantes puissent se déployer sur l'ensemble du territoire

7 - Un espace ou pôle de compétence regroupant les acteurs de terrain

Mise en place d'un pôle régional en prévention et promotion de la santé bénéficiant d'une reconnaissance légale, contribuant ainsi à organiser l'élaboration et la mise en œuvre de la politique définie collectivement au sein de l'ARS.

Par rapport aux **six priorités** relatives à la jeunesse, la lutte contre les addictions, le cancer, la santé mentale et les personnes âgées, les personnes en situation de précarité les propositions sont les suivantes :

1 - Concernant les jeunes :

Les propositions concernent le développement de l'éducation à la santé en agissant en milieu scolaire, dès l'école et en soutenant également le rôle des parents comme des acteurs de l'enseignement.

On doit privilégier le soutien à des actions dans l'ensemble des lieux de vie des jeunes, le développement de la prévention par les pairs ("aller vers") et l'utilisation d'outils de communication adaptés. Sur les thématiques à aborder, la nutrition/l'activité physique, les addictions, la santé mentale, le respect des autres, sont les plus souvent cités.

Enfin, une politique de prévention efficace ne pourra se faire qu'en parlant de la vie de manière positive en termes de richesses, d'aspirations de potentialités et pas en se focalisant toujours sur les risques ».

2 - Concernant les personnes vivant en situation de précarité

Les inégalités sociales et environnementales d'accès à la prévention (qui constituent la cause majeure des inégalités de santé selon l'INSERM) sont à traiter prioritairement.

Pour construire des messages adaptés et convaincants, nous recommandons de travailler avec les personnes elles-mêmes à l'élaboration de messages et d'outils adaptés.

Pour les populations étrangères, la question de l'interprétariat est primordiale.

3 - Concernant les personnes vivant avec une addiction

Ne pas stigmatiser ces personnes et faciliter l'insertion sociale, notamment en s'appuyant sur les personnes qui s'en sont sorties pour accompagner ceux qui sont dedans.

Un suivi très régulier par des centres de prévention à développer auprès des unités de soins.

Un accompagnement au long cours et non seulement pour un temps limité. Il est important que les personnes vivant avec une addiction ne soient pas seules mais encouragées et accompagnées.

4 - Concernant les personnes atteintes d'un cancer

Accepter cette maladie et lutter contre mais avec l'ensemble de ses proches. Faciliter les échanges avec l'entourage sur cette pathologie.

Augmenter les moyens de la prévention des causes connues (alcool, tabac, alimentation) pour en diminuer l'incidence.

Renforcer les prises en charge dans les petits établissements et pas uniquement dans les CHU. Les patients ne sont pas seulement des citoyens. Les patients vivant en habitat rural souhaiteraient également être soignés à proximité de leur domicile.

5 - Concernant les personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique

Cf infra

6 - Concernant les personnes âgées

Faciliter leur maintien à domicile même si cela demande du personnel soignant compétent et du personnel aidant nombreux et formé. Ne pas sectoriser les personnes âgées mais aménager des possibilités de vie avec le reste de la population, valoriser leur expérience, leur savoir.

Mettre en place des mesures de lutte contre l'isolement et améliorer la prise en charge globale de ces populations. Les politiques publiques doivent continuer dans ce sens et doivent aider à pérenniser ces structures de coordination dans les territoires.

Accompagner dans le soin, et la fin de vie, en développant toute forme de prévention possible, en associant l'environnement, en travaillant à maintenir une mentalité de respect dans la société, donc en protégeant et en respectant la personne et sa volonté, dans la limite des possibilités.

Veiller à l'éthique des lieux d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées, soutenir les équipes que l'on rend parfois responsables de maltraitance en oubliant de parler de la violence institutionnelle à leur encontre, de développer l'analyse de la pratique, la formation professionnelle et d'améliorer les conditions de travail comme la rémunération.

Concernant l'objectif d'améliorer l'évaluation et la gestion des risques sanitaires par un dispositif plus efficace, la CRSA préconise les mesures suivantes :

1 - Rendre lisible l'évaluation des risques :

Besoin d'indépendance et de transparence dans l'évaluation des risques,
Besoin d'études épidémiologiques structurées, d'observation approfondie et indépendante sur les réalités de santé et leurs déterminants

2 - Associer (impliquer) plus largement les acteurs de terrain

- dans la réflexion sur les risques sanitaires et leur gestion : problématique de territoire/approche populationnelle,
- autour de la déclinaison de plans nationaux : se concerter avec eux sur les mesures de préparation de gestion de crise.

3 - Faciliter la déclaration (pathologie-décès) : mettre à disposition des professionnels un outil simple informatique

4 - Impliquer les collectivités locales avec la notion d'engagement en faveur de la santé publique

5 - renforcer les normes sanitaires et le contrôle des normes et des inspections notamment par un dispositif de sanctions probablement plus dissuasives.

6 - Développer une culture des risques sanitaires

Par une approche pluri (multi) disciplinaire en distinguant

- l'évaluation des risques (avis d'experts), hiérarchiser les risques (exemple du tabac en vente libre) et se concentrer sur les « vrais risques ». L'évaluation des risques environnementaux devrait être une priorité pour anticiper,
- la détection : importance de pouvoir identifier des signaux faibles pour en évaluer le risque.
- la gestion des risques sanitaires en situation de crise (« vache folle » - grippe H1N1...) montre qu'il faut anticiper, accompagner au plus près, et informer les populations ainsi que les professionnels de santé des enjeux.

7 - Assurer la communication et la diffusion de l'information

Les professionnels intervenant dans la gestion des risques ne sont pas connus (identifiés). Un déficit d'information est constaté alors qu'elle est nécessaire :

- en dehors de situation de gestion sanitaire (communication préventive sur les risques)
- et, en situation de gestion : messages simples ciblés vers les publics concernés avec des outils adaptés.

III - Santé mentale

Introduction

La Stratégie Nationale de Santé retient parmi ses priorités la question de la santé mentale. Il est annoncé que devrait lui succéder une loi de Santé Publique qui comprendrait également un volet spécifique portant sur la santé mentale. La CRSA des Pays de la Loire, souvent interpellée par différents acteurs et partenaires du système de santé sur cette question, a constitué en son sein un groupe de travail permanent, tenu un débat public, et produit à l'intention de l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire une recommandation portant sur la question de la gestion des urgences psychiatriques. Cette recommandation (cf annexe) a une portée générale et la Conférence souhaite la communiquer aux pouvoirs publics.

Elle souhaite également formuler à leur intention les réflexions suivantes :

1 - Une clarification de la mission sociétale de la psychiatrie est nécessaire

On peut estimer que beaucoup des dysfonctionnements imputés au système de soins psychiatriques dans notre pays relèvent de l'ambiguïté des missions qui semblent lui être implicitement confiées par la société. Il est donc souhaitable que ces dernières soient réglementairement (re)définies, et cantonnées à la réponse aux besoins de soins de santé, médicalement constatés. Ces besoins ne s'expriment pas nécessairement par une demande, ce qui implique que soit particulièrement facilité l'accès à ses services. Le système de soins n'est pas en charge de l'ordre public, ni de la gestion préventive de dangers liés aux registres relationnels ou aux troubles du comportement liés aux addictions en dehors de celles liées couramment aux pathologies psychiques, ni de la suppléance des carences des dispositifs sociaux ou médico-sociaux. Si des soins sans consentement s'avèrent nécessaires, ils ne peuvent être assumés par les structures de soins qu'au titre d'une réponse à une pathologie.

2 - Une redéfinition de son organisation est nécessaire pour améliorer sa lisibilité pour tous les partenaires

Il est aujourd'hui très généralement admis que cette organisation peut reposer sur une structuration en trois niveaux. Un niveau de proximité, de « premier recours spécialisé », que constitue le secteur psychiatrique, remplit un rôle auquel tous les partenaires (usagers, familles, professionnels) sont attachés. Un deuxième niveau « d'intersectorialité » organisée sur chaque territoire de santé apparaît utile pour des missions particulières (dispositifs de prise en charge des

problématiques d'urgence et d'orientation, de situations de crises à l'adolescence, de réponse aux problématiques suicidaires, de réhabilitation psychosociale, de gérontopsychiatrie, de soins spécialisés pour les problèmes d'addiction...). Un troisième niveau de structures « ressources », ou « expertes », pour traiter de situations complexes, nécessitant des bilans approfondis, partenaires de réseaux de recherche, et développant une fonction de formation et d'observation des besoins et des pratiques apparaît également souhaitable à l'échelon régional. La place du secteur libéral, ambulatoire et hospitalier doit être également réaffirmée, dans le cadre des missions de service public que doit assumer l'ensemble du système de soins, notamment pour permettre un accès rapide aux réponses thérapeutiques, aujourd'hui très compromis sur une bonne partie du territoire national.

3 - Des objectifs de progrès de santé publique en santé mentale doivent être formulés.

Des progrès thérapeutiques sont aujourd'hui disponibles et ne sont pas systématiquement mis en œuvre. Les stratégies qui permettent de les obtenir sont pourtant documentées. Des objectifs de santé publique devraient être affirmés tels que l'amélioration de l'accès aux soins, permettant une plus grande précocité et qualité des soins, la diminution de la surmortalité et des comorbidités, la diminution des invalidités et de la désinsertion consécutives aux situations de « **handicap psychique** », conséquences des pathologies, l'augmentation du taux d'emploi, la diminution du nombre des suicides. La formulation de ces objectifs, suivis à l'aide d'indicateurs pré-définis, permettrait d'évaluer la pertinence et l'efficacité des politiques conduites.

4 - La politique de santé mentale devrait mettre un accent particulier sur une logique de parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques chroniques.

La prise en charge sanitaire des personnes présentant des pathologies psychiatriques pêche actuellement par plusieurs aspects, et pas uniquement pour des questions de moyens :

elle intervient **trop tardivement** : elle n'est souvent déclenchée qu'à partir de manifestations « bruyantes », (la pathologie s'aggrave de façon souterraine avant ces premières manifestations et contraint cette prise en charge à une lourdeur ultérieure illégitime)

elle est la plupart du temps **déconnectée d'une aide sociale ou médico-sociale** pourtant nécessaire à l'insertion, (facteur de prévention des rechutes)

elle n'est **pas assez articulée au milieu naturel** de la personne (famille, médecin généraliste, milieu de travail, ou scolaire, cité...).

L'objectif que pourrait se donner la construction de « parcours de santé mentale » serait de **rendre cette prise en charge plus précoce, plus réactive, plus articulée, et donc plus fluide et plus efficiente.**

Le « secteur » psychiatrique avait l'ambition de constituer à lui seul ce maillage du soin. La spécificité nécessaire de certaines prises en charge, l'émergence de nouveaux acteurs, la complexité de la société ne lui permettent plus de se maintenir en « modèle unique ». Toujours incontournable pour le premier recours (des soins spécialisés), il doit maintenant s'ouvrir à des partenariats. Quels que soient ses moyens, il doit travailler de façon ouverte avec tous les acteurs de la prise en charge : aidants naturels, institutions, structures associatives, collectivités territoriales, hôpital général, praticiens libéraux... Le cadre des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) semble être le lieu adéquat pour structurer ces partenariats. Ils doivent être installés dans tous les territoires.

Les personnes victimes de troubles psychiatriques présentent en effet des caractéristiques propres, qui doivent influencer sur l'organisation des soins qui leur sont proposés :

elles n'ont **pas** forcément **conscience de leur maladie**, et dans ce cas ne sont pas demandeuses de soins ;

leur **pathologie est très souvent chronique** (même quand elle se présente sous une forme aigue), **génère une situation de handicap** (dit « psychique », désormais reconnu par la loi du 11 février 2005) et des difficultés d'insertion sociale,

la gravité de ces pathologies n'est pas immédiatement perceptible et **leur ampleur est donc méconnue.**

La création des ARS et les successives préconisations des pouvoirs publics au travers des plans de santé mentale vont dans le sens de ces décroissements et de ces articulations, mais :

les logiques de financement entre collectivités territoriales et Etat,

les différences de culture, de formation, de réseaux, et de statut entre les professionnels des hôpitaux, des structures associatives, les collectivités locales et les services de l'Etat,

la distinction toujours prégnante entre soins de santé d'un côté et aide sociale et compensation du handicap de l'autre,

aboutissent encore trop souvent à une répartition des populations plutôt qu'à une articulation et une complémentarité des actions, les intervenants préférant s'en tenir à un partage des missions de prise en charge globale plutôt qu'à une véritable mise en complémentarité tout au long du « parcours » de la personne.

Compte tenu des caractéristiques de cette population évoquée plus haut, il faudrait pouvoir :

effectuer un **dépistage plus précoce des troubles**, notamment lorsque les difficultés psychiques se manifestent sous forme d'échec à l'insertion (scolaire, citoyenne, professionnelle...), afin de les traiter en amont,

effectuer initialement et en proximité des bilans médicaux et sociaux, susceptibles d'enclencher des prises en charge adaptées à la situation de la personne,

permettre une intervention précoce et conjointe (et non successive et avec de longues solutions de continuité) **des acteurs du soin et de l'insertion**,

effectuer des recherches évaluatives sur les résultats de ces politiques mises en œuvre qui devraient se choisir des priorités pouvant constituer des objectifs de santé publique tels ceux évoqués plus avant.

5 - Dans cet esprit elle devrait faire la place aux réponses médico-sociales, dédiées ou non.

La place et les missions des réponses d'accompagnement médico-social en santé mentale n'ont pas fait jusqu'à présent l'objet d'une incitation réglementaire suffisamment résolue, alors que la loi du 11 février 2005 a reconnu les situations de handicap liées aux maladies psychiques.

De vraies marges de progrès existent. Il appartient à l'Etat de s'en saisir, par exemple en favorisant/multipliant les expérimentations sur l'organisation des soins, en les évaluant, et en donnant latitude aux ARS de les conduire, à partir d'un cahier des charges national.