

Conférence nationale de santé

Avis du 5 avril 2012
portant sur la méthode de
la nouvelle génération de
plans de santé publique et
sur le projet de plan
psychiatrie et santé
mentale (version du 10.01.12)

EMBRASSER UNE APPROCHE GLOBALE DE LA SANTÉ



Conférence nationale de santé Avis du 5 avril 2012

portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale

La secrétaire d'Etat a demandé à la Conférence nationale de santé (C.N.S.), par [lettre du 12 janvier 2012](#), de lui donner un avis sur « la méthode de la nouvelle génération de plan de santé publique ».

1. Modalités d'élaboration de l'avis.....	1
2. Modalités de saisine et positionnement de l'avis de la C.N.S.....	1
3. Avis sur la méthode retenue pour la nouvelle génération de plan de santé publique.....	2
4. Avis sur le plan psychiatrie et santé mentale.....	8

1. Modalités d'élaboration de l'avis :

La Commission permanente de la Conférence nationale de santé a examiné la saisine les 7.02. et 13.03. ; elle a ensuite transmis à l'ensemble des membres de la Conférence, pour adoption par l'Assemblée plénière le 5 avril 2012, l'avis dont la teneur suit.

Le groupe « santé mentale » constitué par la Conférence nationale de santé en perspective d'une saisine sur le projet de plan « psychiatrie et santé mentale » s'est réuni les 13.01. et 14.02.12 pour préparer un pré-avis soumis à la Commission permanente.

2. Modalités de saisine et positionnement de l'avis de la Conférence nationale de santé :

S'il est des secteurs de la santé qui nécessitent mobilisation urgente de toutes et tous les acteurs, la psychiatrie et la santé mentale en font très certainement partie. Aussi, la C.N.S., consciente des travaux en cours autour du projet de plan psychiatrie et santé mentale (P.P.S.M.) et du prochain aboutissement de ceux-ci, a souhaité mettre en place un groupe de travail spécialisé dans la perspective de la saisine, afin d'être en mesure de formuler un avis dans le délai imparti. Mais la saisine, parvenue le 12 janvier 2012, par lettre de la ministre - Mme Nora BERRA -, porte uniquement sur la méthode retenue pour ce plan.

Il s'agit en effet de donner un avis sur la « nouvelle génération de plans de santé publique » dont le premier exemple est le P.P.S.M.



Dans ses [éléments de réflexion pour une politique nationale de santé 2011-2015](#), la Direction générale de la santé (D.G.S.) souligne le rôle de la démocratie sanitaire et la C.N.S. dans son [avis du 16 décembre 2011](#) insiste sur l'importance de celui-ci. Il est alors surprenant que le premier plan élaboré depuis l'installation de la C.N.S. ne lui soit pas soumis pour avis. Compte tenu des enjeux liés au P.P.S.M., tant dans sa nouvelle conception que dans son contenu, **la C.N.S. formule un avis en réponse à la saisine sur la méthode et intègre un avis sur le fond dans le cadre d'une auto-saisine.**

En tout état de cause, la méthode n'étant pas réellement explicitée dans la lettre de saisine du 12.01., c'est sur la base de sa traduction dans le P.P.S.M. que l'avis de la C.N.S. sera formulé.

3. Avis sur la méthode retenue pour la nouvelle génération de plan de santé publique :

Dans la lettre de saisine, Madame la Ministre indique : « **la méthodologie employée pour élaborer ce plan a pu en dérouter certains car, en effet, j'ai décidé que ce plan marquerait une nouvelle génération de plans de santé publique. [...]** » Puis plus loin : « **Comme vous le constatez, la méthode employée pour le plan est donc une méthode inédite, qui porte de grandes ambitions en matière de santé publique. Compte tenu de ce tournant essentiel, je souhaite recueillir l'avis de la conférence nationale de santé sur cette nouvelle génération de plans de santé publique.** »

C'est donc dans cette perspective ambitieuse posée par la saisine que la C.N.S. rédige son avis.

En introduction du P.P.S.M., il est indiqué : « **...Le comité d'orientation, en élaborant un plan de santé publique sur le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, s'est donné comme responsabilité de fixer des orientations stratégiques nationales, à partir des valeurs, des principes, des définitions posés et concertés, lesquels guideront la réflexion des acteurs. Il a ensuite travaillé à repérer et institutionnaliser des espaces, des temps, des lieux d'élaboration, de compromis, qui viendront comme autant d'appuis à l'action des acteurs. Ce travail collectif consiste enfin à poser les quelques indicateurs sur lesquels nous décidons que nous évaluerons l'impact du plan à l'issue de sa période de référence.** »

Les objectifs du plan sont ainsi posés : le plan définit les orientations stratégiques, il est ensuite de la responsabilité des acteurs de le mettre en œuvre.

La démarche retenue conduit aux remarques suivantes :

A. La C.N.S. s'étonne de l'absence de référence aux éléments de réflexion pour la politique nationale de santé 2011-2025 :

La Direction générale de la santé vient d'élaborer un document définissant les grands principes d'orientation de la politique nationale pour les 15 années à venir. Il serait légitime que chaque plan décrive la façon dont il met en œuvre ces principes.

B. La C.N.S. souligne l'intérêt d'une démarche de construction s'appuyant sur la concertation avec les acteurs dans le cadre d'un comité d'orientation :

Cette démarche de construction va tout à fait dans le sens de l'avis du 16 décembre 2011 de la C.N.S., qui prône une élaboration concertée des politiques de santé. Il y a lieu, dans cette optique, d'être particulièrement attentif à la composition du Comité d'orientation pour que l'ensemble des parties



concernées soient représentées.

Cependant, en ce qui concerne le P.P.S.M. :

- la représentation du médico-social aurait dû être plus importante ;
- le temps extrêmement bref consacré à la concertation avec les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale (quelques réunions entre juin et décembre 2011) et à la construction du plan, a conduit à un texte qui semble plus un assemblage d'approches que le résultat d'une véritable co-construction d'objectifs clairs pour une politique de psychiatrie et santé mentale ;
- et ce d'autant que ces travaux sont venus s'inscrire en réponse aux interrogations et inquiétudes des professionnels de la psychiatrie après le vote de la [loi du 5 juillet 2011 sur les soins sans consentement](#).

C. La C.N.S. souligne également l'intérêt de fonder la démarche sur des valeurs, des principes, des orientations partagés...

D. Mais un plan de santé publique peut-il être seulement un cadre stratégique ?

- Un plan ne doit-il pas tracer un chemin entre une situation de départ et un objectif d'arrivée, ne doit-il pas expliquer le pourquoi du chemin en tirant parti de l'expérience ?

Le P.P.S.M. ne contient aucune donnée sur la prévalence, sur l'incidence des maladies psychiques, et seulement 20 lignes sur l'enjeu que représentent la psychiatrie et la santé mentale en France, en évoquant le nombre de suicides en France, les liens entre troubles psychiques graves et exclusion ainsi que les pertes économiques pour la société liées aux troubles mentaux.

Un plan de santé publique ne devrait-il pas s'attacher à décrire aussi précisément que possible l'enjeu de santé publique auquel il « s'attaque » ? ;

- Des évaluations du précédent plan ont été faites par le [Haut Conseil de la santé publique](#) et par la [Cour des comptes](#), cependant qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (I.G.A.S.) était consacré à l'[accompagnement du handicap psychique](#) ; ces travaux sont cités dans le plan, mais non analysés. Le Conseil économique, social et environnemental (C.E.S.E.) a réalisé un [rapport en 2010 sur la prévention et la prise en charge en pédopsychiatrie](#), rapport voté à l'unanimité. On peut d'autant plus regretter cette absence de prise en compte que la place réservée aux jeunes dans ce plan est minime.

Un plan de santé publique ne devrait-il pas faire un bref rappel des politiques antérieures, de leurs succès ou insuccès et des leçons qui en sont tirées ? ;

- ***Un plan de santé publique ne devrait-il pas comporter, au-delà des objectifs stratégiques, quelques objectifs spécifiques et des recommandations opérationnelles ?***

E. La C.N.S. souligne tout l'intérêt de laisser de grandes marges de manœuvre pour les acteurs en région afin de répondre au mieux aux situations rencontrées... :

Il est légitime que la [loi « Hôpital, patients, santé, territoires » \(H.P.S.T.\)](#), ayant profondément modifié le contexte institutionnel de gouvernance de la santé, conduise à une conception de plan s'appuyant sur une répartition des responsabilités entre le niveau national et le niveau régional. Cette nouvelle conception prend acte de la dynamique et des mécanismes de gouvernance désormais à l'œuvre.



Cette répartition des rôles est ainsi exposée dans la lettre de saisine :

« Enfin, un soin tout particulier est porté à la clarification de la responsabilité des acteurs dans la mise en œuvre et à la gouvernance du plan. Les opérateurs nationaux seront invités à faire connaître la façon dont ils intègrent les orientations stratégiques du plan dans leur feuille de route. Le rôle central des ARS est confirmé : les ARS doivent s'assurer que leur PRS traduit les orientations stratégiques en changements concrets, et mener ce travail avec leurs partenaires locaux (CRSA...). Les ARS doivent aussi, entre autres, identifier les obstacles juridiques et techniques qu'elles rencontrent pour mettre en œuvre le plan, afin que ceux-ci puissent dans toute la mesure du possible être levés (sujets de transferts d'enveloppes en particulier). »

Ainsi, à l'issue de la finalisation du cadre stratégique, les Agences régionales de santé (A.R.S.) seront invitées à faire connaître la contribution de leur Projet régional de santé aux objectifs fixés dans celui-ci.

La grande marge de manœuvre laissée aux A.R.S. s'inscrit de manière positive dans le sens de la régionalisation de la politique de santé. Toute la question réside dans le placement du curseur entre incitation du national et appropriation des acteurs en région.

A la lecture du P.P.S.M., on peut s'interroger sur la déclinaison par les A.R.S. à partir d'orientations aussi stratégiques, mais également aussi générales ; ne risque-t-elle pas d'induire une très grande diversité de mises en œuvre ? Sur quelle base pourra se faire l'évaluation consolidée du plan au niveau national ? Comment la réduction des inégalités interrégionales sera-t-elle prise en compte ?

Par ailleurs, si la mise en œuvre doit reposer sur les acteurs, entendus au sens des effecteurs et non des acteurs institutionnels que sont : l'A.R.S. et la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (C.R.S.A.), quel temps est donné aux A.R.S. pour qu'elles puissent elles-mêmes laisser le temps aux effecteurs de traduire en démarche opérationnelle les orientations stratégiques ?

En outre, il est fait état de l'intérêt de s'appuyer sur les expérimentations et innovations portées par les acteurs ; la C.N.S. soutient cette approche qui vise la diffusion de bonnes pratiques. Aussi, dans le P.P.S.M., est-il regrettable de constater que les références à ces expérimentations ou innovations ne sont jamais explicitées, ni surtout présentées dans une cohérence d'objectifs autour des parcours de vie des personnes.

Les quelques innovations citées font référence à des actions d'accompagnement (*housing first, club house*), ce qui est appréciable, mais loin d'épuiser l'inventivité actuelle des acteurs ; de plus, elles ne concernent quasiment pas le domaine des soins et de leur organisation, là où l'innovation est de nature à contribuer à renouveler les pratiques et améliorer l'effectivité des prises en charge sanitaire et des accompagnements social et médico-social.

A partir de l'exemple du P.P.S.M., et en fonction des indications données dans la lettre de la ministre, la nouvelle approche pour les plans de santé publique n'a pas réellement fixé une ligne de conduite entre une approche ascendante (à partir des analyses faites par les effecteurs) et une approche descendante à partir d'objectifs fixés nationalement.

Il est tout à fait légitime que la nouvelle approche pour la définition d'un plan national ait besoin d'être rodée. La difficulté provient du fait que les acteurs du secteur de la psychiatrie et de la santé mentale ont de fortes attentes compte tenu de la réalité organisationnelle et des besoins des acteurs et des usagers.



F. Mais le cadre national de la mise en œuvre par les acteurs en région ne devrait-il être défini ?

Dans la répartition des rôles évoquée ci-dessus, il manque celui du national. Car les A.R.S. n'ont pas compétence sur l'ensemble du champ. Ainsi notamment, la recherche, la formation des professionnels et la démographie de ces derniers ne relèvent pas des compétences des A.R.S.

A la lecture du P.P.S.M., le lecteur doit comprendre que ces aspects seront pris en compte dans les feuilles de route des administrations centrales. Il aurait sans doute été préférable que cela soit explicite, avec une description des objectifs poursuivis, des modalités et des échéances. Et puis, cela renvoie également au problème des relations interministérielles et entre directions d'administrations centrales. N'aurait-il pas été préférable que les A.R.S. aient connaissance de ce qui sera fait au niveau central - le cadre national d'actions -, avant d'avoir elles-mêmes à décliner le plan dans leur P.R.S. ?

De plus, la responsabilité nationale en matière de recherche et d'évaluation ne devrait-elle pas faire l'objet d'un chapitre spécifique ? La recherche ne peut être envisagée qu'à l'échelon national (et international), la recherche étant prise dans son acception la plus générale, c'est-à-dire : fondamentale, clinique, de sciences humaines et sociales, épidémiologique.

Cela est aussi essentiel dans le cas de la recherche évaluative, même si on peut imaginer qu'une part importante de l'évaluation des actions locales de santé puisse, bien sûr, être réalisée localement (avec les risques classiques de l'auto-évaluation... !). Cependant, il ne peut être évité, dès que les enjeux dépassent le niveau simplement local, que l'initiative, la coordination et, bien entendu, le financement de l'évaluation soient déclinés nationalement comme pour toute recherche. Ceci signifie que les questions de gouvernance et d'organisation visant à rendre efficaces la recherche et l'évaluation dans le domaine considéré soient « traitées » dans le plan de santé publique. En conséquence, un plan de santé publique ne peut éviter de comprendre un chapitre spécifique sur l'actualité de la recherche et de l'évaluation dans le domaine considéré, car les orientations stratégiques proposées par le plan y trouveront une grande partie de leur justification.

G. Le mode de gouvernance proposée constitue une avancée :

La lettre de saisine précise que :

« La gouvernance du plan prévoit un comité restreint piloté par la DGS, dont les fonctions sont définies dans le plan lui-même. De même une conférence annuelle du plan, présidée par les ministres chargés de la santé et des solidarités, est définie, et le principe d'un rapport final à l'issue de la période de référence est posé. »

Ce mode de gouvernance constitue une avancée qui devrait permettre effectivement de progresser sous réserve que les conclusions des rapports finaux, en particulier, soient prises en compte pour la définition des plans suivants.

Il semble néanmoins qu'il serait intéressant, et peut-être même nécessaire, de prévoir une réunion de la Conférence du plan dès que les feuilles de route des différents acteurs nationaux et régionaux sont connues, afin de donner la cohérence nécessaire à l'ensemble et de trouver le juste compromis entre l'approche descendante et l'approche ascendante.

Il est aussi très positif de constater que, dans le P.P.S.M., sont prévus 3 niveaux de pilotage du plan : la concertation avec la C.R.S.A. et les Conférences de territoire, et l'échelon de proximité en lien avec les Conseils locaux de santé mentale, les Conseils de secteur, les Ateliers santé ville, les réseaux.



Compte tenu du mode de construction retenue pour le plan, la Conférence annuelle du plan devrait s'appuyer sur des Conférences annuelles similaires en région.

H. Les modalités de suivi et d'évaluation sont à concevoir dès l'élaboration du plan :

Il est prévu que les modalités de suivi et d'évaluation soient définies dans la lancée de l'adoption du plan ; c'est aussi une orientation qu'il y a lieu de soutenir. La C.N.S. attend une démarche qui intègre les outils d'évaluation du plan dès sa phase de conception.

I. Les recommandations de la C.N.S. pour la « nouvelle génération de plans de santé publique » :

Il semble à la C.N.S. qu'un plan de santé publique devrait comporter les éléments suivants :

- un exposé de l'articulation du plan avec les grandes orientations de la politique nationale de santé ;
- une situation de départ qui pose l'enjeu du problème de santé publique visée par le plan ;
- une analyse des politiques antérieures, de leurs réussites ou échecs ;
- un plan d'action, c'est-à-dire des objectifs stratégiques mais aussi des objectifs spécifiques et opérationnels ;
- un chemin -ou des chemins- pour y parvenir ;
- des moyens ;
- des modalités de suivi et d'évaluation ;
- une gouvernance.

Au regard de la première mise en œuvre de cette nouvelle génération de santé publique au travers du P.P.S.M., la C.N.S. considère que la démarche liée à une nouvelle répartition des rôles est intéressante, mais qu'elle mériterait plus ample réflexion pour parvenir à une réalisation plus convaincante intégrant l'ensemble des éléments évoqués ci-dessus.

Ainsi la C.N.S. formule les recommandations suivantes pour les nouveaux plans de santé publique :

- 1° situer les enjeux présents et futurs ;**
- 2° faire un point sur les politiques passées en tenant compte des évaluations réalisées ;**
- 3° consulter les acteurs en région et les effecteurs pour préparer étape 4 ;**
- 4° formuler des objectifs généraux/stratégiques (en formalisant clairement leur articulation avec les orientations de politique nationale 2011 -2025 / 2015) et des objectifs spécifiques ; et en retenant une approche déclinée en plan/schéma/ programme pour être en cohérence avec ce qui est proposé aux régions ; à ce titre, prévoir un calendrier des plans cohérent avec celui des P.R.S. : envisager, par exemple, un plan national de 10 ans, permettant à 2 générations de P.R.S. de le rendre opérationnel ;**
- 5° définir le cadre national à partir des feuilles de route des différents acteurs : Direction générale de l'offre de soins (D.G.O.S.), Direction générale de la cohésion sociale (D.G.C.S.), Direction de la sécurité sociale (D.S.S.), Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (C.N.S.A.)... ;**
- 6° interroger les effecteurs et les acteurs en région pour recueillir leurs propositions de mise en œuvre, faire remonter les expérimentations et innovations... ;**



7° élaborer un guide national de recommandations opérationnelles à partir des résultats de l'étape 6 au travers d'une conférence du plan ;

8° accompagner les objectifs des indicateurs de suivi et d'évaluation au moment même de la formalisation du plan (voir les recommandations du H.C.S.P.).

Après avoir énoncé ces recommandations, la C.N.S. a eu connaissance de l'élaboration d'un [guide en 2009 par la Direction générale de la santé portant recommandations pour l'élaboration, le suivi et l'évaluation des plans nationaux de santé](#).

Ce qui conduit la C.N.S. aux remarques suivantes :

1° si la Conférence était appelée à se prononcer sur la méthode, pourquoi ne pas lui avoir transmis ce guide au moment de la saisine ? ;

2° les recommandations de la C.N.S. se résument à celle-ci : appliquer les recommandations formulées dans le guide de la Direction générale de la santé.

4. Avis sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale :

A. Le projet de plan psychiatrie et santé mentale marque quelques avancées :

La C.N.S. tient à souligner que le P.P.S.M. effectue un pas en avant en direction de la refondation de l'appareil de soins psychiques et redonne ainsi aux acteurs des perspectives intéressantes. La C.N.S. souligne en particulier les points positifs suivants :

- le P.P.S.M. s'attache à définir les principes, les concepts ;
- il prend en compte une réalité organisationnelle et des besoins que les professionnels et les usagers s'alarmaient de voir niés par les pouvoirs publics depuis plusieurs années, notamment certaines conditions matérielles d'hospitalisation dans certains lieux trop précaires ;
- il s'inscrit dans une nouvelle conception de plan (voir § précédent) ;
- il souligne l'importance du territoire de proximité au sein duquel s'organisent les coopérations et fait référence au secteur psychiatrique et à sa fonctionnalité ;
- il fait référence aux concepts, aux objectifs, et aux résultats de la réhabilitation psychosociale, manifestant ainsi la nécessité de se préoccuper des conséquences des pathologies en matière médico-sociale et sociale en termes de qualité de vie d'autonomie, de citoyenneté, de compensation du handicap.

B. Les éléments des évaluations du plan précédent, pourtant produites par le H.C.S.P. et par la Cour des Comptes, ne sont pas utilisés par le plan, même si ces rapports sont cités :

En particulier, les points concernant le décloisonnement des prises en charges et ses corollaires que sont l'adaptation de l'hospitalisation complète, le renforcement des prises en charges ambulatoires et le développement d'une offre médico-sociale adaptée, qui constituaient des priorités du plan précédent, sont traités dans ce plan comme des questions sans passé : qu'est-ce qui a marché, progressé, ou au contraire doit être abordé différemment? Par exemple, comment traiter le ré-équilibre nécessaire des prises en charge entre hospitalisation et soins ambulatoires au profit de ces derniers ?



De même, il serait utile que des dispositifs développés lors du précédent plan, et cités dans le nouveau plan, tels les équipes mobiles psychiatrie précarité, les maisons des adolescents, les groupements d'entraide mutuelle (G.E.M.), etc., soient resitués dans leurs évolutions et évaluation.

C. Le champ du plan n'apparaît pas clairement défini :

S'agit-il d'un plan prenant en compte les enjeux de santé publique que représentent la santé mentale en population générale, ou bien un plan « maladies psychiatriques », les 2 ne se recouvrant que partiellement ?

Cette perception est renforcée par le fait qu'on ne dispose pas de données chiffrées sur la prévalence des pathologies psychiatriques.

D. Les droits des personnes font l'objet d'une attention particulière dans le plan :

Les droits des personnes sont un sujet d'autant plus sensible en psychiatrie que les patients peuvent être pris en charge sans leur consentement conformément aux dispositions de la [loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge](#).

La C.N.S. se félicite des avancées du plan qui souligne la nécessité d'évaluer cette loi et de garantir les droits du patient relevant de soins sans consentement à être auditionné par un juge dans un lieu qui préserve son intimité et le secret professionnel, conditions aujourd'hui non réunies lors des audiences publiques.

La C.N.S. insiste sur la nécessité que le plan préconise la recherche systématique de réalisation des audiences en établissement de santé, sauf si le patient souhaite une audience au tribunal en précisant les échéances et modalités selon lesquelles la chancellerie et les magistrats seront impliqués dans l'atteinte de cet objectif.

La C.N.S. salue l'engagement, inscrit dans le plan, d'une réflexion renouvelée sur **la personne de confiance**, dont les associations d'usagers soulignent le caractère essentiel pour nouer l'alliance thérapeutique avec les personnes hospitalisées sans consentement, s'appuyant notamment sur la base des expériences étrangères positives.

E. Des orientations stratégiques et des objectifs généraux dont on ne peut que saluer le contenu, mais qui nécessiteraient d'être accompagnés de principes de mise en œuvre :

Ces objectifs généraux sont présents depuis 15 ans dans les rapports successifs et plans psychiatrie et santé mentale.

On attendrait donc que des éléments de méthodes, un guide d'opérationnalité soient prévus dans le plan pour orienter les A.R.S. dans la définition des objectifs opérationnels, d'autant que la mise en œuvre en région ne relève pas uniquement des Projets régionaux de santé (cités par le plan), via les Schémas régionaux d'organisation des soins (S.R.O.S.) et Schémas régionaux d'organisation médico-sociale (S.R.O.M.S.), mais aussi des schémas et planifications des autres acteurs publics (Schémas départementaux des personnes handicapées, Schémas régionaux de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion des Directions régionales de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, Programmes locaux de l'habitat des intercommunalités, etc.).



Ainsi, à titre d'exemples :

- l'articulation avec le social et le médico-social : si les modalités de coopération structurée entre les offres sanitaires, sociales, médico-sociales (p. 25 du P.P.S.M.) sont listées, la fonction des Contrats locaux de santé, tels que prévus dans la loi dite « H.P.S.T. » n'est pas suffisamment mise en lumière par le plan, dans ses dimensions :
 - d'organisation des coopérations et des coordinations pour l'évaluation partagée des situations des personnes dans un équilibre à inventer, à structurer entre les dimensions et légitimités déconcentrées mais aussi décentralisées des politiques publiques,
 - de dispositifs ressources de veille et d'information,
 - de garantie de la continuité des parcours,
 - de lieu d'expérimentation de dispositifs innovants (y compris s'agissant de fongibilité d'enveloppes, qu'évoque le plan) et d'évolution de la tarification ;
- le logement, réaffirmé comme central pour la continuité des soins, et dont la plupart des dispositifs d'appui sont cités, mais non les méthodes pour mobiliser les acteurs sur ce point, ce qui rejoint la question de la responsabilité des acteurs du plan (cf. en infra).

F. La réponse à l'échelle des territoires de proximité soulignée par le plan devrait davantage insister sur le rôle des contrats locaux de santé :

La C.N.S. salue l'accent mis par le plan sur **les réponses à l'échelle des territoires**, en cohérence avec la loi « H.P.S.T. », ainsi que sur le rôle essentiel du secteur de psychiatrie "outil au service du territoire", complémentaire des autres acteurs.

De même, le nécessaire projet de reconnaissance par la loi d'une "mission de service public de proximité" confiée au secteur de psychiatrie, non limitée aux soins sans consentement comme c'était le cas dans la loi « H.P.S.T. » est une initiative dont il convient de souligner l'intérêt. La C.N.S. souhaite la voir mener à son terme.

Le plan n'insiste pas suffisamment sur la nécessité d'une articulation clairement définie et animée de la psychiatrie avec le secteur médico-social et la médecine de ville alors que c'est un des objectifs prioritaires de la loi « H.P.S.T. ».

De même, si les instances locales de concertation et de coordination en matière de psychiatrie et santé mentale sont nommées et encouragées à se développer, notamment les Conseils locaux de santé mentale, le plan ne prévoit pas d'évaluation de la cohérence de périmètre de ces différentes instances, notamment sur le plan des aires géographiques prises en compte.

Si le Contrat local de santé, créé par la loi « H.P.S.T. », ayant vocation à porter les nouvelles modalités de coopération structurée telles qu'énoncées ci-dessus (cf. **4. E**), est cité parmi d'autres outils à mobiliser, le plan ne fixe pas d'orientations suffisamment claires sur la structuration des coopérations à l'échelon du territoire de proximité, et de responsabilité des acteurs pour organiser des réponses prenant en compte toutes les dimensions interdépendantes, qui concernent les maladies mentales et les situations de handicap psychique.ⁱ



Le Contrat local de santé devrait être l'outil à mobiliser pour une approche globale des situations et pour une organisation des réponses sur des fonctions de guichet unique d'information, identifié comme un besoin essentiel des personnes malades et de leurs proches.

Les Contrats locaux de santé devraient faire l'objet d'une consultation de la C.R.S.A. et de la revue annuelle du plan en région.

G. Les besoins de prise en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents devraient être davantage pris en compte :

Les questions de l'enfance, de l'adolescence et des jeunes adultes sont à peine évoquées, la prévention et l'intervention précoces ne sont pas assez prises en considération.

La prise en charge des enfants et adolescents par la pédopsychiatrie (2 occurrences de ce mot et 3 occurrences pour le mot « psychiatrie infanto-juvénile » en tout et pour tout dans le plan) est essentiellement abordée sous son caractère préventif des évolutions péjoratives pouvant aboutir, à l'âge adulte, à une situation de handicap psychique. Le projet de plan énonce également l'intérêt de "*développer des mesures destinées à éviter des ruptures de prises en charge aux âges de transition*" (p. 18).

Pour rendre efficaces l'approche globale de santé mentale et la continuité des parcours souhaités par le plan, il conviendrait de mieux décrire les spécificités des besoins en fonction des âges de la vie, notamment s'agissant des enfants et des adolescents, et d'énoncer des orientations fortes concernant les complémentarités avec les autres intervenants de l'enfance et de l'adolescence, dont au premier chef : l'école, les soins de premier recours et la médecine de ville, la P.M.I., la protection de l'enfance et le secteur médico-social.

H. Les responsabilités au niveau national ne sont pas clairement énoncées :

Si le plan relève "*des écarts très importants en matière d'allocation de ressources (euros/habitant), qui ne sont pas justifiés par des différentiels de morbidité*", rien ne permet de comprendre comment ces écarts seront résorbés, et quel sera l'acteur responsable de cette résorption, afin de garantir l'équité sur le territoire.

Maintenant que les enveloppes consacrées à la psychiatrie sont identifiées au sein de l'O.N.D.A.M. hospitalier, il conviendrait d'en faire une évaluation au plan national et de s'assurer qu'elles sont conformes aux besoins. Il revient également à la D.G.O.S. de s'assurer que les allocations budgétaires attribuées par les A.R.S. aux établissements délivrant à la fois des soins généraux et des soins psychiatriques sont bien utilisées pour ces derniers.

De même, s'agissant de la démographie professionnelle et notamment médicale, on connaît depuis plusieurs années la grande disparité territoriale d'implantation des professionnels et notamment des psychiatres, qu'ils soient libéraux ou salariés.

Le plan propose une répartition équilibrée des professionnels sur le territoire. Si ce rééquilibrage est effectivement nécessaire, le plan ne prévoit pourtant aucun instrument statutaire ou conventionnel ou autre qui pourrait le permettre. Bien que le plan ait vocation à être décliné au niveau régional, il est indispensable que ce sujet soit d'abord traité au niveau national.



I. L'organisation de la recherche et de l'évaluation en psychiatrie et santé mentale devraient être précisée :

Le P.P.S.M. devrait préciser comment celles-ci pourraient évoluer dans les années couvertes par le plan, afin que l'on sorte de l'illisibilité de la situation actuelle dénoncée tout particulièrement par le rapport de la Cour des comptes.

J. Le P.P.S.M. est une première étape vers une future politique nationale de santé mentale :

En conclusion, ce plan apparaît comme un cadre de référence, une déclaration d'intentions louables, inscrivant la dimension de l'approche globale de la santé dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie, ce dont la C.N.S. ne peut que se féliciter.

Mais le plan ne propose pas de ligne de conduite, de conceptions clarifiées ni d'objectifs opposables pour les acteurs comme pour les Agences régionales de santé et les administrations en charge, qui permettraient de construire une véritable politique de santé mentale dont notre pays a besoin.

K. Les recommandations de la C.N.S. :

Au vu des réflexions ci-dessus, et conformément aux recommandations formulées plus haut sur les plans de santé publique et incluses dans le guide de 2009 de la Direction générale de la santé, la Conférence nationale de santé considère que, dans son état actuel, le plan psychiatrie et santé mentale est en version « V0 ».

Elle recommande la mise en œuvre d'un dispositif d'élaboration d'une version « V1 » du plan, précisant les aspects opérationnels tant sur le plan national que régional, en fonction des retours en provenance des directions et des Agences régionales de santé et de leurs partenaires des collectivités territoriales.

Elle considère qu'il serait opportun de demander que ces retours des Agences régionales de santé constituent **un programme régional de psychiatrie et santé mentale**, s'assurant à la fois de la déclinaison des 3 schémas pour ce domaine de santé publique et de l'allocation de moyens.

La Conférence nationale de santé formule le vœu que soit prochainement élaborée une loi d'orientation et de programmation en santé mentale traduisant les efforts que notre pays entend engager pour améliorer la prévention et les services rendus aux usagers.

O o O o O

¹ Les soins, l'accompagnement médico-social, les ressources, le logement, l'activité sociale, la protection juridique ([U.N.A.F.A.M.](#))



Avis du 5 avril 2012 portant sur la
méthode de la nouvelle génération
de plans de santé publique et sur
le projet de plan psychiatrie et
santé mentale (version du 10.01.12)



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Direction générale de la santé
Secrétariat général de la Conférence nationale de santé
14 av Duquesne - 75350 Paris Cedex 07 S.P.
Tél : 01.40.56.53.72 - Mél : cns@sante.gouv.fr
Site internet : www.sante.gouv.fr/conference-nationale-de-sante-c-n-s.html