



Direction de l'Animation Territoriale et des Parcours de Santé

Affaire suivie par : Cyril HERIBERT-LAUBRIAT

Courriel : cyril.heribert-laubriat@ars.sante.fr

Téléphone : 02 62 93 95 55

Réf. : 006/ARS/DATPS/CHL

La Directrice Générale de l'ARS

A

Messieurs les Président et Vice-président
de la Communauté Territoriale de Santé
Mentale

Saint Denis, le 18 septembre 2020

Objet : Observations de l'ARS quant au Projet Territorial de Santé Mentale 974

Messieurs les Président et Vice-président de la Communauté Territoriale de Santé Mentale,

Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) constituent la déclinaison au niveau d'un territoire des priorités de la politique de santé mentale telles que prévues par le décret du 27 juillet 2017.

Il s'agit d'un processus qui responsabilise les acteurs locaux de la santé mentale en leur donnant l'initiative du projet et en leur demandant d'apporter ensemble des solutions aux carences identifiées.

A cet égard, je ne peux que me féliciter de la dynamique existante à la Réunion. A l'issue des travaux menés avec le soutien de l'ANAP, force est de constater que les acteurs de la santé mentale (psychiatrie publique, cliniques privées, établissements médico-sociaux, libéraux ...) ont pris l'habitude d'un partenariat fécond.

Votre décision de vous constituer en communauté territoriale de santé mentale dès le début du processus de construction du PTSM en est la parfaite illustration.

A la lecture du projet territorial de santé mentale, je mesure l'engagement et l'investissement de chacun des acteurs et je tiens à les remercier de s'être inscrits dans cette démarche collective visant à « l'amélioration continue de l'accès des personnes à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

Vous avez transmis à l'ARS un diagnostic territorial complet, faisant un état des lieux de l'offre existante et des besoins, en investiguant l'ensemble des champs mentionnés par le décret du 27 juillet 2017.

Il en ressort les éléments suivants :

- Une offre sanitaire caractérisée par un sous-équipement important, induisant des taux de recours particulièrement faibles ;
- Des CMP / CMPEA saturés qui ne peuvent répondre aux situations péri-critiques ;
- Une offre sanitaire peu lisible, au fonctionnement hétérogène d'une structure à l'autre (urgences psychiatriques, HDJ, CMP/CMPEA, CATTTP ...) ;
- Des prises en charges pas toujours adaptées pour les adolescents, avec des risques majeurs de ruptures de parcours entre 16 et 18 ans ;
- Un déploiement insuffisant de la réhabilitation psychosociale et des politiques d'inclusion (surtout en matière d'emploi et de soutien à la poursuite des études) ;
- Une insuffisante coordination des acteurs, notamment entre médecine de ville et psychiatrie et entre psychiatrie et établissements et services sociaux et médico-sociaux ;
- Une information insuffisante des personnes et de leurs familles sur la maladie mentale et un manque de soutien aux aidants ;

A la suite de ce diagnostic, vous avez élaboré un projet territorial de santé mentale transmis officiellement à l'ARS le 5 octobre 2019.

Ce projet se compose de 6 axes stratégiques déclinés en 23 actions :

- Axe 1 : éviter les ruptures de prise en charge les plus courantes
- Axe 2 : Structurer la filière adolescents
- Axe 3 : Structurer la filière personnes âgées
- Axe 4 : Renforcer les outils de la coopération entre les acteurs de la santé mentale
- Axe 5 : Soutien aux aidants et aux personnes
- Axe 6 : Favoriser le maintien ou le retour en milieu ordinaire des personnes souffrant de troubles psychiques

Le Projet Territorial de Santé Mentale vient répondre à la plupart des problématiques identifiées, proposant des actions portées aussi bien par le public que par le privé, par le sanitaire, le social ou le médico-social, dans une visée résolument collaborative.

En outre, les priorités portées par la communauté - le renforcement nécessaire de l'offre existante et notamment de la psychiatrie extrahospitalière, la structuration d'une filière d'accompagnement pour les adolescents et les personnes âgées, le soutien aux aidants et le soutien à l'accès au logement, sont autant de priorités partagées par l'ARS.

De ce fait, je vous informe que j'arrêterai le diagnostic territorial et le projet territorial de santé mentale de la Réunion, après recueil des avis prévus réglementairement.

Néanmoins, le PTSM appelle de ma part un certain nombre d'observations qui devront être prises en compte dans l'optique de la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale qui nous engagera les uns et les autres pour les cinq années à venir :

1) Si le projet territorial a été construit par l'ensemble des acteurs et propose un schéma d'organisation global, il conviendra de mieux identifier les projets portés par chacun des partenaires.

Ainsi, l'axe 2 sur la filière adolescents devra intégrer les projets 12-15 ans nouvellement autorisés et portés par le groupe les Flamboyants dans ses cliniques de l'Ouest, du Sud et de l'Est. L'articulation de ces unités avec les autres acteurs de la filière adolescents sera un enjeu réel des prochaines années.

De la même manière, l'axe 3 sur la filière personnes âgées devra intégrer le projet d'unité d'hospitalisation complète spécialisée en gériopsychiatrie porté par le groupe les Flamboyants sur la clinique de l'Est nouvellement autorisée par l'ARS.

Quant à l'axe 5 sur le soutien aux aidants, il est presque exclusivement traité par le prisme du médico-social avec un focus sur le handicap psychique, alors que toutes les personnes souffrant de troubles psychiques ne sont pas reconnues handicapées.

J'attire par ailleurs votre attention sur la nécessité d'associer le Département, la plupart des actions envisagées dans cet axe relevant au moins pour partie de son champ de compétence.

2) Quelques sujets restent insuffisamment explorés et devront être approfondis

- La structuration de l'offre psychiatrique en périnatalité ;
- La gestion des urgences et notamment les questions relatives au soutien à la régulation, le soutien aux équipes d'intervention de crise, l'organisation et le fonctionnement des urgences psychiatriques ;
- L'organisation des interventions à domicile en tant qu'étayage nécessaire au maintien dans le logement autonome, en habitat inclusif ou en famille d'accueil, justifierait d'être plus développée ;
- L'accompagnement à l'insertion professionnelle ;
- Le développement de la télémédecine et autres outils numériques ;
- L'évolution de l'offre concernant l'hospitalisation sous contrainte adultes et adolescents.

Ces sujets devront faire l'objet de développements complémentaires en vue de la signature du Contrat Territorial de Santé Mentale.

Par ailleurs, les actions mises en œuvre dans le cadre de la stratégie de prévention du suicide mériteraient d'être intégrées dans le CTSM compte tenu des moyens consacrés à ce sujet.

3) Les modalités de déploiement proposées pour certaines actions méritent d'être réinterrogées

➤ **L'organisation territoriale et les activités déployées par la psychiatrie extrahospitalière (fiche action 1-1)**

Le PTSM fait le constat de listes d'attente importantes en CMP et CMPEA avec des délais de consultation de plusieurs mois ainsi que d'une gestion inadaptée des situations péri-critiques qui sont renvoyées vers les urgences.

Afin de répondre à ces deux problématiques, le PTSM envisage le renforcement de chaque CMP et CMPEA en temps infirmier (1.5 ETP par CMPE/CMPEA) et en temps médical (0.7 ETP par CMP/CMPEA), ce qui représente 33 ETP IDE et 15 ETP médicaux.

Compte tenu des difficultés déjà rencontrées par les services en matière de couverture du temps médical, il apparaît très ambitieux de projeter le recrutement de 15 psychiatres à la Réunion.

Par ailleurs, si l'ARS partage les objectifs affichés dans le PTSM pour la psychiatrie extrahospitalière, deux points devront être abordés :

- L'extension des plages horaires d'ouverture des CMP et CMPEA (samedi compris)
- Le renforcement des interventions à domicile

Il reviendra à la CTSM de proposer une organisation et une montée en charge permettant de concilier extension des activités des CMPEA et CMP et contraintes de recrutement médical.

Dans un premier temps, il pourrait être envisagé de prioriser le renforcement d'un CMP par secteur qui serait la porte d'entrée pour les besoins d'avis spécialisés et les consultations médicales non programmées (éventuellement par téléconsultation).

➤ **La structuration du réseau des Maisons des Adolescents (MDA) (fiche action 2-3) :**

Le PTSM constate que les différentes Maisons des Adolescents de la Réunion ont de fonctionnements très hétérogènes ne correspondant pas au cahier des charges national. Par ailleurs, certains territoires ne bénéficient pas de cette offre.

L'objectif affiché par le PTSM est donc de transformer les MDA pour les faire correspondre au cahier des charges et de déployer une offre sur le territoire Est.

Néanmoins, le nouveau modèle proposé dans le PTSM ne correspond pas totalement aux attendus du cahier des charges des maisons des adolescents (circulaire 28 novembre 2016 portant actualisation du cahier des charges des MDA) :

1. Il est théoriquement prévu une MDA par département, éventuellement avec des antennes de proximité.
2. Les MDA sont censées accueillir les jeunes de 12 à 21 ans (et peuvent aller jusqu'à 25 ans) mais dans la fiche action, le public accueilli est restreint aux 13-18 ans ;
3. Une MDA est censée être un lieu d'accueil, de prévention et d'orientation vers le soin, aussi bien sur le plan somatique que psychique. Or, dans cette fiche action, il est difficile de distinguer MDA, CMPEA ou HDJ spécialisés adolescents. De fait, la fiche 2-4 prévoit des effectifs presque identiques pour les deux dispositifs. Il y a lieu de retravailler les projets des différentes structures en élargissant leur rôle dans une approche plus globale de la santé des adolescents.
4. En tant que lieu d'accueil, de prévention et d'orientation généraliste, les MDA sont censées associer les Départements (participation au financement et au pilotage du dispositif) en tant que collectivité responsable de l'aide sociale à l'enfance et des centres de planification familiale

Aussi, afin de co-construire la nouvelle organisation du réseau MDA avec le Département, l'ARS propose de mettre en place un groupe de travail incluant le conseil départemental.

➤ **La territorialisation des politiques de santé mentale et leur coordination (fiche action 4-2)**

Dans la fiche action 4-2 « renforcer le maillage territorial entre les acteurs de la santé mentale et la ville », le PTSM prévoit la pérennisation du poste de coordinateur de la Communauté Territoriale de Santé Mentale et le financement à hauteur de 0.5 ETP de 8 coordinateurs de Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM).

La poursuite du financement du poste de coordonnateur de la CTSM est acceptée, mais l'ARS ne soutiendra pas à ce stade de cofinancement de coordonnateurs de CLSM.

En effet, l'ARS engage une démarche de généralisation des CLS sur l'ensemble des communes réunionnaises et souhaite que la santé mentale en soit une partie intégrante. Ainsi, il apparaît préférable de soutenir des co-financements de coordonnateurs santé sur les communes ou inter-communalités, avec une fiche de mission englobant la coordination des potentiels Conseils Locaux en Santé Mentale.

4) Observation complémentaires

Fiche action 2-1 : Mettre en place des équipes bien-être dans les lycées pour un repérage précoce des troubles psychiques

Ce projet porté par la clinique des Flamboyants a candidaté à l'appel à projets national du fonds innovation en psychiatrie mais n'a pas été retenu par le jury.

Si le projet est intéressant, il n'est pas prioritaire. L'ARS souhaite en effet déployer en amont la formation « prévention du suicide » auprès des équipes de l'éducation nationale.

Fiche action 2-5 : Renforcer le potentiel des équipes de liaison intervenant en appui aux services de pédiatrie

Le PTSM sollicite le renforcement des équipes pédopsychiatriques de liaison auprès des services de pédiatrie mais ne se positionne pas sur l'opportunité de dupliquer le modèle de l'unité Oasis porté par le service de pédiatrie du CHU avec l'appui de la pédopsychiatrie. Une réflexion spécifique sur le sujet pourra être menée sur le Nord et l'Ouest en réunissant pédiatres et pédopsychiatres.

Fiches actions 3-1 et 3-2 : les équipes mobiles de gérontopsychiatrie

Les objectifs de clarification des modalités de déclenchement et d'articulation avec les équipes mobiles de gériatrie sont pertinents. La volonté de développer l'activité de liaison et les consultations avancées en EHPAD ou dans les CMP l'est tout autant.

S'agissant des consultations gérontopsychiatriques de proximité, une collaboration avec les maisons de santé pluriprofessionnelles situées dans des territoires éloignés des zones d'implantation des CMP serait opportune.

Par ailleurs, avant tout engagement financier de l'ARS dans le cadre du Contrat Territorial de Santé Mentale, il conviendra d'articuler les moyens des équipes mobiles de gériatrie et ceux des équipes de gérontopsychiatrie, tout en précisant les rôles des infirmiers et des gérontopsychiatres.

Fiche action 4-1 : Mettre en place un centre régional de ressources en santé mentale

A ce stade, le projet proposé paraît surdimensionné. Une réflexion plus large sur les missions des différents centres ressources (notamment santé mentale, addictologie ...) sera nécessaire, en s'appuyant sur les missions universitaire et de recherche du CHU.

Fiche action 4-3 : Promouvoir l'attractivité de la Réunion

L'appel à un consultant spécialisé ne sera pas soutenu par l'ARS.

Fiche action 5-1 : Accompagnement individualisé et/ou soutien psychologique des aidants

Ce projet est à préciser, notamment quant au portage et à l'articulation envisagée entre les services de psychiatrie, le médico-social et les associations de familles d'usagers.

Fiche action 5-3 : Plateforme téléphonique de pair-aidance

Ce projet se rapproche de l'expérimentation Relayaz974 actuellement menée à la Réunion et ne peut être étudié séparément. Après son évaluation, il pourra être décidé de financer la mise à disposition de certains professionnels de la psychiatrie.

Fiches action 5-2 et 5-4 : Extension des capacités de SAMSAH et création de places d'accueil temporaire dédiées au handicap psychique

Ces actions ne relèvent pas de financements DAF mais des crédits médico-sociaux (900 000 € demandés pour le renforcement des capacités d'accueil temporaire en FAM et 270 000 € pour le renforcement des SAMSAH dédiés au handicap psychique).

Ces projets seront examinés conjointement par l'ARS et le conseil départemental dans le cadre de l'actualisation du PRIAC.

Il convient désormais de formaliser le Contrat Territorial de Santé Mentale. Signé par chacun des acteurs participant à la mise en œuvre opérationnelle des PTSM, le CTSM « définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation » (article L3221-2 Code de la Santé Publique).

Les engagements pris par chaque acteur seront ensuite transposés dans les processus traditionnels de contractualisation (CPOM des établissements de santé et ESMS, contrats locaux de santé, contrat Etat/Département, projets des équipes de soins primaires et des CPTS ...)

A cet effet, je vous propose d'organiser un groupe projet avec les acteurs mobilisés dans le déploiement des actions du projet territorial de santé mentale et qui à ce titre seront signataires du contrat territorial de santé mentale.

Sachant pouvoir compter sur l'implication de l'ensemble des acteurs de la santé mentale à la Réunion, je vous prie d'agréer, Messieurs les Président et Vice-président mes sincères salutations.

Martine LADOUCETTE,

Directrice Générale de l'ARS Réunion

