

Recommandation de la CRSA pour la mise en œuvre de l'article 69 de la LMSS et l'élaboration des PTSM CRSA du 29 juin 2017

Le présent texte est une recommandation de la CRSA, votée à l'unanimité en séance plénière le 29 juin 2017, et élaboré par le groupe de travail permanent « Santé Mentale, Addictions, Autisme » (SM2A) pour la mise en œuvre dans chaque territoire de l'article 69 de la Loi de Modernisation du Système de Santé (LMSS) et l'élaboration des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM).

Pour ce travail, la CRSA a choisi de faire référence à plusieurs travaux récents dont le « rapport Laforcade », la « Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, volet Handicap Psychique » et le projet de décret dans sa rédaction soumise à concertation au début du printemps 2017. Ce projet énonce un certain nombre de priorités que la Conférence fait siennes, puisqu'elles rejoignent des problématiques sur lesquelles la CRSA elle s'est déjà penchée.

L'article 69 de la LMSS énonce des objectifs généraux et offre un cadre de travail. Les PTSM sont quant à eux appelés à répondre à des problématiques particulières, déclinant les objectifs généraux, et centrées sur l'accès à toutes les modalités souhaitables de soins, et sur la continuité de la prise en charge, notamment entre les champs sanitaire, médico-social, et social, pour un parcours sans rupture.

La CRSA des Pays de la Loire fait effectivement, à son échelon régional, le constat de nombreux manques, de carences graves en matière d'accès aux soins et de coordination des acteurs, ainsi qu'en certains territoires, de modalités spécifiques et néanmoins indispensables de soins et d'accompagnement. Pour elle, l'enjeu de la mise en œuvre de l'article 69 et de la mise en place des PTSM se situe à deux niveaux :

- celui de la mise à disposition des usagers souffrant de troubles psychiques, en tous points des territoires, de l'ensemble des modalités de prise en charge reconnues comme contribuant efficacement à l'amélioration de leur état de santé et de leur qualité de vie,
- et celui de la coordination, de la mise en complémentarité des actions pour assurer à leurs bénéficiaires un parcours fluide, réactif, sans rupture, sans délai insoutenable d'attente entre les différentes séquences, et soucieux des gains d'efficacité résultant de leur mise en synergie.

Ce constat global, et non documenté dans son détail, doit faire l'objet, comme prévu par la Loi, de diagnostics conduits à l'échelon territorial, auxquels doivent participer l'ensemble des acteurs existants, sans négliger ce que pourra apporter une vision méta-territoriale s'appuyant sur la définition d'un « panier de soins », correspondant à une offre qui serait considérée comme « complète ». Il est en effet parfois difficile aux acteurs présents sur un territoire d'imaginer la place qui pourrait/devrait revenir à d'autres.

Comme il est énoncé plus haut, la Conférence se reconnaît tout-à-fait dans les priorités identifiées par le projet de décret portant sur l'écriture des PTSM.

1 - Concernant le repérage précoce des troubles psychiques, autistiques ou addictifs, et l'accès aux soins adaptés et aux actions d'accompagnement des personnes (enfants, adolescents et adultes) qui en souffrent, la Conférence rappelle que cet objectif suppose une meilleure connaissance et reconnaissance réciproque de l'ensemble des acteurs. Cette connaissance suppose à son tour dans bien des cas une clarification des rôles respectifs et des champs d'intervention, une diffusion des données probantes, une formalisation des temps et des lieux d'échange entre professionnels, avec l'avis des usagers, une formalisation des délégations de compétences quand elles doivent émerger dans le cadre d'innovations de pratiques à rechercher. Cette meilleure connaissance, par chacun des acteurs de l'ensemble de son environnement partenarial doit trouver son expression dans l'appui qu'il donnera ou recevra, dans le cadre d'une réciprocité qui doit être organisée. Ce champ des partenaires ne saurait se limiter aux acteurs du soin et de l'accompagnement médico-social, mais doit s'étendre au champ social, éducatif, aux structures intervenant dans le champ de la justice, de l'ordre public, de l'intervention d'urgence (SDIS, protection civile), de la précarité...

Il doit également comprendre, - et reconnaître comme tels - les aidants, et au premier chef les aidants familiaux, souvent isolés, souvent en souffrance et qu'il faut informer, associer, et soutenir dans les moments critiques.

Des résultats attendus doivent être identifiés, par exemple la formulation d'un délai d'attente maximal pour une première consultation sans urgence, ou en urgence, ou pour un diagnostic spécialisé. Cette dynamique suppose que chaque acteur se sente concerné, au-delà de son fonctionnement propre, par le fonctionnement de l'ensemble du système auquel il contribue et qu'il participe à une réflexion collective qui aura pour objet de le définir et de l'évaluer.

Enfin, il est clair que le fonctionnement harmonieux d'un système nécessite des moyens en personnel soignant, notamment médical, dont on sait qu'ils font clairement défaut en certains points du territoire. Un effort important doit être entrepris sans délai dans ce domaine, la situation étant déjà aujourd'hui clairement critique et promettant encore de se dégrader en effet mécanique des évolutions démographiques inscrites dans un futur immédiat.

2 – S'agissant du parcours de vie des personnes pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves, persistants, en situation ou à risque de handicap psychique, la Conférence affirme la nécessité du développement des pratiques orientées vers le rétablissement, de la mise en œuvre des techniques et programmes de réhabilitation psychosociale, de systématisation des démarches d'évaluation du diagnostic fonctionnel et du handicap psychique pour développer les pratiques d'accompagnement ajustées aux caractéristiques singulières de chaque situation de handicap. Cette orientation s'inspirera des recommandations du Centre de Preuves en Psychiatrie et Santé Mentale, notamment des préconisations d'interventions conjointes sur les champs clinique, thérapeutique, et social, concernant le logement, le travail, la vie citoyenne. Les « référents de parcours », les actions d'« emploi accompagné » doivent être conçus et développés. La notion de handicap psychique doit être abordée de manière large, incluant l'ensemble des pathologies, dont les addictions, qui induisent une désadaptation sociale et une souffrance psychique pour permettre leur compensation qui sécurisera leur parcours de rétablissement.

Cette orientation générale demande à être déclinée dans les projets d'établissement et les projets associatifs, car elle demande un changement de culture, une évolution des conceptions inspirant les pratiques qui doivent davantage suivre les recommandations des autorités de santé et prendre en compte les avancées scientifiques. Leur diffusion doit être entreprise de façon plus volontariste par la sensibilisation, le plaidoyer, la formation.

Cette orientation suppose de mettre résolument en œuvre un décroisement entre disciplines médicales (pédopsychiatrie, psychiatrie, addictologie, médecine physique et de réadaptation...), mais aussi avec la cité, entre cultures professionnelles, entre réseaux d'acteurs, entre champs sanitaire, médico-social, social, judiciaire, ou de l'emploi. Les voies de ce décroisement, qui autoriseront ces pratiques sont prioritairement à construire. Conformément aux orientations de la loi de février 2005, la situation de handicap ne doit pas être seulement envisagée comme la conséquence mécanique d'une pathologie, mais doit également faire l'objet d'une analyse qui considère les freins concrets à l'inclusion, freins sociaux, culturels, réglementaires, comme le propose le « modèle social du handicap ».

3 – Les réalités de morbi-mortalité et d'espérance de vie des personnes présentant des troubles psychiatriques et/ou des conduites addictives sont telles que l'accès aux soins somatiques doit constituer une priorité de premier rang. Des modalités d'intervention de professionnels de santé généralistes doivent être développées dans les établissements spécialisés, en partant d'une logique d'« aller vers », se prolongeant éventuellement par des interventions de facilitation de suivi médical en ambulatoire, tenant compte des particularités de la demande de soins chez les personnes présentant des troubles psychiques et de la communication. Des campagnes de prévention, la recherche des facteurs de risques, l'éducation thérapeutique sur des publics cible, la délivrance de conseils hygiéno-diététiques, doivent être massivement développés.

Il doit être demandé aux établissements spécialisés de mettre en place des modalités concrètes d'induction et de contrôle des suivis médicaux somatiques pour les personnes très régulièrement suivies par le secteur psychiatrique.

4 – La Conférence a adopté en 2014 une recommandation portant sur la problématique des urgences, des situations de crise et de leur prévention. Elle n'a pas de message supplémentaire à ceux qu'elle avait déjà formulés :

- la permanence des soins doit être organisée. Elle permet d'envisager les interventions de soins à tout moment, dans le cadre d'un dispositif global et gradué,
- les réponses peuvent aller de l'hospitalisation immédiate, ou de l'intervention à domicile au respect du délai nécessaire à l'orientation du primo-arrivant dans un dispositif ambulatoire de longue durée. L'essentiel est qu'elles soient toujours et immédiatement disponibles,
- chaque situation de crise doit pouvoir être investiguée pour déterminer s'il s'agit d'une réelle décompensation pathologique ou s'il ne faut pas plutôt y reconnaître un moment de désarroi lié à un contexte événementiel ou social, qui appellerait des réponses dans ce dernier champ,
- les réponses ambulatoires doivent être partout et en permanence disponibles, et d'une accessibilité sans faille, pour les personnes en souffrance et leurs familles, y compris selon des modalités prévues pour « aller vers »,
- les réponses hospitalières doivent être pareillement partout disponibles, seniorisées pour ne pas alimenter les flux d'hospitalisation par précaution, et doivent faire l'objet d'une réflexion particulière en pédopsychiatrie pour que chaque territoire soit doté d'une capacité d'accueil minimale pour les situations de crise,
- le partenariat avec les autres acteurs du soin, ceux de l'accompagnement, les familles, les pairs là où ils sont en capacité d'apporter leur concours, et tous les partenaires du champ social cités plus haut doit être développé.

5 – Les droits des personnes doivent être respectés et promus. Une réflexion doit être conduite sur cette dimension et sur chacun des territoires, dans le cadre du diagnostic partagé, en associant étroitement les représentants des usagers, directs et indirects. Une attention particulière doit être portée à ce registre dans le cadre des Conseils Territoriaux de santé, au-delà des analyses et constats internes aux établissements, en associant tous les partenaires, dans le champ hospitalier comme ambulatoire, pour déterminer les manques, les entorses aux droits, les pratiques dérogatoires, le ressenti des personnes, et formuler des propositions inscrites dans un calendrier pour y remédier.

Au-delà, des initiatives doivent être prises, inscrites dans les projets d'établissement, pour soutenir toutes les formes d'expression et d'implication des personnes souffrant de troubles psychiques et concourant à leur *empowerment*. Ces initiatives doivent notamment s'appuyer sur les formes d'échange aujourd'hui en développement entre usagers et professionnels, dans le cadre par exemple de l'éducation thérapeutique, du soutien au « rétablissement », de l'intervention de pairs-aidants, de leur participation aux choix d'organisation effectués, aux conseils locaux, à la vie des établissements.

Mais les droits des personnes sont aussi bien le droit à recevoir les soins appropriés et l'accompagnement que nécessite leur situation singulière. Ce droit oblige à une évolution inédite, en ce qu'elle doit être pilotée au niveau régional et territorial, et ne pas seulement dépendre de l'engagement volontaire des acteurs dans cette démarche.

6 – Enfin la Conférence recommande de s'intéresser, notamment dans le cadre des CLSM et des Commissions spécialisées en santé mentale des CTS, aux dynamiques sociales et sociétales à l'œuvre à l'échelon territorial et infra-territorial, dans un esprit de recherche et de mobilisation collective autour de quelques problématiques saillantes. Cette démarche devra d'abord se déployer dans le champ de la recherche, puis, si les données sont assurées et que le choix en est fait localement, dans le registre de l'interpellation, et le cas échéant du plaidoyer. On pourra s'aider d'études à réaliser, en particulier dans la sphère de la sociologie, de l'épidémiologie d'observation et d'intervention, de l'impact en santé.