

Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011 - 2015

Collection
Évaluation

Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été évalué par le HCSP.

Ce plan a été construit autour d'objectifs stratégiques avec un rôle central des agences régionales de santé pour sa mise en œuvre. Il est décliné autour de quatre axes pour prévenir et réduire les ruptures: 1) au cours de la vie ; 2) selon les publics et les territoires ; 3) entre la psychiatrie et son environnement sociétal ; 4) entre les savoirs.

Le HCSP dresse les constats suivants : ce plan est consensuel et pertinent. On constate des progrès dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage. Les études et les recommandations sur le handicap psychique se sont développées. On a assisté à un rôle accru des secteurs médico-social et social, et à un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique est mieux prise en compte et une attention a été apportée à la prise en charge en urgence et à l'accès aux soins des populations défavorisées.

Il persiste cependant des difficultés : notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens. Le HCSP regrette l'absence de remboursement des soins de psychothérapie.

Le HCSP recommande d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme, avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans successifs.

Une enquête qualitative dans 5 régions a permis d'enrichir cette évaluation. Le rapport comporte 64 recommandations déclinées autour de cinq thèmes principaux : organisation des actions, prévention, développement des formations et soutien de la recherche, amélioration de l'accès aux soins, et amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique.

**Évaluation du plan
psychiatrie et santé mentale
2011-2015**

Rapport

Avril 2016

Ce document a été validé par la Commission spécialisée « Évaluation, stratégie et prospective » le 18 février 2016 et par la Commission spécialisée « Maladies chroniques » le 10 mars 2016.

Avant-propos

Les évaluations des programmes ou des plans de santé publique réalisées par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ont pour objectif d'apprécier leur efficacité et leur impact.

L'évaluation vise à produire des connaissances sur les actions publiques, notamment quant à leurs effets, dans le double but de permettre aux citoyens d'en apprécier la valeur et d'aider les décideurs à en améliorer la pertinence, l'efficacité, l'efficience, la cohérence et les impacts.

Il s'agit d'évaluations externes, indépendantes et impartiales menées après saisine des ministères concernés ou éventuellement après autosaisine du HCSP. Ces évaluations prennent en compte l'ensemble des parties prenantes.

Ces évaluations sont conduites conformément aux principes et aux procédures du HCSP et conformément aux recommandations internationales et ne donnent pas lieu à des procédures contradictoires.

Elles respectent les principes de la charte de la Société Française d'Evaluation.

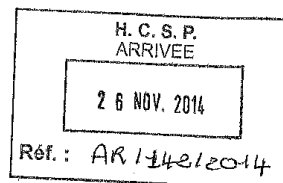
En conséquence, les appréciations, observations et recommandations exprimées dans le présent rapport le sont sous la seule responsabilité du Haut Conseil de la santé publique.

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| SAISINE | 6 |
| MEMBRES DU COMITÉ D'ÉVALUATION ET DU GROUPE D'APPUI IMPLIQUÉS DANS L'ÉVALUATION | 8 |
| SYNTHÈSE..... | 12 |
| PREMIERE PARTIE : CONTEXTE OBJECTIFS ET METHODES DE L'EVALUATION | 18 |
| 1. CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION | 18 |
| 1.1. L'ÉVOLUTION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE | 18 |
| 1.2. LE PLAN PSYCHIATRIE SANTÉ MENTALE 2011-2015..... | 20 |
| 1.3. LE RÔLE DU HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE | 22 |
| 1.4. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION..... | 22 |
| 1.5. PÉRIMÈTRE DE L'ÉVALUATION | 23 |
| 2. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION | 24 |
| 2.1. ORGANISATION ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION | 24 |
| DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'EVALUATION | 29 |
| ANALYSE PAR THÉMATIQUE..... | 29 |
| 1. SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION | 29 |
| 1.1. POURSUIVRE ET DÉVELOPPER LES PROGRAMMES EN FAVEUR DE LA SANTÉ MENTALE | 29 |
| 2. AMÉLIORER LES SOINS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE..... | 36 |
| 2.1. AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ET RENFORCER LA CONTINUITÉ DES SOINS CRISE/POST-CRISE..... | 36 |
| 2.2. AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE DE LA PERSONNE | 42 |
| 2.3. REPENSER LA SÉCURITÉ EN PSYCHIATRIE À TRAVERS LE FIL CONDUCTEUR DE LA BIEN-TRAITANCE | 46 |
| 2.4. FAIRE DISPARAITRE LES CONDITIONS INACCEPTABLES D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE | 48 |
| 2.5. AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES AUX DROITS : MISE EN ŒUVRE DE LA LOI DE 2011 | 50 |
| 2.6. AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES AUX SOINS SOMATIQUES..... | 54 |
| 2.7. AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADDICTIONS | 56 |
| 2.8. LUTTER CONTRE LA SURMÉDICALISATION DU MAL-ÊTRE ET DES DIFFICULTÉS D'ORDRE SOCIAL ET MIEUX ADAPTER NOTAMMENT LA CONSOMMATION DE PSYCHOTROPES | 58 |
| 3. ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE ET TERRITOIRE | 62 |
| 3.1. FAIRE ÉVOLUER LE SECTEUR ET ORGANISER UNE OFFRE ASSURANT PARTOUT RESPONSABILITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS | 62 |
| 3.2. AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS ET L'ACCOMPAGNEMENT AUX DIFFÉRENTS ÂGES DE LA VIE DE LA PERSONNE : HOSPITALISATIONS AU LONG COURS | 65 |
| 3.3. RÉÉQUILIBRER L'INTENSITÉ ET LA VARIÉTÉ DE L'OFFRE DE SOIN ET D'ACCOMPAGNEMENT SUR CHAQUE TERRITOIRE, ET ALLOUER LES RESSOURCES EN FONCTION DES BESOINS DE LA POPULATION | 67 |
| 3.4. STRUCTURER SUR CHAQUE TERRITOIRE LES COOPÉRATIONS ET LES COMPLÉMENTARITÉS ENTRE L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS, SERVICES ET ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, MÉDICO-SOCIAUX, SOCIAUX ET ASSOCIATIONS | 77 |
| 3.5. AMÉLIORER L'ACCÈS À L'INFORMATION POUR TOUS ET LA LISIBILITÉ DES DISPOSITIFS, EN RENFORÇANT LA GOUVERNANCE LOCALE DE LA SANTÉ MENTALE | 83 |
| 3.6. RENDRE PLUS ACCESSIBLES LES SOINS AUX POPULATIONS QUI RENCONTRENT DES OBSTACLES SUPPLÉMENTAIRES POUR SE FAIRE AIDER..... | 87 |
| 3.7. SUR CERTAINS TERRITOIRES, PROCÉDER À DES EXPÉRIMENTATIONS DESTINÉES À COMPLÉTER L'OFFRE DE SOINS EN VILLE | 91 |
| 4. AMÉLIORER LES PRATIQUES PAR DES INCITATIONS FORTES AU DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE, PAR UN MEILLEUR TRANSFERT DES CONNAISSANCES DE LA RECHERCHE VERS LE TERRAIN ET PAR LA FORMATION | 95 |

| | |
|--|------------|
| 4.1. ENCOURAGER, RECUEILLIR ET FAIRE CONNAÎTRE LES TRAVAUX DE RECHERCHE ET LES EXPÉRIENCES RÉUSSIES, À L'ÉTRANGER ET SUR NOTRE TERRITOIRE, POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES | 95 |
| 4.2. AMÉLIORER LA FORMATION DE CERTAINS PROFESSIONNELS CLÉS ET ENCOURAGER LA FORMATION PLURIDISCIPLINAIRE, L'ÉVALUATION DES PRATIQUES TOUT AU LONG DE LA VIE, Y COMPRIS SUR LA QUESTION DES PASSAGES À L'ACTE ET DES DROITS, ET LE DÉVELOPPEMENT DES PRATIQUES AVANCÉES | 101 |
| 4.3. ADAPTER LES PRATIQUES DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES AUX SPÉCIFICITÉS DE L'EXERCICE EN PSYCHIATRIE..... | 110 |
| 4.4. RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE (ETP, REMÉDIATION COGNITIVE, RÉENTRAÎNEMENT AUX HABILITÉS SOCIALES) 110 | |
| 4.5. ENCOURAGER LES DÉMARCHES QUALITÉ..... | 113 |
| 5. AMÉLIORER LA VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE EN VISANT UN MAINTIEN OU UN RETOUR DANS LE DROIT COMMUN ET AMÉLIORER LA VIE DES AIDANTS..... | 117 |
| 5.1. DÉVELOPPER L'ACCÈS ET LE MAINTIEN AU LOGEMENT PAR UNE OFFRE DE LOGEMENT ACCOMPAGNÉ, ADAPTÉE ET DIVERSIFIÉE | 117 |
| 5.2. AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES, LA PARTICIPATION SOCIALE ET L'ACCÈS À LA VIE PROFESSIONNELLE | 121 |
| 5.3. AMÉLIORER L'ACCÈS DES PERSONNES AUX DROITS DU HANDICAP | 125 |
| 5.4. DÉVELOPPER LE PARTENARIAT AVEC LES AIDANTS, IDENTIFIER UNE MODALITÉ DE RÉPONSE REPÉRABLE À LEUR INTENTION | 127 |
| 6. APPRENDRE À PRENDRE SOIN DE L'AUTRE..... | 131 |
| 6.1. AUGMENTER LA CULTURE GÉNÉRALE SUR LA SANTÉ MENTALE, LES SOINS ET LES DISPOSITIFS PSYCHIATRIQUES, LUTTER CONTRE LES IMAGES NÉGATIVES VÉHICULÉES SUR (ET PAR) LA PSYCHIATRIE ET LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS, RENFORCER L'ACCESSIBILITÉ POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE..... | 131 |
| 6.2. LES MÉDIATEURS SANTÉ PAIRS..... | 135 |
| 6.3. REPRÉSENTATION DES USAGERS | 137 |
| ÉVALUATION DE LA CONSTRUCTION, DE LA GOUVERNANCE, DE LA PERTINENCE, DE LA COHÉRENCE DU PLAN | 139 |
| ANALYSE DE SITUATIONS RÉGIONALES..... | 148 |
| TROISIÈME PARTIE : RECOMMANDATIONS..... | 211 |
| ANNEXES..... | 219 |
| LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES..... | 219 |
| DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE UTILISÉS | 223 |

Saisine



Direction générale de la Santé

Le directeur général de la santé

Sous-direction de la santé des populations et de la
prévention des maladies chroniques

à

Bureau de la psychiatrie et de la santé mentale

Personne chargée du dossier : Philippe Leborgne

Tél. 01 40 56 76 81

DGS/MC4/N° *DAF 015060*

Monsieur le Président du

Haut Conseil de la Santé Publique

18, place des cinq Martyrs du lycée Buffon

75014 PARIS

Paris, le **25 NOV. 2014**

Objet : Saisine du Haut conseil de la santé publique (HCSP)- Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

P.J. : Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (PPSM) succède au plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008. L'évaluation de ce dernier a été publiée en octobre 2011 par le HCSP ainsi que son volet organisation des soins psychiatriques par la Cour des comptes en décembre 2011.

Suite à la loi HPST du 21 juillet 2009 qui régionalisait la politique de santé avec la création des ARS, le PPSM a été conçu comme un plan de santé publique innovant en donnant de grandes orientations stratégiques aux ARS. Dans ce cadre, il revient à celles-ci de décliner, en fonction des contextes locaux, une programmation opérationnelle s'inscrivant dans le cadre de leurs projets régionaux de santé (PRS).

Ce plan de nouvelle génération ne comporte pas de diagnostic de situation, d'objectifs opérationnels et spécifiques mesurables, de moyens dédiés et n'a pas intégré l'évaluation lors de son élaboration.

Lancé en février 2012, ce plan s'adresse aux professionnels intervenant dans les domaines sanitaires, médico-sociaux, les aidants familiaux, les usagers et les simples citoyens.

Le PPSM comprend quatre axes ciblant les ruptures, afin de mieux prévenir et de mieux vivre avec les troubles psychiques :

- ruptures au cours de la vie de la personne,
- ruptures d'égalité entre les publics et les territoires,
- ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal,
- ruptures entre les savoirs.

Le programme national 2011-2015 arrivant à échéance à la fin de l'année 2015, je souhaite que le Haut conseil de la santé publique procède à son évaluation, avec notamment une attention particulière sur le degré d'appropriation de ses orientations stratégiques par les principaux effecteurs régionaux du plan (ARS, professionnels, aidants et usagers).

Les recommandations que vous établirez sur la base de cette évaluation appuieront notre décision sur les suites à donner à ce plan, dans la perspective de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et du futur service territorial de santé mentale dont les contours sont posés dans le projet de loi de santé.

C'est dans ce calendrier proche que je souhaite pouvoir disposer des premiers éléments de l'évaluation pour la fin du troisième trimestre 2015 et un rapport final fin 2015.

Les administrations et institutions impliquées dans la mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 vous communiqueront les éléments nécessaires à vos travaux. Mes services se tiennent dès à présent à votre disposition pour évoquer plus avant les éléments de ce dossier.

Le Directeur Général de la Santé,



Professeur Benoît VALLET

Membres du Comité d'évaluation et du groupe d'appui impliqués dans l'évaluation

Membres du Comité d'évaluation (Codev)

- ▶ **Martine BARRES**, Médecin de Santé publique
 - ▶ **Claudine BERR**, membre du HCSP (présidente de la commission spécialisée Maladies chroniques, Cs-MC), médecin, épidémiologiste, chercheure à l'Inserm UMR 1061, Université de Montpellier, co-pilote du Codev
 - ▶ **Magali COLDEFY**, Géographe de la santé, maître de recherche à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) et chargée de mission à l'Observatoire régional des urgences de la région PACA
 - ▶ **Viviane KOVESS-MASFETY**, membre du HCSP (commission spécialisée Évaluation, Stratégie, Prospective, Cs-ESP), Psychiatre, Professeure EHESP, Chercheur EA 4057 Paris Descartes, co-pilote du Codev
 - ▶ **Maria MELCHIOR**, membre du HCSP (commission spécialisée Maladies Chroniques), épidémiologiste, chercheur à l'Inserm UMR_S 1136
 - ▶ **Jacques PIANT**, membre du HCSP (commission spécialisée Maladies Chroniques), Pédiopsychiatre
 - ▶ **Nathalie SENECAI**, Médecin de Santé publique, directrice ORS Ile-de-France
 - ▶ **Jean-Louis SENON**, Psychiatre, Professeur de la Faculté de Médecine de Poitiers
-
- ▶ **Véronique MALLET**, chargée des politiques de santé, Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique
 - ▶ **Ann PARIENTE-KHAYAT**, Médecin de Santé publique, Secrétariat général du Haut Conseil de la santé publique

Assistance à maîtrise d'ouvrage après appel d'offres selon le code des marchés publics : Société EY

- ▶ Carine Chaix-Couturier
- ▶ Caroline Desbordes
- ▶ Camille Ruiz

Principaux sigles utilisés

- ▶ AAH : Allocation d'adulte handicapé
- ▶ AAP : Appel à projets
- ▶ AGAPSY : Associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques
- ▶ AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
- ▶ ALD : Affection longue durée
- ▶ AMM : Autorisation de mise sur le marché
- ▶ ANACT : Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
- ▶ ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
- ▶ ANCREAI : Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée
- ▶ ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- ▶ ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
- ▶ APM : Agence de presse médicale
- ▶ ARS : Agence régionale de santé
- ▶ ASE : Aide sociale à l'enfance
- ▶ ASPMP : Association des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- ▶ ATIH : Agence technique d'information sur l'hospitalisation
- ▶ BDMA : Banque de données médico-administratives
- ▶ CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
- ▶ CADA : Centre d'accueil pour demandeurs d'asile
- ▶ CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques professionnelles
- ▶ CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- ▶ CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé
- ▶ CCPP : Commission de coordination des politiques publiques de santé
- ▶ CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques
- ▶ CEDIAS : Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales
- ▶ CESP : Contrat d'engagement de service public
- ▶ CFP : Congrès français de psychiatrie
- ▶ CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté
- ▶ CHS : Centre hospitalier spécialisé
- ▶ CHT : Communauté hospitalière de territoire
- ▶ CIDI-SF : Composite international diagnostic Interview Short Form
- ▶ CISS : Collectif interassociatif sur la santé
- ▶ CLS : Contrats locaux de santé
- ▶ CLSM : Conseil local de santé mentale
- ▶ CME : Commission médicale d'établissement
- ▶ CMP : Centre médico-psychologique
- ▶ CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
- ▶ CNAM : Conservatoire national des arts et métiers
- ▶ CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
- ▶ CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins
- ▶ CNQSP : Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie
- ▶ CNSA : Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie
- ▶ CODEV : Comité d'évaluation
- ▶ COMEDE : Comité médical pour les exilés
- ▶ COPIL : Comité de pilotage
- ▶ CPH : Centre provisoire d'hébergement
- ▶ CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- ▶ CREFAP : Centre ressource familles et troubles psychotiques
- ▶ CREHPSY : Centre de ressources handicap psychique
- ▶ CRSA : Conférence régionale de santé et de l'autonomie
- ▶ CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

- ▶ DAF : Dotation annuelle de financement
- ▶ DIHAL : Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement
- ▶ DGCS : Direction générale de la cohésion sociale
- ▶ DGOS : Direction générale de l'offre de soins
- ▶ DGS : Direction générale de la santé
- ▶ DPC : Développement professionnel continu
- ▶ DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
- ▶ DSP : Dispositif de soins partagés
- ▶ DU : Diplôme d'université
- ▶ ECN : Examen classant national
- ▶ EGB : Échantillon généraliste des bénéficiaires
- ▶ EHESP : École des hautes études en santé publique
- ▶ EHIS : European Health Interview Survey
- ▶ EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ▶ ELSA : Équipes de liaison en soins d'addictologie
- ▶ EMG : Equipe mobile gériatrie
- ▶ EMP : Equipe mobile psychiatrie
- ▶ EMPP : Equipe mobile psychiatrie et précarité
- ▶ ENP : École des neurosciences de Paris
- ▶ EPP : Évaluation des pratiques professionnelles
- ▶ EPS : Établissement public de santé
- ▶ ES : Établissement de santé
- ▶ ESAT : Établissement et service d'aide par le travail
- ▶ ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
- ▶ ESMS : Établissement social ou médico-social
- ▶ ESPAD : European School Project on Alcohol and Drugs
- ▶ ESPS : Enquêtes sur la santé et la protection sociale
- ▶ ETP : Éducation thérapeutique du patient
- ▶ FAM : Foyer d'accueil médicalisé
- ▶ FNAPSY : Fédération nationale des associations des usagers en psychiatrie
- ▶ FFP : Fédération française de psychiatrie
- ▶ F2RSM : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale
- ▶ GCS : Groupement de coopération sanitaire
- ▶ GEM : Groupes d'entraide mutuelle
- ▶ GHT : Groupement hospitalier de territoire
- ▶ GIS : Groupement d'intérêt scientifique
- ▶ HAD : Hospitalisation à domicile
- ▶ HAS : Haute Autorité de santé
- ▶ IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
- ▶ IGAS : Inspection générale des affaires sociales
- ▶ INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
- ▶ InVS : Institut de veille sanitaire
- ▶ IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé
- ▶ IRESP : Institut de recherche en santé publique
- ▶ ITEP : Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
- ▶ LMD : Licence, master, doctorat
- ▶ Loi HPST : Loi hôpital, patients, santé et territoires
- ▶ MAS : Maison d'accueil spécialisée
- ▶ MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
- ▶ MDA : Maison des adolescents
- ▶ MDPH : Maison départementale des personnes handicapées
- ▶ MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale
- ▶ MSP : Maison de santé pluridisciplinaire
- ▶ OBIACU : Observatoire interministériel de l'accessibilité et de la conception universelle
- ▶ OMS : Organisation mondiale de la santé
- ▶ ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé
- ▶ OPEPS : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé

- ▶ PAEJ : Points d'accueil et d'écoute jeunes
- ▶ PASS : Permanences d'accès aux soins de santé
- ▶ PCH : Prestation compensatoire du handicap
- ▶ PEP : Pratiques exigibles prioritaires
- ▶ PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique
- ▶ PHRIP : Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale
- ▶ PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
- ▶ PMI : Protection maternelle et infantile
- ▶ PPSM : Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- ▶ PREPS : Programme de recherche sur la performance du système de soins
- ▶ PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
- ▶ PRS : Projet régional de santé
- ▶ RIM-P : Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
- ▶ ROR : Répertoire opérationnel des ressources
- ▶ ROSP : Rémunération sur objectifs de santé publique
- ▶ RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
- ▶ SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
- ▶ SAMETH : Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés
- ▶ SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- ▶ SAMU : Service d'aide médicale urgente
- ▶ SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale
- ▶ SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire
- ▶ SDIS : Service départemental d'incendie et de secours
- ▶ SESSAD : Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile
- ▶ SG-MAS : Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- ▶ SISM : Semaine d'information sur la santé mentale
- ▶ SMPG : Santé mentale en population générale
- ▶ SMPR : Service médico-psychologique régional
- ▶ SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation
- ▶ SNIIRAM : Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie
- ▶ SNS : Stratégie nationale de santé
- ▶ SPAO : Service psychiatrique d'accueil et d'orientation
- ▶ SPI : Soins psychiatriques pour péril imminent
- ▶ SROS : Schéma régional d'organisation des soins
- ▶ SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile
- ▶ SSR : Soins de suite et de réadaptation
- ▶ UDAF : Union départementale des associations familiales
- ▶ UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée
- ▶ UMD : Unité pour malades difficiles
- ▶ UNAF : Union nationale des associations familiales
- ▶ UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades et personnes handicapées psychiques
- ▶ URC Eco : Unité de recherche clinique en économie de la santé d'Île-de-France

SYNTHÈSE

Le présent rapport rend compte de l'évaluation du plan psychiatrie santé mentale (PPSM) 2011-2015 réalisée par le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) à la suite de la saisine de la Direction générale de la santé (DGS) en date du 25 novembre 2014. Cette saisine de la DGS demande que l'évaluation porte une attention particulière au degré d'appropriation des orientations stratégiques du plan par les principaux effecteurs régionaux (agences régionales de santé – ARS –, professionnels, aidants, usagers). La saisine précise que les recommandations établies par le HCSP, sur la base de cette évaluation, appuieront les décisions de la DGS sur les suites à donner au présent plan, dans la perspective de la stratégie nationale de santé ainsi que de la politique de santé mentale et de l'organisation de la psychiatrie dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 se distingue par une rédaction centrée sur des objectifs stratégiques ainsi que par le rôle central donné aux ARS dans sa mise en œuvre. Le plan se décline autour de 4 axes « stratégiques » :

Axe 1 : « Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne »

Axe 2 : « Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires »

Axe 3 : « Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal »

Axe 4 : « Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs ».

Ayant fait l'objet d'une vaste concertation préalable, sa mise en œuvre repose sur une responsabilité collective de tous les acteurs qui interviennent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Ce plan dit "de nouvelle génération" fait le choix de se concentrer sur des objectifs stratégiques et souligne que les réponses à apporter mettent en jeu les différents niveaux de la décision : administration centrale, opérateurs nationaux, ARS, professionnels, établissements, autres acteurs locaux. Il rend nécessaire une consolidation de la gouvernance en psychiatrie, centrée sur le rôle clef des ARS, tout en prévoyant un suivi et un appui national. Il prévoit une traduction du plan psychiatrie et santé mentale dans chaque projet régional de santé (PRS) en coordination avec les départements qui doivent mettre en place une instance qui réunit tous les acteurs en lien avec les conférences de territoire sans oublier la déclinaison locale basée sur la sectorisation à partir de dispositifs de type conseils locaux de santé mentale (CLSM).

Le pilotage national du plan est confié à la DGS, chargée de s'assurer de la mise en œuvre du plan, avec l'appui du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SG-MAS). Il instaure un point périodique afin d'adapter les dispositifs, tandis que les ARS se chargent de faire connaître leurs innovations dans une optique de mise en commun nationale.

Une feuille de route des opérateurs nationaux est mise en place et toutes les administrations et opérateurs peuvent apporter une contribution sont ainsi nommés en plus des ministères sociaux les directions générales concernant l'habitat, l'emploi, la recherche et l'enseignement supérieur, la justice, l'information et la communication, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

De plus, une conférence annuelle du PPSM est prévue, présidée par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des solidarités, et donne l'occasion de faire le point sur l'avancée du plan, c'est-à-dire la mise en œuvre des feuilles de route des différentes institutions concernées. Enfin, le plan prévoit qu'un rapport final soit élaboré en 2016 et soumis lors d'une conférence annuelle afin d'apprécier dans quelle mesure a été atteinte l'ambition affichée du plan de « *Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques* ».

La méthode et le déroulement de l'évaluation

L'évaluation s'est déroulée entre avril 2015 et janvier 2016. Différentes sources ont été mobilisées : auditions de personnes clefs, retour de questionnaires envoyés aux 26 ARS en juillet 2015 sur la mise en œuvre des éléments du plan, recueil d'éléments quantitatifs auprès des différentes administrations. De plus, entre septembre et octobre 2015, une enquête qualitative a été réalisée dans les 5 régions suivantes : Bretagne, Limousin, Franche-Comté, Île-de-France et Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA) selon un même mode opératoire, grâce à un appui très important des équipes ARS respectives. En pratique, une visite de deux jours sur site a été réalisée par les membres du comité d'évaluation (Codev) auprès des acteurs dans les régions : ARS, intervenants de la psychiatrie publique et privée et du secteur social et médicosocial, médecins généralistes, familles et personnes vivant avec un trouble psychique, CLSM. Une conférence évaluative organisée le 27 janvier 2016 a mobilisé l'ensemble des acteurs impliqués et des structures auditionnées au cours de l'évaluation pour enrichir et/ou nuancer les premiers constats de l'évaluation. Une réunion avec les directions du ministère des affaires sociales et de la santé a permis de préciser les modalités de coordinations mises en place ou prévues.

Durant ce processus d'évaluation mené par le HCSP, une mission sur la santé mentale a été confiée à Michel Laforcade par la ministre en charge de la santé, Marisol Touraine. Ses conclusions sont attendues au cours du premier trimestre 2016. De plus, la loi de modernisation de notre système de santé qui comprend plusieurs articles relatifs à la santé mentale a été promulguée le 26 janvier 2016.

Les limites de l'évaluation

Malgré les moyens déployés pour réaliser cette évaluation, il est évident que la méthodologie utilisée ne peut prétendre évaluer la situation de l'ensemble du territoire au niveau national étant donné la complexité du champ couvert, la multiplicité des acteurs et la diversité des ressources et des pratiques. De plus, l'absence de pilotage national a considérablement limité la production de données de suivi du plan tant au niveau régional que national, les éléments de suivi ont été reconstitués rétrospectivement pour mener cette évaluation.

L'analyse faite ici porte donc sur les évolutions constatées pendant la période du plan, sans qu'un lien de causalité entre la mise en œuvre du plan et ces évolutions puisse être formellement établi, à quelques exceptions près.

Résultats

Si l'absence d'objectifs opérationnels nationaux énoncés en regard des objectifs stratégiques avait l'intérêt de laisser une grande liberté d'adaptation au niveau des ARS dont les situations peuvent être très différentes, elle semble, en l'absence d'un suivi national encadrant, avoir contribué à des difficultés dans la traduction et l'impulsion des actions attendues et ce d'autant que le plan a été publié après la mise en place des Plans Régionaux de Santé.

Qui plus est, dans la mesure où une grande partie des actions proposées exigeait des coordinations qui n'ont pas été mises en place tant au niveau des différents ministères concernés que des directions des ministères sociaux ainsi que de leurs instances dans les régions, ces actions, qui touchaient à la vie quotidienne des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage, n'ont pu se développer. Malgré ces réserves, un certain nombre de constats ont pu être faits.

Un plan consensuel et pertinent

L'ensemble des acteurs rencontrés s'accordent à souligner la pertinence des axes et des orientations stratégiques retenus au regard des besoins observés, établissant en quelque sorte une « synthèse » des enjeux et des solutions proposées au moment de sa rédaction. La cohérence du plan par rapport aux préoccupations de terrain a été mise en relation avec un processus d'élaboration construit sur un modèle consultatif large. De ce fait, à part quelques exceptions, les acteurs se sont largement appropriés son contenu et le plan a même parfois permis de conforter des actions mises en place à l'échelle des territoires. Le manque de financements spécifiques attachés à des objectifs prioritaires a cependant été critiqué.

Des progrès dans la reconnaissance positive du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage

Le PPSM faisait une place importante à la participation active des représentants des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage notamment dans les instances d'établissements afin de les intégrer pleinement aux démarches de démocratie sanitaire. Cette tendance est positivement perçue par les différents acteurs. Les groupes d'entraide mutuelle (GEM), bien que leur développement ait été quantitativement faible sur la période du plan, contribuent de plus en plus à la déstigmatisation des troubles psychiques. Cependant, le manque de soutien pérenne, voire parfois la diminution drastique des moyens des associations, ont été identifiés comme un frein à la représentation qui ne peut se faire qu'avec un soutien fort et fiable en moyens humains et financiers.

Un développement des études et des recommandations sur le handicap psychique

Sur la période du plan et en relation explicite avec lui, il convient de noter l'inscription de la psychiatrie et de la santé mentale au programme de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) ainsi que de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Ceci a permis la mise en place d'études approfondies sur la trajectoire des personnes vivant avec des troubles psychiques et l'élaboration de recommandations de bonne pratique sur des éléments essentiels dans le rétablissement. De plus des recherches sur le fonctionnement du système de soin pour la prise en charge de ces troubles ont été initiées et soutenues par la mission recherche de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (MiRe-DREES) et l'institut de recherche en santé publique (Iresp), permettant un début d'appropriation de ces thèmes par le milieu de la recherche y compris via l'utilisation des bases de données existantes sur les prises en charge.

Le rôle accru des secteurs médico-social et social et l'impulsion de la CNSA et de la DGCS dans le champ du handicap psychique

L'évaluation du handicap psychique dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ne semble pas toujours satisfaisante, elle est réalisée à l'échelle départementale. La coordination entre le sanitaire et le secteur médico-social et social est en train de s'améliorer quelque soit l'échelle territoriale. La mise en place de formations croisées, la co-évaluation des besoins et co-construction des projets de santé et de vie des personnes semblent être des éléments particulièrement structurants pour poursuivre le décroisement

entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux aux niveaux national, régional dans les ARS et local grâce notamment aux CLSM.

Une santé somatique mieux prise en compte

Une mobilisation a semblé émerger sur la question de l'accès aux soins somatiques. Ceci s'est traduit sur le terrain par le recrutement de médecins généralistes par les établissements spécialisés en psychiatrie ou la mise en place de conventions avec des services de santé ainsi que diverses initiatives locales. Des actions nationales telles que la Charte de partenariat entre la Conférence nationale des présidents de Commissions Médicales d'Etablissement (CME) de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) et le Collège de la médecine générale signée en mars 2014 ou la labellisation par la HAS d'une recommandation sur cette thématique contribuent à cette avancée. Il reste à évaluer les effets de ces mesures sur la prise en charge des personnes en dehors de l'hospitalisation.

Un début de rééquilibrage de l'offre entre les régions et à l'intérieur des régions

Les disparités d'allocations de ressources entre les régions se sont réduites sur la période du plan grâce à des actions volontaristes permettant de moduler les financements. Des réflexions et actions ont été initiées au niveau national et régional sur la mise en œuvre de modèles de péréquation des dotations annuelles de financement pour la psychiatrie tendant à favoriser les soins extrahospitaliers, qui doivent maintenant être évaluées. Les disparités territoriales d'offres de soins, à la fois en équipements et personnels, restent cependant, très importantes.

Une attention à la réponse en urgence et à l'accès aux soins des populations les plus défavorisées

Dans de nombreuses régions l'accès aux soins en urgence a fait l'objet d'une priorisation et de la mise en place de mécanismes pour réduire ou mieux gérer cet accès en particulier par des équipes mobiles, des centres de crise et d'écoute téléphonique ou encore des conventions entre les équipes psychiatriques intervenant aux urgences générales et les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU). Des équipes mobiles ont aussi été développées pour l'accès aux soins des populations les plus démunies en particulier des personnes sans-domicile fixe.

Cependant d'importantes difficultés persistent

En matière d'accès aux soins, les délais d'attente pour une première consultation sont un frein majeur. Cette problématique apparaît d'autant plus prégnante en pédopsychiatrie où les délais d'attente importants sont un obstacle au diagnostic précoce et à une prise en charge adaptée. Certes on note des méthodes qui permettent une première évaluation rapide souvent appuyée sur des infirmiers exerçant en pratique avancée et, bien étayée par l'équipe psychiatrique, mais cela n'est pas systématisé et entraîne d'importantes inégalités d'accès. Les prises en charge nécessaires après cette évaluation se heurtent aussi aux inégalités territoriales de ressources humaines et à des modalités de financement inadéquates. On doit aussi souligner les manques de coordination entre les différents intervenants de l'enfance.

Une trop grande hétérogénéité des pratiques et des moyens

Qu'il s'agisse des conditions de soins ou d'hospitalisation dont certaines restent éloignées des niveaux de confort ou d'accès, d'autres paraissent exagérément longues ou contraignantes faute de places d'aval disponibles, ou encore des soins eux-mêmes, la diversité des pratiques

est trop importante et mal comprise par les personnes vivant avec des troubles psychiques et leur entourage. L'utilisation de la chambre d'isolement, de la contention et de contraintes de soins, pas toujours justifiées, participe à cette diversité. Cela représente une atteinte aux droits des personnes et doit être encadrée par l'article L. 3222-5-1 de la loi du 26 janvier 2016 puis par des recommandations de la HAS et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) en cours de rédaction. Les pratiques de réhabilitation psycho-sociale comme les pratiques d'intervention à domicile sont également très inégales. Les recommandations de bonne pratique et les actions de formation continue de tous les acteurs devraient améliorer ces aspects. Notons par ailleurs, que si les disparités entre départements semblent s'être réduites sur la période du plan en ce qui concerne les densités de professionnels, elles restent très importantes dans le champ de la psychiatrie et interrogent l'équité d'accès aux soins des habitants.

Concernant la vie quotidienne des personnes vivant avec des troubles psychiques, les actions réalisées sont essentiellement le fruit d'initiatives locales et apparaissent insuffisantes au regard des besoins en matière d'accès et de maintien dans le logement et dans l'emploi. Le développement de logements adaptés n'a pas été à la mesure des ambitions fixées par le plan et les mesures permettant un accès à l'emploi n'ont pas été mises en place.

D'importantes avancées sont nécessaires pour permettre la mise en place d'une société inclusive sur ces aspects essentiels ainsi que la participation à une vie sociale et culturelle.

L'absence de remboursement des soins de psychothérapie et la surmédicalisation du mal-être n'ont pas évolué.

Malgré les efforts déployés par la mise en place de recommandations par la HAS la consommation de benzodiazépines reste préoccupante. Parallèlement la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) étudie les possibilités d'une expérimentation d'un remboursement gradué des psychothérapies tandis que les complémentaires santé remboursent certains soins sans toujours s'assurer de la qualification des intervenants. La formation non systématique des médecins généralistes à la psychiatrie et les difficultés de communication entre les professionnels (notamment médecins généralistes et psychiatres) restent un obstacle à la prise en charge des nombreuses personnes vivant avec un trouble psychique dont ils sont les référents, même si des efforts sont entrepris dans ce sens.

Recommandations

Quelle que soit la forme que pourrait prendre une nouvelle programmation dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, l'évaluation menée par le HCSP montre la nécessité de respecter un principe de base : inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans ou programmes successifs.

Les 64 recommandations détaillées dans ce rapport d'évaluation sont déclinées autour de 5 grands thèmes :

- 1) L'organisation des actions** en particulier la coordination et le décloisonnement des différents acteurs aux niveaux national interministériel, régional et local et la mise en place de moyens en effectifs humains, informatiques et financiers pour ce faire (Recommandations 1 à 11).

2) Santé mentale et prévention

La promotion de la santé mentale concerne la population à tous les âges de la vie que ce soit à l'échelle collective ou individuelle. Les actions de prévention doivent être menées sur des populations cibles en fonction de données probantes (Recommandations 12 à 15).

3) Le développement des formations, le soutien de la recherche et l'amélioration de la qualité

La formation est nécessaire à de multiples niveaux (initiale et continue) pour tous les intervenants, médicaux et non médicaux. La formation interdisciplinaire est à privilégier (sanitaire, médico-social, social) pour favoriser le décloisonnement. La participation des personnes vivant avec un trouble psychique à ces formations est une étape déterminante pour faire évoluer le regard des acteurs de la prise en charge. La gestion des événements indésirables et un respect rigoureux des droits des patients feront partie de ces formations. La recherche en psychiatrie manque de moyens par comparaison aux autres disciplines médicales et mérite d'être particulièrement soutenue sous tous ses aspects (Recommandations 16 à 29).

4) L'amélioration de l'accès aux soins en créant des plateformes d'information, des dispositifs d'accueil pour les primo-consultants, des offres de soins sur les lieux de vie des personnes et en améliorant les conditions d'hospitalisation, quand elle est nécessaire. Ces évolutions doivent tenir compte de la nécessaire équité qui implique une poursuite des efforts de réallocation des ressources. Le suivi conjoint entre le sanitaire, le médico-social et le social est une des clés structurelles de la prise en charge (Recommandations 30 à 47).

5) L'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique ainsi que celle des aidants doit viser un maintien ou un retour dans le droit commun par des actions concernant le logement et l'accès au travail. Des actions doivent aussi permettre de changer le regard sur les personnes vivant avec des troubles psychiques et « d'apprendre à prendre soin de l'autre » (Recommandations 48 à 64).

PREMIERE PARTIE : CONTEXTE OBJECTIFS ET METHODES DE L'EVALUATION

1. Contexte et objectifs de l'évaluation

1.1. L'évolution de la politique de santé mentale

Avec près d'un million deux cent mille personnes en affection psychiatrique de longue durée (ALD) au 31 décembre 2013, la psychiatrie est la 5^e ALD la plus prévalente en France¹. De plus, les maladies psychiatriques sont le deuxième poste de dépense de l'Assurance Maladie en 2013². La psychiatrie - santé mentale est ainsi l'une des préoccupations majeures des politiques de santé publique et a fait l'objet au cours des dernières années de multiples rapports et plans aux recommandations généralement convergentes. Le plan psychiatrie et santé mentale (PPSM) 2011-2015 s'inscrit dans cette continuité.

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adopte en 2013, le plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 qui définit quatre objectifs principaux :

- 1) parvenir à un *leadership* et à une gouvernance plus efficaces dans le domaine de la santé mentale ;
- 2) fournir des services de santé mentale et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins dans un cadre communautaire ;
- 3) mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention ;
- 4) renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de données factuelles et développer la recherche.

Au niveau de l'Union européenne, le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être, signé en 2008 par la France, fait de la santé mentale une priorité au niveau européen au regard de la prévalence de ces troubles et de leurs conséquences pour les individus et leurs proches. Il détermine cinq domaines prioritaires :

- Prévention de la dépression et du suicide
- La santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif
- La santé mentale sur le lieu de travail
- La santé mentale des personnes âgées
- La lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale

En France, la politique de psychiatrie – santé mentale est construite, principalement autour des questions d'organisation territoriale dans une optique de désinstitutionalisation et autour d'une recherche d'équilibre entre la sécurité et le respect des droits des malades.

Ainsi, la psychiatrie a, très tôt, fait l'objet de réflexions sur l'organisation géographique de la prise en charge. La circulaire du 15 mars 1960 pose les fondements de la sectorisation en psychiatrie en introduisant des objectifs de désinstitutionalisation de la prise en charge des troubles psychiatriques. Les acteurs de cette aire géo-démographique ont donc la responsabilité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques sur le territoire dans une optique d'insertion dans la cité. L'hospitalisation ne doit être qu'une « étape du traitement ». Les évolutions législatives et réglementaires se poursuivent en spécifiant les

¹ Répartition et taux de personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2013 pour le régime général, caractéristiques d'âge et de sexe, et taux de décès (Ameli.fr)

² Cnamts, rapport *Charges et produits* pour l'année 2015

missions et moyens du secteur. Si la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST)³ fragilise les bases du secteur en 2009, celui-ci est réaffirmé dans ses missions à la fois pour la prise en charge des adultes et des enfants en 2016 par la loi de modernisation de notre système de santé⁴ avec la création du projet territorial de santé mentale. Ce projet élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et des établissements travaillant dans le champ de la santé mentale vise à une amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

La ministre en charge de la santé, Marisol Touraine a confié le 27 novembre 2014 à M. Michel Laforcade une mission relative à la santé mentale. Cette mission comporte trois directions : le déploiement sur les territoires d'une organisation optimale des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie ; les pratiques, la formation des professionnels et les métiers de demain, en favorisant les modalités de coopération entre professionnels ; des mesures concourant à la déstigmatisation de la santé mentale et des mesures de promotion des droits des personnes. Son rapport devrait être remis à la ministre autour du mois de mars 2016.

La stratégie nationale de santé présentée par la ministre en charge de la santé en septembre 2013 a défini 5 domaines clés dont la santé mentale⁵.

Parallèlement, la politique de santé mentale s'attache à trouver un équilibre entre l'insertion dans la cité et la protection des personnes. La reconnaissance des droits des personnes hospitalisées pour troubles mentaux se concrétise par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. La loi du 11 février 2005 reconnaît le handicap psychique et ouvre donc de nouveaux droits aux personnes concernées tout en renforçant la nécessité d'inclusion dans la cité et de coordination entre secteur sanitaire, social et médico-social. Enfin, la loi 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, complétée par la loi du 27 septembre 2013⁶, poursuit la dynamique d'encadrement du recours aux soins sans consentement en confiant au juge des libertés et de la détention, le contrôle des procédures de recours aux soins sans consentement qui dépendait auparavant de l'autorité administrative.

En plus des outils législatifs et réglementaires, la politique de santé mentale est marquée par une publication dense de rapports. Le député Denys Robiliard (2013) recense ainsi 15 rapports publiés sur le sujet depuis 2000, dont les rapports d'Edouard Couty (2009), et le livre Blanc de la Psychiatrie Française (2012). Une forte cohérence dans les constats et les recommandations entre ces différents rapports est notée, conduisant le député D. Robiliard à recommander dans son rapport final de « diminuer le nombre de rapports et donner la priorité à la mise en œuvre des recommandations récurrentes » (proposition 30 bis).

Enfin, les plans reprennent pour partie les éléments énoncés dans ces rapports et sont un vecteur d'évolution de l'offre de soins en psychiatrie. Ainsi, le plan psychiatrie santé Mentale 2005-2008 succède au plan ministériel de novembre 2001 « l'usager au centre d'un dispositif à rénover ». Le plan psychiatrie santé mentale 2005-2008 insiste sur une approche globale de l'état de santé mentale et est articulé autour de 5 axes :

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵ Les autres axes de la SNS sont les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, et l'accès aux soins des personnes handicapées

⁶ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues 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 prise en charge des patients,
- La mise en place d'actions en faveur des familles, des patients et des professionnels,
- Le développement et la qualité de la recherche,
- La mise en œuvre de 4 programmes spécifiques : dépression et suicide / santé et justice / périnatalité, enfants et adolescents / populations vulnérables,
- La mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan.

Ce plan 2005-2008 a également apporté un financement de 1,5 milliard d'euros dont 750 millions d'investissements permettant d'augmenter le nombre de professionnels et de structures. Il a aussi fait l'objet d'une évaluation par le HCSP en octobre 2011, préalablement à la rédaction du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf).

Le PPSM 2011-2015 marque une rupture dans sa conception. Il est le fruit d'une large concertation entre les acteurs de ce champ (représentants des usagers, de professionnels sanitaires et sociaux, d'universitaires et de chercheurs) en donnant une place importante aux représentants des usagers et il a été conçu après la loi HPST comme un plan d'orientations stratégiques destinées aux agences régionales de santé (ARS).

1.2. Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015

Inscrit dans le cadre du Pacte européen, le PPSM 2011-2015 est le premier plan de santé publique postérieur à la réforme de l'organisation territoriale des politiques de santé portée par la loi HPST. Cette réforme de l'organisation territoriale marque notamment la mise en place des ARS en charge aussi bien de questions de santé publique que d'organisation des soins. L'approche globale de la santé prônée par les ARS, ainsi que leurs compétences sur le secteur médico-social, offrent des opportunités de décroisement des prises en charge en santé mentale.

Dans ce contexte, le PPSM 2011-2015 se distingue d'une part, par une mise en œuvre confiée principalement aux ARS et d'autre part, par la définition d'un cadre stratégique sans mesures ou actions concrètes ni objectifs quantifiés. La publication du plan devait coïncider avec l'élaboration, par les ARS, des Projets Régionaux de Santé (PRS) définissant les objectifs et les priorités de la politique de santé pour la région et les moyens pour y parvenir. Les rédacteurs du plan souhaitaient donc que les orientations stratégiques fixées par le plan soient déclinées au sein des PRS. Or, la plupart des régions avaient déjà arrêté leur PRS au moment de la publication du plan. Cependant, le questionnaire de la DGS, envoyé aux ARS en 2012, témoigne de la cohérence entre les orientations du plan et celles définies dans les PRS. Ainsi, les 24 ARS ayant répondu au questionnaire ont recensé, au total, 68 actions sur l'axe 1, 74 actions sur l'axe 2, 9 actions sur l'axe 3 et 41 actions sur l'axe 4⁷. Le plan se décline autour de 4 axes « stratégiques » concernant les ruptures « pour mieux vivre avec des troubles psychiques », présentés ci-dessous.

⁷ Analyse des 24 questionnaires réalisée par le HCSP

| |
|---|
| Axe 1 |
| 1. Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale |
| 2. Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques et renforcer la continuité des soins crise / post crise |
| 3. Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie |
| 4. Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention |
| 5. Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée |
| 6. Améliorer la prise en charge des addictions |
| 7. Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'accès à la vie professionnelle |
| 8. Améliorer l'accès des personnes aux droits |
| Axe 2 |
| 1. Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins |
| 2. Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population |
| 3. Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations |
| 4. Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville |
| 5. Encourager les démarches qualité |
| 6. Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie |
| 7. Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale |
| 8. Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider |
| Axe 3 |
| 1. Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie |
| 2. Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique |
| 3. Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques |
| 4. Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes |
| 5. Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance |
| Axe 4 |
| 1. Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques |
| 2. Améliorer la formation de certains professionnels clé |
| 3. Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie |
| 4. Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées |
| 5. Entretenir les réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux |
| 6. Améliorer la formation des usagers et de leur entourage |

1.3. Le rôle du Haut Conseil de la santé publique

Créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et mis en place en 2007, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP), placé auprès du ministre en charge de la santé, peut être consulté par les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé sur toute question relative à la prévention, à la sécurité sanitaire ou à la performance du système de santé.

Le HCSP est une instance d'expertise indépendante avec trois missions principales :

- Contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi de santé publique ;
- Fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire ;
- Fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique.

Le HCSP a notamment pour mission de produire des évaluations globales et pluralistes, indépendantes et transparentes. Pendant son premier mandat, le HCSP a décliné de manière opérationnelle cette nouvelle mission d'évaluation, en évaluant d'une part, les 100 objectifs annexés à la loi de 2004 et d'autre part certains plans stratégiques, en particulier le Plan cancer 2003-2007 ou le Plan national maladies rares.

En novembre 2014, le PPSM 2011-2015 arrivant à échéance, la Direction Générale de la Santé (DGS) a saisi le HCSP pour une évaluation ex-post de ce Plan : *« le Haut Conseil de la Santé Publique procède à son évaluation avec notamment une attention particulière sur le degré d'appropriation de ses orientations stratégiques par les principaux effecteurs régionaux du plan (ARS, professionnels, aidants et usagers) »*, Lettre de mission adressée au HCSP par la DGS le 24 Novembre 2014.

Un comité d'évaluation (Codev) pluridisciplinaire, composé de professionnels, membres ou non du HCSP, a été constitué pour mener à bien cette mission. La liste des membres est présentée au début du rapport.

1.4. Objectifs de l'évaluation

Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 a été conçu comme un plan innovant, donnant de grandes orientations stratégiques aux ARS. Il revient à celles-ci de décliner ces orientations en fonction des contextes locaux, en particulier dans les projets régionaux de santé. Le Codev du plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 a jugé essentiel que la démarche d'évaluation mesure le degré d'appropriation et de mise en œuvre de ces orientations stratégiques dans les régions.

L'évaluation du PPSM vise à mesurer la mise en œuvre et les principaux effets du plan, et à faire des propositions pour **orienter la future politique de santé mentale**. Plus spécifiquement, l'évaluation vise à :

- ▶ **apprécier la cohérence du Plan avec son environnement**, c'est-à-dire mesurer l'adéquation entre les orientations stratégiques définies par le plan et les besoins en termes de psychiatrie – santé mentale ainsi que l'adéquation entre les orientations stratégiques du plan et les moyens alloués ;
- ▶ **apprécier la gouvernance et le pilotage du plan**, c'est-à-dire apprécier la mise en œuvre des dispositifs de concertation et d'interactions avec les acteurs du champ sanitaire et médico-social au niveau national, interrégional et régional ;
- ▶ **établir le degré d'atteinte des buts visés** par le plan, c'est-à-dire évaluer dans quelle mesure les objectifs stratégiques définis dans le plan ont été atteints.

1.5. Périmètre de l'évaluation

L'évaluation porte sur les 4 axes stratégiques déclinés en 27 sous-axes du plan psychiatrie et santé mentale 2011 – 2015. L'évaluation porte aussi sur la gouvernance du plan.

Dans le mode opératoire du plan qui visait à traduire des objectifs collectifs en des changements concrets, il était inscrit qu'il convenait de consolider la gouvernance en psychiatrie, et de prévoir une gouvernance pour le plan lui-même, centrée sur le rôle clé des ARS, et prévoyant un suivi et un appui national.

La DGS était chargée de s'assurer de la mise en œuvre du plan, avec l'appui du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Chaque opérateur national était chargé de produire une feuille de route contribuant aux objectifs fixés dans le plan, précisant les mesures envisagées et leurs modalités de mises en œuvre.

Le rôle central des ARS dans la mise en œuvre du plan était décrit :

- Traduire le PPSM dans le PRS
- Être force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national sur les changements à opérer
- Les ARS doivent s'assurer du fonctionnement de trois échelons :
 - o une commission régionale de concertation
 - o un échelon spécifique départemental en lien avec les conférences de territoire.
 - o un échelon de proximité basé sur la sectorisation.

Dans l'appréciation de la cohérence externe, l'évaluation tient également compte :

- Du « Programme National d'Actions contre le Suicide » 2011-2014 pour lequel la DGS a aussi saisi le HCSP pour son évaluation en date du 22 août 2014. La séparation entre la thématique « *suicide* » et la thématique « *psychiatrie-santé mentale* » était une nouveauté du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015. ;
- De l'évaluation par le HCSP après saisine de la DGS, des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) 2010-2014 qui a pris en compte la spécificité des programmes d'ETP pour la psychiatrie (<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>);
- Du plan Autisme 2013-2017, plan auquel se sont référées plusieurs personnes auditionnées ;
- Du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013 - 2017 pour la partie du plan se référant aux addictions (axe 1.6).

2. Méthodologie de l'évaluation

Organisation et méthodologie de l'évaluation

Démarche et organisation de l'évaluation

Pour organiser et réaliser l'évaluation, les membres du Codev se sont réunis lors de 14 séances entre avril 2015 et février 2016. Ces réunions ont rythmé les quatre étapes principales de la démarche d'évaluation.

- ▶ Étape 1 (avril 2015 – mai 2015) : cadrage et identification des données nécessaires et des personnes à auditionner ;
- ▶ Étape 2 (mai 2015 - décembre 2015) : collecte et analyse de l'information existante ;
- ▶ Étape 3 (novembre 2015 – février 2016) : élaboration des conclusions et pistes de recommandations, rédaction du rapport ;
- ▶ Étape 4 (janvier 2016) : organisation d'une conférence évaluative en présence des différentes parties prenantes et des personnes/structures auditionnées, ajustement du rapport et des recommandations.

1. Cadrage méthodologique

La phase de cadrage méthodologique a débuté par une analyse approfondie du PPSM au sein du Codev. Ces premières analyses ont conduit à la définition d'un référentiel d'évaluation comprenant les questions évaluatives de façon transversale et par axe. Ces questions évaluatives ont été élaborées à partir des cinq critères d'évaluation suivants, selon la méthodologie du HCSP présentée lors du séminaire du 11 décembre 2013 « *De l'évaluation des plans à l'élaboration des politiques de santé publique* » (<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=382>) :

- ▶ **Pertinence / cohérence interne** : Dans quelle mesure le plan répond-t-il aux besoins des usagers et des professionnels ? Les orientations stratégiques proposées sont-elles cohérentes ?
- ▶ **Gouvernance, pilotage et suivi** : Les modalités de pilotage, de gouvernance et de suivi ont-elles contribué à l'atteinte des objectifs ?
- ▶ **Cohérence externe** : Dans quelle mesure le plan s'articule-t-il avec les autres programmes, plans, schémas et stratégies dans le domaine de la santé mentale ?
- ▶ **Efficacité** : Les objectifs affichés dans le plan ont-ils été atteints ?
- ▶ **Impact** : Dans quelle mesure le plan a-t-il permis d'améliorer la prise en charge des troubles psychiatriques en France ?

Questions évaluatives :

- ▶ La thématique est-elle nouvelle ? Y-a-t-il des actions ou des orientations nouvelles ?
- ▶ Selon vous, quelle est la pertinence du sous-axe ?
- ▶ Constat synthétique pour la mesure (qualitatif et quantitatif)
 - Des actions ont-elles été mises en place ?
 - À quelle échelle ces actions ont-elles été développées (actions sporadiques ou généralisées) ? S'agit-il d'une dynamique locale, régionale, nationale ?
 - Ces actions s'inscrivent-elles dans une dynamique de complémentarité ?
- ▶ Y a-t-il eu, selon vous, une évolution temporelle sensible sur cette thématique pendant la période du plan ?
- ▶ Si oui, pouvez-vous établir un lien entre ce changement et le plan psychiatrie santé mentale ?
- ▶ Quelles recommandations établiriez-vous pour améliorer cette thématique ?

À partir de ces questions évaluatives, un plan de collecte de données a été rédigé. Il a consisté en l'identification des auditions à mener et des données qualitatives et quantitatives à collecter.

De plus, cette phase de cadrage a permis l'élaboration d'un questionnaire⁸ envoyé aux 26 ARS visant à recenser les actions déployées par les ARS et leur degré d'appropriation des orientations du plan. Seuls les trois premiers axes portant sur la prévention et la réduction des ruptures (au cours de la vie de la personne, selon les publics et les territoires et entre la psychiatrie et son environnement sociétal) ont fait l'objet de questions. Ce questionnaire a été établi sur le modèle du questionnaire diffusé aux ARS par la DGS en 2012. Ce questionnaire portait sur l'articulation entre PRS et PPSM, les démarches initiées pour engager le PPSM dans le PRS et répertoriait des action(s) concrète(s) et emblématique(s) prévue dans le PRS et répondant aux différents axes du PPSM 2011-2015. Ce questionnaire abordait aussi la question de la gouvernance et devait recenser les obstacles juridiques et techniques au déploiement du PPSM dans la région. Ces données n'ont cependant pas été mobilisées pour le pilotage du plan pendant sa période de mise en œuvre.

Enfin, cette phase a donné lieu au choix des régions pour la réalisation de l'enquête qualitative.

2. Collecte des données

La phase de collecte des données a consisté en :

- ▶ La réalisation de 26 séances d'auditions d'un panel large d'acteurs (administrations centrales, agences, experts / personnalités qualifiées, représentants d'associations d'usagers et de familles, etc.). Ces auditions ont principalement été réalisées lors des séances du Codev,
- ▶ L'envoi du questionnaire de bilan aux 26 ARS en juillet 2015 ;

Ce questionnaire a été adressé aux directeurs généraux des ARS par le biais de l'instruction N° DGS/MC4/2015/244 du 17 juillet 2015 relative à la réalisation du bilan des actions régionales menées dans le cadre de l'évaluation du plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 par le HCSP. Il était demandé aux ARS de renseigner un fichier détaillant toutes les actions de

⁸ Instruction DGS/MC4/2015/244 du 17 juillet 2015 relative à la réalisation du bilan des actions régionales menées dans le cadre de l'évaluation du plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 par le Haut Conseil de la Santé Publique

chaque axe du plan et la question de la gouvernance avec un champ de commentaires libres, et une date limite de réponse fixée au 15 septembre 2015. La dimension territoriale et la date de mise en place de l'action, avant ou après 2011, étaient mentionnées.

- ▶ La réalisation d'une enquête qualitative sur site dans 5 régions en lien avec les ARS (Bretagne, Franche-Comté, Île-de-France, Limousin, Provence-Alpes-Côte-d'azur) ;
- ▶ Le recueil des données quantitatives auprès de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et de la Cnamts.
- ▶ Une analyse des réponses aux questionnaires 2012 de la DGS.

3. Analyse des données

La phase d'analyse des données a permis le traitement des informations et des données collectées pendant la phase 2.

Différents types de données ont été collectés :

- ▶ Les réponses au questionnaire complété par les personnels en charge de la psychiatrie-santé mentale des 26 ARS.

En pratique, 24 ARS sur 26 ont adressé une réponse au SG-HCSP entre le 1^{er} septembre 2015 et le 4 novembre 2015. La plupart des ARS ont complété l'ensemble du questionnaire avec des réponses pour chacun des axes mais certaines ARS n'ont pu compléter que quelques axes du plan. Quelques ARS ont aussi joint des documents complémentaires concernant des livrables, leurs priorités en santé mentale-psychiatrie dans le cadre du PRS, des éléments de diagnostic régional, l'identification des actions menées par les ARS sur les 3 premiers axes du plan. Afin d'avoir une vision plus large des actions menées par les ARS et ne pas préjuger de la non mise en place d'un dispositif dans une région, le relevé des actions n'était pas limité à la période du plan. En revanche, les ARS ont indiqué quand les actions étaient antérieures à la mise en place du plan.

- ▶ Des auditions réalisées entre le 12 mai 2015 et le 18 février 2016

26 séances d'auditions ont été menées par entretiens semi-dirigés, selon une grille préalablement transmise aux personnes auditionnées. Ces entretiens ont été individuels ou collectifs. Les auditions se sont déroulées pour la plupart en séance plénière lors des comités d'évaluation et ont porté sur l'ensemble du plan ou sur une ou plusieurs thématiques spécifiques. La liste des personnalités auditionnées figure en annexe 1 du présent rapport. Il s'agit d'un panel large regroupant les administrations centrales, les agences nationales, la HAS, des personnalités qualifiées (M. Laforcade, M. Robiliard, ...), des représentants des professionnels (fédérations,), des représentants d'usagers et de familles ou d'aidants.

- ▶ Des données qualitatives issues des enquêtes menées sur sites dans les 5 régions par 3 ou 4 membres du Codev :
 - Île-de-France : 15 septembre et 7 octobre 2015
 - PACA : 17 et 18 septembre 2015
 - Franche-Comté : 24 et 25 septembre 2015
 - Bretagne : 14 et 15 octobre 2015
 - Limousin : 15 et 16 octobre 2015
- ▶ Une analyse quantitative des données issues de l'ATIH, de la DREES et de la Cnamts

- ▶ Des sources de données *via* une recherche et une analyse documentaire ayant ciblé :
 - Des textes juridiques et réglementaires ayant un rapport avec la santé mentale et/ou la psychiatrie
 - Les PRS, schéma régional d'organisation de l'offre de soins (SROS)...

▶ **De la littérature scientifique, des rapports / publications des différentes structures ou agences nationales (ex : HAS, ANAP)**

Cette phase a eu pour objectif principal, le croisement des données quantitatives et qualitatives recueillies avec les informations issues de la documentation existante, afin de formuler des réponses aux questions évaluatives définies en phase 1.

Elle a permis la rédaction d'analyses par sous-axe ainsi que l'élaboration de recommandations.

4. Organisation d'une conférence évaluative

Une conférence évaluative réunissant les personnes auditionnées au niveau national ou dans les régions et les ARS a été organisée le 27 janvier 2016 au sein du HCSP. Elle a notamment permis d'échanger et d'ajuster le rapport d'évaluation et les recommandations proposées.

Une enquête qualitative menée dans 5 régions

Compte-tenu de la structuration du plan qui donne une place prépondérante aux ARS dans sa mise en œuvre, le Codev a décidé de se déplacer dans les régions afin de rencontrer et de conduire des entretiens avec différents acteurs locaux de la psychiatrie - santé mentale. Ceci dans l'optique de compléter les données recueillies par le questionnaire envoyé aux ARS avec des éléments qualitatifs.

Le choix des 5 régions étudiées a été effectué en séance plénière du Codev. L'objectif principal était de permettre une représentativité de la diversité des régions avec l'échantillon choisi (urbain/rural, démographie, ...). En lien avec les ARS et le Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, les cinq régions initialement pressenties étaient la Bretagne, Limousin, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'azur (PACA) et Lorraine. La vacance du poste de référent santé mentale en Lorraine a conduit à son remplacement par la région Franche-Comté.

Les membres du Codev se sont répartis entre les 5 régions choisies. Le groupe en charge d'une région était systématiquement composé d'un psychiatre et d'un autre membre du Codev. Ils étaient accompagnés de l'équipe d'assistance à maîtrise d'ouvrage (EY) et si possible d'un membre du SG du HCSP.

Le schéma d'organisation de l'enquête qualitative a été similaire sur l'ensemble des cinq régions, systématiquement conçu avec l'appui de chaque ARS et de son référent santé mentale :

- ▶ 2 jours consécutifs de présence sur place, sauf pour l'Île-de-France où ont été organisées des rencontres par thèmes ;
- ▶ Une même typologie d'acteurs rencontrés avec un guide d'entretien commun aux différentes régions :
 - ARS (directeur général, référent santé mentale, toutes les directions intervenant sur le champ de la psychiatrie / santé mentale, délégations territoriales),
 - Établissements de santé (personnels administratifs et praticiens hospitaliers),
 - Usagers et aidants,
 - Professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et psychiatres),
 - Centre médico-psychologique (CMP) adulte, CMP infanto-juvénile,

- Opérateurs médico-sociaux,
- Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)
- Élus / Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)

Ce sont ainsi plus de 100 personnes qui ont été rencontrées dans les régions.

Le contenu du rapport et les limites de l'évaluation

Le comité d'évaluation a rencontré des difficultés dans la démarche d'évaluation et qu'il convient de mentionner ici.

La difficulté globale à recueillir les données d'évaluation provient principalement du manque de suivi et de pilotage du plan qui n'a pas permis la production de bilans réguliers sur la mise en œuvre des orientations. Très peu d'éléments chiffrés étaient disponibles *via* les administrations centrales et nous avons dû parfois les collecter directement auprès de producteurs de données (DREES, ATIH, Cnamts). Cette collecte et l'analyse des données transmises ne permettent que très partiellement de couvrir les axes du plan. Par ailleurs, aucun objectif quantitatif n'avait été défini, le plan comprenant principalement des orientations stratégiques.

Il convient également de noter les limites de l'enquête qualitative. En effet, le Codev n'a pu se rendre que dans 5 régions et le temps contraint passé sur le terrain pour chaque région (2 jours) a restreint le nombre d'interlocuteurs rencontrés ainsi que la surface géographique couverte. En effet, le comité de visite est essentiellement resté dans la préfecture de région. Cependant, les acteurs venant d'autres départements se sont parfois déplacés ou des visioconférences ont été organisées avec les délégations territoriales.

De plus, les auditions et rencontres dans les régions se sont principalement limitées aux acteurs sanitaires et médico-sociaux. Les acteurs des champs du logement, de l'éducation nationale, du travail et de la recherche n'ont ainsi pas été auditionnés.

Enfin, la difficulté principale rencontrée par les membres du Codev est liée à la structuration même du plan qui comprenait exclusivement des orientations stratégiques, aucun objectif quantitatif et très peu d'actions précises ou de pilotes identifiés. Ceci a fortement contraint la démarche d'évaluation.

Malgré ces éléments, il faut cependant retenir la qualité de l'accueil réservé aux membres du Codev tout au long de la démarche d'évaluation et l'intérêt que l'ensemble des acteurs sollicités a témoigné pour cette démarche.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS DE L'EVALUATION

Analyse par thématique

1. Santé mentale et prévention

1.1. Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale

Pertinence

Les troubles psychiques font partie des troubles les plus fréquents et les plus lourds de conséquences en termes d'intégration scolaire, sociale et professionnelle des personnes⁹. Citant les chiffres de l'organisation mondiale de la santé (OMS), le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 annonce dès son préambule que les troubles psychiques sont une cause importante de morbidité au niveau mondial et particulièrement dans les pays industrialisés (environ 15 % du « *burden of disease* » la dépression étant la 2^{ème} cause médicale de morbidité¹⁰) et représentent donc, au-delà de la souffrance pour les personnes concernées et leur entourage, un problème de santé publique majeur prévalent. Il est donc essentiel de réduire les conséquences de ces troubles sur la vie des personnes et leur impact sociétal.

Comme le promeut l'OMS, la santé ne correspond pas exclusivement à l'absence de maladie, et la santé mentale positive ainsi que le développement des compétences psychosociales sont reconnues comme faisant partie intégrante de la santé et comme étant un droit humain fondamental¹¹. D'après la Charte d'Ottawa, adoptée en 1986, « la promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer »¹². La santé mentale positive concerne toutes les personnes, y compris celles qui vivent avec des problèmes psychiatriques.

Les troubles psychiques, qui apparaissent la plupart du temps avant l'entrée dans l'âge adulte, sont multifactoriels, c'est à dire associés à des facteurs de risque génétiques, biologiques, environnementaux et collectifs¹³. Parmi ces multiples déterminants, on peut souligner la place que jouent les facteurs sociaux^{14,15} (ex. les difficultés financières, l'instabilité professionnelle, la précarité alimentaire, l'absence de logement stable) et familiaux^{16,17} (ex. les antécédents de troubles psychiatriques chez les parents et apparentés) en interaction avec des fragilités

⁹WHO (2010) Projections of mortality and burden of disease, 2004-2030.

[http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html]

¹⁰ Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, Vos T, Whiteford HA (2013) Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Medicine 10: e1001547.

¹¹ WHO (2015) Health and human rights. [<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/en/>]

¹² Charte d'Ottawa. [www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Charte_d_Ottawa.pdf]

¹³ WHO (2012) Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors.

[http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_EN_27_08_12.pdf]

¹⁴ Lorant V, Deliege D, Eaton W, Robert A, Philippot P, Ansseau M (2003) Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. American Journal of Epidemiology 157: 98-112.

¹⁵ Melchior M, Chastang J-F, Head J, Goldberg M, Zins M, Nabi H, Younès N (2013) Socioeconomic position predicts long-term depression trajectory: a 13-year follow-up of the GAZEL cohort study. Mol Psy 18: 112-121.

¹⁶ Milne BJ, Caspi A, Crump R, Poulton R, Rutter M, Sears MR, Moffitt TE (2008) The validity of the family history screen for assessing family history of mental disorders. American Journal of Medical Genetics Part B Neuropsych Gen 150B: 41-49.

¹⁷ van der Waerden J, Galéra C, Larroque B, Saurel-Cubizolles M-J, Sutter-Dallay A-L, Melchior M (2015) Trajectories of maternal depression and children's behavior at age five: the EDEN birth cohort study. J Ped 166: 1440-1448.

personnelles qu'ils renforcent. Afin de réduire l'incidence et la prévalence des troubles psychiques en population et de promouvoir la santé mentale positive, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 propose les actions suivantes :

- « Promouvoir et encourager des actions agissant sur **les déterminants collectifs** de la santé mentale (environnementaux, sociaux, liés au système de santé...) »
- « Promouvoir et encourager des **actions proposées avant l'apparition de troubles mentaux ou psychiques** afin de prévenir leur survenue ou d'améliorer le bien-être des populations »
- « Promouvoir et encourager les démarches de type « **Villes en santé** », « **Villes amies des aînés** », « **Écoles promotrices en santé** », « **Entreprises en santé** »
- « Mettre en œuvre des actions de promotion de la santé mentale dont l'efficacité a été démontrée ou qui semblent prometteuses telles que les **programmes de soutien à la parentalité**, programmes de **développement des compétences psycho-sociales** et des capacités d'adaptation, notamment chez les enfants et chez les jeunes, programmes de **réduction de l'isolement chez les personnes âgées**, programmes de prévention liés à des situations à risque telles que, entre autres, **le harcèlement et le stress, à l'école et au travail**, le **stress**, les **addictions et l'isolement chez les aidants familiaux** de personnes atteintes d'un handicap ou d'une perte d'autonomie »
- « Encourager les actions articulées avec le **programme national d'actions contre le suicide** » 2011-2014
- « Encourager à l'**évaluation**, y compris médico-économique, des interventions de prévention et de promotion de la santé mentale ».

Ces propositions sont nouvelles dans la mesure où le plan psychiatrie 2005-2008 mettait en avant la promotion de la santé mentale à travers une campagne d'information et de communication à destination du grand public et des médecins généralistes ainsi que par la mise à disposition d'outils d'aide à la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale (documents, guide d'action). L'approche préconisée par le PPSM est donc plus globale et implique des modifications des environnements de vie des personnes, ainsi que la mobilisation de compétences individuelles dans une approche d'*empowerment*.

S'inscrivant dans une dynamique de déclinaison régionale des politiques de santé, la mise en œuvre du PPSM se distingue des précédentes orientations. Le plan psychiatrie 2005-2008 incluait l'expérimentation de la faisabilité d'une intervention pour la promotion de la santé mentale dans un milieu socio-économiquement défavorisé, tandis qu'aucune action concrète n'était prévue par le PPSM. Le Plan Psychiatrie 2005-2008 prévoyait 8,5 millions d'euros pour des actions de prévention et de promotion de la santé mentale, alors qu'aucun financement spécifique pour des actions de ce type n'était prévu pour dans le PPSM. Si l'adaptation des interventions de promotion de la santé mentale en fonction de spécificités locales est certainement une approche intéressante, l'absence d'objectifs précis et de fonds spécifiquement alloués à ces actions a pu influencer de manière négative sur la dynamique de leur mise en place.

D'autre part, le plan 2005-2008 désignait nommément l'Inpes comme opérateur de la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues, tandis que le Plan 2011-2015 ne précisait pas la place des acteurs régionaux, voire infrarégionaux, et nationaux dans l'impulsion d'actions de prévention ou de promotion de la santé mentale. Il en est de même pour leur évaluation et leur dissémination éventuelle. Cette absence de coordination systématique des actions de

prévention a pu nuire à la connaissance des actions mises en œuvre, à l'évaluation des programmes et à la capitalisation de résultats positifs.

Toutefois, au cours des dernières années, l'Inpes a aidé à structurer la réflexion concernant les leviers de la promotion de la santé mentale – notamment en mettant en avant les notions de « compétences psychosociales » qui ont été reprises dans de nombreuses actions locales, et en élaborant des outils d'aide à la mise en œuvre des actions de promotion de la santé mentale (guides d'action, sites Internet ex. <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2015/026-competences-psychosociales-enfants.asp>)

Le domaine couvert par l'axe est donc très pertinent. Néanmoins tel qu'il est rédigé, son contenu est très large (prévention chez les enfants, chez les personnes travaillant, chez les personnes âgées, à l'échelle des villes,...), il n'y a pas d'objectifs précis ni d'éléments contraignants ou de cahier des charges de la formation des intervenants, du format des interventions (intensité et durée nécessaire). De plus les actions promues ne sont pas dotées de financements spécifiques. Il n'est donc pas pertinent dans sa forme.

Le développement des compétences psychosociales apparaît comme un objectif prioritaire dans le domaine de la promotion en santé mentale. Il est néanmoins difficile de juger de l'adéquation des actions menées aux besoins de la population ou de leur efficacité, les évaluations, quand elles existent, ne portant que trop rarement sur les effets obtenus grâce à l'intervention et les interventions étant elles-mêmes très peu codifiées.

Actions mises en œuvre aux niveaux national et régional

A l'échelle nationale

Au cours de la période d'application du Plan Psychiatrie et Santé Mentale, l'Inpes a favorisé des actions de prévention et de promotion de la santé mentale dans divers domaines et à travers de multiples programmes:

- sur la thématique Ville en santé, l'Inpes héberge deux associations : Réseau Ville santé OMS et Élus Santé publique et Territoires ;
(<http://www.inpes.sante.fr/SLH/sommaires/409.asp>)
- sur la thématique Ville des aînés, l'Inpes met en œuvre, en collaboration avec la Cnamts, le programme « Bien vieillir » de la Cnamts
(<http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/bien-vieillir/index.asp>)
- sur le thème du soutien à la parentalité, l'Inpes finance et va évaluer le programme PANJO (promotion de la santé et de l'attachement des nouveau-nés et de leurs jeunes parents : un outil de renforcement des services de PMI)
(http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/equilibre/numeros/91/parentalite_accompagner_les_familles.asp).

Sur d'autres thèmes, tels que le harcèlement à l'école ou au travail, il n'y a pas eu d'action spécifique engagée par l'Inpes, en partie parce que ces thèmes impliquent d'autres acteurs institutionnels qui s'en saisissent déjà (notamment l'Éducation Nationale, l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail). Nous n'avons pu faire le bilan de ces actions. Le harcèlement au travail, et les risques psychosociaux plus généralement, sont traités dans le 3^{ème} Plan Santé Travail (PST3, 2016-2020).

D'autre part, l'association « Élus, Santé Publique et Territoires » a organisé des formations des élus sur des thématiques de santé pour favoriser les échanges sur les problématiques

rencontres sur les territoires (ex. journées nationales d'étude sur « démocratie et santé mentale » en 2014)

(http://www.espt.asso.fr/images/ACTES_PUBLI_ESPT/1409_actesclsm3sism_nantes2014.pdf).

De plus, des outils développés par le Psycom (cf. ci-dessous) ont été diffusés à l'échelon national.

À l'échelle régionale

D'après les informations rapportées dans les questionnaires ARS la Santé mentale a été intégrée aux PRS dans de nombreuses régions, avec le plus souvent un volet prévention.

Les actions de prévention les plus fréquemment citées sont :

- des Semaines d'Information sur la Santé Mentale (SISM)
- des actions de prévention/promotion menées dans le cadre scolaire (collège / lycée, ex. prévention des addictions, amélioration de l'estime de soi)
- des actions de formation au repérage de la crise suicidaire (principalement chez les jeunes mais aussi dans le cadre du travail ou chez les personnes âgées).

La notion de développement des compétences psychosociales est assez fréquemment présente, même si on peut regretter que le contenu des actions dans ce domaine soit rarement décrit en détail.

Les programmes de soutien à la parentalité sont cités dans 5 régions.

Plusieurs régions indiquent avoir mis en place des actions ponctuelles telles que :

- la formation de professionnels du secteur social, de l'Éducation Nationale et du milieu pénitentiaire à la promotion de la santé mentale (formation d'adultes relais notamment)
- la mise en place de points d'écoute (par exemple dans des Maisons des Adolescents (MDA), ou dans les missions locales).

Dans le cadre de l'enquête qualitative menée dans les 5 régions, les ARS ont indiqué avoir mené différents types d'actions emblématiques dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale.

Il s'agit en particulier pour :

La région Île-de-France :

- Formation-Action-Recherche « Promise » mise en place par l'EPS Maison Blanche sur la promotion de la santé mentale pour les professionnels des secteurs sanitaires et sociaux (<http://www.ch-maison-blanche.fr/Activites-de-recherche-et-d-echanges/LE-LABORATOIRE-DE-RECHERCHE-DE-L-EPS-MAISON-BLANCHE/Recherches-et-Publications/Projets-de-recherche/PROMISE>).
- Le développement du Psycom (<http://www.psycom.org/>), un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale basé à Paris et financé en partie par une subvention d'État. D'abord centré sur Paris, ses missions se sont élargies en 2013 à l'ensemble du territoire francilien. Ses objectifs sont d'informer le grand public et les personnes directement concernées sur les causes des principaux troubles mentaux et leurs traitements :
 - o pour améliorer les représentations des troubles mentaux dans la population générale
 - o pour aider les personnes concernées par un trouble mental à trouver une prise en charge adaptée (pour celles vivant en région parisienne).

Certains de ces outils (brochures d'information) développés par le Psycom sont diffusés au niveau national.

La région Limousin

- Articulation entre l'ARS et le ministère de l'Éducation Nationale dans le cadre d'une convention de collaboration signée avec le Rectorat en 2013. Cette convention permet une collaboration proche entre les enseignants et les unités de soins intensifs (USI) ; d'autre part sur le temps périscolaire, des personnels formés par l'Inpes –psychologues et animateurs– proposent aux enfants des activités développant leurs compétences psychosociales.
- Création d'un groupe thérapeutique (autohypnose / stress) et d'un groupe de soutien à la parentalité dans le centre de détention d'Uzerche où les soins psychiatriques sont pris en charge par le Centre Hospitalier du Pays d'Eygurande.
- La santé mentale est intégrée dans les trois contrats locaux de santé (CLS) de la région, en particulier en Creuse et en Corrèze qui sont les focales de la politique de prévention. En Haute-Vienne, il s'agit plutôt du territoire de la politique de la ville : un temps infirmier est détaché par l'Hôpital Esquirol dans les quartiers pour assurer une présence dans les centres sociaux, centres de loisirs, crèches.

La région Franche-Comté

- Détection précoce des troubles psychiques chez les enfants en ciblant le secteur préscolaire, et mise en place d'un dispositif de périnatalité avec des pédopsychiatres et des psychologues qui rencontrent tous les mois des personnels de maternité pour discuter de la prise en charge d'enfants à risque de troubles psychiques.
- Au CMP, un groupe mère / bébé se réunit régulièrement, pour aborder des questions spécifiques à la parentalité chez des parents atteints de troubles psychiques.

La région PACA

- Les objectifs de prévention du plan ont été déclinés dans six groupes populationnels. Un plan a été élaboré pour chaque groupe avec la mise en place d'un comité de pilotage (COPIL) et d'un groupe expert. Par exemple pour le groupe « jeunes », les experts ont indiqué une priorité « premier recours » qui s'est traduite par le déploiement de psychologues dans des missions locales (financement ARS). Cette action est issue de l'émergence d'un besoin de repérage dans les missions locales, exprimé dans les groupes de travail pour le plan « jeunes ». Ces psychologues dans les missions locales n'assurent pas la prise en charge des patients mais uniquement du repérage (formation financée) et de l'orientation. Prévention en milieu scolaire : soutien des enseignants par l'équipe d'un CMP infanto-juvénile de Marseille pour les aider à repérer et à accueillir les enfants qui ont des troubles du comportement, ce qui permet de gérer des enfants pouvant avoir des difficultés au sein de l'école sans adressage au CMP. Malheureusement, du fait d'une surcharge de travail du CMP ces actions n'ont pas pu être pérennisées.
- Actions de prévention à l'attention des parents : «maison verte» dans laquelle interviennent des professionnels du CMP, sous réserve des disponibilités. Des lieux d'écoute ou de parole pour les parents pourraient être utiles, notamment pour proposer

des actions de soutien à la parentalité (dans les Maisons de Santé ou dans des structures de prise en charge psychologique pour les adultes).

La région Bretagne

- Mise en œuvre d'un appel d'offres annuel "prévention et promotion de la santé" avec une composante "promotion de la santé mentale et prévention du suicide" dont un axe vise à "Favoriser la capacité des individus à renforcer leurs compétences psychosociales, leur estime de soi et leur résilience par des actions d'éducation pour la santé" (reformulation des termes de cet appel à projets (AAP) dans le cadre du PRS 2012-2016).
- Actions auprès des jeunes avec une approche globale de promotion de la santé
- Développement de projets de promotion de la santé mentale au bénéfice de publics en situation de précarité ou d'isolement social. Sur la période du plan, plusieurs CLSM ont été créés en Bretagne, certains ont bénéficié d'un appui financier de l'ARS. Une composante promotion de la santé mentale et prévention du suicide est inscrite dans tous les contrats signés entre l'ARS-Conseil régional et l'État pour le développement de l'animation territoriale dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé.
- Consolidation du dispositif d'accueil et d'écoute généraliste à destination des jeunes (12 Points d'Accueil et d'Ecoute Jeunes (PAEJ), cinq MDA et un dispositif d'annonce dans le Finistère.
- La ville de Rennes dans le cadre de son Plan local Santé Ville :
 - 1) Soutient les associations qui développent des activités et agissent en faveur de l'autonomie des personnes vivant avec des troubles psychiques, notamment avec l'édition d'un guide « Vivre ensemble avec ses différences »
 - 2) Valorise les actions d'entraide (Groupes d'Entraide Mutuelle, Groupes de Parole...),
 - 3) Promeut l'expression, valorise les capacités artistiques de chacun et contribue à la mise en partage de la culture entre la psychiatrie publique et les lieux culturels rennais dans le cadre d'une convention de partenariat (entre la Ville de Rennes, le Centre Hospitalier Guillaume Rénier [CHGR] et Rennes Métropole) autour de la culture. « Agent d'accueil dans les espaces culturels et dans les espaces sociaux communs, charte culture (résidence d'accueil des artistes) dans les centres hospitaliers ». Favoriser l'accès aux pratiques culturelles et sportives : délivrance d'une carte « C'est la question sociale qui permet l'accès, pas le handicap ».

Il est à noter que d'autres plans et programmes nationaux, notamment les plans Autisme 2008-2010 et 2013-2017, le plan Alzheimer et maladies apparentées 2008-2012, le plan sur la Prise en charge et la Prévention des Addictions 2007-2011, le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, le plan Périnatalité : humanité, proximité, sécurité, qualité 2005-2007 ou encore le plan Santé Travail 2010-2014 ont favorisé des actions de prévention à destination de publics particuliers (familles/aidants, personnes concernées par les troubles addictifs, femmes enceintes/jeunes parents), et pour certains dispositifs il est donc difficile d'imputer de façon spécifique à un plan leur mise en place (ex. réduction de l'isolement chez les personnes âgées, collaborations interprofessionnelles pour soutenir la parentalité).

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 est cité par l'Inpes dans certains de ses documents. Dans le cadre de l'enquête qualitative, un élu de Rennes a indiqué que le Plan

local de santé de la ville « *Pour une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la ville* » fait explicitement référence au Plan Psychiatrie et Santé mentale et promeut 3 axes :

- 1) une dynamique d'insertion des personnes atteintes de troubles psychiatriques dans la cité,
- 2) la coopération et la complémentarité entre les acteurs du territoire
- 3) la promotion de l'accès aux soins, à travers plusieurs priorités déclinées en actions.

Conclusion

Plusieurs acteurs auditionnés dans le cadre de cette évaluation ont indiqué que le PPSM ayant été conçu de manière participative, avec des représentants de la psychiatrie et des associations d'usagers de la psychiatrie et leurs familles, les thèmes portés étaient prioritaires pour différentes catégories d'acteurs. Ainsi, le PPSM n'a probablement pas directement influencé les actions dans le domaine de la santé mentale, d'autant que dans plusieurs régions les PRS avaient déjà été rédigés au moment où il a été publié mais les thèmes portés ont contribué à accompagner la dynamique de développement d'actions de promotion de la santé mentale et de prévention déjà mises en place.

Il est nécessaire de bien séparer la promotion de la santé, qui améliore le bien-être mental de tous ou d'un segment de population, et la prévention primaire qui intervient en amont des troubles avec vocation à les éviter, ce qui dans le domaine de la psychiatrie ne concerne que des situations très spécifiques. Les efforts se portent surtout sur la détection précoce des troubles afin d'éviter les conséquences négatives sur le développement et l'insertion ainsi que sur la gestion des troubles une fois présents pour permettre aux personnes qui vivent avec ces troubles, une vie accomplie et un bien-être mental. La promotion du bien être fait appel à des déterminants multiples dans le champ de l'éducation, de la justice, du travail, du logement, de la culture. Les soignants ne doivent donc pas être les seuls intervenants et les formations multi professionnelles sont essentielles pour permettre le décroisement et l'accès des personnes vivant avec des troubles psychiques aux dispositifs communs et la vie de tous.

On souhaiterait enfin souligner que la promotion de la santé mentale et la détection précoce sont particulièrement efficaces sur les nourrissons et enfants, ce qui appelle à une collaboration intersectorielle avec d'autres domaines d'action publique et privée (ex. réseaux de périnatalité et protection maternelle et infantile (PMI) dans le domaine de la santé, structures de la petite enfance et d'enseignement, structures d'activités périscolaires). Il est aussi important de noter que la santé mentale des enfants dépend en partie de la santé mentale de leurs parents et que la prise en charge de troubles psychiques des parents est un moyen avéré d'améliorer le devenir des enfants à court et à long terme.

Recommandations relatives à la thématique

La promotion de la santé mentale concerne la population à tous les âges de la vie que ce soit à l'échelle collective ou individuelle. Les actions de prévention doivent être menées sur des populations cibles en fonction de données probantes.

- Favoriser le décloisonnement et la collaboration entre les structures spécialisées en pédopsychiatrie et les autres acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge précoce des troubles psychiques chez les enfants (ex. PMI, Éducation nationale, PJJ, médecins généralistes) au travers notamment de groupes de travail spécifiques dans le cadre de la Conférence Régionale sur la Santé et l'Autonomie, des Conseils locaux de santé, de conventions de partenariat ou de réseaux de formation et d'échanges pluridisciplinaires.

- Inscrire la promotion de la santé mentale dans les milieux scolaires et universitaires, dans l'entreprise, et dans les politiques de la ville.

- Évaluer les impacts des politiques publiques sur la santé mentale (Éducation Nationale, Justice, emploi, logement, culture, ...).

- Inscrire dans le programme de travail de l'Agence Nationale de Santé Publique :

- la mise en place et la diffusion des méthodologies permettant d'évaluer les actions de promotion de la santé mentale et de prévention basée sur les preuves, notamment avec leur implémentation concrète et chiffrée, les intervenants y participant ainsi que leur formation ;
- le recensement à l'échelle nationale et régionale des actions de promotion et de prévention de la santé mentale évaluées et efficaces, afin d'aider à la diffusion de bonnes pratiques ;
- l'évaluation des actions d'information et de promotion de la santé mentale menées via les sites Internet et leur régulation sur la base des données probantes disponibles via un label.

2. Améliorer les soins des personnes vivant avec un trouble psychique

2.1. Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et renforcer la continuité des soins crise/post-crise

Pertinence

Ce sous-axe regroupe quatre thématiques principales quoique d'un ordre différent, l'objectif stratégique principal étant que chaque personne puisse bénéficier du soin le plus adapté au moment où elle en a besoin.

« Pour que les personnes puissent bénéficier des soins les mieux adaptés, au moment où ils en ont besoin, les acteurs doivent élaborer des organisations sur quatre points majeurs :

- le repérage
- la réponse à une demande de soins programmés ou programmables permettant notamment un accueil adapté rapide des personnes (malades et aidants) dès les premières manifestations des troubles
- la réponse aux appels et situations d'urgence
- la réponse aux besoins de soins somatiques (traitée dans la partie 2.6) ».

Si les thématiques ne sont pas, à proprement parler, nouvelles, le PPSM 2011–2015 les aborde sous un angle différent en mettant l'accent sur des aspects qualitatifs d'organisation de l'offre et en incluant plus globalement les acteurs de la santé mentale (professionnels hors champ hospitalier, aidants, ...). Il identifie clairement les questions du repérage et de la gestion des moments de crise dans l'évolution de la maladie. Enfin, le plan aborde l'accès aux soins somatiques pour les personnes en situation de handicap psychique.

Les auditions nationales ainsi que les enquêtes qualitatives dans les régions révèlent la pertinence des thématiques retenues pour ce sous-axe posant des problèmes soulevés aussi bien par les acteurs institutionnels et professionnels que par les représentants d'usagers ou de familles.

1) Le repérage

Les auditions soulignent des difficultés persistantes au niveau du **repérage** engendrant des retards de prise en charge critiques notamment pour les jeunes enfants mais aussi pour les adolescents, mesures détaillées ci-dessous.

Niveau national

Concernant le repérage, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) a financé le déploiement des MDA sur le territoire. Ce dispositif offre un lieu « neutre » d'accueil pour les adolescents et leurs parents. La présence de psychologues voire de psychiatres dans ces structures contribue à l'identification des détresses et des troubles psychiques pour une orientation ou une prise en charge adaptée. Ainsi, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) indique que les MDA permettent d'éviter les consultations non nécessaires en CMP mais également d'accélérer les prises en charge quand un problème est détecté¹⁸.

Niveau régional

Il ressort des entretiens en région, l'importance du partenariat avec l'école pour le repérage des troubles psychiques des enfants. À titre d'exemple, dans la région Limousin, les liens avec le Rectorat sont organisés autour d'une convention de collaboration et les enfants peuvent être pris en charge en Unité de Soins Intensifs du Soir après l'école. L'ARS PACA a financé le déploiement de psychologues dans les missions locales afin de permettre le « repérage » puis l'orientation des jeunes.

¹⁸ Évaluation de la mise en place du dispositif « Maison des adolescents », IGAS, octobre 2013

2) Une réponse rapide au moment des premières manifestations

Les importants délais de rendez-vous en CMP ont été mentionnés dans les 5 régions visitées qu'il s'agisse de régions relativement bien dotées ou très peu dotées en ressources psychiatriques. Les difficultés semblent particulièrement aiguës en pédopsychiatrie mais existent aussi dans les secteurs de psychiatrie générale. L'enquête de l'ARS Rhône-Alpes de juin 2015 sur les délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP¹⁹ a mis en exergue cette problématique. Selon cette enquête, le délai moyen pour obtenir un premier rendez-vous hors urgence dépasse 67 jours. Ce travail a notamment mis en évidence une marge d'amélioration des liens entre les CMP et l'hospitalisation complète ou d'autres structures. À l'opposé, les unités de psychiatrie implantées dans des services d'urgence des hôpitaux généraux indiquent que toute une population relevant d'un accueil rapide en CMP est, faute de réponse de ceux-ci, détournée vers les urgences, de nuit ou de week-end. De la même façon, la méconnaissance par les médecins généralistes de l'implantation des CMP et de leurs conditions d'accueil détourne là aussi vers les urgences des patients qui auraient dû être orientés directement en CMP.

De nombreuses solutions à la réduction des délais de premier rendez-vous en CMP ont été expérimentées dans chacune des régions visitées pour lesquelles elles représentent un enjeu connu:

- Possibilité d'un accueil et d'un premier entretien par un infirmier ou un psychologue,
- Plages horaires d'accueil non programmé,
- Entretien téléphonique préalable structuré par un infirmier ou secrétaire puis présentation des éléments au psychiatre ou à l'équipe qui propose un rendez-vous proche en fonction de l'évaluation de la situation,
- Demande d'une lettre d'adressage d'un médecin généraliste avant le premier rendez-vous

3) L'urgence et la crise

La gestion de la crise et la gestion des urgences ont aussi été décrites comme non satisfaisantes, quand elles sont insuffisamment articulées avec le dispositif de secteur de psychiatrie. Cette concordance entre les préoccupations de terrain et les orientations stratégiques du plan témoigne de la pertinence de ces dernières.

Le plan n'identifie pas de mesures ou d'actions concrètes à mettre en place pour ce sous-axe mais cite l'élaboration d'un « *dispositif lisible, connu des usagers et des aidants* » pour la réponse aux situations de crises ou des objectifs globaux tels que « l'évitement des retards de prise en charge ».

Niveau régional

Le questionnaire envoyé aux ARS permet d'identifier quelques grandes tendances sur les actions mises en place.

- 21 ARS ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions pour ce sous-axe. L'action récurrente est **la mise en œuvre d'équipes mobiles de gestion de crise**.

¹⁹ Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes. Dr Sylvie Ynesta, Anne-Sophie Danguin. Juin 2015. www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf

En effet, les logiques « d'aller-vers » sont souvent mentionnées par les ARS et semblent avoir été largement développées sous l'angle des équipes mobiles.

- Concernant l'accès aux soins psychiatriques, on note des actions de prévention de la crise (numéro unique, centre de conseils et d'écoute, permanence d'écoute famille), d'évaluation et d'orientation (centre d'évaluation et d'orientation, mise en place de centres experts /centres ressources) et de suivi post-crise (suivi à la sortie de l'hôpital pour les suicidants, programme de recontact systématique²⁰).
- Concernant l'amélioration du circuit de gestion de crise l'action principalement citée est celle du renforcement des équipes de liaison mises en place avant 2011.

La question de la prise en charge de situations cliniques de crise reste très prégnante pour l'ensemble des acteurs, même si les équipes de secteur, notamment en CMP, gèrent de façon habituelle les moments critiques dans l'évolution des troubles des personnes qu'elles prennent en charge. À titre d'exemple, la gestion de l'urgence en psychiatrie fait partie des thématiques de travail prioritaires identifiées dans les cinq régions visitées. Des dysfonctionnements sont soulignés et semblent liés à un défaut de coordination des dispositifs et des professionnels. Ainsi, si la coordination interprofessionnelle se développe globalement, elle reste plus faible et difficile dans le domaine de l'urgence où les acteurs des différents champs ont tendance à transférer la responsabilité des prises en charge.

Cependant il convient de souligner le développement de mesures intéressantes telles que des dispositifs « d'aller-vers ».

- En région Limousin, le centre hospitalier (CH) d'Esquirol a développé une unité mobile se rendant dans les structures médico-sociales. Ce dispositif a, selon les acteurs, permis de réduire les crises et les hospitalisations évitables de ressortissants de structures médicosociales.
- Dans le Limousin, comme dans d'autres régions, une unité d'évaluation et d'orientation (72 heures) a été mise en place. L'hospitalisation dans cette unité se fait à la demande du médecin généraliste.
- Le Service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (SPA0) de Rennes où une équipe médicale (infirmiers et psychiatres) accueille les personnes en situation de crise 7 jours sur 7 de 9 h 30 à 21 h 30, permet de gérer l'urgence pendant une large plage de temps.
- En Île-de-France, le dispositif ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) est un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique territorialisé. Intégré dans le dispositif de secteur public sous forme d'une unité intersectorielle, il offre après évaluation des appels et de leur adéquation à son offre la possibilité d'une intervention par un psychiatre et un infirmier psychiatrique, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur le lieu même de l'urgence ou à l'hôpital, à la demande des médecins généralistes ou du SAMU-Centre 15. À Marseille, l'équipe ULICE (unité locale d'intervention de crise et d'évaluation) a été développée selon ce même modèle.
- En Bretagne, il a été retenu de développer des compétences psychiatriques au sein du Samu-centre 15 au travers de formations à destination des régulateurs publics et libéraux et des professionnels service d'aide médicale d'urgence (SAMU) / service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

²⁰ Par exemple, étude Algos (Pr Guillaume Vaiva, CHRU Lille)

- En Haute-Normandie, une convention multipartite vise à l'organisation d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques dans le cadre des hospitalisations sans consentement. Elle réunit les établissements de psychiatrie, le Samu, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS), l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), les forces de l'ordre, le secteur de la justice, les transporteurs sanitaires privés.

De nouvelles offres hospitalières se développent comme par exemple en Bretagne où l'Unité d'hospitalisation de courte durée Lantéri-Laura a été inaugurée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes le 10 mars 2015 après une phase d'expérimentation. Elle a pour objectif d'accueillir des adultes ayant des troubles psychiatriques. Sa seule mission est de gérer la période post-urgence. Lantéri-Laura est implantée au CHU Pontchaillou de Rennes mais est gérée par les équipes du centre hospitalier Guillaume Rénier, spécialisé en psychiatrie.

À Marseille, une unité d'hospitalisation de crise pour les adolescents a été créée en janvier 2016 au CH Edouard Toulouse.

Niveau national

La Statistique annuelle des établissements (SAE) recense 455 places en centre de crise pour toute la France. Bien qu'en augmentation sur la période du plan (+17 %), cette offre reste limitée.

Concernant le nombre d'actes ambulatoires réalisés dans les services d'urgence, les données du RIM-P (Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie) font état d'une légère augmentation pendant la période du plan (+ 4 % entre 2011 et 2014) pour atteindre plus 910 000 actes ambulatoires réalisés par les équipes des services de psychiatrie dans les services d'urgence des centres hospitaliers généraux. Les données de la SAE présentent une évolution plus importante (+ 9 %).

Impact de la démographie médicale sur l'amélioration de l'accès aux soins et leur continuité

D'une façon générale, la question de la démographie médicale en psychiatrie et plus particulièrement l'inégale répartition géographique des psychiatres est soulevée par les acteurs en région car elle conditionne l'accès aux soins psychiatriques. Des initiatives de télémédecine ont été développées pour pallier au manque de psychiatres. Le plan recommandait également de « *privilégier la rapidité du contact avec un professionnel pour une première évaluation et un passage de relais* ». On note dans ce domaine, la généralisation du premier accueil infirmier ou psychologue dans les CMP. Ce premier accueil infirmier permet une évaluation du degré de priorité de la demande et permet de temporiser la demande.

Conclusion

Il apparaît difficile d'évaluer la situation nationale à partir des éléments recueillis mais quelques tendances peuvent être identifiées.

Concernant l'accès aux soins, il convient de noter que malgré une prise de conscience des difficultés posées par un délai excessif d'attente pour un premier rendez-vous et l'identification de pistes d'amélioration²¹, telles qu'une organisation basée sur une première évaluation rapide faite par un infirmier en pratique avancée avec soutien psychiatrique, les changements organisationnels sont difficiles à mettre en œuvre de manière systématisée.

Pour ce qui est de la gestion de la crise on note aussi la mise en place de plusieurs dispositifs qui essayent d'éviter le passage aux urgences notamment par le biais des équipes mobiles ou en proposant des numéros d'information pour les patients, leur famille et parfois le médecin généraliste. Il s'agit cependant encore d'initiatives ponctuelles dont certaines semblent efficaces mais si on se réfère aux témoignages des familles et des usagers, on est loin d'une systématisation et d'un suivi régulier.

Recommandations relatives à la thématique

- Créer au niveau territorial optimal une plateforme d'information et d'orientation sur la santé mentale et les dispositifs de psychiatrie (accueil physique, téléphonique, site Internet dédié)
- Travailler le dispositif d'accueil des primo-consultants en CMP afin de les recevoir dans un délai approprié à leur situation. Réserver dans les CMP des plages pour des consultations non programmées. Dans le cas où un premier accueil se fait par un infirmier ou un psychologue, prévoir pour celui-ci la possibilité de joindre immédiatement si besoin un psychiatre et/ou de bénéficier d'une supervision hebdomadaire éventuellement en visioconférence sur les territoires démunis en ressources psychiatriques.
- Assurer aux médecins généralistes et aux intervenants de premier recours, l'accès à un avis spécialisé donné par un psychiatre senior dans un délai contraint par une ligne téléphonique dédiée accessible sur de larges plages horaires.
- Développer l'information régulière des médecins généralistes sur les évolutions de l'offre en psychiatrie de leur territoire et actualiser ces informations pour optimiser les relations entre médecin généraliste et dispositif spécialisé en psychiatrie.
- Améliorer l'accès à l'hospitalisation temps plein dans les moments critiques de l'évolution de la maladie, par exemple en gardant des lits disponibles pour les hospitalisations non programmées et éviter le recours aux soins sans consentement pour des raisons organisationnelles.
- Développer les liens entre les services d'urgence des hôpitaux généraux, les SAMU, les SAU et la psychiatrie publique en implantant dans chaque territoire pertinent au niveau des urgences une équipe psychiatrique multidisciplinaire où psychiatres et infirmiers psychiatriques ont les moyens de conseiller, et éventuellement d'accompagner, les urgentistes et le SAMU dans les situations de crise à composante psychiatrique.
- Prendre en compte dans les situations cliniques de crise l'avis des proches afin de faire les choix les plus appropriés selon le contexte de vie de la personne.

²¹ L'organisation des centres médico-psychologiques - guide de bonnes pratiques organisationnelles - MEAH

2.2. Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne

Pertinence

Ce sous-axe peut se diviser en 2 thématiques principales :

- Promouvoir les actions de partenariat et le travail en réseau pour l'identification, la prévention et la résolution partagées des situations complexes et/ou sans solution particulièrement pour les jeunes
- Organiser une psychiatrie spécifique du sujet âgé. Elle doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation de professionnels.

Entre 2011 et 2014, on note une hausse importante du recours à l'hospitalisation, à la fois pour les enfants – adolescents et les personnes âgées. Cette hausse s'observe à la fois dans le champ de la médecine chirurgie obstétrique (MCO) (hospitalisation pour des troubles psychiques) et en psychiatrie. Ainsi, le nombre de patients hospitalisés en MCO pour une pathologie psychiatrique a augmenté de 12 % pour les 0-6 ans, de 6 % pour les 6-12 ans et de 20 % pour les 12-18 ans entre 2011 et 2014. En psychiatrie, cette hausse concerne particulièrement les 12-18 ans (+ 17 % de patients hospitalisés). Parallèlement, l'augmentation pour les patients âgés de plus de 65 ans est de 8 % sur la période, augmentation similaire dans le champ du MCO et en psychiatrie.²² La question des âges de transition (franchissements de tranches d'âge) n'est pas nouvelle mais reste toujours d'actualité. En particulier, il s'agit des transitions bébé/enfant, enfant/adolescent.

Spécificités de la pédopsychiatrie

Le manque de visibilité de la pédopsychiatrie a été retrouvé dans les entretiens. Il peut être la conséquence d'un flou sur les obligations sectorielles enfants/adultes mais aussi sur la spécificité des troubles inclus dans le déroulement du processus d'adolescence où comme cela n'est pas dit, mais suggéré, la conséquence des questions de diagnostics et de frontières.

Les faibles ressources de démographie médicale pour la pédopsychiatrie sont souvent mises au premier plan alors que se pose la question de la surmédicalisation de certains problèmes de comportement avec, en parallèle des enfants ayant des troubles psychiques qui ne sont pas pris en charge. Entre 2007 et 2015, on observe une diminution du nombre de psychiatres qualifiés en pédopsychiatrie dans 78 départements en France (Atlas des professions médicales, CNOM). Entre 2011 et 2015, l'effectif des pédopsychiatres en exercice a baissé de 27 %, sans que l'on puisse affirmer que cela corresponde à la réalité du terrain ou à des changements d'inscription au Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) dans la mesure où l'exercice libéral de la pédopsychiatrie est difficile à maintenir étant donné le temps nécessaire à la réception des parents non facturable et pourtant essentiel à l'exercice. Les autres répertoires des professionnels de santé ne permettent pas de distinguer les pédopsychiatres des psychiatres et d'analyser leur évolution démographique.

²² Source ATIH, PMSI MCO et RIM-P

Mais c'est aussi dans les domaines paramédicaux que viennent s'ajouter des difficultés de recrutements dans les institutions, par exemple en orthophonie, la majorité des orthophonistes ayant une pratique libérale (81%²³). À côté de l'exigence d'un diagnostic et d'une prise en charge précoce, un deuxième volet concerne, après le diagnostic posé, la part du sanitaire et le temps du recours au médico-social, dans la continuité et non dans la rupture.

L'hospitalisation en pédopsychiatrie apparaît comme un continent à redécouvrir et l'on ne peut se satisfaire du simple constat de la démographie médicale pour définir les difficultés que posent son organisation, sa planification et l'aire de transition que représente la pédiatrie. Les données de la SAE et du RIM-P montrent une augmentation du recours à l'hospitalisation temps plein en pédopsychiatrie. Les délais d'attente pour l'hospitalisation de jour (mais aussi en CMP pour un premier rendez-vous) d'enfants ou d'adolescents sont très souvent cités comme un obstacle majeur dans la prise en charge à l'origine de situations d'urgence qui auraient pu être évitées. L'absence de lits pour des soins non programmés peut conduire à des hospitalisations en isolement dans un service adulte, ce qui pose des questions éthiques importantes pour les acteurs, ou dans un service de pédiatrie générale qui n'est pas toujours adapté. Cependant on ne peut se satisfaire d'un point de vue qui stigmatiserait l'hospitalisation spécialisée dans ce qu'elle permet une prise en charge optimale évitant le retard diagnostique, la place de la clinique est alors déterminante pour ce choix.

Organiser une psychiatrie spécifique du sujet âgé

L'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé fait l'unanimité, on y retrouve les aléas des transitions et l'importance des articulations avec l'exigence d'une démarche diagnostique documentée et d'une connaissance fonctionnelle de la ressource sociale et des droits sociaux.

Trois populations sont à distinguer :

- 1-Personnes vivant avec des troubles psychiques depuis longtemps et qui vieillissent, pour lesquelles il est nécessaire d'anticiper et d'accompagner le vieillissement ;
- 2- Personnes âgées qui développent des troubles psychiques (par exemple des personnes âgées de 90 ans qui font des tentatives de suicide (TS) ou qui développent des troubles délirants, maniaques ;
- 3- Sujets déments présentant des troubles du comportement.

Les associations de représentants d'usagers ont indiqué avoir noté une augmentation de l'âge des adhérents dans leurs associations ces 20 dernières années. L'espérance de vie mais aussi la qualité de vie se sont améliorées. Avec ce vieillissement, des relais sont nécessaires quand les parents disparaissent ou quand vient l'âge limite d'accueil dans les structures. L'accueil en établissement et service d'aide par le travail (ESAT) s'arrête à l'âge de la retraite. Les services d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé (SAMSAH) ne s'adressent pas aux personnes âgées de plus de 58 ans si elles n'étaient pas prises en charge dans l'établissement avant cet âge. Le passage du statut de personne en situation de handicap à celui de personne âgée handicapée ou dépendante doit être accompagné tant au niveau du lieu de vie que de la prise en charge sanitaire.

Il y a un décalage de potentiel d'activité dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) car la moyenne d'âge des résidents à l'entrée est de

²³DREES, Portrait des professionnels de santé, 2016

80 ans *versus* 65 ans pour les résidents ayant des troubles psychiques. Le développement d'EHPAD spécialisés peut être une solution (ex : EHPAD à Besançon), les EHPAD ne sont pas nécessairement ouverts aux malades psychiques stabilisés.

Quelles sont les possibilités de prise en charge psychiatrique dans les EHPAD, le nombre de places d'EHPAD à orientation psychiatrique ? L'intervention du secteur en EHPAD semble très limitée (il existe quelques équipes mobiles, développement télé médecine).

Le Codev a pris connaissance de la création d'une unité non sectorisée de psychiatrie du sujet âgé (Hôpital Corentin Celton) mais aussi d'unités mobiles psycho-gériatriques pour l'évaluation et l'orientation ainsi que d'expériences de télé médecine.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Niveau national

Pédopsychiatrie

La direction générale de la cohésion sociale (DGCS) mène des travaux spécifiques sur la question des jeunes considérés comme « incasables » qui sont en échec vis-à-vis des modes de prise en charge proposés. La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a également initié, en novembre 2013, dans 6 régions, des expérimentations des parcours de jeunes en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) afin d'améliorer la réponse à leurs besoins en facilitant le passage d'un mode de prise en charge/ accueil à un autre et permettre aux MDPH une orientation en « dispositif » plutôt qu'en structure.

L'exemple des ITEP (Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique)

La référence au comportement pose la question du diagnostic dans toute sa complexité : approche cognitive, aspect réactionnel, part de l'éducatif et du social environnemental, reconnaissance de la durabilité de certains troubles. L'ITEP est un dispositif médico-social qui s'adresse aux personnes ayant essentiellement des troubles des conduites voire des émotions qui ne trouvent pas pleinement leurs solutions en cure ambulatoire ou thérapeutique à temps partiel, avec un déficit d'apprentissage sans déficit cognitif structurel avéré. Parfois l'ITEP est envisagé comme un lieu de vie et d'éducation, ou un espace séquentiel avec inclusion ou non en scolarité habituelle.

Le diagnostic est alors clinique, inscrit dans une évolution où le handicap psychique semble prendre le pas sans mettre de côté la problématique développementale et le lien à l'évaluation sociale jusqu'à l'éventuelle part de carence éducative parfois reconnue. La reformulation à l'adolescence du fait de la durabilité du troubles et l'expression dans l'agir va exiger une grande rigueur dans les décisions d'orientation. Penser ITEP, même en dispositif sans intégrer l'ensemble de ces données complexes peut être un exemple de ces situations complexes qualifiées de ce terme inapproprié « d'incasables ».)

Enfin, le projet « Réponse accompagnée pour tous » issu de la feuille de route établie par Mme Marie-Sophie Desaulle à la suite du rapport de Denis Piveteau « Zéro Sans Solution », prévoit notamment le développement de réflexions en dispositifs. Les 23 territoires pionniers ont débuté une expérimentation en janvier 2016, accompagnée par la CNSA.

Niveau régional

Pédopsychiatrie

Globalement dans les actions des ARS sont recensés des dispositifs de coordination (comité départemental pour les adolescents, cellule départementale pluri institutionnelle pour les situations d'adolescents difficiles, groupement opérationnel de concertation, CLSM, contrats locaux de santé, etc.) mais il est difficile d'estimer la couverture de ces dispositifs. L'audition du coordinateur du Comité Départemental de suivi et de coordination de la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement des Bouches-du-Rhône a permis d'identifier quelques conditions nécessaires (mais non exhaustives) à la réussite d'une telle coordination. Ainsi, la co-animation ARS-Conseil départemental permet de mobiliser plus largement les différents acteurs du champ de l'adolescence. Pour la coordination à l'échelle infra-départementale sur la gestion des cas individuels, il convient de trouver un lieu "neutre" qui ait une légitimité pour les acteurs des différents champs. Enfin, pour stabiliser le partenariat il est nécessaire de mettre en place un mécanisme de coordination pour gérer les urgences.

Pour les familles, le problème principal est le point de rupture entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte. Ils ont même signalé qu'il est arrivé que certains jeunes se retrouvent en isolement dans des services de psychiatrie pour adulte faute de place d'hospitalisation adaptée à leur âge. Une prise en charge en psychiatrie générale n'est pas toujours adaptée pour des jeunes qui bénéficiaient jusque-là d'un suivi intensif en pédopsychiatrie. Cette transition est particulièrement difficile lorsque les secteurs ne sont pas rattachés aux mêmes établissements, que les équipes totalement sont différentes et ne se sont pas coordonnées. Des réflexions sur la création d'Unités jeunes adultes se développent.

Il existait aussi une attente des professionnels vis-à-vis du plan quant à une fluidification du parcours entre le sanitaire et le médicosocial. Le partage de prise en charge pour des montages « complexes » relève du cas par cas et de la bonne volonté des intervenants, sans l'aide de convention entre structures. Il se heurte à des difficultés d'organisation pour concilier la prise en charge sociale et médicale, le rôle des MDPH est essentiel et profiterait d'une lisibilité sur son action dans les articulations.

Niveau national

Psycho-gériatrie

Des travaux de la DGOS ont concerné le déploiement des équipes mobiles de psycho-gériatrie, notamment par la mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013²⁴ et la constitution de filières territoriales (gériatrie/psychiatrie). Les chiffres de la SAE permettent d'apprécier le développement des équipes spécialisées dans la psychiatrie du sujet vieillissant ; 135 équipes sont recensées en 2014 contre 114 en 2013 mais les équipes mobiles ne sont pas spécifiquement identifiées. De plus, même si l'on a le suivi des équipes mobiles gériatrie (EMG), il est difficile d'identifier celles qui ont une compétence en psycho-gériatrie. Enfin, leur développement pourrait également être imputable au plan « Solidarité grand âge » de la CNSA et au dernier plan Alzheimer.

²⁴ Circulaire N° SG/2013/195 du 14 mai 2013 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2013

Le **Centre Ressource Régional de Psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA)** de l'hôpital Corentin Celton assure une prise en charge pluridisciplinaire et spécialisée des troubles psychiatriques du sujet âgé.

Les missions du CRRPSA sont les suivantes :

- évaluation de cas complexes sous forme de consultations et staffs pluridisciplinaires composés de psychiatres, psychologues, neuropsychologues, gériatres et neurologues ;
- information et communication sur l'offre de soins francilienne en Psychiatrie du sujet âgé, notamment à destination des médecins généralistes et des partenaires du champ médicosocial ;
- travaux spécifiques sur les questions d'éthique, de consentement aux soins des sujets âgés et de promotion de la bientraitance ;
- élaboration de protocoles de recherche épidémiologiques, cliniques et dans le champ des neurosciences ;
- enseignement universitaire (Diplôme Universitaire de Psychiatrie du sujet âgé de Paris Descartes) et actions de formation à destination des professionnels.

Conclusion

Ce sous-axe est à l'évidence un élément pivot de la réalité et de l'expression des besoins en psychiatrie. Il est global mais permet d'identifier des besoins spécifiques qu'il décline selon des logiques intégratives. Les actions mises en place sont marquées de cette dynamique pragmatique qu'il serait maintenant souhaitable de formaliser pour créer une réponse de manière homogène au niveau territorial.

Même si cela n'est pas toujours évident il est probable que le plan a fonctionné comme un référentiel par sa forte culture historique en référence étendue de la notion de secteur psychiatrique : réponse territoriale aux besoins et éthique du soin dans la continuité. La régionalisation sanitaire a été un réel moteur de création et d'inventivité.

Recommandations relatives à la thématique

- Poursuivre le développement des offres de soins psychiatriques sur le lieu de vie de la personne et évaluer leurs diverses formes : visites à domicile, soins intensifiés à domicile, hospitalisations à domicile, équipes mobiles
- Assurer et conforter la transition entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale.
- Renforcer la psychiatrie de liaison pour la psychiatrie de l'enfant, comme pour la psychiatrie adulte et des personnes âgées.

2.3. Repenser la sécurité en psychiatrie à travers le fil conducteur de la bientraitance

Ce plan fixe un objectif d'équilibre bénéfice / risque en matière de mesures de sécurité des soins. Il présente une approche intégrée de la gestion des risques, qui comprend les patients

en rupture de soins ou « perdus de vue » alors que leur état reste préoccupant, la prise en charge somatique ainsi que la contention et l'isolement, et qui doit être pensée « en relation avec les aidants ».

Pertinence

La survenue d'événements indésirables est un souci constant du système de soins mais elle est accentuée en psychiatrie où peuvent survenir des actes violents : suicide et agressions vis-à-vis des personnels ou des patients, fugues, incendies ... pour ne citer que les événements les plus tragiques. Ces événements indésirables, intégrés dans le cadre de la démarche de certification des établissements de santé ne font pas l'objet d'une analyse quantitative par la HAS qui évalue davantage leurs modalités de gestion. Il n'est donc pas possible de suivre leur évolution.

Les suicides et autoagressions sont traités par ailleurs (réf. programme suicide).

Les hétéroagressions sont une préoccupation très actuelle en psychiatrie et font l'objet d'un travail en cours de finalisation par la HAS : « *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie* ». De nombreuses enquêtes et études constatent une fréquence importante des incidents violents dans les services de psychiatrie. Dans son rapport 2014, l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) avance que la psychiatrie est la spécialité médicale la plus touchée par les incidents violents avec 24 % des signalements en 2012, précédant les urgences, la médecine puis les EHPAD. Dans une méta-analyse de 2005, Nijman et coll.²⁵ s'appuient sur les résultats d'enquêtes conduites dans cinq pays européens sur une période de 15 ans et dans 38 services de psychiatrie. Ils observent une moyenne de 9,3 incidents violents par lit d'hospitalisation et par an. Plus globalement, la littérature internationale confirme deux types de situations plus à risques : l'admission dans les unités de psychiatrie et surtout le séjour dans des unités accueillant des patients pour une hospitalisation de longue durée. Les facteurs déterminants de cette violence sont multiples : la situation clinique du patient dans la période critique de sa maladie, le contexte du passage à l'acte violent et les interactions du patient violent avec les autres malades comme avec l'équipe de soins. Les impacts négatifs des incidents violents sont rapportés dans toute la littérature internationale : atteinte physique possible mais surtout impact psychologique des agressions, tant chez les professionnels que chez les autres malades. L'impact psychologique des agressions chez les professionnels est représenté par les troubles anxieux, les sentiments de culpabilité, la perte de confiance du professionnel mais aussi les symptômes de stress post-traumatique et le *burn out* (syndrome d'épuisement professionnel) qui peuvent être retrouvés tout autant quand la violence est physique que verbale. Les autres patients victimes de la violence de malades en crise dans la même institution sont aussi à prendre en compte dans la dimension traumatique de ce qu'ils peuvent vivre comme victimes ou témoins, contribuant à une décompensation de leurs troubles initiaux.

²⁵ Nijman HL et coll. "Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review." *Acta Psychiatr Scand.* 2005 ; 111 (1) :12-21.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Vingt des 24 ARS répondantes au questionnaire ARS ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions sur le sous-axe « améliorer les conditions de sécurité en psychiatrie (vis-à-vis des patients, des professionnels, de la société). L'action récurrente est celle du renforcement d'un système de remontée et d'analyse des événements indésirables graves (10 régions). Il s'agit principalement de la formalisation de la gestion des événements indésirables (ex : en Alsace, mise en place d'une procédure régionale) et du renforcement des analyses de ces événements. Trois régions ont appréhendé ce sous-axe sous l'angle de la sécurité des professionnels : formation à la gestion de la violence et assistance aux travailleurs isolés (Haute-Normandie), campagne de sensibilisation aux signaux d'alerte – fermeture des fenêtres dans les maisons de retraite dans le cadre de la prévention du suicide (Île-de-France), protocole de sécurité équipe (Limousin). La question de l'isolement et de la contention est également évoquée sur ce sous-axe par deux régions mais sous l'angle de l'audit / étude.

Conclusion

Il semblerait que la gestion des risques soit de plus en plus systématisée dans les établissements spécialisés mais elle reste en grande partie centrée sur le relevé des événements indésirables graves (suicide essentiellement). Il convient également de s'assurer que cette gestion ne consiste pas simplement en un relevé des événements mais bien en une analyse de ces derniers dans une optique d'amélioration institutionnelle.

Recommandation relative à la thématique

Analyser la gestion des risques et de la violence à l'hôpital de manière transparente dans tous les établissements par un enregistrement de tous les événements et une analyse institutionnelle, conformément aux recommandations de la HAS.

2.4. Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie

Pertinence

La thématique des conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie n'est pas nouvelle. En effet, le plan psychiatrie et santé mentale 2005 – 2008 fixait déjà un objectif stratégique de renforcement de « *l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie* » qui se déclinait notamment en l'amélioration de la politique d'investissement dans le but de garantir des conditions d'accueil et d'hébergement respectant les droits et la dignité des patients au même titre que pour l'offre de soins générale.

À cet égard le PPSM est très proche puisqu'il indique que les « conditions matérielles d'accueil et de prise en charge en psychiatrie, comme dans les autres disciplines, (...) doivent respecter la dignité des personnes ». L'évaluation du plan 2005-2008 indiquait la mise en œuvre d'un programme d'investissement qui a concerné la psychiatrie adulte, la psychiatrie infanto-juvénile et les unités spécialisées et a permis la planification de 351 opérations immobilières de

rénovation. Parmi les opérations programmées en 2008, 30 % ayant débuté en 2010 restaient à terminer d'ici 2015.

Ce sous-axe ne se base pas sur un constat quantitatif ou qualitatif mais il est seulement indiqué qu'il « *existe en France encore quelques points noirs qui doivent impérativement trouver une solution* », ces points n'étant pas identifiés explicitement. De plus, on peut s'interroger sur la pertinence d'un objectif de réhabilitation / rénovation sans allocation de moyens. Enfin, les auditions nationales et les enquêtes qualitatives en région n'ont pas fait émerger cette thématique comme prioritaire.

Des bâtiments et des locaux indignes

Du point de vue des patients et des familles, les conditions d'hospitalisation en psychiatrie sont désuètes et ne correspondent pas à ce qu'on doit attendre d'un service hospitalier. Souvent, dans l'attente de changements structurels importants, la rénovation de l'existant n'est pas prioritaire.

La HAS admet que les visites sur site ne permettent pas d'évaluer cette question, les experts-visiteurs étant davantage axés sur la sécurité. Peu d'établissements psychiatriques ont eu une recommandation sur le critère du respect de la dignité : parmi tous les établissements 2,39 % ont une réserve ou recommandation et ce pourcentage est à 2,92 % pour les établissements ayant une activité de santé mentale.

Enfin l'audition de l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a soulevé un point de questionnement : le coût de construction en psychiatrie est toujours plus élevé qu'en MCO sans raison évidente. Ceci pourrait être lié à une gestion plus complexe du patrimoine immobilier en psychiatrie du fait de la présence de structures implantées en dehors de l'enceinte hospitalière. L'ANAP avait prévu de lancer des travaux sur la gestion immobilière des établissements psychiatriques, ces travaux restent en attente de réalisation par manque de ressources.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Les actions dans ce cadre sont recensées *via* les réponses au questionnaire des ARS. Vingt des 23 ARS répondantes ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions. Les actions concernent essentiellement les reconstructions et les réhabilitations de centres hospitaliers spécialisés (10 régions) ainsi que l'humanisation des structures (3 régions). Certaines régions comme la Bretagne, ont également inscrit la modernisation de l'offre d'hébergement comme objectif des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec l'établissement. D'autres relocalisent des structures innovantes d'accueil et de proximité en centre-ville comme à Limoges.

Conclusion

Nombre d'hôpitaux spécialisés ont été historiquement construits à distance des villes. La CGLPL insiste aussi sur l'importance de l'emplacement géographique des établissements qui conditionne les possibilités de lien avec la collectivité, facilite la venue des proches, l'organisation d'activités extérieures, quand l'hôpital est proche de la cité. La mise en place de structures de proximité relocalisées en centre-ville est indispensable et doit être accompagnée

financièrement en veillant au risque d'enfermement plus important du fait de l'implantation en ville. La Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY) a mis en garde sur ce risque en prenant l'exemple de l'hôpital Maison Blanche : « *on est plus enfermés dans un établissement sans espace extérieur en ville, il y a parfois plus d'unités fermées à cause de la proximité du voisinage* ».

Une étude plus fine des coûts hospitaliers dans les structures psychiatriques s'avère aussi nécessaire pour, grâce à une meilleure gestion des coûts, dégager les moyens de relocaliser en centre-ville des unités innovantes de proximité.

Recommandation relative à la thématique

Supprimer les conditions inacceptables d'accueil dans certains lieux de soins : unités d'hospitalisation et service ambulatoire. Ajouter dans les visites de certification une visite systématique des lieux de soins qui n'ont pas fait l'objet de travaux de rénovation récents ; mettre en place un système de signalement ouvert au public avec modérateur.

2.5. Améliorer l'accès des personnes aux droits : mise en œuvre de la loi de 2011

Le précédent plan psychiatrie et santé mentale incluait un objectif de renforcement des garanties individuelles. Il s'agissait ainsi de « limiter et encadrer les restrictions aux libertés individuelles des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées ». Si le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 s'inscrit dans cette lignée, il va plus loin en évoquant notamment l'adaptation des modalités de prise en charge à « la singularité du projet de chacun ». Il rappelle également la « citoyenneté » du patient hospitalisé en psychiatrie et donc l'impératif de limitation des interdictions collectives « au strict état de nécessité ».

Evolution législative pour les soins sans consentement

La mise en œuvre de la *loi du 5 Juillet 2011, complétée par la loi du 27 septembre 2013*²⁶ n'a été que très faiblement évoquée par les acteurs rencontrés mais certains professionnels l'évaluent de façon plus négative, comme une sorte de lourdeur administrative inutile et chronophage du fait de la multiplication des certificats. En revanche la modification introduite par la loi du 27 septembre 2013 visant à ce que l'audience se tienne à l'hôpital a été bien reçue par les soignants comme par les associations de patients. La Contrôleure Générale des lieux de privation de liberté (CGLPL) indique que, selon elle, la loi constitue un progrès pour le respect des droits des patients. Le magistrat se prononce essentiellement sur l'aspect formel – il s'agit par exemple de vérifier que les certificats sont présents et qu'ils sont suffisamment argumentés : 80 % à 90 % des décisions d'hospitalisation sans consentement sont maintenues par le juge. Mais le juge des libertés et de la détention ne contrôle pas uniquement la régularité de la procédure, il fait aussi un contrôle de fond en vérifiant que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue le soin psychiatrique sans consentement sous le régime de l'hospitalisation complète doit être, selon les termes du Conseil constitutionnel, « *adaptée, nécessaire et proportionnée* » aux objectifs de soins et de protection de la personne. Le juge des libertés et de la détention doit aussi vérifier dans les certificats les éléments cliniques

²⁶ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues 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

confirmant l'impossibilité de consentir et la nécessité d'une surveillance constante. Ces éléments vont dans le sens des préconisations européennes visant à protéger les droits de la personne. Ceci nécessite une formation des psychiatres certificateurs qui pourra s'appuyer sur les travaux en cours de la HAS. Un des points les plus importants pour le respect des droits de la personne malade est celui de son information et du recueil de son avis sur les soins proposés. Il est noté dans la plupart des régions explorées que les équipes de soins ont encore beaucoup à faire pour informer au mieux les personnes en soins sans consentement avant la rencontre avec le juge des libertés et de la détention.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

La DGS a confié à l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) puis à l'observatoire régional des urgences (ORU)-PACA, le suivi de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Les premiers résultats ont été publiés en 2015²⁷. Ces données témoignent d'une stabilité de la part des patients ayant reçu des soins sans consentement entre 2010 et 2012 (environ 5 % de la file active totale suivie en psychiatrie en établissement de santé). Les soins à la demande d'un tiers demeurent le principal mode de prise en charge sans consentement en 2012 mais leur proportion relative diminue par rapport à 2010 notamment du fait de l'introduction par la loi d'un nouveau mode légal de soins sans tiers « en cas de péril imminent » (SPI). Ce mode de prise en charge a concerné 11 % des patients pris en charge sans consentement en 2012. Concernant l'extension des modalités de prise en charge sans consentement aux modalités autres que l'hospitalisation temps plein en psychiatrie (soins ambulatoires ou à temps partiel, hospitalisation séquentielle), on note, en 2012, une baisse des prises en charge en hospitalisation temps plein sans consentement par rapport à 2010. Concernant la période 2012-2014, une augmentation sensible du recours aux soins sans consentement est notée. Elle apparaît principalement liée à une augmentation importante du nombre de personnes hospitalisées en soins psychiatriques pour péril imminent (SPI) : 16 000 en 2013 contre 8 000 en 2012 (Source : ATIH, RIM-P).

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit des dispositions qui encadrent le recours à l'isolement et à la contention et la mise en place d'une traçabilité par la création d'un registre. L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, ajouté par cette loi, propose un renforcement du respect des droits des patients dans la mise en œuvre des pratiques de contention et d'isolement.

L'article 72 de cette loi établit que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et qu'il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. La loi prévoit un registre tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie. L'établissement doit établir annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention et de la politique définie pour éviter le recours à ces pratiques. Par exemple, lors d'une visite d'un établissement de santé spécialisé, les contrôleurs du CGLPL ont demandé la liste des personnes mises en contention. Il s'est avéré que seul le service sécurité de l'hôpital détenait cette liste.

²⁷ <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>

Selon le CGLPL, dans la plupart des visites, les professionnels soulignent que le recours à l'isolement et/ou à la contention pourrait être évité s'il y avait plus d'effectifs en personnel. Il y aurait une augmentation du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie comme en MCO ; cependant quand on interroge les équipes soignantes sur ce point on n'obtient pas de justification satisfaisante. Elles émettent des hypothèses relatives au caractère plus « léger » des traitements ou plus « lourd » des symptômes et évoquent aussi le manque d'effectifs. Selon le CGLPL, des dérapages seraient possibles bien que la mise en isolement ou la pratique de la contention soient proposées par les soignants et doivent faire l'objet d'une décision d'un psychiatre. D'après le CGLPL, des disparités sont également relevées dans la notification des droits sur la contention. Le livret d'accueil n'existe pas dans tous les établissements et il serait préférable que le règlement intérieur soit explicité oralement aux patients mais aussi qu'une version écrite soit laissée à leur disposition.

À noter que depuis 2011 la vérification de la gestion des mesures de restrictions de liberté est devenue systématique (pratiques exigibles prioritaires : PEP) dans le cadre de la certification des établissements de santé par la HAS, obligatoire pour les établissements ayant une activité de psychiatrie. 18,16 % des établissements ont une réserve ou une recommandation sur ce critère.

Concernant l'inclusion des aidants dans la gestion des risques, peu d'éléments ont été identifiés par le Codev. On note en région Bretagne, la mise en place d'un groupe d'éducation thérapeutique pour les familles sur l'appropriation des traitements qui permet notamment une meilleure compréhension et une capacité de jugement sur le recours à la contention.

Des conditions d'hospitalisation qui ne respectent pas les droits des patients

Les conditions indignes ne concernent pas uniquement les bâtiments. Le fait que certains services restent fermés pour des patients qui sont en hospitalisation libre (certes ils peuvent sortir en le demandant) reste une contrainte et une atteinte à la liberté d'aller et venir de la personne hospitalisée. Cette situation a été bien décrite par la CGLPL dans son état des lieux des soins sans consentement dans les hôpitaux psychiatriques où le principal constat est celui de l'hétérogénéité des pratiques mais aussi à l'occasion de l'audition de M. Robiliard.

Ainsi, les droits des patients varient d'un établissement à l'autre mais aussi parfois en fonction des services dans un même établissement voire des parties d'un même service. Les règles sur la tenue vestimentaire des patients (pyjama ou vêtements de ville), le droit de fumer, de regarder la télévision, d'utiliser le téléphone, ou internet, l'encadrement des visites des familles (en dehors de toute contre-indication médicale), etc. semblent dépendre de critères fixés par le chef de service, et considérés comme arbitraires. La justification de cette variabilité par l'argumentaire de l'intérêt thérapeutique n'est pas viable car ces règles sont appliquées indistinctement à tous les personnes hospitalisées. Il semblerait que la présence des aidants (parfois des usagers) aux instances de consultation des établissements permette aux professionnels de santé de réfléchir et de faire évoluer leurs pratiques bien que cette vision ne soit pas partagée par tous les acteurs. Ainsi, un comité d'éthique composé d'aidants a été mis en place en Franche-Comté et permet de jouer un rôle de vigile sur les pratiques des établissements. Ceci a été soulevé à plusieurs reprises lors des enquêtes en région par les professionnels de santé et les représentants.

Ainsi, malgré l'objectif du plan de préservation de la citoyenneté du patient, d'importants dysfonctionnements semblent subsister. Dans certains services on oublie que le patient reste un citoyen.

Niveau régional

Quinze des 24 ARS répondantes sur le sous-axe « *Améliorer l'accès aux droits et l'exercice des droits des usagers* » ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions. Les actions présentées pour ce sous-axe sont moins nombreuses et moins abouties que pour les sous-axes précédents. Il s'agit principalement de la désignation, la formation et la participation de représentants d'usagers dans les instances des établissements psychiatriques (commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge : CRUQPC). Les CLSM et l'organisation de débats publics sont également évoqués. On note aussi la mise en place d'actions destinées à garantir la mise en œuvre de la loi de 2011 en Ile-de-France (guides à destination des maires, outils pour la garantie de l'information du patient dans les établissements de santé).

Conclusion

La visibilité du Contrôle Général des Lieux de Privation de Liberté auprès des patients gagnerait à être renforcée. En effet, sur les 4 200 demandes reçues annuellement par le pôle saisine quasiment aucune ne provient de patients hospitalisés en psychiatrie. Ceci peut également s'expliquer par un manque de connaissance des patients sur leurs droits. Enfin, la variabilité des « règles de vie » pour les patients hospitalisés en psychiatrie devrait être limitée par un cadre national.

Le Contrôle Général des lieux de privation de liberté a en cours de préparation un projet d'avis sur la contention et l'isolement et un plus général sur la santé mentale. Le manque de données est évoqué comme une problématique. De plus, il existe un réel besoin de recueil de données concernant le recours à l'isolement et la contention ainsi qu'une évaluation rigoureuse garantissant que l'utilisation de la contention ou de l'isolement soit faite en dernier recours. Pour ce qui concerne le milieu pénitentiaire, une enquête de prévalence des troubles psychiatriques en milieu carcéral a été réalisée en 2004 pour le ministère de la santé et le ministère de la justice sous la direction scientifique de Bruno Falissard²⁸. Ce travail demanderait à être actualisé.

Recommandation relative à la thématique

- Veiller au respect des droits et de la liberté des personnes dans les lieux de soins, limiter les pratiques restreignant ces droits aux situations exceptionnelles et uniquement le temps nécessaire. Mettre en place un suivi spécifique et systématique des pratiques de mise en chambre d'isolement et de la contention, comme indiqué dans l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016. L'évolution des unités d'hospitalisation par rapport à ces pratiques doit aussi faire l'objet de ce suivi.

²⁸ Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral (phase 1 de l'étude épidémiologique). Document consulté sur http://www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_detenus_MS_2004pdf.pdf le 2 mars 2016.

2.6. Améliorer l'accès des personnes aux soins somatiques

Pertinence

La question de l'accès aux soins somatiques est pertinente au regard des besoins actuels. Des écrits récents ont souligné que la mortalité prématurée des personnes vivant avec des troubles mentaux était due à des maladies physiques comorbides : diabète, maladies cardiovasculaires insuffisamment prises en charge et à des facteurs de risque non contrôlés tels que le tabagisme, le surpoids, l'obésité. Parallèlement, pour les représentants des amis et familles de patients, « *d'une façon générale, les médecins généralistes ne connaissent pas bien le monde de la psychiatrie et sont en difficulté pour prendre en charge, sur le plan somatique, un malade vivant avec des troubles psychiques, ne serait-ce que devant l'absence de lien ou de correspondance avec le psychiatre référent qui fait rarement partie du réseau du médecin généraliste* ».

Concernant l'amélioration de la prise en compte des besoins de santé somatique, des mesures plus précises sont identifiées par le plan. Il s'agit en particulier du développement de programmes en faveur de la santé nutritionnelle et de la santé bucco-dentaire.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Niveau national

Au niveau national, la charte de partenariat entre la conférence nationale des présidents de CME de CHS et le Collège de la médecine générale signée en mars 2014 est expérimentée dans 6 sites pilotes. L'objectif de cette charte est de mieux coordonner la psychiatrie et la médecine générale notamment dans la prise en charge des comorbidités. Enfin, la HAS a labellisé en juin 2015 une recommandation sur la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique, élaborée par la FFP (Fédération Française de Psychiatrie)²⁹.

Les données issues du RIM-P fournies par l'ATIH indiquent que 38 % des patients pris en charge à temps complet en psychiatrie en 2014 ont un diagnostic associé de pathologie somatique. Cette proportion reste stable sur la période.

Niveau régional

Les soins somatiques sont plus rarement évoqués dans les réponses au questionnaire des ARS. Toutefois, l'Île-de-France a conduit en 2012 un état des lieux de l'organisation des soins somatiques pour malades psychiques dans les établissements avec la rédaction de 16 recommandations. Un nouvel état des lieux a été fait en 2015 à l'occasion de l'évaluation des autorisations. La région participe également au déploiement expérimental de la charte de partenariat médecine générale / psychiatrie de secteur³⁰. La région Rhône-Alpes a aussi été

²⁹ Label de la HAS - Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique)

³⁰ Charte du 20 mars 2014 signée entre le Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés et le Président du Collège de la Médecine Générale

dynamique sur cette thématique avec, notamment, la mise en place d'un centre douleur pour les personnes vivant avec des troubles psychiques. Pour deux régions les actions citées concernent le renforcement de la présence de médecins généralistes dans les établissements psychiatriques avec le recrutement de médecins généralistes attachés, ou de PH de médecine générale et l'organisation d'une astreinte de médecine générale.

Enfin, la prise en compte des besoins somatiques des personnes vivant avec des troubles psychiques semble s'être améliorée pendant la période du plan. Cette amélioration a notamment été soulignée dans les auditions par Tim Greacen, l'association Argos 2001 et lors des déplacements en régions Île-de-France et Limousin. Ces évolutions concernent par exemple la systématisation des bilans somatiques dans les hôpitaux spécialisés en psychiatrie (Franche-Comté et Île-de-France), le développement de réseaux (Rhaspod'IF en Île-de-France et réseaux de soins dentaires pour les personnes vivant avec un trouble autistique dans la majorité des régions) ; ou le développement du temps dévolu à la pratique de la médecine somatique dans les hôpitaux spécialisés. En Bretagne, le CHS Guillaume Régnier a restructuré son offre en soins somatiques afin d'assurer une présence continue toute l'année et de proposer une offre de médecine générale à la fois lors des hospitalisations mais aussi en consultation.

Cependant, des difficultés sont encore présentes sur cette thématique et proviennent essentiellement de la stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique. Des actions de formation des professionnels de santé ainsi que le développement de consultations longues en médecine générale pour les personnes vivant avec des troubles psychiques sont évoqués par les acteurs comme des actions à mettre en place.

Conclusion

En ce qui concerne la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique des efforts notables ont été faits dans plusieurs régions et des dynamiques nationales semblent s'amorcer. Toutefois, globalement les professionnels de santé (hors champ psychiatrique) ne sont pas suffisamment formés à une approche adaptée à ces troubles.

Les acteurs rencontrés n'établissent pas de lien entre les actions mises en œuvre et le plan. À noter qu'une mesure d'impact et de surveillance est potentiellement réalisable grâce aux données du Système national d'information inter régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM) en suivant les examens biologiques, radiologiques, les visites chez les spécialistes, la prise de médicaments antihypertenseurs ou hypocholestérolémiants pour certaines ALD psychiatriques et pour les patients prenant des médicaments neuroleptiques ou des thymorégulateurs.

Recommandation relative à la thématique

- Continuer les efforts sur la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique et vérifier que chaque établissement spécialisé ou service de psychiatrie a une offre de prise en charge en médecine générale.

2.7. Améliorer la prise en charge des addictions

Pertinence

Les personnes vivant avec un trouble psychique ont souvent des comportements addictifs associés³¹ (principalement tabac, alcool, cannabis). En France les données épidémiologiques sur la prévalence des troubles psychiques en population sont rares, mais les résultats de l'enquête européenne ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) menée en 2001-2003 montrent qu'environ 40 % des personnes ayant un trouble de l'humeur ont une addiction à l'alcool³². Par ailleurs des données Nord-américaines suggèrent qu'environ 60 % des personnes vivant avec un trouble psychique sont des fumeurs réguliers³³ et ces estimations peuvent probablement être extrapolées à d'autres pays. Dans l'enquête représentative de la population américaine NESARC, la prévalence d'une addiction à un produit psychoactif illégal comme le cannabis chez les personnes atteintes de troubles psychiques est jusqu'à 7 fois plus élevée que dans la population générale³⁴.

On peut également noter que certaines périodes de la vie, par exemple la grossesse, sont des moments de vulnérabilité particulière sur le plan psychique et des fenêtres de prévention particulièrement pertinentes pour modifier des conduites addictives. Le plan périnatalité 2005-2007 a introduit l'Entretien Prénatal Précoce au 4^{ème} mois de la grossesse avec pour objectif de repérer les femmes ayant des difficultés psychiques et des conduites addictives. Toutefois, ce dispositif n'a pas été évalué et les modes de prise en charge des troubles psychiques et addictifs chez les femmes enceintes varient selon les structures de suivi de la grossesse.

Malgré des taux élevés de comorbidité entre maladies psychiques et addictives, les prises en charge thérapeutique prennent rarement en compte la globalité des difficultés rencontrées par les personnes. Qui plus est, la présence d'un trouble psychique peut être un facteur limitant dans l'accès à une prise en charge de l'addiction³⁵.

Dans ce contexte, le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, prévoyait de « Renforcer les **collaborations entre les services de psychiatrie et les services d'addictologie** pour une meilleure prise en charge des patients ».

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Il n'est pas possible d'évaluer cet objectif à proprement parler, étant donné que nous ne disposons pas d'un bilan officiel, établi par l'administration sanitaire, basé sur des indicateurs tangibles tels que le nombre de services de soins partagés, de professionnels de psychiatrie formés en addictologie, ou de personnes prises en charge en psychiatrie bénéficiant également d'une prise en charge de leurs troubles addictifs avant et après 2011.

³¹ Le plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013 - 2017 prévoit de déployer l'approche intégrée vers les comorbidités psychiatriques. La prise en charge intégrée sera développée en cohérence avec le plan psychiatrie et santé mentale du ministère de la santé.

³² Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, Gaudin A-F (2005) Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). L'Encéphale 31: 182-194.

³³ Smith PH, Mazure CM, McKee SA (2014) Smoking and mental illness in the U.S. population. Tobacco Control 23: e147-e153.

³⁴ Lev-Ran S, Imtiaz S, Taylor BJ, Shield KD, Rehm J, Le FB (2012) Gender differences in health-related quality of life among cannabis users: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Drug and Alcohol Dependence 123: 190-200.

³⁵ Prokofyeva E, Martins S, Younès N, Surkan P, Melchior M (2013) Access to treatment for major depression: the role of family history. Journal of Affective Disorders 151: 461-466.

D'après les données fournies par l'ATIH on observerait une réduction de 5 % du nombre de patients hospitalisés en MCO pour un trouble lié à une addiction (123 000 personnes en 2014), avec en parallèle une augmentation de 5 % des séjours correspondants dont on ne sait si cela correspond à une modification des pratiques ou une augmentation des réhospitalisations.

En psychiatrie, on compte près de 89 000 personnes suivies exclusivement en ambulatoire pour des problèmes liés à l'addiction (effectif stable depuis 2011), et 51 000 personnes hospitalisées pour ces troubles (-12 % depuis 2011).

Néanmoins l'enquête réalisée auprès des ARS dans le cadre de cette évaluation suggère peu d'actions mises en œuvre sur ce sujet. Vingt-deux des 24 ARS répondantes ont indiqué n'avoir pas mis en place d'actions spécifiques en termes de prise en charge des addictions chez les personnes vivant avec des troubles psychiques. Les ARS ayant mis en place des actions rapportent avoir favorisé le déploiement de dispositifs existants (Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogues (CAARUD) ; Équipes de Liaison en Soins d'Addictologie (ELSA) ; Hôpital de Jour en addictologie, Soins de Suite et de Réadaptation en addictologie, associations) et leur organisation dans l'optique de structurer des filières de prise en charge. Cependant, la volonté d'articuler l'addictologie et la psychiatrie a émergé dans plusieurs régions. Il s'agit principalement de la constitution de partenariats, d'interventions croisées entre ELSA et services de psychiatrie ou le regroupement des deux spécialités dans un même pôle ou filière.

Par exemple l'ARS Lorraine a mis en place une plateforme de coordination addiction-troubles mentaux (volet soins), l'ARS Poitou-Charentes a développé une plateforme santé mentale, prévention du suicide et addiction (volet prévention et promotion de la santé) et l'ARS Rhône-Alpes a créé une Assemblée Générale régionale des professionnels du champ des conduites addictives, afin d'augmenter la visibilité de cette thématique et de permettre des coopérations avec des spécialistes de psychiatrie.

Conclusion

Il est important de noter que le plan addictions 2007-2011 abordait largement la nécessité de collaboration entre spécialistes des addictions et autres groupes de professionnels de santé (mise en place des ELSA dans le cadre hospitalier, promotion de la formation des médecins généralistes sur les addictions dans le cadre de la Formation Médicale Continue) ou du secteur social. Néanmoins la spécificité de la prise en charge des addictions chez des personnes vivant avec des troubles psychiques n'était pas abordée.

Le Plan de Lutte contre la Drogue et les Conduites Addictives 2013-2017 prévoit une poursuite du développement des ELSA, notamment dans des établissements autorisés en psychiatrie, et promeut une prise en charge des addictions spécifique pour les personnes ayant des comorbidités psychiatriques :

- en favorisant « une stratégie de prise en charge des troubles concomitants pour tous les patients présentant des conduites addictives » ;
- « en ciblant les jeunes pour intervenir précocement sur les troubles de la santé mentale » ;
- « en facilitant l'accueil des mineurs les plus en difficulté dans des Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ».

On peut donc noter que la nécessité de prendre en compte les difficultés psychiques des personnes ayant des addictions (et inversement) est présente dans les politiques de santé ces dernières années, ces orientations sont néanmoins assez peu spécifiques. Pour ce qui

concerne le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 évalué ici, elles n'avaient pas d'objectifs spécifiques et n'ont bénéficié d'aucun financement fléché.

Recommandation relative à la thématique

- Promouvoir des prises en charge 'intégrées' des troubles psychiques et addictifs, adaptées en fonction du niveau de sévérité.

2.8. Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes

Pertinence

Les médicaments psychotropes recouvrent un ensemble de molécules : les neuroleptiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques ; ces deux dernières classes sont principalement représentées par les benzodiazépines. Depuis les années 1990, de nombreux travaux avaient mis en évidence le niveau élevé de consommation de médicaments psychotropes en France, en particulier pour les anxiolytiques et les hypnotiques. Non seulement le niveau de consommation de psychotropes est élevé, mais souvent suivant un usage très éloigné des recommandations en vigueur (indications ou respect des durées de traitement).

Les dispositifs d'information existants ainsi que les études menées dans le champ de l'utilisation des benzodiazépines, montrent que leur consommation en France reste l'une des plus importantes de l'Union Européenne et qu'une large part est utilisée en dehors du cadre de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) (Afssaps 2012) : la France est l'un des plus gros consommateurs au monde (plus de 10 millions de personnes en ont pris au moins une fois en 2012).

La consommation d'antidépresseurs n'est pas très élevée en France par rapport aux autres pays de l'OCDE. La France est en dessous de la moyenne et la prescription d'antidépresseurs est parfois inappropriée. Elle semble trop élevée chez les personnes qui n'en ont pas besoin (c'est-à-dire qui ne présentent pas de troubles dépressifs avérés) et souvent déficiente chez celles qui en ont besoin avec des durées trop courtes pour les traitements antidépresseurs ou encore des doses qui ne sont pas efficaces³⁶.

Un rapport de l'Office Parlementaire d'Evaluation des Politiques de Santé (OPEPS), "*Le bon usage des psychotropes*" (2006) pointait déjà ce niveau élevé de consommation, prescrits majoritairement par les médecins généralistes.

À partir de la littérature internationale, on estime qu'entre 30 % et 50 % des patients ayant une maladie chronique ne recevraient pas les soins conformes aux recommandations, que 20 % à 30 % des soins seraient non nécessaires voire dangereux et que 30 % des dépenses de santé seraient inutiles et n'apporteraient pas de plus-value dans les soins³⁷.

³⁶ Gasquet I., Negre-Pages L., Fourrier A., Nachbaur G., El-Hasnaoui A., Kovess V., Lepine J. P. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD) en population générale. [Psychotropic drug use and mental psychiatric disorders in France; results of the general population ESEMeD/MHEDEA 2000 epidemiological study]. *L'Encéphale*. 2005 Mar-Apr;31(2):195-206. PubMed PMID: 15959446.

³⁷ Michel P. « Prévenir de la médecine. La prévention quaternaire pose le cadre de la pertinence des soins » ADSP n° 92 septembre 2015

La surmédicalisation du mal-être fait référence au traitement médicamenteux de situations sociales qui ne relèvent pas d'un trouble psychique caractérisé. En effet, si parmi les personnes atteintes de troubles psychiques fréquents, comme la dépression, environ un tiers a une prise en charge médicamenteuse (celle-ci étant liée à la sévérité des symptômes et leur durée), environ un tiers des personnes qui ont un traitement par psychotropes n'ont pas de symptômes correspondant à un diagnostic psychiatrique (Cnamts, Rapport Charges et Produits, 2015). Ainsi, d'après les chiffres de la Cnamts, 7 millions de consommateurs de psychotropes en France seraient sans pathologie identifiée (via hospitalisation, ALD ou arrêt de travail supérieur à 6 mois pour lesquels il y a un diagnostic CIM 10).

Qui plus est la surconsommation des anxiolytiques est présente chez les enfants dont la consommation est la plus élevée³⁸.

Ces données soulignent la pertinence du sous-axe. Un effort national doit être mené sur la réduction de la consommation inappropriée de psychotropes, à partir de l'analyse des déterminants de ces prescriptions. Là encore, un appui aux médecins généralistes, parmi les principaux prescripteurs, sera recherché, et l'éducation thérapeutique des patients sera encouragée. Les orientations nationales de développement professionnel continu prendront en compte cet axe d'amélioration des pratiques professionnelles.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Niveau national

Sur la base du rapport d'expertise publié en janvier 2012, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM), s'est engagée dans un plan d'actions visant à renforcer la surveillance et la lutte contre le mésusage des médicaments de la classe des benzodiazépines, à favoriser leur bon usage et à limiter leur surconsommation et les risques qui lui sont liés. Ce plan d'action comprend aussi bien l'analyse de données scientifiques que des mesures d'ordre réglementaire et des actions d'information et de communication auprès des professionnels de santé.

En 2014, la Ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits Femmes a mis en place un programme de réduction de la consommation des médicaments psychotropes reposant sur les mesures suivantes :

- Une communication auprès du public et des professionnels de santé pour promouvoir le bon usage des benzodiazépines et rappeler leurs risques ;
- Un travail de réévaluation du service médical rendu des benzodiazépines par la HAS. La baisse du taux de remboursement des benzodiazépines hypnotiques, effective depuis la fin de l'année 2014, est le résultat de ce travail ;
- Un renforcement de la formation des professionnels de santé sur cette thématique, spécifiquement dans les maisons de retraite et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;
- Une réflexion sur un renforcement de l'encadrement de la prescription des benzodiazépines en limitant leur durée de prescription à 28 jours sur ordonnance sécurisée.

³⁸ Kovess V., Choppin S., Gao F., Pivette M., Husky M., Leray E. Psychotropic Medication Use in French Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2015 Jan 13. PubMed PMID: 25584837

Un projet de plan coordonné sur la consommation des benzodiazépines entre l'ANSM, la HAS et la Cnamts est également en cours de réflexion.

Les actions de la HAS sur les psychotropes

La HAS a produit plusieurs recommandations de bonnes pratiques sur l'usage des psychotropes dans différentes populations.

Les actions effectuées sur la période du plan sont les suivantes :

- Épisode dépressif caractérisé chez l'adulte : prise en charge en premier recours (2014)
- Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours (2014)
- Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire (2015).

Ces derniers travaux publiés en 2015 recommandaient notamment, une meilleure information du public sur les risques et le bon usage, un renforcement de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur le bon usage et les modalités d'arrêt et le développement de l'usage des benzodiazépines et de l'accès aux prises en charge non médicamenteuses. Une fiche mémo (Décision 2015-0143 /DC/SBPP) concerne la démarche du médecin traitant lors de l'arrêt des benzodiazépines et des médicaments apparentés en ambulatoire. Elle a pour objectif d'aider à réduire les prescriptions au long cours de benzodiazépines dans l'anxiété et l'insomnie, du fait d'un rapport bénéfice/risque défavorable.

Évolution de la consommation pendant la période du plan

En 2013 l'ANSM rapporte que les nouvelles données confirment la reprise de la consommation de benzodiazépines, anxiolytiques et hypnotiques en lien avec une prescription importante de ces molécules et pour une durée souvent trop longue.

L'analyse des données de prescription montre aussi que la consommation des benzodiazépines utilisées comme anxiolytiques a globalement diminué depuis 2000. Toutefois, le mouvement de baisse amorcé en 2002 s'est interrompu en 2010 où l'on observe une reprise de la consommation. Les résultats de 2012 confirmaient cette évolution.

Les données de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) sur la consommation d'anxiolytiques mettent en évidence une augmentation de la consommation par utilisateur : en 2007, 53 740 sujets sont exposés aux anxiolytiques pour 440 917 boîtes remboursées (soit un ratio de 8,20 boîtes par sujet) tandis qu'en 2012, ce sont 57 060 sujets pour 485 158 boîtes remboursées (ratio de 8,51 boîtes par sujet) alors que le nombre d'utilisateurs est stable entre 2007 et 2011 puis diminue en 2012. On a donc une augmentation de la consommation mais une diminution du nombre de consommateurs.

Les sujets consommant des benzodiazépines sont majoritairement des femmes (64 %).

La consommation des benzodiazépines augmente avec l'âge. L'évolution de l'utilisation des benzodiazépines de 2007 à 2012 augmente chez les sujets de plus de 80 ans pour les consommateurs de benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques.

Nous n'avons pu analyser de données postérieures à 2012 et qui auraient pu montrer une évolution. D'autre part, l'EGB n'inclut que peu de données individuelles (sexe et âge des personnes) et il n'est pas possible d'étudier le rôle d'autres facteurs potentiellement associés à

l'usage de ces traitements (type de problèmes psychiques, pathologies concomitantes, situation sociale, offre médicale).

Toutefois, selon des éléments rapportés dans la presse en février 2016, une diminution des volumes remboursés de benzodiazépines serait signalée pour 2015 à partir de données de remboursement.

Conclusion

La surconsommation de benzodiazépines est un phénomène connu pour lequel plusieurs plans d'action sont en cours. L'ANSM, la DGS, la Cnamts ont proposé des actions pour diminuer la consommation de benzodiazépines et mieux adapter les prescriptions d'antidépresseurs. La HAS a produit depuis 2007 des recommandations et des fiches, mais leur suivi sur le terrain n'a pas été évalué. Ces plans convergent avec les plans concernant la prise en charge des personnes âgées, la formation des médecins généralistes : formation initiale et développement professionnel continu (DPC) et l'information des patients par les actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP).

On ne peut que recommander la poursuite et l'intensification de ces mesures ainsi que le suivi rigoureux de leurs résultats, notamment par l'intermédiaire des instruments mis en place par la Cnamts. Depuis novembre 2011, le Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI) pour les médecins généralistes a été remplacé par la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) qui repose sur le suivi de 29 indicateurs. Un des indicateurs porte sur la prescription de benzodiazépines (patients âgés de plus de 65 ans prenant des benzodiazépines à demi-vie longue ; durée de prescription des benzodiazépines supérieure à 12 semaines).

3. Organisation de la prise en charge et territoire

3.1. Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins

Pertinence

Le PPSM 2011-2015 appelle ici à une évolution du secteur de psychiatrie, qui « *doit évoluer d'une approche totale vers une approche globale, en complémentarité et en coopération avec tous les acteurs et notamment ceux situés sur le territoire de santé considéré, car le secteur ne peut et ne doit pas tout faire lui-même* ». Le PPSM rappelle que le secteur est un outil au service d'un territoire, que le devoir des équipes soignantes est d'aller au-devant et de répondre à toutes les personnes qui ont besoin de soins, tout en respectant le libre choix des personnes. Le plan psychiatrie et santé mentale appelle à inscrire dans le Code de la santé publique une deuxième mission de service public pour la psychiatrie (la seule mission inscrite au sens de la loi HPST étant celle autorisant certains établissements à dispenser des soins sans consentement) s'appuyant sur les atouts de la politique de secteur et notamment les principes de responsabilité, continuité et proximité des soins.

Cet objectif du PPSM rencontre ainsi une forte demande des professionnels, reprochant au ministère son retrait lorsqu'il s'agit de « *redéfinir clairement l'organisation des soins psychiatriques* » et donner à la politique de psychiatrie et santé mentale un cadre juridique structurant, au-delà de l'organisation des soins sans consentement (Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux, PPSM 2011-2015, 2012). Ce vœu était également appelé par la Cour des Comptes dans son bilan du précédent plan psychiatrie santé mentale qui appelait à instaurer et à définir une mission de service public de secteur psychiatrique ainsi que par la commission Couty sur les missions et organisations de la santé mentale et de la psychiatrie (2009), et le rapport Milon chargé d'évaluer les politiques publiques (2009). De nombreux rapports et plans se sont succédés montrant l'enjeu de la problématique et l'intérêt des pouvoirs publics sur ce thème, mais aussi, comme le souligne le Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) dans son communiqué « *Plan psychiatrie et santé mentale 2012 : tout ça pour ça ?* » du 19 janvier 2012, l'insuffisance des décisions politiques pour les exploiter.

Pour une partie des professionnels, la loi HPST avait laissé la psychiatrie à part, devant faire l'objet d'une réflexion spécifique. Or « l'adaptation des textes législatifs aux spécificités de la psychiatrie et la reconstruction du cadre juridique qui étaient attendues depuis l'élaboration de la loi HPST n'ont pas été menées par l'État » (SPH).

Dans son rapport de 2011, la Cour des Comptes décrit cette disparition progressive du terme de secteur depuis les années 2000 (mais pas de sa réalité fonctionnelle de terrain) comme la volonté du gouvernement d'intégrer la psychiatrie à la politique générale de santé. L'ordonnance de simplification administrative de 2003 en intégrant la psychiatrie à la planification générale des soins au sein des territoires de santé ne fait plus mention de la dimension géographique du secteur psychiatrique pour ne lui conserver que sa dimension fonctionnelle. Le secteur de psychiatrie est invité, à l'instar des autres établissements de santé publics et privés non sectorisés à contribuer à la prise en charge de la santé mentale au sein des territoires de santé. En 2009, la loi HPST vient renforcer ce processus en consacrant une approche globale de la santé au sein des territoires, étendant les fonctions initialement dévolues au secteur (organisation territorialisée des soins, coordination des interventions de

prévention, de soins et d'insertion, continuité des soins, intervention à domicile) à l'ensemble des établissements de santé. Cependant, comme le note la Cour des Comptes, cet effacement progressif du cadre juridique du secteur a été peu perçu par les professionnels, le secteur restant très présent dans les faits et pratiques des acteurs sur le terrain. Et paradoxalement, la loi du 5 juillet 2011 fait à nouveau référence au secteur de psychiatrie en réaffirmant son principe de responsabilité et le fait que le secteur est resté la réalité du terrain. Le ministère en charge de la santé qualifie lui-même cette situation de « fragile et source de dysfonctionnements ». La Cour des Comptes conclut ainsi : « *Il résulte de la succession de nouveaux textes depuis 2003 et de l'absence de modification des textes antérieurs spécifiques à la psychiatrie un ensemble peu cohérent qui nuit à la compréhension de l'organisation de l'offre en psychiatrie, pour les patients, comme pour les acteurs. (...) Ces ambiguïtés doivent impérativement et rapidement être levées pour redonner un cadre d'exercice stable et clair aux professionnels et permettre aux patients et à leurs familles de comprendre aisément le mode d'accès aux soins en psychiatrie, ainsi que la manière dont s'organise la prise en charge* ».

La Commission Couty en 2009, parallèle aux travaux de la loi HPST, évoquait déjà une loi santé mentale en attente. Elle fait le constat d'un caractère peut-être trop ambitieux du secteur psychiatrique : « *même si certains secteurs se sont attachés à conduire une action englobant tout ou partie des missions qui leur étaient imparties, il était très ambitieux de confier à une structure intégrée à un établissement de santé, dont le savoir-faire est centré sur le soin, la responsabilité globale de réponses qui relèvent de compétences de différentes collectivités, de plusieurs types d'institutions et supposent la maîtrise de technicités diverses* ».

La loi de modernisation de notre système de santé, et plus particulièrement l'article 69 réaffirme les principes de la sectorisation en créant une mission de psychiatrie de secteur au sein de l'activité plus large de psychiatrie, elle-même inscrite dans une politique globale de santé mentale « Art. L. 3221-3. – I. – L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique. Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population 1° un recours de proximité [...] en coopération avec les équipes de soins primaires ; 2° l'accessibilité territoriale et financière [...] ; 3° la continuité des soins psychiatriques, y compris par recours à l'hospitalisation, si nécessaire en lien avec d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles en proximité ».

L'article replace l'organisation de la psychiatrie dans une politique globale de santé mentale, comprenant les actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale, et associant tous les acteurs, et notamment le système de soins de premier recours (médecins libéraux et psychologues) et les acteurs sociaux et médicosociaux (du logement, de l'hébergement et de l'insertion). L'article 69 fait ainsi une distinction claire entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale. À cet égard, le législateur opère une clarification sur la responsabilité des différents acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale et inscrit ainsi la politique de santé mentale dans un cadre coopératif large, incarné par le projet territorial de santé mentale. Il y a là une volonté assumée du législateur de reconnaître les spécificités de la prise en charge en santé mentale et de son articulation avec d'autres dispositifs d'accompagnement dans le domaine social, éducatif, judiciaire. Cette politique s'appuie sur des dispositifs spécifiques. Elle repose sur un « projet territorial de santé

mentale » défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé par l'ensemble des partenaires (professionnels, usagers, aidants, collectivités, Éducation nationale, Protection judiciaire de la jeunesse,...). Le texte crée l'obligation pour les projets territoriaux d'organiser un ensemble de dispositifs et de services permettant de garantir aux personnes concernées l'accès à « des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ». Ce faisant, la loi apporte l'outillage juridique pour une politique de santé mentale et ouvre des perspectives intéressantes pour les acteurs en effectuant un pas en avant en direction de l'appareil de soins psychiques. Reste à attendre la publication des décrets d'application. On peut surement faire un pari sur la novation que représente la communauté psychiatrique de territoire et la dimension d'un territoire « suffisant » pour ses missions, qui intègre des acteurs sanitaires et sociaux, mais aussi les conseil locaux de santé et de santé mentale.

D'ici peu, la mission confiée par la ministre en charge de la Santé à Michel Laforcade devrait rendre son rapport. Elle est destinée à favoriser la mise en œuvre du volet santé mentale de la nouvelle loi de modernisation de notre système de santé. Certains aspects nécessitent en effet d'être éclaircis, notamment sur les modalités de constitution et de fonctionnement des communautés psychiatriques de territoire, des groupements hospitaliers de territoire, ainsi que sur le déploiement dans les territoires d'une organisation optimale des acteurs concernés autour d'un panier de soins obligatoires (priorités en termes de modalités de prise en charge disponibles, de services offerts et compétences disponibles sur un territoire). Pour M. Laforcade, l'article 13 du projet de loi de modernisation du système de santé (article 69 de la loi votée) fait une distinction claire entre la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale. Il serait également important que soit précisée l'organisation du pilotage national de cette politique de santé mentale. À l'instar de la présidence de la conférence nationale des présidents de CME de CHS qui réclamait dans le cadre de cette loi un minimum de cadrage concernant les questions de psychiatrie et de santé mentale *via* un comité de pilotage national, permettant d'éviter les expérimentations locales ou le fonctionnement par appel à projets sur des orientations non validées au niveau national, il nous paraît important de mettre en place un tel comité. Cette instance de pilotage au niveau national permettrait ainsi un minimum de validation d'orientations stratégiques et d'expérimentations, notamment sur le financement de la psychiatrie et de la santé mentale.

Enfin, la mise en œuvre de cette loi dépend de l'engagement d'une grande pluralité de personnes et d'institutions. Les ARS auront ici un rôle important à jouer afin d'inciter les partenaires à réfléchir et travailler ensemble pour un projet territorial commun en santé mentale.

Si l'on accepte la démonstration qui vient d'être faite et la persistante demande des professionnels et des administrations, il devient évident de préconiser trois niveaux d'actions :

1. Installer les complémentarités locales (donc de proximité en évaluant l'existant sectoriel et les actions d'applications du plan qu'il promeut) avec les ressources tant sanitaires que médico-sociales dont on aura fait l'inventaire en lien avec les médecins généralistes et spécialistes; institutionnaliser la pratique concrète de l'articulation quitte à rénover les pratiques de réseaux ;
2. Sur ce travail évaluer les dispositifs intersectoriels, les regroupements sectoriels nécessaires en articulant l'accueil et ses exigences avec les ressources extra sectorielles reconnues et installées dans la période du plan ;

3. Assurer l'identification et la pérennisation des budgets alloués à la psychiatrie et prioriser au niveau régional et national les attentes légitimes d'élimination des zones blanches, les applications des recommandations par pathologies et tranches d'âge (l'adolescence et la personne âgée sont citées comme des actions immédiates à construire), planifier les financements d'accompagnement. Il est fréquemment apparu que la question des articulations pédopsychiatrie, psychiatrie générale et de la personne âgée nécessitait des directives pour leurs applications.

3.2. Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne : hospitalisations au long cours

Pertinence

En 2011, les administrations centrales chargées de la santé et de l'action sociale (DGS, DGOS, DGAS et CNSA) ont chargé la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) de travailler sur la question des hospitalisations psychiatriques temps plein prolongées sans nécessité thérapeutique, usuellement dites « inadéquates », et de proposer un outil d'enquête qui permette un bilan sur l'ensemble du territoire. Le résultat de ce travail, le « *Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement* », document d'analyse et de réflexion assorti de fiches pratiques, a été remis en juin 2011, et présenté aux ARS en novembre 2011. Ce guide comporte un document permettant le recueil d'information pour les personnes adultes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, qui détaille les propositions de réponse aux besoins des personnes (soins, accompagnement à la vie quotidienne, sociale et professionnelle, logement), qui fut testé dans quelques établissements.

En récapitulant l'ensemble des enquêtes réalisées auparavant dans les régions, la MNASM montrait que, bien que leurs méthodes diffèrent, ces enquêtes convergeaient vers le constat de 30 % d'hospitalisations au long cours (de l'ordre d'une année ou plus) sur l'ensemble des hospitalisations un jour donné, dont 60 % à 70 % considérées comme inadéquates par les équipes. Le problème était que ces enquêtes donnaient peu d'indications sur les besoins de soins, d'accompagnement et d'hébergement des personnes ainsi hospitalisées par défaut de solutions adéquates.

Pour avancer sur ce problème ancien, complexe, la démarche proposée par la MNASM a été, tout d'abord, de considérer que la question des hospitalisations prolongées en psychiatrie relève du droit des personnes à disposer des soins et de l'accompagnement leur permettant de vivre dignement en société. Il faut en effet considérer que, dès lors que leur hospitalisation à temps plein n'est pas ou plus considérée par les soignants comme indispensable aux soins qui doivent leur être apportés, les personnes qui restent hospitalisées en psychiatrie ne reçoivent plus les soins les plus adaptés à leur état de santé, tout en ne recevant pas les prestations qu'appelle leur situation de handicap. Elles courent un risque accru de restriction de leurs possibilités et compétences de participation sociale, et leur qualité de vie est amoindrie.

C'est sur ce fondement, et à l'aide du guide produit, que la MNASM proposait aux ARS de mener dans leur région une démarche de diagnostic partagé et d'élaboration de réponses adaptées aux besoins des personnes concernées, en mobilisant l'ensemble des acteurs : associations d'usagers et de familles, professionnels, collectivités territoriales, et professionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Dissoute en mars 2013, la MNASM n'a pas pu mener à bien l'accompagnement des ARS dans cette démarche. Les membres du Codev déplorent que le « guide », comme l'ensemble des publications et rapports de cette structure ne soit pas facilement accessible, le site internet ayant été fermé.

La question des hospitalisations au long cours inadéquates est traitée aujourd'hui dans le cadre des diagnostics territoriaux accompagnés par l'ANAP ; cette problématique est l'une des cinq portes d'entrée de la démarche qui associe l'ensemble des acteurs du territoire.

Des expériences montrent qu'une augmentation conséquente de places médico-sociales n'entraîne pas pour autant une baisse des hospitalisations de longue durée. En cause, une représentation qui consiste à concevoir les capacités médico-sociales comme des placements d'aval dans une logique de « gestion de stocks ». Cette perspective reste inopérante si des actions de prévention visant à éviter la survenue de ces hospitalisations prolongées ne sont pas mises en œuvre concomitamment. C'est ainsi une perspective de « gestion de flux » qui doit gouverner la question du dimensionnement des capacités d'accueil.

Les échanges ont mis en lumière que les inadéquations hospitalières ne sont pas à rechercher uniquement parmi les hospitalisations de longue durée. Il existe également des hospitalisations inadéquates par leur motif ou par leur répétition. À l'inverse les hospitalisations au long cours ne sont pas toujours infondées (MNASM 2011).

Le déficit de relations organisées entre l'hôpital et les partenaires médico-sociaux entraîne des hospitalisations qui auraient pu être évitées par une meilleure anticipation de signaux faibles à domicile ou en établissement médicosocial et des prises de relais entre les deux champs. Enfin et surtout, il existe des situations d'inadéquation dans tous les lieux de vie : famille, établissement médicosocial, logement ordinaire. Ce qui renvoie à la question de l'évaluation des situations des personnes en établissements médico-sociaux, en structures extrahospitalières ou encore au domicile (avec qui, à quelle fréquence, etc.).

Niveau national

L'hospitalisation de longue durée en psychiatrie reste un domaine qui interpelle sans omettre la réalité de certaines pathologies où la dépendance aux soins reste un impératif à ne pas oublier.

Les données fournies par l'ATIH et la DREES indiquent une très légère réduction des hospitalisations au long cours (supérieures ou égales à 292 jours dans l'année) entre 2011 et 2014. Selon l'ATIH, le nombre de séjours concernés est passé de 22 402 en 2011 à 20 053 en 2014. Les données de la SAE fournies par la DREES font état de 13 500 personnes hospitalisées au long cours en 2014, contre 14 000 en 2011, soit une baisse de 4 % à relativiser car le nombre total de personnes hospitalisées en psychiatrie générale a également diminué sur la période, bien que dans une moindre mesure. En 2014, les personnes hospitalisées au long cours représentaient 4 % de la file active hospitalisée à plein temps contre 4,1 % en 2011. Malgré le développement de places et services d'accompagnement dans le secteur médicosocial, le nombre de personnes hospitalisées au long cours reste important et semble se renouveler.

Niveau régional

Vingt-et-une des 24 ARS répondantes sur le sous-axe « *Améliorer les modalités de prise en charge des personnes hospitalisées sur une longue durée en psychiatrie* » ont indiqué avoir

mis en place une ou plusieurs actions. Il s'agit principalement d'actions visant à une meilleure connaissance (quantitative et qualitative) des personnes hospitalisées au long cours (8 régions) et de la création de places dans les structures médico-sociales (création ou reconversion du secteur sanitaire vers le médico-social) ainsi que de projets ayant trait à la constitution de partenariats avec les structures médico-sociales. L'ARS Île-de-France a également inclus cette thématique dans la trame des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des établissements de santé. De plus, trois régions évoquent une reconfiguration de la prise en charge des personnes hospitalisées au long cours notamment *via* la mise en place de projets de vie. Les diagnostics sur les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, ont permis de faire émerger la problématique des hospitalisations inadéquates. Ainsi, cette dernière a été identifiée en Bretagne comme axe de travail. La principale cause repérée lors du diagnostic est le caractère incomplet et l'inéquitable répartition de l'offre sociale et médico-sociale.

Les entretiens dans les ARS ont montré une impulsion positive avec des enquêtes transversales (constat et mobilisation des établissements sur ces sujets). En région PACA, les établissements ont continué à faire des « coupes » séjours longs alors même que l'ARS ne le demandait plus. La réduction des séjours longs est freinée par différents facteurs dont le manque de logements (déficit de logements sociaux) ainsi que l'absence de projet de soins et de projet de vie co-construit avec les acteurs sociaux et médico-sociaux. Les établissements mettent en avant la difficulté de l'aval. Un accompagnement des établissements psychiatriques sur des projets de gestion des lits (APAV) va être proposé.

Une initiative intéressante menée en Bretagne, mérite d'être citée, l'expérience de l'EPSM du Morbihan et de Vannes. Il s'agit d'une restructuration et de la mise en place d'une **unité tremplin** qui prépare les patients à la sortie (8 places ouvertes en novembre 2014), ces places concernent les personnes qui ont déjà une orientation vers le médicosocial (FAM, EHPAD) et un dossier MDPH constitué. Cette unité spécialisée dans l'accueil de ces patients libère de ce fait les unités d'accueil de soins pour les patients qui en ont besoin.

Recommandation relative à la thématique

- Diminuer les hospitalisations et les prises en charge inadéquates (quel qu'en soit le lieu : hôpital, domicile, médicosocial) en se focalisant sur la notion de parcours et de formation de tous les intervenants, la co-évaluation des besoins et la co-construction du projet de santé de la personne ainsi que la mise en place d'un suivi socio-sanitaire dès le début de la prise en charge.

3.3. Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population

Pertinence

Ce sous-axe du plan couvre un champ très vaste en visant à « *rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soins et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer des ressources en fonction des besoins de la population* ». Il touche à la fois aux secteurs sanitaire, social et médicosocial, sans évoquer la question de la coordination entre ces acteurs, appelée dans le

sous-axe suivant. Nous nous concentrerons donc ici essentiellement sur cette notion de rééquilibrage des ressources, des capacités et des modalités de prise en charge proposées aux populations des territoires.

Les actions proposées ont trait au rééquilibrage des ressources humaines, des prises en charge alternatives à l'hospitalisation (qu'il s'agisse de prises en charge ambulatoires ou d'accompagnement médico-social), avec des financements ou expérimentations favorisant ce développement ou la transformation de structures sanitaires en structures médicosociales. Le plan évoque également le rééquilibrage des ressources allouées entre régions et entre établissements.

Est également positionnée dans cet axe la question de la prise en charge des détenus au sein des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) qui sont appelées à se développer au niveau national.

La thématique du rééquilibrage des inégalités d'offres de soins en psychiatrie n'est pas nouvelle. Le constat de fortes disparités existantes dans le domaine est connu et rappelé dans l'ensemble des rapports et plans publiés depuis les années 2000. Les mesures proposées pour atteindre cet objectif peuvent être qualifiées de nouvelles notamment en matière d'allocation de ressources et de modèles de financement favorisant les prises en charge ambulatoires. Cependant, ainsi que l'a noté la conférence nationale de santé (CNS) dans son avis du 5 avril 2012, le plan ne mentionne pas la méthode ni l'effecteur pour diminuer ces écarts.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Niveau national

Réduire les disparités d'allocation de ressources

Au niveau national, la dotation annuelle de financement (DAF) pour la psychiatrie a poursuivi sa faible croissance entre 2011 et 2015, dans un contexte de dépenses contraint, selon les comptes de la Sécurité sociale (2014). Elle est ainsi passée de 8,95 milliards d'euros à près de 10 milliards prévus par la circulaire budgétaire de 2015, soit près de 13 % des dépenses totales de l'Assurance Maladie versées aux établissements de santé. Les dotations régionales pouvaient varier fortement : la dotation moyenne par habitant était de 130 euros et variait de 80 euros à 170 euros selon les régions. Pour corriger ces disparités, la DGOS a travaillé sans toutefois engager de concertation avec les acteurs concernés à un rééquilibrage des dotations depuis 2012 par le biais des gels prudentiels³⁹. Pendant deux ans, le critère unique a été l'écart à la moyenne de la DAF par habitant, avec un réajustement pour les écarts à la moyenne supérieurs à 7,5 %. Huit régions (Aquitaine, Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Picardie) disposant d'une offre en lits plus élevée, et d'un taux de recours à l'hospitalisation également plus élevé qui apparaissaient comme « sur-dotées » ont été concernées par ce gel de 25 millions d'euros. Ces régions sont ciblées en priorité par les mesures de péréquation interrégionale afin de diminuer l'écart à la moyenne des dotations régionales et faire évoluer l'offre de soins vers les alternatives à l'hospitalisation

³⁹ Circulaire N° DGOS/R1/2013/144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé. Les mises en réserve prudentielles de crédits ont permis de compenser les dépassements liés à la dynamique d'activité observée. Pour 2013, conformément aux engagements de préserver le financement des missions d'intérêt général, une nouvelle modalité de régulation est mise en œuvre avec la création d'un coefficient prudentiel minorant les tarifs de prestations d'hospitalisation. Cette orientation nouvelle vise à exonérer de gel, le plus largement possible, les dotations MIGAC.

à temps plein. Cependant ce levier financier est resté très modeste. Les régions concernées par ce rééquilibrage ont remis en cause le critère unique de la DAF par habitant de sorte que la DGOS a inclus, en 2015, d'autres critères dans le plan d'économies. Trois critères ont été déterminés, chacun ayant un poids identique (cf. circulaire budgétaire 2015) :

- La réduction des hospitalisations non pertinentes à travers le taux de recours à l'hospitalisation temps plein,
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein à travers le taux d'hospitalisation partielle de jour par rapport au temps plein,
- La réduction des écarts de financement interrégionaux, mais en prenant compte aussi l'activité des cliniques et psychiatres libéraux.

Selon la DGOS, malgré cette évolution, le classement entre les régions s'en est trouvé peu modifié.

Niveau régional

Réduire les disparités d'allocation de ressources

Chaque ARS a ensuite pour mission d'allouer cette dotation entre les établissements de son territoire. L'Agence de presse médicale (APM) a réalisé une enquête en 2015, auprès d'une douzaine de régions, qui fait le constat suivant. Les ARS n'ont pas toutes les mêmes stratégies pour allouer la DAF aux établissements autorisés en psychiatrie. Certaines ARS ont décidé de ne plus se baser sur une répartition uniquement arithmétique et historique des financements et ont mis en place des modèles de péréquation en psychiatrie s'appuyant sur différents critères et pondérations en l'absence de directives nationales. La plupart des régions ayant choisi cette option l'ont appliquée uniquement sur les marges dont elles disposaient ou les mesures d'économie et non pas sur la totalité de la DAF. Seule l'ARS PACA, ne disposant plus de marge régionale, a mis en place une modulation sur l'ensemble de la dotation, hors activités sanctuarisées répondant à des missions de recours régional. Les critères mobilisés par les régions pour allouer les ressources entre établissements sont relativement semblables et se situent dans la continuité des travaux initiés dans le cadre de réflexions nationales sur la valorisation de l'activité en psychiatrie mais leur définition, calcul, poids, activités sanctuarisées, base de réallocation des ressources sont variables selon les régions, générant une hétérogénéité de traitement entre établissements. Les critères les plus fréquemment utilisés visent à prendre en compte :

- Les besoins populationnels, approchés *via* différents indicateurs dont la population couverte, des indicateurs de précarité variés ;
- L'environnement géographique, souvent approché *via* la superficie du territoire couvert ;
- L'activité des établissements, elle aussi mesurée différemment selon les régions avec des pondérations différentes selon les types de prise en charge, cherchant à favoriser de manière plus ou moins importante les prises en charge ambulatoire ou à temps partiel ;
- La file active des établissements, comptabilisée de différentes manières ;
- La prise en compte des hospitalisations sans consentement.

Le poids donné à ces différents critères peut varier fortement entre les régions (de 20% à 50% pour le compartiment géo-populationnel par exemple) et va impacter fortement le modèle de financement et l'encouragement au développement des alternatives à l'hospitalisation. L'ARS

Aquitaine a aussi opéré des modulations différentes selon le type d'établissements (public, privé, mono ou pluridisciplinaire, avec ou sans prise en charge ambulatoire). D'autres régions, comme l'Île-de-France, ont appliqué une modulation strictement territoriale en direction des territoires sous-dotés.

Les démarches ont souvent été concertées avec les acteurs du champ, généralement favorables à une meilleure équité dans l'allocation des ressources, mais en demande de règles claires sur la base de critères établis au niveau national, même si la mise en place est plus délicate et doit être progressive. Les établissements doivent être accompagnés dans les efforts qui leur sont demandés. Le levier financier est un levier important dans la modification des pratiques des établissements de santé, mais il faut que le modèle de financement soit pertinent et adapté à la psychiatrie. Ces modèles nécessitent d'être évalués, l'évaluation étant prévue dans certaines régions.

Niveau national

Favoriser l'exercice des professionnels dans les zones sous-denses

S'agissant de la démographie professionnelle et notamment médicale, les disparités territoriales d'implantation des professionnels et notamment des psychiatres, qu'ils soient libéraux ou salariés, sont connues depuis plusieurs années. Le plan propose un rééquilibrage de l'implantation territoriale des professionnels mais ne prévoit aucun instrument statutaire ou conventionnel qui pourrait le permettre. La question de la démographie des professionnels de santé devrait d'abord être traitée au niveau national avant d'être traitée localement.

Concernant les mesures et dispositifs encourageant l'exercice dans des zones sous-denses ou les réflexions concernant les conditions de publication des postes praticiens hospitaliers dans les zones sur-denses, il n'y a pas eu de mesure nationale spécifique à la psychiatrie.

Niveau régional

Favoriser l'exercice des professionnels dans les zones sous-denses

Deux solutions sont citées par plusieurs régions pour répondre aux enjeux de la démographie médicale : le développement de postes d'assistants spécialistes à temps partagé, permettant d'éviter la fuite des internes en partageant le temps d'exercice entre un CHU et un établissement plus isolé ou entre deux centres hospitaliers, et le recours au dispositif du contrat d'engagement de service public (CESP), créé par la loi HPST en 2009. Ce dispositif prévoit que les étudiants en médecine peuvent se voir accorder une allocation mensuelle à partir de la 2^{ème} année des études médicales à condition qu'ils s'engagent à exercer, à titre libéral ou salarié, dans une zone où l'offre médicale fait défaut (identifiée par l'ARS), pour une durée égale à celle durant laquelle ils ont perçu cette allocation avec un minimum de 2 ans d'engagement. Les postes d'assistants partagés permettent à la fois de dynamiser le recrutement dans des établissements qui manquent de personnel et améliorer la coopération entre établissements.

Par ailleurs, localement, des conventions permettent aux internes de valider leur statut PH lors d'un stage dans une structure privée, permettant l'accueil d'internes dans des structures non universitaires (Franche-Comté). Enfin, la mise en place de Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) citée par plusieurs ARS, permet également de mutualiser les ressources et de disposer d'une masse salariale partagée entre plusieurs établissements sanitaires et médico-sociaux.

À défaut de pouvoir rééquilibrer quantitativement l'offre médicale, plusieurs régions ont développé des expérimentations de télé médecine qui peuvent prendre la forme de téléconsultation, télé-staff, télé-expertise, télésurveillance médicale, téléassistance médicale, régulation médicale. La conférence des présidents de CME de CHS fait état de la nécessaire prise en compte d'une valorisation des actes de télé médecine en psychiatrie publique au même titre que les autres disciplines comme condition de leur développement et dans le but de valoriser la pérennisation des actions en cours⁴⁰.

L'analyse des données de la SAE sur les personnels exerçant en établissements de santé, fournie par la DREES fait état d'une réduction des disparités entre les régions sur la période du plan. La densité de personnel médical qui augmente faiblement entre 2011 et 2014 (de 13,0 à 13,6 ETP pour 100 000 habitants), variait dans un rapport de 1 à 12 entre départements en 2011 et de 1 à 7 en 2014. Il en est de même pour le personnel soignant avec une densité de 153 pour 100 000 et un écart de 1 à 4 (contre 1 à 6 en 2011). Le personnel éducatif et social quant à lui reste stable avec des disparités allant dans un rapport de 1 à 10, non réduites sur la période. Concernant les psychiatres libéraux, les données du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) font état d'une légère réduction des disparités régionales des densités de psychiatres libéraux exclusifs, variant dans un rapport de 1 à 6,5 en 2012, contre 1 à 5,5 en 2014. Cependant, à l'échelle départementale, les écarts semblent se creuser davantage avec la quasi-absence de psychiatres libéraux dans certains départements comme la Meuse ou l'Eure-et-Loir. Ces données sembleraient donc tout de même indiquer une tendance vers une réduction des disparités, même si elles restent encore très importantes entre les départements les mieux et les moins bien dotés. Les données disponibles ne permettent malheureusement pas de distinguer les pédopsychiatres des psychiatres, pour lesquels les remontées du terrain font état de difficultés majeures de démographie médicale.

Les disparités de professionnels de santé semblent donc se réduire mais restent particulièrement importantes en psychiatrie. Notons par ailleurs que si la densité de professionnels a connu une très légère augmentation voire une stabilisation sur la période, le nombre de patients suivis en psychiatrie a, quant à lui, continué à augmenter avec une hausse de 8 % entre 2011 et 2014. Plus de 2 millions de personnes ont été suivies en psychiatrie en établissements de santé en 2014. Cette hausse du recours aux soins pour des motifs psychiatriques s'exprime également dans le champ du MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) et du SSR (soins de suite et de réadaptation), avec près de 230 000 personnes hospitalisées en MCO pour un motif psychiatrique (+5 % depuis 2011) et près de 2 millions de journées d'hospitalisation à temps complet pour ce motif en SSR en 2014 (+4 % depuis 2011). Cette évolution est particulièrement marquée pour la pédopsychiatrie (adolescents essentiellement) et la psychiatrie du sujet âgé (Sources : PMSI MCO, SSR, RIM-P, ATIH).

Le développement des alternatives à l'hospitalisation

S'agissant du développement des alternatives à l'hospitalisation, là encore, plusieurs ARS déclarent avoir renforcé l'offre de soins notamment en hôpitaux de jour, CMP, appartements thérapeutiques, hospitalisation à domicile (HAD), SAMSAH ou en délocalisant des unités d'hospitalisation. Des autorisations ont été accordées pour l'ouverture de lits dans le secteur privé. Des équipes mobiles ont pu également être mises en place, notamment en direction des structures sociales ou médicosociales. Toutes ces initiatives sont difficilement quantifiables.

⁴⁰ Communiqué du 28 mai 2015

L'ANAP a publié un document sur les expériences d'intervention à domicile des équipes de psychiatrie (2015). La réduction des lits d'hospitalisation et le développement des prises en charge ambulatoires permettant de maintenir la personne vivant avec des troubles psychiques dans son milieu de vie ont contribué à développer les interventions à domicile. Ces interventions répondent aux missions du secteur de psychiatrie en matière d'accessibilité et de continuité des soins. Elles permettent le maintien dans le lieu de vie des personnes vivant avec un trouble psychique. L'ANAP différencie 4 catégories d'interventions selon qu'elles visent le suivi, la réponse à des situations de crise, l'accompagnement ou l'évaluation et l'orientation pour répondre à la « non demande » des personnes ou à la demande de familles et de tiers. Différents acteurs peuvent réaliser ces interventions à domicile tels que des structures sanitaires, des équipes mobiles ou des structures médicosociales. Cela peut poser parfois la question de la limite des champs d'intervention du sanitaire et du médicosocial.

L'ANAP souligne le besoin d'une lisibilité politique et réglementaire pour l'HAD psychiatrique nécessaire à son développement. Elle évoque également les difficultés de mobilisation des SAMSAH liés à la nécessité d'une notification par la MDPH et aux délais de traitement des demandes.

Les données de la SAE fournies par la DREES nous permettent de mesurer en partie cette évolution. Nous observons une tendance à l'augmentation de certaines alternatives à l'hospitalisation au niveau national entre 2011 et 2014. Ainsi, le nombre de places d'accueil familial thérapeutique, de centres de crise ou d'hospitalisation à domicile a augmenté sur la période, contrairement aux places en appartement thérapeutique et centres de postcure (cf. tableau). Cependant, ces dispositifs restent très limités, ils représentent seulement 12% des capacités de prise en charge à temps complet. Les places d'hospitalisation de jour connaissent également une évolution positive (contrairement aux places d'hospitalisation de nuit). Les structures ambulatoires de type CMP, CATTP et ateliers thérapeutiques semblent également avoir été développées sur la période du plan, indiquant un développement des alternatives à l'hospitalisation. Cependant, si dans le secteur infanto-juvénile, la proportion de CMP ouverts 5 jours et plus par semaine a progressé, elle a stagné en psychiatrie générale (76% des structures).

Tableau : Évolution de l'équipement en psychiatrie 2011-2014

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | Evolution 2011-2014 |
|---|------------|------------|------------|------------|------------------------|
| Prise en charge à temps complet (Q09) | | | | | |
| Hospitalisation à temps plein | | | | | |
| <i>lits</i> | 57 479 | 58 189 | 58 001 | 57 863 | 0,7% |
| <i>séjours</i> | | | 612 619 | 641 858 | |
| <i>journées</i> | 18 751 783 | 18 838 713 | 18 757 713 | 18 696 969 | -0,3% |
| Accueil familial thérapeutique | | | | | |
| <i>places</i> | 3 603 | 3 531 | 3 531 | 3 828 | 6,2% |
| <i>journées</i> | 929 771 | 900 522 | 875 769 | 839 045 | -9,8% |
| Appartement thérapeutique | | | | | |
| <i>places</i> | 1 056 | 1 052 | 1 032 | 1 038 | -1,7% |
| <i>journées</i> | 252 149 | 258 006 | 268 666 | 259 922 | 3,1% |
| Centre de postcure | | | | | |
| <i>places</i> | 1 619 | 1 521 | 1 442 | 1 464 | -9,6% |
| <i>journées</i> | 456 992 | 415 699 | 391 349 | 399 709 | -12,5% |
| Centre de crise | | | | | |
| <i>places</i> | 390 | 392 | 421 | 455 | 16,7% |
| <i>journées</i> | 83 896 | 92 746 | 112 474 | 126 895 | 51,3% |
| Hospitalisation à domicile | | | | | |
| <i>places</i> | 905 | 886 | 823 | 1 336 | 47,6% |
| <i>journées</i> | 210 385 | 176 048 | 168 175 | 177 331 | -15,7% |
| Prise en charge à temps partiel (Q09) | | | | | |
| Hospitalisation de jour | | | | | |
| <i>places</i> | 26 971 | 27 514 | 27 636 | 27 914 | 3,5% |
| <i>venues</i> | 4 971 031 | 4 965 412 | 4 857 481 | 4 897 803 | -1,5% |
| Hospitalisation de nuit | | | | | |
| <i>places</i> | 1 476 | 1 450 | 1 429 | 1 331 | -9,8% |
| <i>venues</i> | 191 789 | 188 256 | 177 215 | 164 034 | -14,5% |
| Atelier thérapeutique | | | | | |
| <i>structures</i> | | | 543 | 422 | |
| <i>venues</i> | | | 327 606 | 302 843 | |
| Ambulatoire (Q09) | | | | | |
| CATTP + ateliers thérapeutiques | | | | | |
| <i>structures</i> | 1 754 | 1 942 | 2 393 | 2 367 | 34,9% |
| <i>venues</i> | 2 039 550 | 1 910 665 | | | |
| CATTP | | | | | |
| <i>structures</i> | | | 1 850 | 1 945 | |
| <i>actes</i> | | | 2 686 410 | 3 018 456 | |
| CMP | | | | | |
| <i>structures</i> | 3 538 | 3 447 | 3 758 | 3 746 | 5,9% |
| <i>structures ouvertes + 5j par semaine</i> | 2 688 | 2 706 | 2 813 | 2825 | 5,1% |
| <i>actes</i> | 14 369 999 | 14 512 617 | 14 261 040 | 14 676 384 | 2,1% |
| A domicile ou en institution substitutive au domicile | | | | | |
| <i>actes</i> | 2 295 377 | 2 394 606 | 2 103 561 | 2 142 131 | -6,7% |
| En établissement social ou médico-social | | | | | |
| <i>actes</i> | 439 101 | 442 469 | 624 675 | 641 048 | 46,0% |
| En unité d'hospitalisation somatique | | | | | |
| <i>actes</i> | 868 616 | 944 985 | 960 149 | 949 552 | 9,3% |
| En établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire | | | | | |
| <i>actes</i> | 92 768 | 85 535 | 83 678 | 96 026 | 3,5% |

Champ : France entière - Source : DREES- SAE

Concernant les taux d'équipements en hospitalisation temps plein en psychiatrie générale, le taux national a légèrement diminué passant de 133 lits pour 100 000 habitants de 20 ans et plus à 111 lits, et les écarts entre départements se sont légèrement réduits même si, comme

pour les professionnels, ils restent importants. Ainsi, le taux d'équipements en lits d'hospitalisation temps plein varie pour la psychiatrie générale dans un rapport de 1 à 3,3 en 2014 contre 1 à 4,7 en 2011. En psychiatrie infanto-juvénile où les capacités d'hospitalisation sont réduites (14 lits pour 100 000 habitants de 0 à 20 ans), les écarts entre départements ont eu plutôt tendance à augmenter.

Concernant le taux d'hospitalisation de jour exprimé en nombre de venues pour 100 000 habitants, les écarts entre départements se sont réduits pendant la durée du plan, variant dans un rapport de 1 à 20 en 2014 contre 1 à 44 en 2011 pour la psychiatrie générale.

Il en est de même si l'on étudie le taux de recours en CMP dont les disparités ont fortement diminué entre départements sur la période pour atteindre un rapport de 1 à 7 en 2014 pour la psychiatrie générale. Cet écart reste cependant considérable.

En revanche, les données de la SAE, comme celles du RIM-P fournies par l'ATIH ne montrent pas une augmentation réelle des interventions à domicile qui sont plutôt stables ou en diminution sur la période. Il en est de même pour l'HAD qui est en diminution entre 2011 et 2013, mais en augmentation en 2014.

Pour la psychiatrie infanto-juvénile, les données issues de la SAE font plutôt état d'une stagnation voire d'une réduction des alternatives à l'hospitalisation temps plein et inversement une augmentation du recours à l'hospitalisation, le nombre de lits ayant augmenté de 4,5% sur la période.

Il s'agit donc d'un bilan mitigé à moyens constants que nous pouvons dresser ici. Les disparités entre territoires semblent se réduire, mais l'offre de prise en charge d'alternatives à l'hospitalisation temps plein reste limitée, et surtout, le développement des interventions à domicile reste insuffisant.

Le développement des services d'accompagnement médico-sociaux et les reconversions

Les données de l'enquête ES 2014 de la DREES sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux en direction des personnes en situation de handicap n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport. Nous ne disposons donc pas d'éléments quantitatifs précis sur l'évolution de l'offre médico-sociale en direction du handicap psychique et ses disparités. La CNSA a recensé 3 045 places installées entre 2011 et 2014 pour les adultes ayant une déficience du psychisme, essentiellement en MAS, FAM et SAMSAH. L'étude de l'Irdes (2014) montrait qu'en 2010, la densité d'adultes présentant des troubles psychiques accueillis dans les structures médicosociales variait de 8 à 110 pour 100 000 habitants de plus de 16 ans selon les départements.

Un des postulats était que sur les territoires où les taux d'hospitalisation longue étaient élevés, il y avait un manque d'établissements médico-sociaux. Cependant, les travaux menés par la CNSA en 2009 et l'Irdes en 2015 ne vont pas dans ce sens. Selon l'Irdes, les capacités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie expliquent davantage la variabilité du recours aux hospitalisations au long cours que l'offre médicosociale, qui joue, mais plus faiblement. De même, la faible densité en personnel médical dans certains établissements serait en partie corrélée à des taux plus élevés d'hospitalisation au long cours. Le lien entre « hospitalisation prolongée » et « manque de structure médico-sociale » n'est donc pas aussi clair. Il s'agirait donc davantage d'une question de pratiques et d'articulation entre les secteurs, ce qui oriente

le travail de la DGOS vers un nouveau paradigme qui consiste à avoir une approche « équipe »/ « parcours » plutôt qu'une approche « structures ».

Le PPSM évoquait ici la question de la reconversion de structures sanitaires en structures médicosociales et de la fongibilité des enveloppes. La CNSA accompagne le mouvement de reconversion d'établissements sanitaires en établissements médico-sociaux qui, bien que faible en volume, constitue une réelle dynamique. Cet objectif sera également inscrit dans la prochaine convention d'objectifs et de moyens de la CNSA. De plus, dans plusieurs régions (Aquitaine, Limousin, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), il semble y avoir une prise de conscience du nécessaire décloisonnement et de la mise en place d'une coordination entre secteur social, médico-social et sanitaire. La psychiatrie bénéficierait de cette dynamique globale.

L'ANAP a lancé en 2015 un appel à candidatures pour des retours d'expérience sur la création de structures médicosociales par reconversion sanitaire psychiatrique ou à l'initiative d'opérateurs médicosociaux œuvrant dans le champ du handicap psychique. L'objectif était notamment de repérer les facteurs de succès ou de difficultés pour mener à bien ces opérations. Dans les expériences réussies recueillies, les opérations se sont souvent soldées par un maintien des enveloppes sanitaires sans transfert au secteur médicosocial, la reconversion pouvant engendrer des coûts pour le sanitaire pour assurer le suivi sanitaire des personnes (*via* le développement d'équipes mobiles notamment). Or le transfert d'enveloppes et le risque de réduction de l'activité sanitaire et du nombre de lits constituent un frein pour les équipes souhaitant s'engager dans ce mouvement. En effet, au regard des évolutions introduites pour les institutions par une réduction du nombre de « lits sanitaires » et la création de places médico-sociales, la conservation de l'intégralité de l'enveloppe sanitaire permet vraisemblablement une plus grande acceptabilité interne, même si de nouvelles missions doivent être assurées par l'établissement en contrepartie de la conservation de l'enveloppe budgétaire. À titre d'exemple, certains établissements ont simultanément ouvert une MAS et mis en place une équipe mobile de psychiatrie ou ont conservé une partie des lits sanitaires pour y accueillir une population qui, jusque-là, n'y avait pas accès assez rapidement. Dans d'autres cas, les unités d'hospitalisation restantes ont été renforcées du fait d'une proportion de patients aigus lourds plus importante. On note en revanche que très souvent quand il s'agit d'une reconversion de la psychiatrie vers du médico-social mené par un établissement de santé, il n'y a pas de réel changement culturel profond dans la prise en charge du patient.

Par ailleurs, le transfert d'enveloppes du sanitaire vers le médicosocial doit faire l'objet d'une validation par le niveau national, engendrant des délais importants. De plus, depuis le 1^{er} août 2010, et la publication du décret n°2010-870, toute création, transformation ou extension d'établissement ou de service social ou médico-social doit faire préalablement l'objet d'un appel à projets publié par l'ARS du territoire concerné. De ce fait, un établissement de santé proposant une reconversion ne va pas être privilégié dans cet appel à projets et n'est pas sûr d'être choisi. Par ailleurs, la réduction de capacités en psychiatrie ne va pas obligatoirement bénéficier à des structures médicosociales en direction du handicap psychique, réduisant d'autant plus les moyens relatifs à la prise en charge des maladies mentales.

Notons par ailleurs, les travaux en cours de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm) sur les spécificités de l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique qui propose une co-évaluation des besoins d'accompagnement (avec la personne concernée et les autres personnes qui participent à son accompagnement, professionnels ou aidants familiaux), ainsi qu'une co-construction du projet d'accompagnement en partenariat avec les acteurs du

territoire, et une réévaluation régulière des besoins pour tenir compte du caractère variable et évolutif des troubles.

L'offre de soins pour les détenus, UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

Les UHSA ont été créées pour suppléer à l'hospitalisation en milieu psychiatrique ordinaire des personnes détenues qui se déroulait dans des conditions non satisfaisantes (en application de l'article D.398 du Code de procédure pénale) : séjours le plus souvent courts, généralement en totalité en chambre de sécurité ou d'isolement, dans des conditions de vie considérées moins bonnes qu'en détention et médiocrement thérapeutiques, voire le plus souvent indignes. Pour la Contrôleure Générale des lieux de privation de liberté, l'UHSA constitue une amélioration.

L'arrêté du 20 juillet 2010⁴¹ fixait la liste des neuf UHSA de la première tranche (soit 440 places). Des 17 unités prévues (705 places). Sept sont ouvertes en 2015⁴², la huitième est prévue début 2016 à Cadillac en Gironde et la neuvième est en construction à Marseille.

La tendance est donc bien à l'augmentation des places. Cependant, les UHSA sont en nombre restreint et les listes d'attente sont longues. La tendance est bien le transfert des patients vers ces structures mais cela reste insuffisant. Les UHSA sont une réponse à la prise en charge de la santé mentale des détenus, mais la thématique mérite à elle seule une approche plus générale. Les données du RIM-P indiquent une légère augmentation des soins en milieu pénitentiaire (+4 % entre 2011 et 2014), mais l'hospitalisation des détenus reste stable, l'effet de l'ouverture des UHSA n'est pas encore visible dans les données disponibles.

Une évaluation de ce nouveau dispositif, souhaitée par ***l'Association des Secteurs de Psychiatrie en Milieu Pénitentiaire*** (ASPMP) avant de lancer la deuxième tranche, serait nécessaire.

Vers un panier de soins et de services indispensables sur tous les territoires

Pendant que nous faisons cette évaluation le rapport Laforcade sur la santé mentale est sur le point d'être remis à la ministre en charge de la santé. Pour pallier aux inégalités territoriales il proposera l'obligation réglementaire d'un « panier de soins et de services » indispensable décliné sur tous les territoires.

Reste à déterminer les composants du « panier psychiatrique », les limites du territoire de santé mentale et la flexibilité laissée aux territoires pour combler les besoins. Il semble que la DGOS souhaite plutôt fixer des priorités en termes de modalités de prise en charge disponibles, de services offerts et de compétences disponibles sur le territoire plutôt qu'un nombre de lits cible en l'absence de consensus sur le nombre de lits nécessaires rapporté à une population. La DGOS s'oriente vers un « panier d'offres suffisamment large dans chaque territoire » plutôt que vers une normalisation des capacités.

⁴¹ Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux

⁴² CH Le Vinatier à Bron (Rhône) (ouverte en mai 2010), CH Gérard-Marchand à Toulouse (Haute-Garonne) (ouverte en janvier 2012), Centre Psychothérapeutique de Nancy Laxou (Lorraine) (ouverte en mars 2012), Groupe hospitalier Paul-Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne) (ouverte au 1er semestre 2013), CH Georges-Daumezon à Fleury-les-Aubrais (Loiret) (ouverture en septembre 2013), CH Guillaume-Régnier à Rennes (Ille-et-Vilaine) (ouverte en septembre 2013), CHRU de Lille à Seclin (Nord-Pas-de-Calais) (ouverte en 2013)

Conclusion

Concernant le rééquilibrage des dotations régionales et la question plus générale du financement de la psychiatrie, et conformément aux remarques de la Conférence nationale de santé dans son avis du 5 avril 2012⁴³, il conviendrait de faire une évaluation nationale de l'adéquation de l'enveloppe consacrée à la psychiatrie aux besoins des populations. Il conviendrait également de s'assurer que les allocations budgétaires attribuées par les ARS aux établissements pluridisciplinaires soient bien utilisées pour les soins psychiatriques. Il est nécessaire d'évaluer les modèles de péréquation développés par les régions et de réactiver les groupes de travail sur le financement de la psychiatrie à l'échelon national privilégiant une approche par parcours.

Les écarts entre les territoires restent importants pour la démographie des professionnels de santé, nécessitant de développer davantage de mesures incitatives à l'exercice dans des zones déficitaires. La présence de psychologues, infirmiers, psychiatres dans les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) est aussi à développer.

De nombreuses pistes ont été évoquées pour répondre aux besoins des populations :

- Expériences de télémédecine à évaluer
- Développement des alternatives à l'hospitalisation avec des interventions à domicile quelles que soient leurs formes (visites à domicile, HAD, équipes mobiles), mais aussi les services d'accompagnement médicosocial, ...
- Reconversion, transfert vers le médicosocial : simplification du dispositif, garantie du transfert d'enveloppes vers le handicap psychique mais la reconversion d'une structure en structure d'hébergement médicosocial ne supprime pas la nécessité d'un suivi sanitaire ambulatoire
- Évaluation des UHSA et développement d'une approche plus générale de la prise en charge de la santé mentale des détenus.

3.4. Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations

Pertinence

Le plan psychiatrie et santé mentale s'intéresse ici à la vaste et récurrente question des coopérations et complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations. Cette thématique n'est pas nouvelle et est régulièrement évoquée dans l'ensemble des plans et des rapports produits.

Plusieurs aspects sont évoqués dans ce sous-axe :

- L'articulation des offres sanitaires, médico-sociales et sociales, à travers les réseaux, associations de personnes morales, contrats locaux de santé, groupements de coopération sanitaire, groupements de coopération sociale et médico-sociale ;

⁴³ Avis de la Conférence nationale de santé 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) (http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_plan_psy_060412_relu.pdf)

- Le rôle tout particulier du médecin généraliste est souligné de même que celui des élus locaux, des associations, des gestionnaires d'établissements et services pour enfants et adultes handicapés et en difficultés sociales ;
- l'évolution législative permettant à un établissement de santé autorisé en psychiatrie d'être membre de 2 communautés hospitalières de territoire (une CHT et une CHT psychiatrique) ;
- et l'organisation des professionnels de santé pour la gestion des cas cliniquement complexes.

La prise de conscience de la nécessaire articulation des secteurs est incontestable et n'est pas nouvelle. C'est un des points faibles cités par de nombreux acteurs interrogés sur l'organisation actuelle de la prise en charge. Ancienne entre le secteur sanitaire et médicosocial, elle est plus récente en ce qui concerne les médecins généralistes et les élus locaux. Le souhait d'articulation avec la médecine de ville n'est pas spécifique à la psychiatrie. Mais les difficultés à mobiliser les professionnels libéraux sur le thème de la psychiatrie sont rapportées sur la plupart des territoires, alors qu'ils jouent un rôle clé dans le parcours des personnes, depuis le repérage des troubles, jusqu'au suivi médical en passant par la prise en charge somatique. Le médecin généraliste est en première ligne.

La loi de modernisation de notre système santé apporte des éléments nouveaux concernant l'organisation territoriale en psychiatrie. Ainsi, le projet territorial de santé mentale doit organiser la coordination territoriale de second niveau afin d'assurer l'accès à des parcours de proximité pour les usagers. De plus, la loi de modernisation de notre système de santé offre la possibilité aux établissements psychiatriques d'être associés un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et de s'inscrire ainsi dans une dynamique territoriale d'organisation de l'offre.

Coopérations entre professionnels et établissements

Actions mises en œuvre au niveau régional

Vingt-deux des 24 ARS répondantes ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions sur le sous-axe « *mettre en œuvre des coopérations entre les professionnels et établissements sanitaires, médico-sociaux et associations* ». La coordination est perçue à différents niveaux par les ARS ; entre établissements de santé généraux et spécialisés, entre établissements publics et privés et enfin entre le secteur sanitaire / social et médico-social. Si l'importance de la coordination semble globalement reconnue, les actions mises en œuvre pour atteindre l'objectif semblent plus diffuses. Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) est l'outil choisi par 4 régions et le Contrat Local de Santé (CLS) par 3 autres régions. L'ARS Franche-Comté a opté pour la mise en place de plateformes de coordination qui ont vocation à faciliter la coordination des acteurs grâce à la mise en place d'outils / protocoles / formation. Hormis ces outils de coordination, on note l'utilisation du levier de la formation (stages croisés, DU pluriprofessionnel) et de partenariats au périmètre plus restreints tels que l'intervention d'équipes mobiles dans les structures médicosociales. Pour essayer de faciliter la mobilisation des acteurs du sanitaire et du médico-social, l'ARS Bretagne a déposé des appels à projets (AP) dont le cahier des charges obligeait la participation de ces acteurs à un projet commun.

Articulation avec la médecine de ville

En France, le rôle essentiel de la médecine générale dans la prise en charge des troubles psychiques a été souligné dans les nombreux rapports portant sur la psychiatrie et la santé mentale publiés au cours de ces dernières années (Robiliard 2013).

Niveau national

La conférence des présidents de CME de CHS s'est emparée de la thématique de l'articulation avec la médecine générale au travers de l'élaboration et de la signature d'une Charte avec le Collège National de la médecine générale.

De même, la HAS a produit en 2015 une note de cadrage sur « *Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux*⁴⁴ ». Ce thème est décliné en deux projets complémentaires inscrits dans le programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale. Le premier projet vise la production d'un rapport type « Socle de connaissances » établissant la synthèse des données scientifiques et l'état des lieux des pratiques de coordination entre les médecins généralistes et les autres acteurs de soins dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux. Le 2^{ème} projet concerne la formulation de préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.

Niveau régional

Localement, il semble plus difficile de mobiliser les médecins généralistes. Dans son travail sur les diagnostics territoriaux du parcours en santé mentale, l'ANAP constate une véritable difficulté à mobiliser les professionnels libéraux alors qu'ils jouent un rôle clé. Certaines ARS les ont rémunérés pour leur participation aux réunions mais la perception négative des médecins généralistes envers le secteur psychiatrique est toujours très présente.

Selon MC Hardy-Baylé, pour les troubles mentaux fréquents, le premier recours doit jouer un rôle central. Il s'agit donc d'accompagner les médecins généralistes pour permettre une responsabilisation dans la prise en charge des troubles psychosomatiques. Pour « redonner la main » au médecin généraliste, on peut par exemple, avoir des dispositifs de soins partagés (DSP) territorialisés avec une équipe (infirmier, psychiatre) qui reçoit les demandes du médecin généraliste notamment pendant les moments de crise.

Ce dispositif DSP créé en Yvelines Sud dans le cadre d'un réseau santé mentale perdure depuis de nombreuses années et est aussi utilisé à Créteil sans qu'on sache s'il s'est développé ailleurs en France. Un critère à la mise en œuvre d'un DSP est d'avoir un lieu déstigmatisant localisé dans un hôpital général ou à côté d'une maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Un DSP doit également avoir une équipe dédiée présente par exemple de 9 heures à 19 heures. Ce sont les malades ou le médecin généraliste qui appellent et l'infirmier (e) évalue la demande. Tous les jours une réunion d'orientation permet d'adresser le patient dans le DSP. Avant le premier rendez-vous (physique), l'équipe contacte le médecin généraliste pour connaître ses difficultés avec le patient et la place que le médecin généraliste veut occuper dans le projet de soins. Après le premier entretien, un compte-rendu détaillé est

⁴⁴ Note de cadrage HAS du 23 avril 2015 : Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf)

adressé au médecin généraliste (il comprend les 11 critères de la HAS). Le projet a réussi à intéresser les médecins généralistes parce que c'est un domaine où ils rencontrent des difficultés. À la sortie du DSP il est également plus facile pour le patient d'obtenir un rendez-vous chez un psychiatre libéral parce qu'il y a eu une évaluation préalable. Le DSP à Versailles couvre une population de 650 000 habitants et un périmètre de 500 médecins généralistes (dont 350 impliqués). Il s'agit d'un dispositif « apprenant » pour les médecins généralistes.

Articulation sanitaire/médicosocial/social

Niveau national

La CNSA effectue un travail visant à protocoliser l'articulation sanitaire / médico-social dans le parcours des jeunes au niveau des MDPH mais il reste d'importantes marges de progression. Elle s'est associée à l'ANESM pour le travail sur les recommandations en préparation pour la prise en charge du handicap psychique adulte.

Pour l'ANAP, le cloisonnement entre le médico-social et le sanitaire demeure. Il faut renforcer la logique d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes. L'ANAP accompagne ainsi plusieurs régions dans le cadre de son travail sur le diagnostic territorial du parcours de santé mentale. En Bretagne, notamment, cette démarche a permis de développer des formations croisées et d'améliorer le processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par la MDPH 35 via la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation, en se basant sur le triptyque d'évaluation proposé par le Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS).

Selon Michel Laforcade « *Il reste beaucoup de progrès à faire sur l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social. C'est un des points faibles de l'organisation actuelle de l'offre.* »

Niveau régional

Sur les articulations entre sanitaire et médico-social, certaines régions ont mis en place un GCS piloté par l'hôpital psychiatrique qui invite l'ensemble des établissements médico-sociaux du secteur à y participer. Cela a été testé dans le Limousin et en Aquitaine par exemple, où l'ARS a obligé tous les établissements psychiatriques à le faire, et a incité vivement les établissements médico-sociaux à y participer. Avec comme objectif pour les acteurs de se mettre autour de la table, de dire à l'autre ce qu'il attend de lui, et de trouver des solutions concrètes. Cela a par exemple donné lieu à la mise en place de fonctions de groupement d'employeur : chaque établissement a souvent des besoins de mi-temps ou de quart-temps de psychologue, l'hôpital psychiatrique peut par exemple porter le recrutement de psychologues qui sont ensuite « répartis » sur les différents établissements du groupement.

Il faudrait aller beaucoup plus loin sur le partenariat avec le secteur social, en proposant de véritables solutions d'accompagnement social, et en dépassant le stade de la simple convention signée avec le conseil départemental. On peut citer l'exemple du directeur du centre hospitalier Esquirol à Limoges qui a recruté des travailleurs sociaux pour le suivi des cas les plus complexes.

Il n'y a pas de rétablissement sans suivi social et pas de suivi sanitaire sans suivi social.

L'enjeu de la coordination est bien posé dans le rapport du "centre de preuves en psychiatrie et santé mentale" dirigé par MC. Hardy-Baylé (cf. encadré)⁴⁵ Ce rapport a pris en compte des questions dégagées par la note de cadrage produite par l'ANESM en 2014. La proposition des auteurs est de distinguer la coordination au plus près du patient (sous la responsabilité des professionnels directement en charge du suivi) de la coordination institutionnelle. La coordination institutionnelle, territoriale, a pour objectif de donner accès et de planifier les ressources et les recours que les acteurs de la coordination « au plus près du patient » pourront mobiliser en fonction des besoins des patients. Les auteurs appellent à une responsabilité géo populationnelle du suivi social, portée par les acteurs du champ social et assurée dès le début du parcours, avant la reconnaissance du handicap psychique par la MDPH, comme cela existe pour le suivi sanitaire avec le secteur de psychiatrie.

Extrait du rapport du Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale « données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique » 2015

Le fondamental qui s'est imposé, pour les patients présentant un trouble mental sévère et persistant, dans tous les pays étrangers de référence est celui d'un partenariat fort, à tous les temps et dès le début du parcours, entre professionnels du champ sanitaire et du champ social. Ce partenariat « de parcours » impose qu'existent, à la fois, un « case management » sanitaire ET un « case management » social.

Ainsi, les pistes d'amélioration proposées visent à répondre à un certain nombre de points qui peuvent être analysés comme des obstacles à surmonter. Parmi eux, on peut citer :

- *Dans le champ médico-social*
 - o *Un retard au virage ambulatoire et au développement d'un « case management » social possédant la même responsabilité géo populationnelle que l'équipe sanitaire*
 - o *la difficulté à accompagner le « virage en milieu ordinaire » et la poursuite d'un développement de structures en milieu protégé en partie lié à la difficulté du médico-social à se rapprocher du social plutôt que du médical du fait du faible financement du social et de la dépréciation ressentie par les acteurs de ce secteur par rapport au secteur sanitaire*
- *Dans le champ sanitaire*
 - o *Le retard à l'appropriation des techniques de soins ayant fait la preuve de leur efficacité (dont la psychoéducation, l'entraînement des compétences sociales et la remédiation cognitive) et à l'implantation de dispositifs d'évaluation fonctionnelle (déficits et capacités préservées) étape incontournable pour construire un projet de santé*
 - o *Le développement insuffisant de l'accompagnement sanitaire dans le milieu ordinaire*
 - o *Une délégation insuffisante de la dimension sociale du parcours de santé aux travailleurs sociaux*
- *Une fracture persistante entre le champ sanitaire et le champ social et le risque d'une réponse sur le mode de la désignation d'un responsable unique, qui deviendrait le « donneur d'ordres », plutôt que d'une réponse de type projet, impliquant une co – responsabilité à la fois institutionnelle et des professionnels de terrain.*

Une évolution de l'organisation actuelle semble difficile si des réponses de nature à lever l'ensemble de ces obstacles ne sont pas proposées.

⁴⁵ <https://www.solidarite-rehabilitation.org/files/Centre-de-Preuves-en-Psychiatrie-et-en.pdf>

Le rapport conclut à la nécessité d'un suivi socio-sanitaire de proximité, impliquant une coordination étroite des acteurs sanitaires et sociaux mis au service d'un parcours personnalisé de soins et de vie de qualité.

Deux illustrations au niveau régional

Zoom sur les plateformes de coordination en santé mentale, Franche-Comté

La Franche-Comté a opté pour la mise en place de 6 plateformes de coordination en santé mentale. Ces plateformes visent à faciliter la coordination des acteurs grâce à la mise en place d'outils / protocoles / formation. Il s'agissait notamment de « *rendre du temps médical* » en les déchargeant des charges de coordination par l'organisation territoriale de la transversalité. Elles couvrent l'ensemble du territoire et sont inscrites dans les CPOM des établissements qui les portent. Leur mise en place procède d'une volonté des acteurs. L'ARS a financé les postes de coordonnateurs de plateforme dans les établissements et a accompagné la mise en place des plateformes (sur le plan méthodologique). Il est encore trop tôt pour établir un bilan de ces plateformes.

Zoom sur le comité départemental adolescent des Bouches du Rhône

En PACA, a été mis en place un comité départemental adolescents dans les Bouches-du-Rhône qui constitue un premier niveau de coordination institutionnelle de la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiatriques au niveau du département. Le comité se réunit depuis 2010 toutes les 6 semaines et réunit tous les acteurs de l'adolescence (direction PJJ, direction CH, Conseil Départemental, pédopsychiatres CHU, éducation nationale, ARS, ...). Ce comité est co-animé par l'ARS et le Conseil départemental. Un 2^{ème} niveau de coordination à l'échelle infra-départementale est prévu pour la gestion des cas individuels avec les acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social). Ce dispositif de coordination des prises en charge à un niveau individuel correspond à l'esprit du plan. Selon le responsable de ce comité, il manque encore un dernier niveau de coordination qui permettrait de trouver des solutions pour gérer l'urgence et la crise.

Conclusion

La loi de modernisation de notre système de santé, en définissant une politique de santé mentale, mise en œuvre par les acteurs de santé (intégrant les médecins libéraux) et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion (la loi ne cite pas directement les établissements et services médicosociaux), pose la coordination comme principe essentiel d'une politique de santé mentale. Le projet territorial de santé mentale doit être élaboré à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble de ces acteurs. La loi prévoit que les diagnostics et projets territoriaux tiennent compte des projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé.

Le projet territorial de santé mentale doit organiser « la coordination territoriale de second niveau » et organiser les conditions d'accès de la population à :

- 1) la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;
- 2) à l'ensemble des modalités techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

3) aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Cette coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque patient, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services. Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale feront l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'ARS et les acteurs du territoire.

La loi prévoit ainsi plusieurs outils favorisant la coordination et la coopération entre professionnels et secteurs, *via* notamment les communautés professionnelles territoriales de santé (article 65), composées d'équipes de soins primaires, d'acteurs assurant des soins de premier ou de deuxième recours et d'acteurs médicosociaux et sociaux, *via* les groupements hospitaliers de territoire (article 107), ou encore l'évolution des GCS afin d'en faciliter la constitution et le fonctionnement.

Par ailleurs, l'article 74 de la loi prévoit la mise en place de plateformes territoriales d'appui pour la coordination des parcours de santé complexes. La loi définit le parcours de santé complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médicosociaux. La prise en charge des personnes en situation de handicap psychique s'inscrit totalement dans ce dispositif. Ces fonctions d'appui doivent être organisées en soutien des professionnels de santé, sociaux et médicosociaux par les ARS, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers. Elles contribuent à prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables ainsi que les ruptures de parcours.

Recommandations relatives à la thématique

- Recenser et valoriser les organisations et pratiques de partenariats entre les acteurs de la psychiatrie et des champs sociaux et médico-sociaux en mettant en évidence le temps nécessaire à la réalisation des coordinations.
- Appuyer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social sur des dispositifs en réseaux fonctionnels ou des conventions engageant mutuellement les parties prenantes en s'appuyant notamment sur les nouvelles modalités prévues par la loi du 26 janvier 2016 dans le cadre des projets, diagnostics et contrats territoriaux de santé mentale.

3.5. Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale

Pertinence

Pour améliorer l'accès à l'information du public et la lisibilité des dispositifs, le plan prévoyait différentes actions :

- Engager des initiatives locales de recensement régulier de l'offre et le développement de guichets uniques d'information sur les dispositifs d'aide et de prise en charge (appui des conseils locaux de santé mentale, ateliers santé-ville, réseaux, maisons départementales des personnes handicapées, etc....)
- Orienter la décision d'implantation d'une structure sur la base du recensement de l'offre et d'une analyse populationnelle fine

- Suivre les expérimentations visant à renforcer la lisibilité des dispositifs et faciliter l'orientation notamment des personnes handicapées

Les usagers, les familles et les professionnels tant du champ de la santé que des champs sociaux et médico-sociaux sont concernés par ces objectifs, qui ne figuraient pas dans le précédent plan 2005-2008.

Actions mises en place au niveau national et régional

Niveau régional

Dix-huit des 24 ARS répondantes sur le sous-axe « *améliorer l'accès à l'information et la lisibilité du dispositif en renforçant la gouvernance locale de santé mentale* » ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions. Les CLSM sont principalement cités par les ARS sur ce sous-axe ainsi que la rédaction de répertoires / annuaires auquel s'ajoute le répertoire opérationnel des ressources (ROR) qui devait être mis en place par les ARS au 31 décembre 2015 selon l'instruction DGOS/PF5 n° 2015-114 du 7 avril 2015 relative au déploiement de répertoire opérationnel des ressources interopérable dans chaque région d'ici la fin d'année 2015.

Pour l'Île-de-France l'action notable est celle de la mission régionale d'information confiée au Psycom en 2013. Le **Psycom** est un organisme d'information sur la santé mentale. Il a permis le recensement de l'offre présente par territoire pour toutes les ressources sanitaires, médico-sociales et sociales, (soins, accompagnement, entraide, dispositifs d'écoute, centre ressources...). L'information est présente sur l'annuaire en ligne sur le site du Psycom et dans les guides publiés par le Psycom. Face aux objectifs –vastes et parfois un peu confus – du plan sur cette thématique, les ARS ont donc répondu essentiellement sur la mise en place de CLSM et la rédaction de répertoires.

Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) sont plébiscités tant par les professionnels de santé mentale que par les usagers : « Présidé par un élu local, co-animé par la psychiatrie publique, intégrant en son sein les représentants d'usagers et des aidants, le CLSM est conçu comme un espace non hiérarchique de codécision entre les membres. C'est un outil opérationnel de démocratie participative en santé, dont l'importance a été entérinée début 2015 par son inscription dans la loi de modernisation de notre système de santé. Le CLSM aboutit à des actions concrètes (création d'outils ou de dispositifs, cycles de formation) qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public. C'est un outil de pleine citoyenneté pour tous, facilitateur de rétablissement et permettant l'empowerment pour les personnes ayant des troubles psychiques » (*État des lieux des CLSM – Juin 2015* – Centre Collaborateur de l'OMS de Lille - CCOMS). Dans ce bilan des CLSM figurent aussi certains points à améliorer. Les associations d'usagers et d'aidants ne sont membres du comité de pilotage des CLSM que dans seulement 60 % des CLSM.

Dans la période de 2010 à fin 2014, les CLSM sont passés du nombre de 35 à plus de 100 au niveau national, 60 sont en cours de création selon le dernier rapport du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS). Leur développement est soutenu par le CCOMS ainsi que par l'association « Élus, Santé Publique et Territoires ». Certaines ARS y contribuent en finançant, ou en cofinançant

avec les collectivités locales, des postes de coordonnateurs. C'est le cas en particulier de l'ARS Ile-de-France, qui a lancé un appel à projets pour le développement en Île-de-France et recensé 36 CLSM mis en place et actifs en Île-de-France dont 27 soutenus par l'ARS Île-de-France selon des critères en cours de révision.

À l'exception de cette initiative en Île-de-France, la création et l'animation des CLSM relèvent le plus souvent de l'initiative d'un élu ou d'un acteur de santé. Les initiatives sont encore très limitées et les structures existantes fragiles. La loi de modernisation de notre système de santé cite les CLSM parmi les acteurs associés au projet territorial de santé mentale sans toutefois leur donner un statut juridique. Ils doivent donner leur avis à l'ARS sur les diagnostics territoriaux partagés et les projets territoriaux de santé mentale.

Le répertoire des structures, services et ressources d'accueil et d'accompagnement a été entrepris de longue date par l'UNAFAM qui a mis à disposition sur son site la liste des structures dédiées aux personnes vivant avec des troubles psychiques dans chaque département. C'est en 2015 une des seules sources disponibles dans tous les départements.

D'autres répertoires des ressources en santé mentale ont été mis en œuvre dans certains départements ou régions.

En Franche-Comté, par exemple, 6 plateformes de coordination ont été mises en place. Elles travaillent notamment sur le recensement de l'offre et sur la lisibilité de l'offre. Pour la plateforme de Haute-Saône, un annuaire a été mis en place en ligne ; accessible à la population, il propose en outre un espace aux partenaires de la plateforme. Certaines villes ont également publié des guides, des annuaires répertoriant les ressources en santé mentale, notamment des guides dédiés aux questions d'habitat des personnes en difficulté psychique, qui répertorient les ressources en psychiatrie, hébergement et accompagnement social ou médico-social (comme à Grenoble, Lille, Paris,...).

Plusieurs régions citent le Répertoire Opérationnel des Ressources, référentiel de description des ressources sanitaires, médicosociales et sociales initialement dédiés aux professionnels de la médecine d'urgence mais son champ n'est pas limité à la psychiatrie, le dispositif reste à faire connaître auprès des usagers et des professionnels.

Aucun bilan national du développement de ces répertoires, plateformes ou guides n'a été effectué et leur développement en dehors de l'action de l'UNAFAM est variable selon la région, le département ou la ville.

Lors de son audition, Tim Greacen fait référence au dispositif *Sida Info service* ouvert 24 heures/24 et 7 jours/7 avec des personnes formées en « *counseling* » et qui ont tous les répertoires et savent où et comment orienter. Il propose de concevoir sur ce modèle un *Psy info service* avec des personnes formées qui ont la liste de l'offre de prise en charge en santé mentale – psychiatrie et peuvent informer, conseiller et orienter.

Les ARS désignent par ailleurs les Maisons des Adolescents comme des dispositifs « plateforme » ou « guichets uniques » permettant l'information des jeunes âgés de 12 ans à 21 ans et de leur famille et facilitant l'accès aux dispositifs les concernant. Un bilan réalisé en 2011 indique que les MDA couvrent 90 % du territoire avec 17 départements sans MDA⁴⁶.

Un rapport de l'IGAS de 2013⁴⁷ indique que les 100 MDA existantes sont des dispositifs fragiles :

⁴⁶ http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_du_programme_2005-2010_des_maisons_des_adolescents-2.pdf

⁴⁷ http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-142P_MDA_doc.pdf

- Certaines ARS sont prêtes à supprimer une partie des crédits jusqu'alors «fléchés» ;
- Les points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ), qui réalisent un accueil « de première ligne » articulé avec les MDA, souffrent de la forte baisse, en 2011 et 2012, des crédits de l'État ;
- Certains départements n'apportent pas de contribution (financière ou en personnels) alors qu'une partie significative de l'activité des MDA s'adresse à des jeunes qui relèvent de la protection de l'enfance.

Selon les informations disponibles sur le site internet de l'association nationale des MDA (<http://www.anmda.fr/>), il existe fin 2015, 104 MDA au niveau national. Quatorze départements dont 11 en métropole n'ont toujours pas de MDA, soit 3 créations pendant la période du plan.

En ce qui concerne les « expérimentations visant à renforcer la lisibilité des dispositifs et faciliter l'orientation notamment des personnes handicapées », la principale concerne la création de **Centres ressources handicap psychique** (CREHPSY), organismes médico-sociaux qui ont pour missions :

- 1) l'accueil, l'écoute, l'information et le conseil des personnes concernées par les troubles psychiques, des familles, et des professionnels ;
- 2) la sensibilisation et la formation des différents intervenants auprès des personnes ;
- 3) l'appui à l'évaluation des situations de handicap psychique ;
- 4) l'animation et la mise en réseau des ressources du territoire.

Lieux d'observation des besoins des personnes des ressources adaptées sur le territoire, les CREHPSY peuvent également conduire des études et recherches sur le handicap psychique. En 2012, la CNSA a financé l'étude de 12 expérimentations préfigurant les Centres Ressources Handicap psychique. Des CREHPSY ont été depuis créés et financés par les ARS, comme en Île-de-France (CREAPSY, « centre d'écoute et d'accueil », en partenariat avec le Psycom), Nord-Pas-de-Calais (où le CREHPSY est fondé sur un groupement de coopération médico-social) Il existerait actuellement 5 CREHPSY en fonctionnement (CNSA).

Conclusion

Toutes les actions citées ci-dessus concourent à une meilleure lisibilité des dispositifs, par l'information et la formation de tous les acteurs, et à un accès facilité aux services adéquats pour les personnes qui vivent avec des troubles psychiques. Leur mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national reste inégale et parcellaire, et le plan 2011-2015 n'a pas, au vu des éléments examinés, donné l'impulsion attendue. Ces actions sont à poursuivre dans les futures politiques nationales et programmes régionaux de santé mentale.

Recommandation relative à la thématique

- Déployer les CREHPSY (Centre de Ressources Handicap Psychique) dans toutes les régions, en s'appuyant sur l'acquis des expérimentations en cours et en les interfaçant avec les plateformes d'information et d'orientation sur la santé mentale et la psychiatrie déjà citées.

3.6. Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider

Pertinence

Certaines personnes vivant avec des troubles psychiques rencontrent des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins :

- Personnes ayant des difficultés de communication (personnes sourdes ou malentendantes, personnes non francophones) : populations devant faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction) ;
- Personnes en errance dites « sans domicile fixe » ou en situation de très grande précarité : nécessaire adaptation du dispositif (déjà plus de 90 équipes mobiles psychiatrie-précarité, appelées à se développer encore), car l'errance s'accommode mal des frontières de compétence et de territoires. Souvent, les professionnels initient une rencontre, mais butent sur le phénomène d'errance qui fragilise la personne comme demandeuse de soins, mais aussi sur une relation difficile à établir ;
- Personnes détenues : du fait de la prévalence élevée des troubles psychiques chez ces personnes, il convient d'adapter le dispositif d'offre de soins en santé mentale pour cette population, conformément au plan d'actions stratégiques 2010-2014 « politique de santé pour les personnes placées sous main de justice »⁴⁸.

Cette thématique de populations reconnues comme spécifiques ne peut être considérée comme nouvelle mais les besoins persistent.

Concernant les personnes ayant des difficultés de communication, l'accès aux soins de migrants récemment arrivés est susceptible de rencontrer différents obstacles, non seulement linguistiques et culturels, mais également liés à la méconnaissance de l'organisation du système de soins français et des systèmes de prise en charge des coûts des soins⁴⁹. Les conditions de vie que connaissent, ensuite, certains immigrés en France expliquent – au moins en partie - la détérioration de leur état de santé, qui tend à s'aggraver avec la durée de séjour⁵⁰.

Concernant les personnes en situation de précarité, selon des données publiées par la DREES, les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : moins de 60 % se déclarent en « bonne » ou « très bonne » santé, contre près de 80 % parmi l'ensemble des 18-59 ans. De même, ils déclarent davantage de problèmes de santé mentale : la part des bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) qui présentent une détresse psychologique est

⁴⁸ <http://www.inpes.sante.fr/jp/cr/pdf/2011/session4/Presentation-Peton-Klein.pdf> et rapport du HCSP de septembre 2012 : Propositions pour l'évaluation du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 « Santé des personnes placées sous main de justice », www.hcsp.fr/explore.cgi/hcspr20120919_santesousmainjustice.pdf

⁴⁹ Drouot N, Tomasino A, Pauti MD, et al. L'accès aux soins des migrants en situation précaire à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde. BEH 2012 ; 2-3-4 : 41-4. Disponible sur <http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012> (consulté le 20/01/2015).
Repères sur la santé des migrants. inpes ; <http://www.inpes.sante.fr/SLH/articles/392/02.htm>

⁵⁰ Jusot F, Silva J, Dourgnon P, Sermet C. Inégalités de santé liées à l'immigration en France. Effet des conditions de vie ou sélection à la migration ? Revue économique 2009 ; 60(2) : 385-411. Disponible sur http://www.cairn.info/landing_pdf.php?ID_ARTICLE=RECO_602_0385 (consulté le 20/01/2015).

particulièrement élevée, 36 % versus 14 % dans le reste de la population⁵¹. La prise en compte des personnes en situation de précarité donne lieu à des évaluations différentes selon que l'on considère comme prioritaire la solution inscrite dans l'action sociale ou la mise en place des équipes et dispositifs spécialisés en psychiatrie. Parmi les actions décrites en région figure la place du SAMU social (IDF), les personnes prises en charge, enfants et adultes, ayant dans 60-70 % des cas des troubles psychiques graves. Cette population n'a le plus souvent pas accès aux soins et sa prise en charge par le SAMU social est difficile. Les missions et les tâches des différents acteurs ne sont pas toujours suffisamment visibles et coordonnées, le risque étant l'absence d'action dans certaines catégories de la population.

Cependant, la globalisation de situations aussi différentes que les personnes malentendantes, les non francophones, les SDF et les détenus ne paraît pas approprié.

Actions mises en œuvre au niveau national et local

L'ensemble des 23 ARS répondantes sur le sous-axe « *Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des populations en difficulté (populations atteintes de troubles mentaux, populations en situation de précarité, population étrangère, détenus)* » ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions. On note une relative concordance des actions mentionnées par les différentes ARS sur cet axe. Il s'agit principalement du déploiement des équipes mobiles psychiatrie et précarité (EMPP) et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) en psychiatrie. Concernant les détenus, les actions citées sont centrées sur le renforcement de l'offre de prise en charge avec l'ouverture d'UHSA, en complément des services médico-psychologiques régionaux (SMPR)⁵².

L'évaluation de ce sous-axe doit distinguer les trois catégories de populations, les personnes ayant des difficultés de communication, les personnes en situation de précarité, les personnes détenues.

Personnes ayant des difficultés de communication

Le Codev n'a pas eu connaissance d'actions spécifiques menées dans le cadre du plan. Il s'est appuyé sur des constats faits dans un groupe de travail du HCSP sur les étrangers primo-arrivants.

À l'occasion d'auditions du Comité médical pour les exilés (Comede) et de l'association Primo-Levi menées en novembre 2014 par le HCSP, il a été souligné une forte prévalence de troubles psychiques chez les personnes venant au centre de santé. Les personnes bénéficiant des services du Comede sont celles qui présentent la plus grande vulnérabilité sociale au regard d'une grille de critères établie par ce comité. Parmi ces facteurs de vulnérabilité, sont mentionnés le traumatisme de l'exil et des persécutions, une situation d'exclusion liée à la précarité administrative, des difficultés de communication ou encore des situations de discriminations. 68 % des personnes venant au centre de santé du Comede (file active du centre de santé de 3 000 personnes) ont subi des violences selon la définition de l'OMS et 17 % des tortures. 14 % de ces personnes ont subi des violences liées au genre (ce qui est le cas pour 32 % des femmes accueillies). 24 % des grossesses sont consécutives à un viol. Il en

⁵¹ Études et résultats « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA » n°882, juin 2014 : https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/tat_de_sante_et_renoncement_aux_soins_des_beneficiaires_du_rsa.pdf

⁵² Le SMPR, service médico-psychologique régional est une unité de soins en santé mentale présent au sein d'un établissement pénitentiaire.

résulte des troubles psychiques (sous la forme de psycho-traumatismes) beaucoup plus fréquents, parmi les publics accueillis, qu'en population générale.

L'édition Inpes 2013 du guide Migrants/ étrangers en situation précaire. Soins et accompagnement, conçu par l'équipe du Comede à partir de l'expérience quotidienne des intervenants salariés et bénévoles de l'association, propose des réponses aux problèmes de santé les plus fréquents des personnes concernées. Face à une demande souvent associée de soutien, de soins, d'accès aux soins et de conseil juridique, la connaissance des aspects médicaux, psychologiques, sociaux et administratifs de leur parcours est déterminante dans les soins et l'accompagnement proposés. Ce guide cherche à favoriser une approche pluridisciplinaire et comprend une partie soins et prévention, dont un chapitre sur la santé mentale et les troubles psychiques chez les migrants et les étrangers. Chez les exilés, particulièrement les demandeurs d'asile et les réfugiés, les troubles psychiques constituent la pathologie la plus fréquente. L'exil, la migration et le voyage peuvent en effet entraîner des conséquences psychopathologiques en raison des violences ou des événements ayant motivé la migration, mais aussi de la rupture des liens familiaux, des repères culturels et sociaux⁵³.

Selon la revue de l'Observatoire de l'intégration des réfugiés statutaires en 2007, ce qui distingue surtout les demandeurs d'asile et les réfugiés statutaires des autres migrants, c'est la prédominance chez eux de problèmes psychologiques et psychiatriques découlant des persécutions subies et de l'exil forcé. Les personnels des associations, des Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (CADA), et des Centres provisoires d'hébergement (CPH) parviennent difficilement à les orienter vers les CMP dont les places sont limitées. En outre, peu de psychiatres ou psychologues connaissent ce public spécifique et très différent culturellement de leurs patients habituels. Enfin, nombreux sont les demandeurs d'asile et les réfugiés statutaires qui ne maîtrisent pas le français. Il n'est pas facile dans ces conditions de se faire soigner, d'autant que certains psychiatres refusent de travailler avec un interprète⁵⁴.

Personnes en situation de précarité

La DGOS a accompagné la mise en place des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) Psy permettant l'accès aux soins somatiques et aux droits et des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP). Les PASS permettent un accès à des soins courants, la délivrance de médicaments exceptionnellement et l'orientation des personnes vers l'interlocuteur (social, sanitaire...) approprié. Une journée PASS Psychiatrie a été organisée en décembre 2013

Les EMPP sont mises en place depuis 2010/2011 et ont fait l'objet d'une évaluation en 2014 sous la forme d'une enquête approfondie sur 8 sites ayant permis d'échanger avec les équipes. Une réunion réunissant les EMPP et les représentants des ARS a permis d'échanger sur les liens des EMPP avec le secteur social. Le constat de la DGOS est qu'il y a un certain nombre de pratiques communes et partagées. Les EMPP sont inégalement réparties sur le territoire mais en leur absence, le service serait rendu à la population sous une autre forme et avec d'autres dénominations. Il est donc difficile d'identifier les manques sur le territoire.

⁵³ Comité médical pour les exilés. Migrants/étrangers en situation précaire. Soins et accompagnements. Guide pratique pour les professionnels. Paris, Comede, édition 2013. Disponible sur http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf http://www.comede.org/IMG/pdf/guide_comede_2013.pdf (consulté le 20/01/2015).

⁵⁴ Quelle prévention et quel suivi médical pour les réfugiés statutaires ? France Terre d'asile janvier 2007 : <http://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/L19-vweb-finale.pdf>

Bilan EMPP DGOS juillet 2015 à partir d'une enquête quantitative et qualitative

L'analyse montre :

- Des territoires d'exercice majoritairement urbains, de taille variable
- Un rattachement majoritaire à des établissements publics de santé
- Un fonctionnement basé sur un binôme infirmier-psychiatre (+/- psychologue, assistante sociale)
- Action majoritairement hors des locaux
- Permet écoute et accès aux soins
- Une aide pour les services sociaux

Les points forts soulignés :

- Action diversifiée, individualisée
- Public en situation d'exclusion ou de précarité
- Réponse effective à des besoins non pris en charge par les CMP
- Dispositif efficace en prévention de la survenue de crise

Cette enquête a permis à la DGOS de repréciser certains aspects du cadre de travail des EMPP et de revoir le pilotage en lien avec les ARS. Des préconisations devraient permettre de mieux analyser les besoins, d'améliorer le pilotage et le suivi du dispositif EMPP et de leur proposer des actions.

Globalement l'action centralisée de mise en place des EMPP et des permanences PASS a soutenu le projet de ce sous-axe même si la dynamique de complémentarité avec le secteur peut poser question. Cette politique volontariste montre bien que l'action induite par l'administration centrale est déterminante sur ces sujets, l'évaluation régionale et locale (épidémiologie et complémentarité, théorisation du rapport en l'approche sociale et le soin spécifique) font partie de la gouvernance du plan avec la faiblesse générale qui a été notée. Différents dispositifs du champ médico-social visent à permettre aux personnes en situation de précarité de retrouver un logement :

- La précarité figure souvent dans les thèmes que traitent les CLSM, le logement est traité dans 33 CLSM que ce soit pour l'accès ou le maintien dans le logement.
- Le programme « Housing first / Un chez-soi d'abord » est le dispositif médico-social le plus souvent cité bien qu'en fait il soit en cours d'expérimentation dans quatre villes sans qu'on connaisse les résultats de l'évaluation en cours du dispositif.

Personnes détenues

Depuis la loi du 18 janvier 1994, la prise en charge sanitaire des détenus est confiée aux hôpitaux. Chaque établissement pénitentiaire est lié par convention à un hôpital. Pour la psychiatrie, les soins sont apportés par un SMPR pour 26 établissements ; pour les autres c'est le secteur de psychiatrie d'implantation qui intervient pour des missions conformes à la circulaire du 30 octobre 2012 qui propose le guide méthodologique sur la prise en charge des personnes placées sous main de justice. L'accessibilité des détenus aux soins se décline de multiples façons avec des différences selon les types d'établissements, maisons d'arrêt ou centres de détention ; on peut retenir l'importance de l'évaluation psychiatrique systématique d'accueil au moment de l'incarcération en maison d'arrêt, le bénéfice des réseaux de soins coordonnés en détention avec une graduation de l'intensité des prises en charge. Là aussi on peut en inférer que la définition d'une politique nationale est essentielle à la réalisation d'un plan.

Selon le CGLPL, de manière générale la prise en charge psychiatrique est insuffisante en prison. Il convient cependant de distinguer les maisons d'arrêt des établissements pour peine.

- Dans les maisons d'arrêt, la prise en charge psychique semble plus adéquate qu'en établissements pour peine parce que les détenus viennent du territoire de proximité et ceux qui ont des troubles psychiatriques sont suivis en consultation de type ambulatoire. Les contacts sont plus faciles pour les médecins psychiatres de secteur intervenant en maisons d'arrêt : ils peuvent accéder aux dossiers hospitaliers des détenus-malades et préparer leur sortie par un contact avec le secteur dont ils relèvent. De plus, théoriquement toute personne qui entre en maison d'arrêt reçoit une évaluation par un médecin psychiatre ou l'équipe de secteur. Il y a donc moins de ruptures de soins en maison d'arrêt.
- Dans les établissements pour peine, la situation est différente. Par exemple l'établissement de Châteaudun comporte 600 détenus qui viennent de toute la France, le suivi pour les soins psychiatriques ne peut donc pas se faire en réseau. De plus, la non-systématicité des entretiens psychiatriques d'accueil est un frein à l'accès aux soins. L'évaluation psychiatrique se fait sur demande du détenu ou si le psychiatre repère un problème.

Une des problématiques des nouveaux établissements pénitentiaires est leur éloignement des villes qui complexifie les possibilités d'implantation de l'équipe de secteur psychiatrique : infirmiers, psychologues et psychiatres. Les SMPR apportent des réponses se limitant à un hôpital de jour ; en l'absence d'éléments d'évaluation, il est difficile de se prononcer sur leur fonctionnement mais dans tous les cas ils sont notoirement insuffisants.

Le respect du secret médical est difficile à gérer dans les établissements. Il est souvent compris de manière très restrictive par le médecin du milieu pénitentiaire. Ainsi, la plupart des psychiatres en milieu pénitentiaire refuseraient de se rendre dans les commissions pluridisciplinaires pour ne pas avoir à révéler la pathologie de leur patient. Il faudrait également une vérification de l'accès des détenus aux soins psychiatriques.

Conclusion

C'est un des sous axes pour lesquels on doit souligner l'intérêt d'un pilotage national d'action qui est décliné par les ARS. Cet intérêt est ici illustré par le travail d'évaluation mené par la DGOS sur les EMPP. Pour la situation des personnes détenues, on peut considérer que le suivi est ici assurée par la Contrôleure Générale des lieux de privation de liberté qui peut déployer des moyens pour visiter les lieux de détention.

3.7. Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville

Pertinence

Il s'agit ici de mettre en place des soins de psychologie réalisés par des psychologues et remboursables sur prescription médicale. Cet apport permettrait de diversifier les soins notamment dans les zones les moins denses.

La question n'est pas nouvelle ; elle faisait déjà partie du plan 2003 qui insistait sur l'importance de rendre accessibles les psychothérapies faites par les psychologues ; le réseau avait semblé lors de leur mise en place en 1996 une solution possible.

La question des soins de psychologie est une réelle question pour le système de soins français. En contraste avec les autres pays européens, la France se distingue par un recours plus élevé aux psychiatres remboursés par la Sécurité sociale qu'aux psychologues dont les actes ne sont pas remboursés. Plusieurs enquêtes de santé mentale ont montré que la moitié des psychothérapies étaient faites par les psychiatres, y compris dans les zones où ces derniers ne sont pas nombreux. Ce mode de pratiques a plusieurs conséquences négatives : les personnes se dirigent vers les médecins généralistes qui se retrouvent isolés pour apporter des réponses, et le plus souvent sans formation spécifique psychiatrique ni psychologique. Cette situation a été mise en relation avec des prescriptions peu adaptées de psychotropes même si des efforts ont été faits dans le sens de recommandations de bonne pratique sur ces thèmes.

La formation des psychologues aux psychothérapies a aussi été mise en cause ainsi que leurs connaissances psychiatriques. Ils seraient peu formés aux thérapies cognitivo-comportementales (brèves ou de résolutions de problèmes) qui seraient la demande de la majorité des patients et peu à même de reconnaître les patients ayant des troubles sévères pour lesquels d'autres soins ou une médication sont nécessaires. D'où l'idée de la prescription de psychothérapie par les médecins mais s'il s'agit des médecins généralistes leur formation n'est pas toujours adaptée. Les consultations conjointes psychologue/psychiatre sont probablement une bonne solution au moment de l'indication de la psychothérapie. La nécessité d'une supervision des psychothérapies est aussi importante.

L'accès aux psychologues peut se faire en principe par l'intermédiaire des CMP sans prise en charge financière pour le patient puisque les psychologues font partie des équipes. En pratique cette partie de leur activité n'est pas très importante et les listes d'attente sont très longues quand ces psychologues sont en place.

Actions mises en place au niveau national et régional

Devant cette situation et répondant à une demande, certaines complémentaires santé ont mis en place des remboursements partiels et limités dans le nombre de séances ou le montant total. De très rares complémentaires santé exigent des garanties sur la formation des thérapeutes (psychologues avec DESS de psychologie clinique). Nous ne disposons pas de données épidémiologiques sur leur apport quantitatif, ni sur la montée en charge de ces initiatives.

La Cnamts a cependant entrepris une réflexion en 2015 autour du remboursement des psychothérapies en médecine de ville. Elle conduit un groupe de travail à partir des actions mises en place par le système de soins britannique à une très large échelle. Ayant documenté que les dépenses de santé mentale et de psychiatrie sont devenues les deuxièmes dépenses de l'Assurance maladie devant les cancers ou les maladies cardiovasculaires, elle se mobilise pour les diminuer et l'accès aux soins de psychologie fait partie de cette mobilisation.

Le système anglais est basé sur des paliers fonction de la gravité des troubles :

- palier 1 peut être pris en charge par le médecin généraliste en consultation habituelle,

- palier 2 dit « de faible intensité » géré par des modules auto administrés ou avec l'appui de personnes dites « conseillers pour la santé mentale » ;
- le palier 3 dit « haute intensité », celui des psychothérapies faites par des professionnels. Les thérapies recommandées sont de divers types tels que des thérapies comportementales, familiales ou dites interpersonnelles.

La proposition 25 « Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères et modérées » du rapport *Charges et produits pour 2015*⁵⁵ ouvre des possibilités pour l'expérimentation de la prise en charge des thérapies non médicamenteuses sur quelques territoires. Une évaluation médico-économique sera également mise en place. La Cnamts en collaboration avec la DGS a mis en place un groupe d'experts afin d'élaborer le cahier des charges de cette prise en charge expérimentale de la psychothérapie dans le cadre d'une prise en charge coordonnée de ces patients en médecine de ville pour des troubles anxio-dépressifs.

Il est aussi proposé d'expérimenter, à l'échelle locale sur 2 ou 3 territoires, en collaboration avec les ARS, un (des) modèle(s) de prise en charge coordonnée de la dépression associant les médecins généralistes traitants, les psychiatres libéraux et le secteur psychiatrique.

Ces expérimentations permettront de tester les modalités d'un accès gradué à des thérapies non médicamenteuses, dans un cadre structuré et encadré sur le plan financier, en s'inspirant d'initiatives menées dans d'autres pays (programme Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) en Angleterre). Elles prendront en compte les recommandations qui doivent être actualisées par la HAS sur la prise en charge de la dépression.

La Cnamts a par ailleurs saisi la HAS pour l'élaboration de nouvelles recommandations sur la prise en charge de la dépression et notamment des thérapeutiques non médicamenteuses (publication prévue en 2016).

La DGCS mentionne à cet égard, la reconnaissance à venir très prochainement des "pôles de compétences et de prestations externalisées" visant, à titre principal, à délivrer des prestations directes médico-sociales délivrées par des professionnels libéraux (hors nomenclature) aux personnes handicapées ayant un projet de vie à domicile ou en attente de place en établissement social ou médico-social (ESMS) pourra compléter, à terme, la palette des réponses aux besoins de certaines personnes en situation de handicap psychique.

Par ailleurs des psychologues sont employés dans des contextes très diversifiés dans le cadre d'actions de prévention par exemple dans les centres de santé de la Mutualité sociale agricole (MSA)⁵⁶ où ils prennent en charge des patients dépressifs pour la prévention du suicide.

Niveau régional

Une autre solution préconisée est celle des réseaux mentionnés dans ce plan qui permettent une dérogation tarifaire : les psychologues libéraux exerçant dans le réseau sont payés par la Sécurité sociale. Dans les faits, bien que préconisé par le plan, cette option n'a été retrouvée que dans le DSP de Versailles où elle a été mise en place depuis des dizaines d'années au moyen d'une enveloppe de 30 à 40 patients pour couvrir un territoire de 650 000 habitants. Le nombre de séances y est variable en fonction du patient.

⁵⁵ Rapport Charges et produits 2015. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015

(http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf).

⁵⁶ Plan national MSA d'actions contre le suicide 2011-2014

(www.msa.fr/lfr/.../Plan+national+MSA+d'actions+contre+le+suicide.pdf)

Les ARS mentionnent aussi l'action des psychologues au sein de leurs délégations territoriales qui assurent des missions sur les injonctions thérapeutiques ou d'autres missions locales pour les jeunes notamment, par exemple en PACA. Plus marginalement un certain nombre d'associations qui veulent offrir des psychothérapies gratuites (soit psychiatre soit psychologues), sont financées de plus en plus difficilement. Le cas se pose notamment par exemple pour des associations de type Comede ou Primo-Levi très souvent interpellées sur la thématique des migrants. Ces associations, souvent en grande difficulté financière, sollicitent l'ARS qui réfléchit à des moyens de les aider. Surtout que dans ces populations migrantes les troubles à type de stress post traumatique sont fréquents. Il y a un réel enjeu autour de tous ces actes non remboursables / remboursés (accompagnement, interprétariat, prise en charge psychologique) et pourtant nécessaires.

D'une manière générale, les ARS ne sont pas très impliquées sur la question du remboursement des psychothérapies, cette question devant essentiellement être traitée au niveau national⁵⁷.

Une des ARS a été interpellée sur l'action de certains psychologues, qui s'approchaient de dérives sectaires. En cas de dérives de ce type, les plaintes sont transmises au référent santé mentale.

Enfin concernant l'enjeu des zones sous denses, la carte des psychologues ne permet pas de réduire les inégalités de l'accès aux soins.

Conclusion

Le plan n'a pas été suivi sur ce point. De plus les recommandations du plan sont contestables en ce sens que la prescription par un médecin sans plus de précision est discutable.

Des initiatives en particulier de la part des complémentaires santé ont probablement permis l'accès à des psychothérapies sans qu'on puisse connaître l'importance ni la qualité des interventions.

⁵⁷ A noter que les ARS sont en charge de la compétence d'inscrire les professionnels au registre national des psychothérapeutes selon le décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute

4. Améliorer les pratiques par des incitations fortes au développement de la recherche, par un meilleur transfert des connaissances de la recherche vers le terrain et par la formation

4.1. Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques

Pertinence

La problématique n'est pas nouvelle en ce sens que tous les plans antérieurs ont souligné l'importance de développer la recherche en psychiatrie de manière transdisciplinaire. La recherche en psychiatrie et en santé mentale recouvre des champs différents et variés : recherche fondamentale, recherche épidémiologique étiologique, évaluation d'interventions, « *Health services research* », recherches en sciences humaines et sociales sur la nature des troubles et leurs conséquences. Un Groupement d'intérêt scientifique (GIS) en épidémiologie psychiatrique avait été mis en place en mars 2000 afin de structurer les recherches et les connaissances sur la thématique de la santé mentale. En 2009 a été créé le Congrès Français de Psychiatrie (CFP) qui réunit depuis chaque année cliniciens et chercheurs dans le domaine de la santé mentale. Pour la partie santé publique, l'IRESP avait ensuite mis en place un groupe de travail spécifique à cet effet (2010-2014). On note depuis 2010 le travail d'animation scientifique mené par les ITMO d'Aviesan « Santé Publique » et « Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie ». L'UNAFAM et le CFP offrent également des bourses pour des travaux de recherche. On note enfin le développement de F2RSM (Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale) dans plusieurs régions ainsi que celui de fondations dédiées : FondaMental, Fondation Deniker.

En revanche le PPSM est le premier qui pointe la nécessité de mener des recherches sur le « handicap psychique, la stigmatisation, les besoins et l'accompagnement des patients souffrant de troubles chroniques ». Grâce à l'intégration du handicap psychique dans la loi de 2005 des financements spécifiques sont devenus disponibles pour cette recherche (ex. appel d'offres de l'IRESP, 2013 et 2014, avec des financements de la CNSA) et ont permis de développer ce thème. Plusieurs des personnes que nous avons auditionnées ont d'ailleurs souligné l'émergence d'une recherche académique sur le champ du handicap psychique.

La majorité des recherches en psychiatrie sont faites dans le domaine biomédical : les neurosciences et la pharmacologie étant des disciplines très valorisées. Les internes ou chefs de cliniques qui souhaitent s'orienter vers la recherche le font dans les domaines de pointe des services universitaires, domaines pour lesquels les sources de financement (académique ou de l'industrie pharmaceutique) sont les plus importantes. On peut noter au cours des dernières années la mise en place du Centre de Recherche en Psychiatrie et en Neurosciences, Paris V, adossé au Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris, où la dominante est fondamentale avec des recherches très pointues développées dans le domaine des neurosciences.

Le plan appelle à une meilleure connaissance de la prévalence des problèmes de santé mentale. *« À cette fin, le système de surveillance national et local en santé mentale doit être*

amélioré afin que soient disponibles des données sur la prévalence des problèmes de santé mentale (articulation des productions de données à visée nationale et locale).”

En effet la nécessité de disposer d'indicateurs pour suivre la santé mentale des populations et leur accès aux soins est préconisée entre autres pour mettre en place une évaluation des politiques mais aussi pour étudier la répartition des problèmes, les facteurs de risque, les inégalités sociales, le fonctionnement du système de soins et les risques de non accès aux soins, d'accès inadéquat ou de renoncement.

Données épidémiologiques disponibles en France

Les enquêtes d'épidémiologie psychiatrique visent à évaluer des diagnostics psychiatriques suivant des normes internationales, à évaluer les facteurs de risque associés dont les maladies somatiques et les handicaps et l'utilisation du système de soins par les personnes présentant les troubles psychiatriques les plus fréquents : troubles anxieux, dépressifs et troubles de l'utilisation des substances. Cette recherche doit être menée sur des échantillons de taille suffisamment grande et représentatifs de la population en veillant à un taux de réponse élevé pour assurer la qualité des résultats.

Dans cette catégorie, on peut noter :

- L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) menée depuis 1997 par le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS, Lille, France) permet, entre autres objectifs, d'estimer la prévalence des principaux troubles psychiques – cette étude a néanmoins été critiquée pour avoir utilisé une mesure des troubles psychiques – le MINI – qui pourrait surestimer leur prévalence.
- Depuis 2004, le Baromètre Santé de l'Inpes intègre un instrument diagnostique standardisé de mesure, entre autres, du trouble dépressif caractérisé et des comportements suicidaires : le CIDI SF (Composite International Diagnostic Interview Short Form) et dispose d'un vaste échantillon représentatif de la population française métropolitaine. Cependant, le Baromètre ne couvre pas les troubles anxieux encore plus fréquents, ne recouvre que partiellement les abus de substances. À noter que le Baromètre Santé a été répété régulièrement et permet de suivre des tendances.
- L'enquête la plus complète (ESEMeD pour European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) date de 2001⁵⁸. Cette enquête unique dans son genre, a donné lieu à de très nombreuses publications sur les données épidémiologiques françaises, ainsi qu'à des études comparatives France / Europe, tant sur les prévalences et facteurs de risques que sur l'utilisation des services.

À côté de ces enquêtes « nationales », d'autres enquêtes peuvent être rappelées, notamment une enquête sur la population des étudiants en région PACA⁵⁹ ou encore une importante cohorte d'enseignants constituée par la Fondation de la Mutuelle Générale de l'éducation Nationale (MGEN), couplée aux données de l'Assurance maladie, permettant de suivre leur santé mentale et les facteurs de risque professionnels. La cohorte de la MGEN ne concerne

⁵⁸ Lepine J. P., Gasquet I., Kovess V., Arbabzadeh-Bouchez S., Negre-Pages L., Nachbaur G., Gaudin A. F. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). [Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population]. *L'Encéphale*. 2005 Mar-Apr; 31(2):182-194. PubMed PMID: 15959445.

⁵⁹ Verger P., Guagliardo V., Gilbert F., Rouillon F., Kovess-Masfety V. Psychiatric disorders in students in six French universities: 12-month prevalence, comorbidity, impairment and help-seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2009 Feb;45(2):189-199. PubMed PMID: 19381424.

qu'une population particulière et ne peut prétendre à la représentation de la population au niveau national. On peut ajouter à cette liste quatre enquêtes régionales (Île-de-France, Rhône-Alpes, Lorraine et Haute-Normandie) conduites en 2005 auprès de plus de 20 000 personnes avec le CIDI SF, avec un taux de réponse satisfaisant (65 %) dont les résultats ont été et continuent d'être publiés dans des revues internationales⁶⁰. Parmi ces publications, on trouve une tentative de modélisation pour la planification, une comparaison de la santé mentale et de l'accès aux soins 1991/2005 sur la région Île-de-France et des exploitations géographiques permettant de confronter les ressources et les besoins. Une enquête conduite sur la population des enfants des écoles primaires en région PACA, dont les résultats ont été largement publiés, tant sur les facteurs de risque que sur l'accès aux soins, a utilisé une échelle utilisée internationalement le SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)^{61 62}. On doit aussi citer des enquêtes ponctuelles sur des populations particulières : enquête sur la santé mentale en prison, SAMENTA (Santé Mentale – Addictions) auprès des personnes sans domicile fixe en Île-de-France, ENFAMS auprès de familles sans logement en Île-de-France qui ont cherché par des méthodes diverses à produire une évaluation diagnostique.

Les enquêtes généralement intégrées dans d'autres enquêtes de santé évaluent la « santé mentale » par l'ajout d'échelles de détresse psychologique ou de dépressivité ou évaluent des consommations de produits psychoactifs. Les indicateurs recommandés pour les enquêtes européennes ont fait l'objet d'une publication⁶³ mettant en avant une échelle de détresse psychologique : MH5 (sous échelle d'une échelle de qualité de vie le SF 36⁶⁴). Cette échelle est l'outil de référence dans les enquêtes sur la santé et la protection sociale (ESPS) ainsi que dans l'Enquête européenne par Interview sur la Santé (EHIS : European Health Interview Survey) qui y a ajouté une sous échelle "Vitalité" en provenance du même instrument.

Les enquêtes ESPAD (European School Project on Alcohol and Drugs) et ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'appel de préparation à la défense) répétées régulièrement fournissent des données précieuses sur les consommations de produits et le risque suicidaire. Ces enquêtes si elles permettent d'évaluer la présence de symptômes transitoires n'informent pas sur les troubles psychiques.

Les enquêtes de cohortes actuelles permettent de mesurer la présence de difficultés psychologiques chez les adultes (notamment la dépressivité avec l'échelle CES-D ou EPDS en période périnatale) et chez les enfants (notamment par l'échelle SDQ qui portent sur différents aspects du comportement des enfants pouvant être problématiques et source de souffrance) de manière répétée, et permettant de repérer des difficultés psychologiques en mode continu. Sans être exhaustif, on peut citer des cohortes à tous les âges de la vie qui utilisent des échelles de symptômes de dépression ou d'anxiété : PAQUID et 3 Cités chez les personnes âgées, EDEN et ELFE chez les enfants, TEMPO chez les jeunes adultes, GAZEL et Constances chez les adultes. Enfin on note que l'enquête sur le handicap (HID) n'intègre aucune mesure de la santé mentale.

⁶⁰ Kovess-Masfety V., Briffault X., Sapinho D. Prevalence, risk factors, and use of health care in depression: a survey in a large region of France between 1991 and 2005. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 Oct;54(10):701-709. PubMed PMID: 19835677.

⁶¹ www.sdq.org

⁶² Kovess-Masfety, V., Shojaei, T., Pitrou, I. & Gilbert, F. Besoin de soins en santé mentale versus besoin de soins en pédopsychiatrie. Approche épidémiologique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* September 2009;57(6):494-501.

⁶³ Korkeila J., Lehtinen V., Bijl R., Dalgard O. S., Kovess V., Morgan A., Salize H. J. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2003;31(6):451-459. PubMed PMID: 14675937.

⁶⁴ www.sf36.org

Le plan propose aussi de mettre en place des recherches sur l'offre et les politiques publiques. *“On encouragera des travaux de recherche, en veillant à contribuer au décloisonnement des domaines de connaissance (sciences humaines et sociales, l'état de santé des populations, épidémiologie, recherche biomédicale, recherche clinique, recherche sur l'offre, sur les politiques publiques, sur la mise en œuvre des recommandations, ...).”*

À côté de ces données épidémiologiques, des efforts ont été faits pour utiliser les données produites par le système de soins et tout particulièrement les recueils hospitaliers : PMSI MCO et RIM-P qui regroupent toutes les prises en charge à temps complet, temps partiels et ambulatoires réalisées dans les établissements publics et privés et permettent de connaître les diagnostics des patients pris en charge, les modalités de ces prises en charge. Ces données ont l'avantage d'être exhaustives et de couvrir l'ensemble d'un territoire et donc de permettre des analyses à une échelle géographique relativement fine. Plus récemment, les données de l'Assurance-Maladie, à travers le SNIIRAM ou son échantillon EGB (Échantillon Généraliste des Bénéficiaires), s'ouvrent aux chercheurs et aux professionnels. Ces données médico-administratives sont riches sur les personnes en contact avec le système de soins et restent insuffisamment exploitées. Elles permettent de suivre le parcours de soins en ville des personnes, la consommation de psychotropes, les ALD, et les arrêts de travail.

L'appariement des données hospitalières et de ville permet aujourd'hui d'aller plus loin dans l'analyse des parcours de soins des personnes. Plusieurs enquêtes de santé en population générale sont aujourd'hui appariées avec ces bases de données médico-administratives et offrent de nouvelles perspectives de recherche sur le recours et non recours aux soins des personnes.

L'InVS utilise toutes ces données pour le suivi de la santé mentale de la population et un article paru en 2011 dans la revue Santé publique⁶⁵ proposait un ensemble cohérent de données permettant de suivre l'état de la santé mentale de la population française sur le modèle d'Eurostat et alimentait ce modèle avec des chiffres récents. D'autres acteurs comme l'Irdes ont produit des rapports très précieux sur le fonctionnement du système de soin en psychiatrie, rapports utilisés dans la présente évaluation.

Une Recherche clinique évaluative, « Health services research » relativement absente dans le domaine de la santé mentale

D'après Tim Greacen, les pratiques de la psychiatrie et de la santé mentale seraient insuffisamment connectées au corps de connaissances internationales. L'insuffisante inscription du système de soins français en santé mentale dans ces corps de connaissances et le manque de concurrence entre les équipes en termes de performance seraient problématiques et amèneraient à un gâchis considérable.

Il estime qu'en France le champ social, en particulier paramédical, est insuffisamment présent dans la recherche en santé mentale. Il est pourtant essentiel d'avoir des unités de recherche interdisciplinaires et pas uniquement biomédicales. Il faut associer des psychologues, des professionnels des sciences de l'éducation, des travailleurs sociaux, des sociologues... et, surtout, des usagers pairs-aidants, des médiateurs de santé et des associations d'usagers, ce qui est d'ailleurs préconisé dans le plan.

⁶⁵ Chan Chee et al, État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France in [Santé publique](#) > [Suppl N°6 \(2011/12\)](#) . - p. 11-29

“Dans le même sens, et pour contribuer à l’amélioration des connaissances et à l’évolution des métiers des programme(s) hospitalier(s) de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) doivent pouvoir être proposés par les professionnels paramédicaux exerçant en psychiatrie “

Les difficultés vis-à-vis des priorités énoncées dans le plan sont donc les suivantes :

- Un manque de visibilité de la recherche clinique évaluative ;
- la recherche clinique évaluative implique différentes disciplines : la santé publique, la psychiatrie, la psychologie, la sociologie, les sciences infirmières, l’économie de la santé, les professions « paramédicales » qui représentent différents organismes d’enseignement supérieur ou de la recherche, sont financées dans le cadre de modalités de financement distinctes (ex. financement de la recherche clinique dans le cadre des PHRC, financement de recherches en sciences humaines et sociales dans le cadre de l’ANR, financement de recherches dans le domaine de la santé publique par l’IRESP.), et pour lesquelles la collaboration n’est pas simple tant sur les plans épistémologiques que pratiques.

Certaines unités de recherche mixte INSERM-Université font de la recherche clinique en psychiatrie mais leurs travaux se focalisent surtout sur des troubles psychiatriques spécifiques avec une approche étiologique et un intérêt particulier pour la génétique et les biomarqueurs. Néanmoins des travaux sont aussi menés dans ces structures (Inserm U1061, U1123,) sur la santé mentale en soins primaires et sur l’organisation des parcours de soins.

Dans le champ de la santé mentale on note que des équipes se sont développées parallèlement, « l’équipe de Tim Greacen » à Maison Blanche, une fédération de recherche dans le Nord-Pas de Calais, le CCOMS de Lille qui grâce à ses liens avec l’OMS a beaucoup travaillé, entre autres, sur la déstigmatisation ainsi que sur la place des pairs et des aidants dans les prises en charge. On peut ajouter des équipes dans des structures diverses telles que l’École des hautes études en santé publique (EHESP), l’École des neurosciences de Paris (ENP), le Conservatoire national des Arts et Métiers (CNAM), l’Irdes, ou des équipes d’accueil universitaires (ex. Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines) et quelques équipes qui travaillent sur des aspects médico économiques (Unité de recherche clinique en économie de la santé d’Île-de-France (URC Eco)).

Le champ du « handicap psychique » dans tous ses aspects de soins et de vie quotidienne ne fait que peu l’objet d’une recherche académique tout comme les travaux en santé publique sur l’organisation des soins. Il existe néanmoins des travaux dans ces domaines à la DREES, dont les résultats sont diffusés aux professionnels de santé et aux institutions.

Enfin une recherche à partir des banques de données médico-administratives (BDMA) spécifiques de la psychiatrie hospitalière (RIM-P) et sur les données santé mentale du SNIIRAM a été mise en place et favorisée dans des appels d’offres (IRESP) par des organismes comme l’Irdes, l’URC Eco, l’EHESP et d’autres unités de recherche souvent appartenant au champ des sciences sociales.

Actions mises en œuvre

On doit souligner que d’importants efforts ont été faits dans les appels d’offres en particulier grâce à l’apport financier de la CNSA qui a permis le développement de recherches sur le handicap psychique.

Différents appels d'offres dans le champ de la psychiatrie ont été lancés dans la période couverte par le plan :

- le programme SAMENTA (Santé Mentale - Addictions, ANR en 2012 et 2013) fait référence à la mesure 26 du plan Addictions 2007-2011 et à l'axe 4 du PPSM 2011-2015. Il n'a sélectionné aucun projet d'évaluation de prise en charge et était orienté vers des critères biomédicaux ; les derniers appels d'offres de l'ANR n'individualisent plus la psychiatrie, et très peu de projets en psychiatrie ont été soutenus en 2015.
- les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) destinés à soutenir la recherche dans les hôpitaux ont financé quelques projets concernant l'organisation des soins par exemple : « Efficacité d'un joint crisis plan dans la prévention des rechutes des patients atteints de schizophrénie et de troubles schizoaffectifs ».
- Les Programmes de recherche sur la performance du système de soins (PREPS) ont aussi affiché « santé mentale et psychiatrie » avec des résultats décevants quant à la participation de la psychiatrie.
- L'IRESP a développé de son côté des appels à recherche ciblés « santé mentale et recours aux services de santé, médicosociaux et sociaux » en 2011 avec 4 projets financés ; « Programme Handicap et perte d'autonomie » en 2012 avec 2 projets financés sur le handicap psychique ; « appel à recherche handicap psychique et majeurs protégés » en 2013 avec 4 projets financés. Depuis 2010 des projets de recherche en santé mentale – sur les facteurs étiologiques ou les prises en charge – ont également été financés dans le cadre de l'appel d'offres général.

Il est difficile d'identifier les projets financés dans le cadre d'appels d'offres non fléchés psychiatrie. Un examen de l'ensemble des projets de recherche médico-économique (PRME de la DGOS) ne permet de retrouver qu'un seul projet financé entre 2012 et 2015 (Étude coût-efficacité d'un groupe de remédiation cognitive dans la schizophrénie).

En dehors de ces financements publics, on peut aussi citer :

- la mise en place de la Fondation de la Recherche en Psychiatrie et en Santé mentale en 2007, avec le financement de 7 projets dans le cadre de son appel à projets scientifiques entre 2011 et 2015 ainsi que de la Fondation Deniker qui finance aussi des projets sur le vécu de la schizophrénie et sur la détection précoce des troubles schizophréniques chez les jeunes.
- le Congrès Français de Psychiatrie remet chaque depuis 2013 plusieurs bourses à des étudiants souhaitant poursuivre un Master dans le domaine de la santé mentale (deux catégories de prix : recherche clinique et recherche clinique ou de santé publique) ainsi que des prix de recherche pour récompenser de jeunes chercheurs de leurs travaux.

On voit donc se développer un tissu français qui se saisit des enjeux grâce aux efforts faits pour soutenir des projets ciblés.

D'un autre côté on peut constater des reculs comme la fermeture de l'Unité de recherche de soins infirmiers de l'EHESP, celle de son unité d'accueil de doctorants dont les thèmes principaux étaient orientés vers la santé mentale sans qu'une relève ne soit possible.

Enfin il est difficile de savoir si ce faible nombre de projets financés est lié à un faible nombre de demandes, à une qualité insuffisante des dossiers soumis, ou à la faiblesse des financements consacrés au thème même quand l'appel d'offres est ciblé.

L'impulsion donnée durant la période du Plan par une modeste mais sensible augmentation d'appels d'offres ciblés reste très dépendante de la stabilité et de la pérennité des équipes ou des groupes de recherche qui fonctionnent beaucoup avec des chercheurs non statutaires.

On note par ailleurs que la DREES prévoit une enquête sur la santé mentale en 2017.

Recommandations relatives à la thématique

- Développer la recherche participative en santé mentale et en psychiatrie, en intégrant les personnes vivant avec un trouble psychique dans les équipes de recherche et dans les instances de régulation des appels d'offres.
- Soutenir très largement les étudiants des diverses disciplines intéressés par la santé mentale, y compris les sciences humaines, par des bourses leur permettant d'acquérir un diplôme universitaire (Master, Doctorat) en France ou dans un autre pays.
- Créer des filières recherche dans les disciplines dites « paramédicales » (infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux) et les diplômes qui les accompagnent (doctorat, habilitation à diriger des recherches (HDR)).
- Favoriser le domaine de la recherche évaluative et les recherches sur le fonctionnement du système de soins en facilitant l'accès et l'usage des bases de données médico-administratives et en soutenant les efforts de la MiRe-DREES et de l'IRESP dans les appels à projets sur ces thèmes.
- Pérenniser un dispositif de recherche en épidémiologie psychiatrique et clinique utilisant des instruments diagnostics standardisés : cohortes en population générale, cohortes de patients, études transversales régulières sur des échantillons représentatifs de la population adulte et infanto-juvénile, enquêtes régulières auprès de populations spécifiques (ex. les détenus, les personnes sans domicile fixe).

4.2. Améliorer la formation de certains professionnels clés et encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées

Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 préconise :

*"Il s'agit en particulier **d'améliorer la formation des médecins généralistes** (à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique), y compris à travers le développement professionnel continu (DPC). Le développement de maisons et pôles de santé peut contribuer à une meilleure formation en favorisant les collaborations entre psychiatres et médecins généralistes.*

*La convention médicale de 2011 devait également permettre **de développer des partenariats** bénéfiques en proposant une cotation pour les consultations sous 48h par un psychiatre à la demande du médecin généraliste. De même devront être renforcées les compétences psychiatriques des personnels des SAMU.*

Par ailleurs, on s'intéressera bien entendu à l'évaluation de l'impact de la nouvelle formation initiale des infirmiers (1^{ère} promotion 2009 – 2012), impact sur la qualité des soins et le « confort » des professionnels en début de carrière.

*A ce titre, le lancement du **développement professionnel continu** représente une véritable opportunité (dans sa dimension évaluation des pratiques professionnelles).*

*Le **DPC** permet d'ailleurs de décloisonner ces démarches, puisqu'un programme de DPC peut rassembler des médecins, des personnels paramédicaux, et même des non soignants. Il transcende les clivages ville /hôpital. Les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale, les organismes de formation, sont donc invités à se saisir pleinement du DPC pour réduire les ruptures entre les savoirs, entre les professionnels et les modes d'exercice.*

Concernant les thèmes de DPC, les professionnels pourront utilement retenir l'amélioration de la capacité des professionnels à gérer les risques de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs des personnes prises en charge. L'évaluation portera notamment sur la réduction des accidents de travail, des tentatives de suicide, et du recours à la contention (événements pouvant faire l'objet d'évaluation systématique des pratiques professionnelles).

*De façon générale seront encouragées la construction de **dispositifs formatifs croisés** et des stages par comparaison des professionnels concernés pour favoriser une acculturation réciproques (psychiatrie et milieu social/médico-social, psychiatrie et justice). Ces rencontres permettent également de faire mieux vivre le réseau et mieux travailler ensemble, et renforcer le dialogue entre les différentes compétences/ logiques et formes d'exercice.*

*De même, on cherchera à promouvoir l'inscription des **psychologues** dans une dynamique d'équipe pluriprofessionnelle à l'hôpital comme en ambulatoire.*

*Par ailleurs, le **développement des pratiques infirmières avancées** doit pouvoir bénéficier à la psychiatrie et à la santé mentale, de même que les nouvelles formes de coopérations professionnelles (article 51 de loi HPST). Un protocole de coopération d'intérêt national sera lancé prochainement afin de soutenir ce développement.*

L'analyse de ce sous axe sur la formation aborde les questions par catégorie professionnelle puis traitera du développement professionnel continu qui s'adresse à tous les professionnels.

1- Médecins généralistes, médecins du travail, et psychiatres,

Les besoins des médecins généralistes

Pour ce qui concerne les médecins généralistes, deux demandes de la profession sont à prendre en compte :

- Le besoin d'un approfondissement de la formation clinique et relationnelle, en complément de la préparation à l'examen classant national (ECN), permettant d'accompagner les patients présentant des troubles mentaux, de mieux discuter leur diagnostic et de poser l'indication d'une consultation spécialisée sans délai. Ce domaine pourrait être travaillé dans le 3^{ème} cycle de médecine générale ;
- L'élargissement des possibilités de stage en psychiatrie des internes de médecine générale.

Les besoins de formation complémentaire en psychiatrie des médecins du travail

Le médecin du travail a un rôle important dans l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiques et poursuivant leur activité professionnelle. Sa relation au médecin généraliste comme au psychiatre est essentielle. Pour l'association ARGOS 2001, le médecin du travail a, par son autorité et sa fonction, un rôle clé à jouer pour permettre le maintien dans leur emploi des personnes atteintes de troubles bipolaires. Cela soulève le problème du cloisonnement entre la médecine du travail et les autres praticiens.

Les besoins des psychiatres

Les entretiens ont fait ressortir les trois points suivants :

- le fait que les psychiatres formés dans des hôpitaux universitaires n'étaient pas suffisamment formés à la pratique de secteur ;
- le fait que les prescriptions et prises en charge étaient très différentes pour une même pathologie ;
- la question de la prise en charge des problèmes somatiques des patients pour les psychiatres qui n'exercent pas dans une institution ayant des ressources de médecine interne.

Et comme pour toute la profession médicale, la mise en place d'une formation continue de qualité.

2) Les métiers infirmiers

État des lieux et rappel historique

La réflexion sur les métiers en psychiatrie est amorcée depuis plusieurs années en particulier concernant la disparition des infirmiers spécialisés en psychiatrie et les conséquences de la suppression du diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie en 1992. Le Diplôme d'État polyvalent est alors créé; les centres de formation et les écoles d'infirmiers prennent la dénomination d'Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) et les élèves infirmiers deviennent des étudiants en soins infirmiers.

Par rapport au système précédent, la formation théorique en psychiatrie est réduite de 400 heures et les stages obligatoires de psychiatrie et santé mentale sont limités à 280 heures, ils peuvent être complétés par des stages de géro-psychoiatrie, de pédopsychiatrie et des stages optionnels qui induisent une quasi spécialisation à l'intérieur d'une formation qui se veut polyvalente. Toutefois une place importante est laissée aux sciences humaines (160 heures) et quatre modules de psychiatrie de 90 heures chacun, ainsi que quelques heures de pédopsychiatrie.

Le décret du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier définit la fonction psychiatrique de l'infirmier selon son rôle propre ou sur prescription médicale. Ce décret de compétence a été abrogé et remplacé par le décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 et [articles R 4311-1 à R 4311-15 du Code de la santé publique](#).

- En 2004 une note de cadrage de la DGS et de la DHOS⁶⁶ propose un cahier des charges portant sur la formation à la consolidation des savoirs en psychiatrie. Cette

⁶⁶ Note de cadrage DGS-SD6C/DHOS-P2 n° 234 du 8 juillet 2004 relative à la mise en place dès 2004 d'un dispositif régional d'appui à la conception et à la mise en œuvre de la formation hospitalière prioritaire visant la « consolidation et intégration des savoirs et des pratiques en soins pour l'exercice infirmier en psychiatrie » et son annexe relative aux travaux menés par le groupe de travail DGS sur la formation des infirmiers exerçant en psychiatrie (janvier 2004).

formation en alternance est avant tout complémentaire de la première année de prise de fonction. Le programme pédagogique repose sur l'analyse de pratiques. La formation répartie sur deux années est dispensée en modules de cinq fois trois jours. Cette formation n'est pas diplômante.

- Une circulaire de la DHOS de janvier 2006⁶⁷ préconise la mise en place du tutorat qui s'adresse également aux infirmiers nouvellement diplômés ou plus expérimentés qui débutent en psychiatrie. Ce tutorat est une façon de prendre en compte en partie les constats de la profession par rapport à l'insuffisance de connaissances et d'expérience des nouveaux diplômés. Il permet également aux membres des équipes qui se portent volontaires de trouver un investissement valorisant dans la transmission de leur savoir.
- La mise en place de la réforme Licence-Master-Doctorat (LMD) en 2004 intègre la formation des infirmiers au niveau licence et celle des cadres au niveau master. Cependant la formation des infirmiers est toujours dispensée en instituts (IFSI) par délégation des universités. Actuellement un stage de 6 à 10 semaines en psychiatrie est obligatoire (et 3 semaines sur un mode optionnel) et le tutorat s'est mis en place.

Contributions des auditions et des visites

Les auditions dans les régions confirment qu'il y a un réel besoin de formations spécialisées pour le personnel soignant en psychiatrie et que les infirmiers qui arrivent en psychiatrie à la suite de cette nouvelle formation ne sont pas toujours préparés à cet exercice spécifique. Cependant d'autres entretiens révèlent une relative satisfaction de cette nouvelle formule avec un stage relativement long en psychiatrie.

L'ensemble des personnes auditionnées par le Codev s'accorde à dire que la formation initiale doit être complétée par le tutorat et éventuellement par d'autres formations. Si le tutorat semble être largement répandu, sa mise en œuvre semble de plus en plus difficile compte-tenu des départs à la retraite des infirmiers spécialisés en psychiatrie, de la charge de travail, et de l'absence d'intégration du tutorat dans les plannings, fragilisant de ce fait sa mise en œuvre.

La question de la recherche est traitée dans le chapitre 4 de la 2^{ème} partie du rapport.

Diverses expériences de formations additionnelles ont été rapportées dans les visites dans les régions :

- le diplôme universitaire (DU) pluriprofessionnel en Santé Mentale proposé à Besançon correspond bien à un besoin de décroisement / déstigmatisation de la psychiatrie ;
- Pour les infirmiers en région PACA on peut noter la formation notamment sur la gestion de la violence et sur « *Comment accueillir* ». Les formations dépendent des besoins et des demandes personnelles (exprimées dans les entretiens individuels de formation) ;
- Le besoin de formations spécifiques a aussi concerné *Limousin Association Soins Santé* qui regroupe à Limoges des infirmiers diplômés d'État qui interviennent au domicile des patients après la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie. « *Au début l'équipe était un peu dépourvue face aux patients psychiatriques et s'est donc mis en place une charte avec le CH Esquirol pour formation, avec fiche navette, possibilité d'appels des référents. Ceci a sécurisé*

⁶⁷ Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C no 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie

les équipes pour la prise en charge des patients ayant des troubles psychiques ».

Quelques exemples (non exhaustifs) d'expériences de formation initiale et continue de qualité ont aussi été cités :

- Centre hospitalier de Montfavet : un groupe de 14 infirmiers par an pendant 18 jours + deux jours de formation avec rédaction d'un écrit clinique présenté devant les pairs ;
- Centre hospitalier Saint-Cyr au Mont d'Or : un parcours de formation de 4 fois cinq jours pendant trois ans autour des principales formations : entretiens de niveaux I et II, gestion de la violence, médiations, avec remise d'un diplôme au cours des rencontres de la recherche ;
- Centre hospitalier de Laragne : 10 jours par an structurés autour d'une approche théorique le matin et d'une histoire clinique l'après-midi, accompagné du tutorat pendant neuf mois, une rencontre par mois de deux heures autour d'une difficulté clinique ;
- ASM 13 : 1 an de formation au moment de la prise de poste ;
- L'hôpital de la Verrière (MGEN) : maintien d'une formation spécifique à la psychiatrie ;
- Centre hospitalier de Quimperlé : les nouveaux infirmiers sont reçus collectivement par un tuteur qui les accompagne pendant un an.

Par ailleurs, lors de la visite dans la région Franche-Comté, il a été cité qu'une direction des soins développe une procédure spécifique d'adaptation et une supervision aux profils de poste. Dans l'encadré ci-dessous, figurent les textes de la loi de modernisation de notre système de santé promulguée début 2016 soit à l'issue de la période 2011-2015 de ce plan. On ne peut que souligner son apport pour le développement de cet exercice. La mise en place d'infirmiers cliniciens formés pour les pratiques avancées, avec un mode d'exercice libéral ou dans des établissements, semble bienvenue. Il nous a été rapporté des pratiques qui dans les faits correspondraient à cette disposition, notamment le rôle des infirmiers dans l'évaluation de la première consultation et les visites à domicile.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 crée un métier d'infirmier clinicien pour les infirmiers titulaires d'un master

Art. L. 4301-1. –

I. - Les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et des représentants des professionnels de santé concernés, définit pour chaque profession d'auxiliaire médical :

1° Les domaines d'intervention en pratique avancée qui peuvent comporter :

- a) Des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage ;
- b) Des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique ;
- c) Des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales ;

2° Les conditions et les règles de l'exercice en pratique avancée.

II. - Peuvent exercer en pratique avancée les professionnels mentionnés au I qui justifient d'une durée d'exercice minimale de leur profession et d'un diplôme de formation en pratique avancée délivré par une université habilitée à cette fin dans les conditions mentionnées au III.

Des pistes pour la formation et la recherche

Les auditions font état d'une demande de création de master en soins, dont certains pourraient être consacrés à la psychiatrie et à la santé mentale. Il est proposé que le soin soit considéré comme une discipline scientifique au même titre notamment que la sociologie, et l'anthropologie. De même il est proposé qu'un doctorat en soins ouvert à l'ensemble des professionnels du soin soit créé pour les kinésithérapeutes, les ergothérapeutes, les psychomotriciens et les infirmiers qui remplissent les conditions pour y avoir accès avec par exemple une mention en santé mentale. Cette création permettrait de favoriser des pistes transversales dans le registre des cliniciens qui existent notamment en Suisse et au Canada (grade master) et des docteurs en soins responsables de recherche en soins, sur le modèle aussi de ce qui existe au Canada. Cela aurait le mérite de promouvoir l'ensemble des professionnels concernés et vaudrait reconnaissance à l'ensemble de la profession infirmière et des autres professions concernées. Dans l'état actuel, les travaux des soignants semblent peu ou pas connus même par la HAS et la recherche infirmière peine à se développer.

Il existe donc des besoins et des attentes identifiés.

Nous ne pouvons que soutenir les propositions visant à créer une filière scientifique de soins authentiquement LMD à tous les niveaux non seulement pour les infirmiers mais aussi pour les autres professions « paramédicales » ainsi que des échanges universitaires avec les pays qui ont des filières universitaires de ce type tels que le Canada, les États-Unis et de nombreux pays européens. Enfin on ne peut que recommander les formations interdisciplinaires pour les professions en contact avec les personnes vivant avec des troubles psychiques.

3) Les psychologues

Le plan mentionne en fait assez peu les psychologues. La principale mention concerne la mise en place des psychothérapies qui est traitée dans un autre chapitre et qui repose en grande partie sur la formation des psychologues aux techniques de psychothérapie et à leur remboursement par l'Assurance maladie. L'autre mention concerne leur intégration dans des équipes pluriprofessionnelles.

Le positionnement des psychologues a été peu évoqué dans les visites. Ont été évoquées par les ARS des pratiques de psychothérapies illicites que les ARS avaient été appelées à gérer et leur rôle dans des programmes de « prévention ». En revanche, lors de la conférence évaluative les membres du Codev ont été interpellés sur la faible prise en compte de leur rôle dans la présentation de l'évaluation du plan. Cette intervention a présenté les psychologues comme une profession en difficulté. Ces difficultés sont liées d'une part à l'absence de remboursement des psychothérapies faites par les psychologues libéraux, d'autre part à leur faible implication dans la recherche clinique et sur le fonctionnement du système de soins contrairement aux pratiques des pays anglo-saxons et nordiques où les psychologues occupent un rôle très important dans la recherche. Leur rôle dans les établissements de santé a aussi été mentionné comme source de tensions en raison de leur statut particulier : tiers temps, indépendance vis-à-vis des cadres hospitaliers du fait de leur statut non intégré dans les directions des soins.

Des questions ont aussi été posées sur leur formation en particulier une absence de confrontation durant leur formation à des situations cliniques complexes, qui pose les questions de la compétence déléguée au psychologue, de la reconnaissance de sa capacité à accompagner une thérapie, de la reconnaissance de la nature des actes réalisés.

Concernant les psychologues, il semble que les recommandations du plan n'aient pas été mises en œuvre tant concernant le remboursement des psychothérapies que sur les efforts d'intégration dans les équipes pluridisciplinaires ou encore des formations croisées avec d'autres professions.

4) Les autres professionnels : assistant social / éducateur spécialisé/ ergothérapeute

Le rapport Couty soulignait l'intérêt de compléter les équipes pluridisciplinaires par différents professionnels (assistant social / éducateur spécialisé/ ergothérapeute) afin d'assurer effectivement une prise en charge globale du patient. Il proposait que leur formation initiale intègre un ou deux modules de psychiatrie (utile par exemple pour l'accueil des personnes en situation de précarité en foyers d'hébergement/appartements associatifs) et que la formation continue dans ces domaines soit plus importante et mieux adaptée.

Les auditions et les visites ont relevé des difficultés en particulier dans le secteur de l'enfance où les acteurs semblent très cloisonnés, sans connaissance réciproque des métiers des uns et des autres par exemple des difficultés entre l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la pédopsychiatrie.

En revanche, des acquis ont été rapportés sur la sensibilisation des travailleurs sociaux aux problématiques des personnes vivant avec des troubles psychiques. Il s'agit de les faire bénéficier des services sociaux de droit commun mais il reste beaucoup à faire. D'une façon générale, on constate que les services sociaux ont tendance à diriger vers la psychiatrie les patients même s'ils sont déjà pris en charge de façon satisfaisante et que leurs problèmes sont ceux des personnes en difficulté sociale.

Il semble donc important que la formation initiale des travailleurs sociaux et des éducateurs intègre un ou deux modules de psychiatrie (par exemple prévention et protection de l'enfance, soutien à l'inclusion scolaire dans le champ du handicap, accompagnement à la notion de rétablissement en santé mentale, accueil des personnes en situation de précarité en foyers d'hébergement/appartements associatifs) si possible en tronc commun avec les professions qui prennent en charge les patients et que la formation continue dans ces domaines soit plus importante et mieux adaptée qu'elle ne l'est actuellement.

5) Déploiement du développement professionnel continu pour tous les professionnels de santé

Le concept de développement professionnel continu (DPC) est récent ; il a été introduit par la loi HPST en 2009 et est effectif depuis 2013. Il regroupe les notions de formation professionnelle continue (FMC) et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Tout professionnel de santé est soumis à l'obligation de suivre un programme par an de DPC.

Depuis 2013, les différentes structures représentatives de la psychiatrie sur le champ de la formation se sont regroupées au sein d'un Conseil national professionnel unique, membre de la fédération des spécialités médicales, chargé de contribuer à la formation, l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles et en particulier dans la mise en place des DPC.

Comme pour les autres spécialités somatiques, un organisme de développement professionnel continu spécialisé a été créé sur le champ de la psychiatrie (ODPC PSY-SM) en 2013. Cet organisme gestionnaire peut faire des appels à candidature sur des thèmes spécifiques pour la psychiatrie et la santé mentale permettant ainsi d'aligner les pratiques sur les connaissances dans les domaines où c'est nécessaire.

Les DPC existent donc pour la psychiatrie comme pour les autres spécialités et concernent les médecins et les autres professionnels de santé ; elles se doivent comme les autres DPC :

1. d'être conformes à une orientation nationale ou régionale
2. de comporter au moins une des méthodes et modalités validées par la HAS
3. d'être mis en œuvre par un ODPC enregistré par l'OGDPC et évalué favorablement par la ou les commissions scientifiques ; il existe deux sites www.ogdpc.fr et www.mondpc.fr

Chaque programme de DPC comporte une étape d'analyse des pratiques, une étape d'approfondissement des connaissances et une étape de mise en place et suivi d'actions d'amélioration.

- Le collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) <http://www.cnqsp-dpc.org/inscriptions/index.php> propose des formations en psychiatrie en utilisant la participation à des congrès et en relation avec le milieu universitaire. Il privilégie la mise en pratique des connaissances ainsi acquises et présente un programme fourni et actualisé.
- L'ODPC PSY-SM propose un ensemble de programmes de DPC sur des thématiques variées et qui apparaissent cohérentes avec les orientations du plan : continuité du parcours de soins, accès aux soins des personnes en situation de précarité, évaluation de l'organisation des CMP, connaissance et prise en charge des addictions, etc. (<http://www.specialitesmedicales.org/id/665/1401960/odpc-psysm-odpc-specialise-en->

[psychiatrie-et-sante-mentale.html](#)). Cependant une recherche sur le site de l'ODPC PSY-SM ne trouve aucune session programmée sur les thèmes présentés.

- Il existe notamment deux organismes présentant des DPC en psychiatrie : l'ODPCPSY-AEFCP (association pour l'évaluation et la formation continue des psychiatres) associé à un syndicat de psychiatres hospitaliers.
- L'AFTCC (Association Française des thérapies cognitives et comportementales) est très active et a un programme structuré : modules de formation essentiellement aux TCC, pour l'adulte mais aussi pour l'enfant, le TCC de groupe et un module sur la remédiation cognitive qui précise qu'il ne s'agit que d'une sensibilisation.
- Il existe des possibilités de DPC « psychiatriques » dans la formation continue des médecins généralistes et des psychiatres sans bilan de ces formations qui semblent très inégales.

Au total, concernant la mise en place des DPC, il est difficile d'analyser ce déploiement en l'absence de données quantitatives (nombre de sessions, nombre de participants) ou qualitatives sur le contenu des DPC qui semble très variable car les directives concernent plutôt le format que la qualité du contenu. Aucune évaluation n'est à notre connaissance disponible.

Recommandations relatives à cette thématique

La formation interdisciplinaire est à privilégier (sanitaire, médico-social, social). La participation des personnes vivant avec un trouble psychique à la formation des acteurs de la prise en charge est une étape déterminante pour faire évoluer les regards.

Les médecins

- Améliorer la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale avec 2 niveaux :
 - a) formation initiale (1 semestre de psychiatrie obligatoire dans le cadre de l'internat en médecine générale)
 - b) formation continue : dans le cadre des DPC qui doivent être largement disponibles, sous une forme adaptée, encadrés pour la qualité scientifique de leur contenu
- Sensibiliser les psychiatres à l'importance de la prise en charge des soins somatiques notamment par des programmes de DPC ; évaluer les contenus des DPC psychiatriques et leur conformité aux données probantes disponibles.
- Évaluer le contenu des DPC pour la formation des psychiatres et des médecins généralistes à la psychiatrie.

Les infirmiers et autres professionnels

- Accompagner la mise en œuvre de la réforme des études d'infirmiers et des autres professionnels dans le contexte de l'organisation LMD, notamment en développant un doctorat en soins.
- Développer les actes délégués infirmiers.
- Inclure le tutorat et l'accompagnement institutionnel des infirmiers dans le plan de travail des directions hospitalières.
- Mettre en place systématiquement un enseignement inter-filières sur la santé mentale incluant notamment la mise en relation avec des personnes vivant avec un trouble psychique des professionnels formés par l'EHESP.

4.3. Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie

L'exercice en psychiatrie présente des spécificités, qui doivent être prises en compte, à toutes les étapes de la vie du professionnel.

L'enjeu consiste tout d'abord à attirer le professionnel vers l'exercice en psychiatrie, et faire que celui-ci y exerce par choix, et non par obligation ou par défaut. Il s'agit d'un point de vigilance : l'exercice en service de psychiatrie, ou dans certains services spécialisés, ne saurait être un « passage obligé » pour faciliter son immersion professionnelle et améliorer sa pratique auprès des personnes malades et de leurs proches.

Cette démarche d'accompagnement est d'intérêt réciproque (pour le nouveau professionnel et pour les anciens), car le nouveau professionnel dispose d'un « regard neuf » que les accueillants doivent prendre en compte. La bientraitance en psychiatrie se nourrit du regard de nouveaux professionnels, qu'il faut donc régulièrement accueillir, sans exclusive, dans tous les services de soin.

Dans le même temps, les pratiques de gestion des ressources humaines doivent prendre en compte la dimension essentielle de la notion d'équipe en psychiatrie, notamment dans la gestion des personnels de suppléance, et le suivi du turn-over.

4.4. Réhabilitation psychosociale (ETP, remédiation cognitive, réentraînement aux habilités sociales)

L'éducation thérapeutique du patient (ETP)

Pertinence

La problématique de la formation des usagers et de leur entourage est relativement nouvelle et s'inscrit dans la démarche de participation « d'empowerment » des patients et de leur famille dans le domaine de la santé en général.

La loi HPST a inscrit en 2009 l'éducation thérapeutique dans le parcours de soins des patients (article L 1161-1 du Code de la santé publique). Le HCSP a publié en octobre 2015 un avis relatif aux programmes d'éducation thérapeutique du patient⁶⁸. Une analyse des programmes autorisés par les ARS y montre que « *les pathologies les plus représentées sont toujours les pathologies historiques de l'ETP, c'est-à-dire le diabète de type 1 ou de type 2 (31 % des programmes autorisés), les maladies cardio-vasculaires (14 %), et les maladies respiratoires (10 %).* ». Selon ces mêmes données 2014 du SI DGS, on note qu'un très faible nombre de programmes d'ETP s'adressent aux personnes vivant avec un trouble psychique.

L'analyse note qu'on observe des approches spécifiques pour certaines pathologies, **notamment en psychiatrie**, avec par exemple des actes de psychoéducation qui peuvent être dispensés dans le cadre de programmes autorisés par les ARS et d'autres qui ne le sont pas.

Certaines recommandations issues de l'avis du HCSP précédemment cité, nous paraissent aussi très pertinentes dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

⁶⁸ Haut conseil de la santé publique : « Évaluation des programmes d'éducation thérapeutique des patients 2010-2014 » : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>

1. Il appartiendrait également aux ARS de soutenir, notamment financièrement les formations pluri professionnelles en contextualisant l'éducation thérapeutique autant dans le domaine de la Promotion de la santé que dans celui du soin relationnel, avec pour objectif de promouvoir l'acquisition de compétences psychosociales.
2. Le niveau régional est également le niveau pertinent pour promouvoir une plus forte participation des patients (associations ou patients eux-mêmes) aux programmes d'ETP. Cette participation des patients doit être pensée selon deux axes :
 - Leur participation à la formation en direction des professionnels, où les témoignages sur leur vécu peuvent apporter une plus-value à la formation.
 - Leur participation aux programmes par des interventions auprès des équipes éducatives et des patients.
3. À l'avenir, les promoteurs devraient estimer l'intérêt d'axer de manière privilégiée le programme d'ETP sur les compétences psychosociales à travers le développement de la littératie en santé afin que les patients puissent de manière plus autonome se situer dans le système de soins et mobiliser des compétences d'auto-soins.
4. Assouplir le régime des autorisations, tout en définissant clairement où, quand, pour combien de temps et à qui, elles doivent s'appliquer.
5. Définir une démarche de qualité en ETP (de type « certification »).

Actions mises en œuvre

La synthèse des questionnaires régionaux et les visites faites dans les régions font apparaître la mise en place d'actions d'ETP dans plusieurs régions. Les programmes mis en œuvre sont divers (ETP chez les personnes schizophrènes, ETP pour les personnes âgées, ETP pour la gestion du stress chez les détenus, ...) mais restent insuffisants au regard des besoins. Un échange entre les ARS serait bénéfique sur cette thématique.

Il ressort également que les critères d'autorisation des programmes ETP mobilisés par les ARS ne sont pas toujours très clairs pour les demandeurs. Les représentants des associations d'usagers ont aussi rapporté la mise en place de programmes d'ETP.

- ARGOS 2001 a travaillé dès 2002 sur la mise en place de la psychoéducation, qui correspond à l'éducation thérapeutique (« bien vivre avec sa maladie »). « On est parti du modèle du diabète, de ce qui marchait sur le diabète ». Cette éducation est à destination du patient, mais il est aussi particulièrement intéressant d'y associer sa famille ». « La parole d'expert-patient est intéressante et serait également un plus ». Il existe des structures qui permettent aux patients de bénéficier d'éducation thérapeutique sans coût de prise en charge pour le patient. Mais il y a aussi beaucoup de séances organisées par des psychiatres avec l'aide du psychologue, réalisées en secteur privé avec un coût élevé, un montant de 100 euros par séance a été cité. La prise en charge de l'ETP et des psychothérapies doit être totale : *« c'est impossible quand on est handicapé et qu'on vit seulement grâce aux allocations de financer ce type de prise en charge. »*
- Une autre association, la FNAPSY ajoute aux critiques : *« Sur l'ETP on est très en colère parce qu'elle ne doit pas être faite en première intention que par des médecins. L'ETP faite par les médecins (sur les traitements médicamenteux) doit venir après celle que nous faisons dans nos associations. Tous les jours on se déplace dans les associations pour apprendre aux usagers à vivre avec leur maladie – comment gérer la maladie de l'intérieur ; vis-à-vis de soi et vis-à-vis des autres ».*

Ces témoignages reflètent bien les analyses du HCSP sur la mise en place de l'ETP et montrent que la psychiatrie et la santé mentale sont concernées par les mêmes difficultés. Le cahier des charges permet que l'ETP soit coordonné par un représentant dûment mandaté d'une association de patients agréée au titre de l'article L. 1114-1 du Code de la santé publique ce qui est le cas des deux associations sus mentionnées. Cependant le programme doit toujours être coordonné par deux professionnels et dans ce cas le professionnel doit être un médecin. Enfin le texte exclut les membres de la famille car ils ne sont pas des patients. Cela peut être dommage dans la mesure où dans le cas de la psychiatrie les familles jouent un rôle très important et ont besoin de cette éducation. Il semble qu'il y ait eu une montée en charge des programmes d'ETP dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale sur cette période du moins si on se réfère aux données de la région Bretagne mais cela reste très relatif.

La remédiation cognitive

La remédiation cognitive est une méthode relativement récente qui a pour objectif de réduire l'impact des déficits cognitifs sur le fonctionnement quotidien des patients vivant avec des troubles psychiques graves en particulier la schizophrénie. La remédiation cognitive emploie des procédés rééducatifs nouveaux qui visent systématiquement des objectifs concrets directement utiles aux patients : les loisirs, la vie sociale ou encore le champ professionnel et cette méthode est considérée comme un élément important du « rétablissement ». La remédiation cognitive est nouvelle en ce qu'elle implique soit la réduction directe des déficits à travers l'entraînement des fonctions concernées, soit plus fréquemment leur compensation grâce au développement de compétences alternatives utilisant les processus préservés.

La remédiation cognitive est généralement mise en œuvre dans le contexte plus large des soins de réhabilitation, visant le rétablissement des patients. L'efficacité de la remédiation cognitive est couplée à une éducation thérapeutique. La réhabilitation intervient en complément du traitement standard de la schizophrénie, qui repose sur l'association de médicaments neuroleptiques et de la psychothérapie. Elle est préconisée dans le rapport déjà cité sur le handicap psychique (Hardy Baylé)⁶⁹.

Si la psychoéducation est largement évoquée dans les programmes d'ETP et de réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive n'est pas mentionnée et n'a été que très peu mentionnée lors de nos auditions.

Cependant, la méthode employée pour l'évaluation du plan ne permet pas d'avoir une vision exhaustive des initiatives de remédiation cognitive ou réhabilitation psychosociale mises en place sur le territoire. Ainsi, la conférence évaluative du 27 janvier 2016 a permis de mettre en lumière le travail réalisé dans la région Rhône-Alpes sur cette thématique pendant la période du plan. La région Rhône-Alpes a ainsi conduit un travail de structuration d'une filière de réhabilitation psychosociale durant la période du plan. Cette filière des soins de réhabilitation et de réinsertion psychosociales est organisée selon 3 niveaux avec 1 réseau de prise en charge, 3 centres référents à Lyon, Grenoble et Saint-Etienne et 1 centre ressources régional. Elle a été mise en place grâce au lancement d'un AAP en juin 2015 ayant abouti à la labellisation d'une dizaine de structures de niveau 1 rattachées à différents établissements psychiatriques de la région. Trois centres référents constituant le niveau 2 de la filière ont été créés en 2014. Une démarche d'harmonisation des pratiques a été conduite entre les trois

⁶⁹ « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique ». 2015 Centre de preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale, disponible sur <http://solidarite-rehabilitation.org/files/Centre-de-Preuves-en-Psychiatrie-et-en.pdf> (consulté le 31 mars 2016).

centres. Enfin, un centre ressources a été mis en place début 2015 et constitue le niveau 3 de la prise en charge.

En Île-de-France la remédiation cognitive est aussi relativement développée mais il semble qu'un des freins à son élargissement soit le manque de psychologues formés à l'évaluation précise des déficits cognitifs, essentiels pour la mise en place rigoureuse et efficace de la méthode.

Conclusion

Les données de la littérature montrent que la remédiation cognitive est efficace pour réduire l'impact des troubles cognitifs sur le fonctionnement quotidien. Des travaux doivent être conduits pour déterminer les effets spécifiques des différents programmes utilisés en pratique clinique et leur place dans le dispositif de soins global. Les données actuelles conduisent à préconiser l'utilisation de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. Des travaux combinant la remédiation cognitive et l'intégration des patients à un ESAT sont en cours et permettront de préciser l'impact de la remédiation cognitive sur l'insertion professionnelle. Il est intéressant que de tels travaux soient conduits dans le contexte français et le rapport produit un tableau de présentation de tous les programmes actuellement en cours en France ainsi que le niveau de preuves que leurs auteurs ont publié. Des développements seront nécessaires dans le champ de la pédopsychiatrie pour ces jeunes gens en situation de handicap où le trouble des apprentissages nécessite des stratégies fines associées à la pédagogie spécialisée.

Recommandation relative la thématique

- Soutenir des programmes de réhabilitation psychosociale notamment d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) impliquant des associations d'usagers et de proches aidants permettant l'acquisition de compétences psychosociales afin que les patients et les proches aidants puissent de manière plus autonome se situer dans le système de soins et mobiliser des compétences d'auto-soins.

4.5. Encourager les démarches qualité

Les démarches qualité se déploient dans les structures sanitaires (certification, évaluation de l'organisation et des pratiques, plans d'amélioration, signalement d'événements indésirables, gestion des non conformités,...). Ce type de démarche a également sa place dans les structures et les services médico-sociaux et sociaux, et leur déploiement doit être encouragé.

Le déploiement du développement professionnel continu (DPC) contribuera au renforcement de ces démarches (voir ci dessus).

Le manuel de certification des établissements de santé (HAS) prendra logiquement en compte les objectifs du présent plan. Des référentiels de bonnes pratiques seront développés, à l'initiative notamment du conseil national professionnel de psychiatrie.

Pertinence

La HAS et l'ANESM sont au centre de la démarche qualité pour la certification. La HAS concourt par ailleurs à l'amélioration de la qualité des pratiques de par la formation des professionnels.

Ce sous-axe est tout à fait pertinent tant en ce qui concerne les établissements psychiatriques, sociaux et médico-sociaux et leur fonctionnement que pour les pratiques professionnelles en psychiatrie et dans le champ médicosocial.

La nécessité de réduire la variabilité des pratiques dans les établissements

Les études de l'Irdes ainsi que les témoignages recueillis de la part des familles, des associations de patients et des personnes qui ont été chargées à un degré ou un autre d'une mission sur la psychiatrie et la santé mentale convergent pour dénoncer une trop grande variabilité des pratiques en France et une trop grande diversité des attitudes vis-à-vis des patients et des familles à l'intérieur du même établissement.

La HAS reconnaît qu'il y a une forte hétérogénéité territoriale des pratiques en santé mentale. Il est nécessaire que l'évolution des pratiques soit guidée par un pilotage au niveau national, la HAS soutenant ces évolutions par des outils fondés sur une démarche scientifique ouverte.

Actions entreprises

La HAS a pour mission de produire des recommandations de bonne pratique à partir de revues de la littérature. La HAS a produit des recommandations dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. La HAS a un rôle à jouer sur ce domaine en intervenant sur des thématiques controversées pour lesquelles le besoin d'un tiers « neutre » peut être nécessaire. Pour les aider dans leurs travaux scientifiques, la HAS a signé 5 partenariats avec des acteurs de la recherche (Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, FFP, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), F2RSM, [Ascodocpsy](#)⁷⁰).

Certification des établissements psychiatriques et médico-sociaux

La question de la certification n'est pas nouvelle et le développement de l'assurance qualité en santé mentale a lieu depuis les années 90. La psychiatrie a été intégrée dans la certification et il existe une certification des établissements psychiatriques avec un manuel spécifique. Des visites sont réalisées par la HAS périodiquement dans tous les établissements psychiatriques et permettent d'en évaluer des éléments du fonctionnement dans le but de faire des recommandations d'amélioration de la qualité des soins.

Les données de la certification des établissements de santé ne sont pas totalement exploitables pour observer une évolution temporelle des éléments d'évaluation des établissements puisque l'évaluation de tous les critères n'est pas systématique et que le dispositif d'observation et donc les critères renseignés évoluent aussi au cours du temps.

Quelle que soit la qualité des acteurs, les médecins en responsabilité ou les administratifs chargés de prendre des décisions sur les projets dits innovants à soutenir, la méconnaissance des pratiques ayant fait l'objet d'une validation scientifique rend la prise de décision très difficile. De ce point de vue la mise en place de revues de littérature en langue française et de

⁷⁰ L'Ascodocpsy est un réseau d'établissements qui offre des ressources en psychiatrie et en santé mentale www.ascodocpsy.org/

fiches pratiques, plus facilement accessibles, telles que les proposent la HAS et l'ANESM sont des méthodes permettant de divulguer dans des formats adaptés au terrain les bonnes pratiques telles que les patients et les familles sont en droit de les attendre. Il ne faut cependant pas négliger les difficultés à changer les pratiques souvent basées sur des pratiques ancrées dans le temps et faisant l'objet d'une forte adhésion sans qu'elles n'aient été évaluées en termes d'efficacité.

Installée en mai 2007, l'ANESM a succédé au Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale. Agence en charge des démarches de certification du secteur social et médico-social, outre l'habilitation des organismes chargés de réaliser l'évaluation externe des établissements médico-sociaux, l'ANESM a aussi pour mission de valider ou de produire des recommandations de bonnes pratiques professionnelles servant ensuite de référence pour l'évaluation des pratiques et de la qualité des prestations délivrées par les établissements.

Autres travaux visant à l'amélioration de la qualité

Les recommandations de l'ANESM sont plutôt relatives à l'organisation des établissements et de la prise en charge (bienveillance, qualité de vie en établissements, accès aux droits, etc.) et peu concernent spécifiquement le public des personnes en situation de handicap psychique. Des recommandations spécifiques de la HAS et de l'ANESM ont toutefois été formulées sur la prise en charge de l'autisme (« Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, 2012). Un rapport du « Centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale » déjà cité paru en 2015 a concerné le recensement des données probantes sur le parcours de soins et de vie des personnes ayant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique.

Guides et recommandations

Au sein de la HAS le PPSM a nourri le travail et a été pris en compte pour l'élaboration du programme de travail pluriannuel (2013-2016) sur la thématique « psychiatrie et santé mentale ». Ainsi, la HAS en a repris les éléments avec une optique d'amélioration des pratiques professionnelles.

Les trois axes de travail choisis sont les suivants :

- Prise en charge des troubles dépressifs ;
- Parcours des personnes en situation de handicap psychique ;
- Droit du patient et sécurité en psychiatrie.

Le suivi de ces travaux est assuré par un comité regroupant à la fois les institutions, les organisations professionnelles et les associations d'usagers.

La thématique de la violence est prise en compte par un groupe de travail dédié à la violence en psychiatrie et présidé par le Pr Jean-Louis Senon. En partant notamment des éléments sur la violence mentionnés dans le PPSM, le groupe de travail vise l'amélioration des pratiques mais aussi celle des organisations avec une réflexion sur le rôle de la gouvernance des établissements dans la prévention de la violence. Le livrable de ce groupe ne sera pas une recommandation de la HAS, qui implique une méthodologie particulière, mais un « guide » de la HAS, qui traite moins de la définition des bonnes pratiques que de la question de la méthode

pour leur mise en œuvre. Le groupe de travail a préconisé que soient mises en place des actions de communication et un suivi de des démarches visant la prévention et la gestion des moments de violence. Une fiche memo sur la contention et l'isolement est en cours de rédaction (note de cadrage faite).

Une fiche memo a été réalisée sur le repérage des troubles bipolaires en premier recours (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1747465/fr/patient-avec-un-trouble-bipolaire-reperage-et-prise-en-charge-initiale-en-premier-recours).

Concernant l'axe « Parcours des personnes en situation de handicap psychique », les travaux n'ont pas encore débuté au sein de la HAS notamment parce que l'ANESM et l'ANAP travaillent sur ce sujet. Il faut identifier les travaux de la HAS qui seraient les plus pertinents.

Deux éléments de travail ont été identifiés :

- le certificat destiné aux MDPH pour les personnes atteintes de handicap psychique ;
- l'autonomie et la participation à la vie sociale des personnes en situation de handicap psychique (la HAS est en coordination avec la CNSA).

Certification des établissements de santé par la HAS

Il existe un critère sur la gestion des mesures de restrictions de liberté avec un recueil systématique lors de la visite des experts-visiteurs (pratiques exigibles prioritaires (PEP)) depuis 2011. Il est présent pour tous les établissements de santé et obligatoire pour les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie. D'après les données de la HAS, 18,16 % des établissements ont une réserve ou une recommandation pour ce critère.

De plus le critère de la gestion des événements indésirables (critère 8 f du manuel de certification de la HAS) fait partie des PEP. Les experts-visiteurs s'intéressent à leur gestion et tout particulièrement à l'existence d'un circuit pour en permettre la remontée et l'analyse. Cependant, ces événements indésirables ne font pas l'objet d'une analyse systématique. Le critère de la qualité de la prise en charge médicamenteuse s'applique à tous et c'est le critère qui fait le plus l'objet de recommandations (50 % des établissements de santé ont une recommandation ou une réserve sur cette thématique).

De nouvelles méthodes de visite pour la certification ont été développées depuis fin 2014 afin d'être plus proche du terrain. Il s'agit de la méthode du patient-traceur qui consiste en l'analyse de la prise en charge d'un petit nombre de patients. À noter qu'aux États-Unis, 60 % de la visite se passe sur la trajectoire des patients. Cette méthode a l'avantage de pouvoir être mise en place par les professionnels en dehors de la démarche de certification. Sur le critère du respect de la dignité, parmi tous les établissements 2,39 % ont une réserve ou recommandation et 2,92 % pour les établissements ayant une activité de santé mentale. Un rapport d'expérimentation sur le patient-traceur en ambulatoire va paraître (Erasmus Antoon et agglomération lilloise). Le fait qu'on recueille l'avis des patients est très apprécié et les professionnels de santé apprécient également cet apport du patient dans leur appréciation de leurs pratiques. Le manuel de certification sera à nouveau révisé en 2018-2020.

Recommandations relatives à cette thématique

- Certification : Définir des indicateurs propres à la psychiatrie et dont la collecte doit être systématisée pour tous les établissements spécialisés par le moyen de traceurs prioritaires permettant de mieux exploiter la certification des établissements concernés par la psychiatrie (par exemple ; événements indésirables, conditions indignes d'hospitalisation...).
- Renforcer la logique de la preuve scientifique dans les actions entreprises en particulier les actions dites « innovantes » mais aussi dans les pratiques communes de la psychiatrie et de la réhabilitation psychosociale (ETP, remédiation cognitive, réentrainement aux habilités sociales) : inscription au programme de la HAS, de l'ANESM, développement de centres de preuves en psychiatrie et en santé mentale pluridisciplinaire sur ce thème.

5. Améliorer la vie des personnes vivant avec un trouble psychique en visant un maintien ou un retour dans le droit commun et améliorer la vie des aidants

5.1. Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée

Pertinence

Pour l'ensemble des acteurs rencontrés, usagers, familles, soignants, professionnels de l'accompagnement social ou médico-social, élus, l'accès et le maintien dans le logement des personnes qui vivent avec des troubles psychiques restent une question prioritaire, où il y a encore beaucoup à faire.

Le plan 2011-2015 fait état de cette priorité, en rappelant que « *accéder à un logement et s'y maintenir sont des objectifs prioritaires qui conditionnent tout comme ils permettent la continuité et l'accès aux soins* », et il appelle à des « *réponses diversifiées en matière d'accompagnement des personnes pour accéder à un logement et habiter son logement* », « *privilégiant autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun* »

Les actions évoquées sont les suivantes :

- encouragement de l'intermédiation locative,
- développement des résidences accueil,
- poursuite jusqu'en 2015 du programme de création de places en services d'accompagnement (Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et SAMSAH),
- développement de modes d'hébergement innovants par les établissements médico-sociaux
- programmes innovants tels « Un chez soi d'abord » pour les personnes sans abri ou mal logées,
- mobilisation de tous les dispositifs de logements adaptés : appartements associatifs, résidences accueil, familles gouvernantes, avec l'appui de la psychiatrie.

Ce plan reprend donc les axes développés dans le plan 2005-2008, qui avait permis notamment la création des résidences accueil et le développement de SAMSAH dédiés aux personnes avec handicap d'origine psychique. Le précédent plan comportait également une mesure pour le développement des appartements associatifs, qui, contrairement aux deux actions précédentes, n'a pas fait l'objet de bilan.

Le plan psychiatrie santé mentale 2011-2015 cite en outre l'intermédiation locative. Cette intermédiation est définie par l'intervention d'un tiers social (établissement de santé ou association) entre le propriétaire et la personne occupant le logement, afin de sécuriser la relation locative. Il s'agit à la fois de faciliter le logement de personnes pouvant présenter des difficultés et d'inciter les bailleurs à mettre en location leur logement, y compris à des personnes pouvant présenter des difficultés. Enfin, le plan mentionne les familles gouvernantes (dispositif mis en œuvre à l'initiative de l'Union départementale des associations familiales (UDAF) depuis une vingtaine d'années), et l'expérimentation « Un chez soi d'abord » (lancée fin 2010 au niveau de 4 sites : Lille, Marseille, Toulouse et Paris).

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Niveau national

Deux dispositifs de **logement adapté** aux personnes vivant avec des troubles psychiques ont poursuivi leur développement dans la période du plan :

- Les résidences accueil sont des pensions de famille (ex maisons relais) dédiées aux personnes vivant avec des troubles psychiques, créées en 2006, avec un cahier des charges spécifique, comportant notamment l'obligation du partenariat avec la psychiatrie et des services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux. Elles se sont fortement développées au sein du programme des pensions de famille. La délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), dans son étude-bilan des pensions de famille et résidences accueil publiée en novembre 2015, mentionne que les résidences accueil représentent 27 % des 600 pensions de famille dénombrées, soit environ 160, alors que l'évaluation des résidences accueil réalisée en 2010 répertoriait 23 résidences accueil en fonctionnement.
- Les familles gouvernantes sont un dispositif de logement en colocation entre des personnes qui vivent avec des troubles psychiques, créé à l'initiative des UDAF. Ce dispositif est fondé sur la mutualisation par les colocataires de leurs prestations de compensation du handicap, leur permettant d'être aidés quotidiennement à domicile. Il se développe. Début 2015, l'Union nationale des associations familiales (UNAF) comptait 19 UDAF ayant mis en œuvre ce dispositif, et 10 en ayant le projet (UNAF « Handicap psychique », janvier 2015). Il faut cependant noter que la mise en œuvre de cette formule de logements accompagnés rencontre des difficultés du fait de la mise en place de la prestation compensatoire du handicap (PCH), dont les critères d'attribution diffèrent de l'ancienne allocation compensatrice de tierce personne (ACTP) ; par ailleurs, ce dispositif, qui repose sur l'aide humaine attribuée à chaque co-locataire, est fragilisé lors de tout changement de situation ou de départ de l'un d'entre eux.

On peut souligner que ces deux formules, résidence accueil et familles gouvernantes, ont été saluées par les interlocuteurs du Codev comme particulièrement adaptées à la situation des

personnes qui souffriraient d'isolement et dont la santé, comme la qualité de vie, s'altérerait dans un logement ordinaire.

L'expérimentation « Un chez soi d'abord », une initiative interministérielle, lancée en 2010 et pilotée par la DIHAL, prendra fin en 2016. Menée sur 4 sites (Paris, Marseille, Toulouse et Lille), elle est fondée sur deux principes : l'accès direct au logement et un accompagnement intensif et pluridisciplinaire englobant tous les aspects de la vie de la personne, dans le but d'accompagner son rétablissement. Elle a concerné 800 personnes accompagnées par une quarantaine de professionnels, sur une durée de trois ans. Elle donne lieu à une recherche évaluative qui permettra la comparaison entre cette démarche et le suivi classique.

Il n'existe pas de bilan concernant les appartements associatifs existants. Le Codev n'a pas disposé non plus de bilan de la mise en œuvre des dispositifs d'intermédiation locative.

Il faut noter, dans la période du plan, les études sur le logement adapté pour les personnes en situation de handicap psychique : en particulier l'étude menée en 2012 par la fédération nationale des Associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques (AGAPSY), qui met en évidence les besoins d'accompagnement des personnes. La DGCS a également impulsé des études sur le logement des personnes âgées et des personnes handicapées.

On peut aussi relever la dynamique impulsée par les Conseils Locaux de Santé Mentale pour le logement des personnes vivant avec des troubles psychiques, en particulier pour les partenariats entre équipes de psychiatrie et acteurs du logement (avec, par exemple, des actions de sensibilisation et formation des bailleurs sociaux et des gardiens d'immeuble).

Par ailleurs, au plan national, durant la période 2011-2014, selon la CNSA, il a été créé 996 places de SAMSAH dédiées aux personnes en direction en situation de handicap psychique, et dans le même temps, 992 places en FAM, et 1 035 places en MAS dédiées à ces personnes. On peut regretter le faible développement des SAMSAH, et remarquer que les créations de places de MAS dépassent les places de FAM, ce qui est davantage lié aux modalités de financement qu'aux besoins des personnes.

Le Codev ne dispose pas du bilan des places créées dans la période du plan en structures d'accompagnement ou d'hébergement non médicalisées (SAVS, foyers de vie) dédiées aux personnes en situation de handicap psychique.

Niveau régional

Dans la période 2011-2015, 19 ARS sur 22 déclarent avoir mené des actions répondant à cet axe de logement. Il s'agit essentiellement de :

- développement de SAMSAH (ex : création ou médicalisation de SAVS de 130 places SAMSAH handicap psychique en Bretagne et 96 en Seine-Maritime) et SAVS ;
- conduite du programme « Un chez soi d'abord » (4 régions) ;
- développement de dispositifs de logement accompagné, comme les résidences accueil ou les familles gouvernantes (3 régions dont 1 existant avant 2011), ou des dispositifs de transition (4 régions) et de baux glissants (1 région) ;
- partenariats et instances de coordination incluant les bailleurs et les collectivités locales : il peut s'agir de groupes dédiés au logement au sein de conseils locaux de santé mentale, ou d'organisations spécifiques, telles que :
 - o le conseil d'orientation en santé mentale de Marseille, qui a soutenu des dispositifs d'intermédiation locative, et mis en réseau les différents acteurs pour

la coordination des actions et la gestion des situations complexes et des actions de formation, ces objectifs ayant été repris dans le contrat local de santé.

- o En Bretagne, l'accord cadre intitulé "Fragilité psychologique et logement social", passé entre la ville de Rennes, Rennes Métropole, les organismes HLM et la psychiatrie publique pour favoriser le maintien dans le logement des personnes en souffrance psychique.

Conclusion

Force est de constater que les progrès réalisés dans la période 2011-2015 ont suivi le cours des évolutions antérieures, au gré des bonnes volontés. Le plan ne cite d'ailleurs aucun dispositif nouveau, et n'apporte aucun outil pour le développement de l'intermédiation locative ou de logements adaptés. Il n'a pas impulsé d'avancées significatives au plan national.

Dans la perspective d'une future politique efficace en matière d'accès et de maintien des personnes vivant avec des troubles psychiques, dans le logement ordinaire ou adapté, plusieurs conditions sont à souligner :

- Inscrire les orientations et les mesures dans la politique du logement, au niveau national et au niveau local (dans les Programmes locaux de l'habitat (PLH), les Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDALPD), les services intégrés de l'accueil et de l'orientation (SIAO), ...), et pas seulement dans la politique de santé.
- Aborder la question du logement en termes d'accessibilité : pour les personnes vulnérables ou en situation de handicap psychique (ou mental ou cognitif), c'est la présence humaine qui est déterminante ; veiller à la formation et au soutien des gardiens d'immeubles, et des bailleurs sociaux.
- Définir des objectifs (notamment, concernant les résidences sociales ou l'intermédiation locative) et évaluer leur avancée.
- Donner aux acteurs locaux des outils concrets. À cet égard, on dispose de modèles de logement adaptés éprouvés, avec les résidences accueil et les familles gouvernantes. Les résultats de l'expérimentation « Un chez soi d'abord » devraient aussi permettre d'envisager des actions concrètes.
- Articuler le développement du logement et, d'une part, le soutien du développement, en psychiatrie, des pratiques d'intervention à domicile et de réhabilitation psychosociale, et, d'autre part, le développement des services d'aide à domicile et des services d'accompagnement sociaux et médico-sociaux. À cet égard, il faut souligner l'impulsion donnée à l'accès et au maintien des personnes dans le logement, par la notion de rétablissement et les pratiques de réhabilitation psychosociale, qui mobilisent tant les équipes de psychiatrie que les acteurs sociaux et médico-sociaux et les fédèrent autour de projets communs.

Le succès d'une telle politique repose donc sur la convergence de multiples acteurs. Au niveau national, l'interministérialité (Santé, Cohésion Sociale, Logement, DIHAL, Ville) est requise. Au niveau local, l'expérience des diagnostics territoriaux, menée notamment par l'ANAP, montre l'importance d'associer ces divers acteurs dès la phase de diagnostic, avec, au centre de la démarche, les représentants des usagers et des familles concernés.

On peut enfin évoquer la nouvelle loi « Adaptation de la société au vieillissement », qui apporte un nouveau cadre au développement du logement adapté, concernant notamment les résidences service et les services d'aide à domicile.

Recommandations relatives à la thématique

- Inscrire les orientations pour les personnes vivant avec des troubles psychiques dans la politique du logement aux niveaux national et local (Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, Programmes locaux de l'habitat, Services intégrés d'accueil et d'orientation).
- Favoriser l'accès au logement de droit commun (partenariat psychiatrie-bailleurs sociaux, rôle des CLSM) et l'intermédiation locative, et développer des formules de logements adaptées, comme les familles gouvernantes ou les résidences accueils.

5.2. Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'accès à la vie professionnelle

Pertinence

« La principale composante du handicap lié aux troubles psychiques et dans le même temps cause de rechute fréquente est la situation d'isolement et de perte d'inscription sociale et citoyenne des personnes. Elle va souvent de pair avec l'arrêt d'un soin stabilisé et programmé. Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement, ainsi que les diverses formules de soins spécifiques et de soutien permettant la participation sociale, l'insertion sociale, scolaire et professionnelle sont essentiels à la stabilisation, à la poursuite des soins au long cours, à la prévention des rechutes et donc à la qualité de vie »

Ainsi introduit, cet axe du plan est décliné en une série de propositions :

- Développement des **GEM** et des programmes expérimentaux d'insertion sociale et professionnelle (par exemple Clubhouse) ;
- Promotion des programmes facilitant le **retour à l'emploi** et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques ;
- Développement des **réponses diversifiées** à la fois en termes de formes d'emploi (emploi aidé, emploi à temps partiel, emploi adapté...), de soins spécifiques (soins de réhabilitation psychosociale), d'accompagnement et de soutien au long cours ;
- Mise en place des actions d'information, de sensibilisation au handicap psychique qui s'adressent aux employeurs, aux prestataires de formation et de services d'insertion professionnelle et à tout professionnel amené à travailler avec les personnes vivant avec un trouble psychique ;
- Promotion d'un programme facilitant des modalités d'emploi « assouplies » et de transition tels que les emplois de transition, les périodes d'essai, les évaluations dans le milieu du travail qui doivent être développés (qu'elles relèvent du milieu ordinaire de travail ou du milieu protégé) ;

- Plan d'adaptation et de développement **des ESAT, les ESAT dits « de transition »**, les établissements et entreprises « Hors les murs » seront plus particulièrement observés.

Toutes ces propositions apparaissent aujourd'hui encore pertinentes, au regard des attentes exprimées par les associations d'usagers et de familles, et les professionnels rencontrés.

Actions mises en œuvre sur le plan national et régional

Niveau national

En ce qui concerne l'amélioration de la qualité de vie des personnes et leur participation sociale, les interlocuteurs du Codev comme les ARS soulignent la place des GEM. En dehors des GEM, le Codev n'a disposé d'aucun élément de bilan.

On peut regretter à cet égard la mauvaise prise en compte du handicap psychique dans les enquêtes handicap santé, alors que ce sont des sources qui permettraient de mesurer l'accès aux droits des personnes, leur insertion sociale, la discrimination, etc....

Les GEM, associations de personnes vivant avec des troubles psychiques, à but d'entraide, ont été développés dans le cadre du précédent plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008, qui avait permis le financement de 333 GEM.

Dans la période du présent plan, on constate environ 70 créations (403 GEM dénombrés en 2014). Cependant, l'effort a davantage porté sur les GEM destinés aux personnes traumatisées crâniennes et cérébrolésées, et on ne compte dans la période que 26 nouveaux GEM de personnes vivant avec des troubles psychiques. Ces créations ont été réalisées en 2011 et 2014. Il n'y a eu aucune création de GEM ni de renforcement de leur dotation en 2012 et 2013.

En 2014, le budget alloué aux GEM s'élevait à 29 millions d'euro. Un million d'euro a été prévu pour de nouvelles mesures en 2015, avec la revalorisation du plafond de dotation des GEM.

La part des GEM comportant effectivement une association de personnes vivant avec des troubles psychiques, selon le principe qui les a créés, s'est accrue et s'élève aujourd'hui à 89 %, ce qui laisse encore une marge de progrès à accomplir.

Il reste en effet certaines confusions, comme le Codev a pu le constater sur le terrain, avec des GEM gérés par des professionnels comme des services d'accueil, au sein d'associations de parrains-gestionnaires, contestant le cahier des charges des GEM au motif de la fragilité des personnes accueillies et du risque de décompensation face à des responsabilités associatives. Il est patent que le manque de services d'accueil et d'accompagnement peut conduire à faire peser sur les GEM des missions qui relèveraient du champ médico-social.

Un nouveau cahier des charges des GEM est en cours de finalisation, il renouvelle l'attachement au principe d'associations de membres et comporte, notamment, la distinction entre parrain et gestionnaire. Par ailleurs, une évaluation qualitative des GEM, confiée à l'Association nationale des centres régionaux pour l'enfance et l'adolescence inadaptée (ANCREAI), est prévue durant l'année 2016.

Il faut donc constater que la dynamique des GEM se poursuit, même si l'on peut considérer la progression du nombre de GEM bien modeste au regard de ce qu'ils apportent pour la qualité de vie et la citoyenneté des personnes, ainsi que pour la déstigmatisation des troubles

psychiques, ce que soulignent tous les acteurs concernés rencontrés tels que les usagers, les familles, les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux, et les élus.

En ce qui concerne l'insertion professionnelle, le plan incitait à des actions tant en milieu ordinaire qu'en ESAT.

Pour ce qui est du **milieu ordinaire**, le plan innove en énumérant les types d'actions qui pourraient être entreprises pour l'adaptation des conditions de travail aux besoins de personnes vivant avec des troubles psychiques. Toutefois il ne précise aucun moyen d'action et ne désigne pas les opérateurs. Les associations d'usagers ont particulièrement insisté sur la priorité à donner à l'insertion professionnelle des personnes, en soulignant les efforts restant à réaliser pour des avancées significatives en la matière.

Ainsi, la FNAPSY indique qu'environ 80 % de ses adhérents bénéficient des minima sociaux et que seuls 19 % travaillent. L'objectif de la FNAPSY n'est pas une insertion dans le travail protégé (ESAT...) mais dans le droit commun avec une adaptation des horaires et du rythme aux caractéristiques des différentes maladies mentales. Elle souligne qu'adapter un emploi à un patient ayant une schizophrénie n'est pas la même chose que pour une personne ayant des troubles bipolaires.

L'association ARGOS 2001 insiste également sur la nécessité d'améliorer l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes, en soulignant la nécessité de former les médecins du travail à l'approche des maladies psychiques et à l'adaptation des conditions de travail pour les personnes concernées.

En ce qui concerne l'insertion professionnelle en milieu ordinaire de travail, le Codev n'a disposé d'aucun élément de bilan sur les actions qui auraient pu être réalisées conformément aux propositions du plan.

Cependant, on peut noter avec intérêt que l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), qui a mené antérieurement certains travaux sur le handicap psychique, a produit en 2011 un cahier « Recruter et intégrer un collaborateur handicapé psychique ». On note aussi dans son rapport d'activité 2014 que 42 % des bénéficiaires de prestations ponctuelles spécifiques étaient des personnes avec un handicap d'origine psychique. Cependant, les modalités d'intervention et de prestations auprès des personnes vivant avec des troubles psychiques seraient encore mal adaptées aux particularités et à la temporalité des besoins d'accompagnement de ces personnes⁷¹.

Il faut aussi considérer les dynamiques liées aux avancées du principe de rétablissement dans les pratiques en psychiatrie comme dans le champ médico-social, qui apportent des initiatives nouvelles pour l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique: job coaching, ou soutien individualisé en emploi (sorte de "*Working first*"). Ces évolutions se sont notamment exprimées lors de manifestations portant sur l'insertion professionnelle en situation de handicap psychique :

- Journées scientifiques de la CNSA en février 2012: "Aide à l'autonomie et parcours de vie", atelier sur l'insertion professionnelle avec un handicap psychique (intervention de B. Pachoud) ;
- Journées nationales "Handicap psychique et emploi", réalisées par la fédération AGAPSY et l'association GALAXIE en juillet 2013.

⁷¹Témoignage de la Présidente de l'association ESPOIR 54, qui met en œuvre diverses modalités d'accompagnement de l'insertion professionnelle des personnes avec handicap d'origine psychique.

L'importance de la formation des personnes est notamment soulignée par la recherche-action participative EMILIA (Empowerment of Mental Health Service Users Through Life-Long Learning, Integration and Action), mise en place pour analyser les effets de l'accès à la formation tout au long de la vie et l'accès à l'emploi sur une population de personnes vivant avec des troubles psychiques (12 pays et en France, le laboratoire de Recherche de l'EPS Maison Blanche).

En ce qui concerne les ESAT, on relèvera que les orientations données ces dernières années à ces dispositifs de travail protégé, qui reçoivent une proportion toujours accrue de personnes en situation de handicap psychique, vont dans le sens d'une adaptation aux besoins de ces personnes : davantage de souplesse dans les rythmes de travail (possibilités de temps partiel), davantage de travail externalisé et d'accompagnement dans les entreprises ordinaires. À cet égard, on peut souligner les expériences comme celle de l'association Messidor qui situe le rôle de l'ESAT comme étant de permettre un temps d'évaluation et de réhabilitation dans un parcours d'insertion professionnelle.

Niveau régional

Dix-neuf des 23 ARS répondantes sur le sous-axe « Améliorer la qualité de vie des personnes, leur participation sociale et accès à la vie professionnelle » ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions.

L'action récurrente sur ce sous-axe est le déploiement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) (citée par environ la moitié des ARS répondantes). Le développement de réseaux ou filières de réhabilitation psychosociale est également évoqué par quelques ARS. Enfin, on note le développement d'une plateforme d'insertion professionnelle dans la région Languedoc-Roussillon, l'expérimentation Clubhouse en Île-de-France et l'attribution de places d'hospitalisation de nuit à certaines maisons de santé pour faciliter le retour dans le travail. Peu d'actions sont donc rapportées dans le champ de l'insertion professionnelle.

Conclusion

Le Codev n'a pas relevé, dans le cadre du plan, d'avancées significatives de l'accès et du maintien dans l'emploi des personnes qui vivent avec des troubles psychiques, qui restent une priorité à inscrire dans les futures politiques de santé mentale.

De nouvelles perspectives seraient à rechercher :

- Dans l'application de nouveaux principes d'action : programmes de soutien à l'accès et au maintien dans l'emploi « droit à essayer », « job coaching », « Working first » ;
- Dans les expériences de formation des personnes, en particulier les formations fondées sur les principes du rétablissement, de l'*empowerment* et de l'inclusion sociale ;
- Dans la valorisation des expériences d'emploi des personnes rétablies, notamment en milieu associatif (associations d'usagers, GEM), en services de santé ou structures médico-sociales (pairs aidants).

Comme en ce qui concerne le logement, les politiques visant à la participation sociale et à l'insertion professionnelle des personnes requièrent une composante interministérielle (Santé, Cohésion Sociale, Emploi et Formation, Ville), au plan national, et une dynamique de rencontre de divers acteurs autour de diagnostics et de projets partagés, au plan local.

Recommandation relative à la thématique

- Promouvoir les pratiques de soutien à l'emploi, d'insertion dans le travail ordinaire avec l'accompagnement par des travailleurs sociaux ou autres intervenants spécialement formés, « favoriser le droit à essayer » (sans perdre les prestations d'allocations adulte handicapé - AAH), expérimenter et promouvoir les programmes d'insertion, d'accès et de maintien dans l'emploi selon des principes de soutien individualisés, de type « *Working first* ».
- Développer des démarches similaires pour l'accès et le maintien dans les formations professionnelles et universitaires.
- Poursuivre les travaux de l'AGEFIPH pour améliorer l'accompagnement à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique (Cap Emploi⁷², Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés : SAMETH) et adapter les prestations aux besoins de ces personnes.
- Sécuriser le budget des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) : nouvelles créations pour une équité territoriale et sécurisation dans le temps tout en veillant au respect du cahier des charges et à ses évolutions.
- Poursuivre le développement des services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) et déployer les services d'aide à domicile formés à l'intervention auprès des personnes vivant avec un trouble psychique.

5.3. Améliorer l'accès des personnes aux droits du handicap

Pertinence

Le plan appelle à *garantir l'accès aux droits du handicap des personnes concernées, avec prise en compte des difficultés particulières des personnes handicapées psychiques par les MDPH.*

Globalement, les entretiens et auditions en particulier dans les régions, confirment d'importants dysfonctionnements dans **l'accès aux droits du handicap pour les personnes dont le handicap est psychique**. Les MDPH témoignent de la difficulté de l'évaluation du handicap psychique avec des grilles d'évaluation faiblement adaptées et des certificats médicaux qui ne permettent pas une appréciation objective du retentissement de la maladie dans le quotidien de la personne. Ce même constat a été fait lors de l'évaluation faite par le HCSP en mai 2015 (avis relatif à l'évaluation des besoins des personnes handicapées et à l'élaboration des réponses au sein des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)⁷³.

On peut en particulier souligner la grande inégalité d'accès à la PCH, dont les critères d'attribution peuvent être diversement interprétés et utilisés.

⁷² Cap emploi est un réseau national d'organismes de placement spécialisés au service des personnes handicapées et des employeurs pour l'adéquation emploi, compétences et handicap. Ces services sont financés par l'Agefiph, le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et par Pôle emploi dans le cadre de ses programmes.

⁷³ <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Groupe?clef=87>.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Au plan national, différentes actions ont été menées concernant l'accès aux droits du handicap dans la situation de handicap psychique.

Ainsi, la DGCS a lancé en 2013, un chantier sur deux départements pilotes (Calvados et Nord) visant à simplifier les demandes des usagers auprès des MDPH. Il s'agit du projet IMPACT (Innover et moderniser les processus MDPH pour l'accès à la compensation sur les territoires). De plus, la DGCS a initié en juillet 2014 une feuille de route globale sur l'accompagnement du handicap psychique avec 8 axes de travail, et qui vise notamment à une meilleure articulation des interventions entre les champs sanitaire, sociaux et médicosociaux. Les différents acteurs du champ médicosocial, dont la CNSA, y sont associés.

La CNSA, à la suite de ses travaux sur l'évaluation du handicap d'origine psychique (menés notamment avec le CEDIAS), a le projet de réaliser un guide sur le handicap psychique destiné aux MDPH.

En ce qui concerne l'accès aux droits des personnes handicapées dans le cas du handicap psychique, des progrès ont été réalisés depuis la loi de 2005 mais beaucoup reste à faire pour prendre en compte les particularités de ce handicap, dont la première résulte de la difficulté pour les personnes de prendre la mesure de leur situation de handicap et de s'adresser aux MDPH pour obtenir de l'aide. De ce fait, il ne s'agit pas seulement d'améliorer les outils et questionnaires pour l'évaluation du handicap, il s'agit de promouvoir des processus qui permettent à la personne d'évaluer ses difficultés et d'éprouver ses compétences, en l'accompagnant dans ce processus et en favorisant des essais (dans le logement, ou en milieu de travail notamment).

Il faut rappeler le rapport de l'IGAS sur « *La prise en charge du handicap psychique* », en août 2011 qui comporte 60 préconisations.

L'ANESM vient de publier des recommandations professionnelles sur la prise en charge du handicap psychique dans les structures sociales et médico-sociales.

Au niveau régional, des initiatives ont été menées pour améliorer l'évaluation du handicap psychique. Une adaptation de la grille d'évaluation du handicap psychique a par exemple été proposée par la MDPH des Bouches-du-Rhône.

Conclusion

La formation des MDPH à l'accueil, à l'évaluation, à l'ouverture des droits (pour l'attribution de la PCH et de l'AAH notamment), et à l'élaboration de plans de compensation adaptés à ces personnes reste une priorité.

À cela, il faut ajouter deux conditions importantes :

- La collaboration des médecins généralistes et des équipes de psychiatrie à l'évaluation des situations de handicap par la MDPH ;
- L'effectivité du plan d'aide et des orientations, qui reste un point d'achoppement, tant les structures sociales et médico-sociales adaptées manquent encore pour répondre aux besoins de la population, en particulier en ce qui concerne les services d'accompagnement et les services d'aide à domicile (cf. le rapport de Denis Piveteau en juin 2014, et la mission confiée à Marie-Sophie Desaulle pour « Zéro sans solution »).

Recommandation relative à la thématique

- Améliorer les processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par les MDPH et réduire les disparités territoriales d'accès à la prestation compensatoire du handicap (PCH).

5.4. Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention

Pertinence

Le plan fait écho à la demande des associations de familles et d'usagers de la psychiatrie que les aidants soient écoutés, soutenus et guidés dans leurs rôles auprès de leur proche malade. Le plan fait davantage de place que les plans précédents à des principes d'action destinés aux proches, aidants.

« Il s'agit de donner toute leur place aux aidants en les associant, sous réserve de l'accord de la personne dans toute la mesure du possible, à toutes les étapes du parcours de soin et d'accompagnement (évaluation et réévaluation des besoins, orientation, programme de soin »

- Bénéficier de modalités de réponse adaptées : repérables, apporter soutien / aide / information
- Faciliter leur lien avec les autres dispositifs de soins et de prévention concernés par un patient en difficulté
- Encourager les actions d'accompagnement, d'information et de soutien aux aidants, telles que celles menées par les associations de familles
- Rechercher et développer les solutions de répit pour les familles

Le précédent plan comportait des mesures de soutien aux associations d'usagers et de familles financées au niveau national par des subventions à hauteur de 600 000€ par an, à reconduire annuellement à partir de 2006.

Actions mises en œuvre au niveau national et régional

Les acteurs rencontrés témoignent d'une évolution dans la volonté d'accompagner les personnes directement concernées par la maladie et les aidants par des dispositifs d'écoute, de formation, etc. Cependant, l'absence de moyens financiers est largement citée comme un frein au développement d'actions structurées. Les actions sont le fruit d'initiatives portées par les associations ou d'autres acteurs locaux. Le plan contribue à leur donner de la visibilité.

Niveau national

La DGS et la DGCS soutiennent par des subventions, d'une part, l'UNAFAM pour ses actions de soutien aux proches aidants, et d'autre part des associations d'usagers, qui ont un but d'entraide, comme un but de représentation des usagers auprès des organismes et des pouvoirs publics. La DGCS a souhaité formaliser son soutien financier en signant avec l'UNAFAM une convention pluriannuelle d'objectif (CPO) à partir de 2014, pour 3 ans. La FNAPSY a fait l'objet d'un subventionnement par la DGCS après un arrêt de 3 années (pour des raisons de contrainte budgétaire sur le programme 157).

1- Les proches aidants

Un proche aidant est défini comme « *un membre de l'entourage non professionnel (un membre de la famille, un ami ou un voisin), qui soutient régulièrement un proche en raison d'un problème de santé ou d'un handicap. Le soutien peut prendre différentes formes: les aides dans les activités de la vie quotidienne (ménage, repas, toilette, présence), les aides financières, matérielles, et le soutien moral (CNSA).* »

Le Codev a auditionné sur cette question des représentants de l'UNAFAM.

L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades et personnes handicapées psychiques (UNAFAM) est la principale association rassemblant et soutenant les proches aidants des personnes vivant avec des troubles psychiques. Sa mission principale est d'accueillir, écouter et soutenir les familles dont un proche a des troubles psychiques :

- L'association a mis en place des dispositifs d'accueil et d'accompagnement des familles par des bénévoles formés, dans tous les départements (environ 350 points d'accueil au niveau du territoire).
- Situé au siège, le dispositif « Écoute familles », encadré par des psychologues, recueille les appels téléphoniques de familles et de personnes en souffrance psychique. 9 000 appels ont été traités en 2013. Le nombre d'appels reçus a augmenté de près de 13 % entre 2012 et 2013 (Source : site internet UNAFAM).
- L'UNAFAM développe également des actions de formation, avec le soutien des ARS et de la CNSA. Les programmes « Profamille » sont des programmes psycho-éducatifs destinés aux familles dont un proche a des troubles psychiques.

En ce qui concerne l'accueil des familles par les équipes de psychiatrie, l'UNAFAM relève des évolutions positives, mais il reste une grande marge de progrès à réaliser. Par ailleurs, le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie générale, qui est un temps de rupture pour les patients, est aussi une rupture pour les aidants, beaucoup moins écoutés, guidés et soutenus lorsque leur enfant est devenu adulte, à la fois dans le champ sanitaire et médico-social.

Considérant ce que le plan affichait et de ce qui en est résulté, et au regard des enjeux pour les personnes ayant des troubles psychiques et leurs familles, l'UNAFAM a exprimé au Codev « *sa profonde déception, et même une véritable indignation* ».

Les aides financières à l'UNAFAM ont été soutenues dans la période du plan, malgré une certaine érosion des subventions de la DGS et de la DGCS, grâce notamment à l'intervention des ARS. Ces subventions participent notamment au financement du dispositif de soutien et d'écoute des familles (« Écoute Famille »), et aux formations organisées par l'association (familles, formateurs). Par ailleurs, la CNSA a passé avec l'UNAFAM un accord cadre pour le financement de la formation des aidants dont un proche souffre de troubles psychiques et la formation de formateurs, pour la période 2013-2015.

La mission de la CNSA s'étend en effet au soutien des actions de formation et des actions d'accompagnement des proches aidants. Elle y a consacré en 2014 ses 3^{èmes} rencontres scientifiques pour l'autonomie ("Être proche aidant aujourd'hui").

Il faut aussi noter, en 2014, les recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM, à destination des professionnels du secteur social et médico-social : "Le soutien des aidants non professionnels de personnes âgées dépendantes, de personnes adultes handicapées ou souffrant de maladies chroniques, vivant à domicile".

Enfin, les éléments de bilan manquent pour ce qui concerne les solutions de répit (accueil temporaire, séjours de vacances, ...).

2- L'entraide

Bien que le Plan n'en fasse pas mention, il faut souligner le rôle des pairs dans le soutien apporté aux personnes, qu'il s'agisse des GEM (traités au point 5-2), dont le but essentiel est l'entraide, ou des associations d'usagers, dont les buts comportent l'entraide.

Le Codev a auditionné deux de ces associations, la FNAPSY et ARGOS 2001, toutes deux ayant été associées à l'élaboration du plan 2011-2015. La FNAPSY a participé à l'élaboration du plan, mais dit « *n'en avoir vu ensuite aucune application* ».

La Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie (FNAPSY) regroupe actuellement 59 associations dans toute la France, soit environ 5 000 usagers de la psychiatrie, réseau qu'elle anime et soutient.

Elle a été un partenaire actif pour l'élaboration des politiques nationales de santé mentale et du handicap, notamment pour la création des GEM.

Elle a organisé régulièrement, au Ministère de la Santé, des journées de réflexion et de débats, participe à des manifestations européennes et aux travaux du CCOMS en France. La présidente de la FNAPSY insiste sur la pertinence d'une écoute et d'un soutien entre pairs, qui, ayant l'expérience de la maladie, se comprennent et trouvent les façons irremplaçables d'aider et d'accompagner l'autre.

L'association ARGOS 2001 s'adresse principalement à des personnes ayant des troubles bipolaires. L'association a mis en place un dispositif d'écoute, une plateforme téléphonique nationale, avec des relais régionaux à destination des patients et de leurs aidants. L'association n'a pas assez de moyens pour gérer de manière optimale le dispositif « *il nous faudrait un superviseur, mais nous n'en avons pas les moyens* ».

L'association souligne que les besoins de formation pour les aidants ne font l'objet que de faibles budgets, l'accompagnement ne se fait donc que manière ponctuelle, en petits groupes. L'association a un partenariat avec l'UNAFAM sur le sujet.

« Le besoin des aidants c'est de disposer d'outils, et de pouvoir se mettre en recul de la situation. Le facteur le plus terrible est la culpabilité. On essaie de travailler avec les proches de patients atteints de troubles bipolaires en ce sens, et cela reste à développer. Il faut pouvoir informer, sans dramatiser. Le problème des aidants est « accablant » et il n'y a pas suffisamment de moyens : sur ce sujet, le plan n'a pas été un déclic ».

L'association prône une autre action qui serait de mettre en place des groupes de paroles « patients et proches ». Un groupe a été envisagé pour travailler sur la question des « perdus de vue », ces patients identifiés par un CMP ou une association, et qui disparaissent sans aucun suivi. L'association pourrait appeler ces personnes, les inviter à des réunions, mais n'a pas aujourd'hui les moyens de structurer cette action. Cela rejoint la thématique du parcours, et notamment du suivi post-hospitalisation qui constitue une réelle problématique dans le cas des personnes ayant des troubles bipolaires.

Il faut constater que dans la période de ce plan, la somme des aides financières accordées par la DGS et la DGCS aux associations d'usagers a subi de fortes baisses au regard de ce qui leur avait été dévolu par le plan 2005-2008, bien que le nombre d'associations subventionnées ait été dans le même temps élargi : notamment à ARGOS 2001 et Schizo Oui, pour l'organisation de groupes de parole et leurs permanences téléphoniques, et dernièrement au CNIGEM (Comité national interGEM), et à l'Union nationale des GEM de France, pour leur soutien aux GEM.

La FNAPSY a vu réduire ses subventions de façon importante. Pour la DGS, qui soutient son action fédérative, ses actions de formation auprès des usagers et des professionnels, et la tenue de colloques nationaux, les subventions ont été diminuées par 3 ; selon la DGS, cette décision a été motivée « *par un défaut de rendu des activités et de gestion financière de l'association* » ; la DGCS, pour son action auprès des GEM, après un arrêt de financement entre 2010 et 2012, a accordé une faible subvention en 2013, 2014 et 2015. D'après les éléments en possession du Codev, au total, ces subventions ne parviennent pas à la moitié de la subvention d'un GEM.

Niveau régional

Vingt ARS ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions. Il s'agit principalement de soutien financier à l'association UNAFAM par exemple pour la formation des accueillants et des aidants (7 régions) ou des ateliers « Profamille » (2 régions). La mise en place de groupes de paroles et d'aide aux aidants est également citée. Le soutien aux associations peut également se manifester par le cofinancement de postes de coordinateur sur l'aide aux aidants (2 régions). En termes d'offres de prise en charge, trois régions évoquent le développement d'accueil temporaire, MAS et lits haltes répit notamment pour favoriser les « séjours de rupture » (Poitou-Charentes). Une action n'apparaît qu'une fois, il s'agit des « consultations sans patient » (Aquitaine).

En Bretagne, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) a mis en place le programme Profamille (14 séances pour apprendre aux familles à mieux comprendre et mieux gérer les répercussions des troubles schizophréniques au quotidien). Le Centre ressource familles et troubles psychotiques (CREFAP) est un centre de ressources intersectoriel placé sous la responsabilité du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes de Rennes à vocation régionale. Il intervient au niveau du territoire d'Ille-et-Vilaine et des départements limitrophes, qui couvrent 977 000 habitants. En novembre 2012, le CREFAP a été créé afin de rendre visibles les dispositifs d'accueil et de soutien des familles ainsi que des soins existants, en proposant si possible une porte d'entrée unique pour les familles.

Conclusion

La pertinence d'un axe d'actions destiné à développer l'écoute et le soutien aux aidants de la personne, qu'il s'agisse de sa famille et de ses proches, ou de ses « pairs » fait consensus. Le plan a le mérite de lui faire une place. Cependant, non décliné en actions et sans obligation de moyens, il ne semble pas avoir eu d'impact sur les évolutions en cours.

En ce qui concerne l'accueil, le soutien et la formation des proches aidants, en dehors de l'action soutenue de l'UNAFAM, les programmes apparaissent sporadiques et les efforts dispersés, très en deçà de l'importance du rôle des proches aidants auprès des personnes. Cet axe d'actions reste également une priorité pour améliorer la place et l'écoute des familles.

En ce qui concerne les associations d'usagers, on ne peut que constater l'effondrement de l'effort financier apporté à leur soutien, par rapport au précédent plan. La pérennité de la FNAPSY paraît aujourd'hui particulièrement en danger mais la réduction de subvention s'explique selon la DGS « *par l'absence de mise en conformité de l'association aux recommandations du rapport de l'IGAS de 2011* ».

Il faut souligner que les associations d'usagers de la psychiatrie sont faiblement soutenues en France : les subventions reçues financent certaines actions mais ne leur permettent pas de développer dans la durée et sur l'ensemble du territoire un accueil des personnes vivant avec un trouble psychique et de leurs proches ; ces financements, dédiés à des actions ciblées, sont limités dans le temps, entraînant de ce fait une grande insécurité. Les associations manquent aussi d'appui de professionnels, notamment de compétences de juriste, et d'appui logistique.

Le soutien des associations d'usagers, dans leur diversité, et pour l'ensemble de leurs missions (d'entraide, de représentation et prise de lutte contre la discrimination), doit devenir une priorité des politiques à venir.

Recommandation relative à la thématique

- Mettre en place au niveau régional un soutien des associations qui écoutent et accompagnent les familles.

6. Apprendre à prendre soin de l'autre

6.1. Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie et lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique

Pertinence

Les thématiques développées dans ce sous-axe sont :

« Chaque professionnel veillera à réfléchir à ce qu'il « fait passer » à son entourage sur ces questions dans le cadre d'une démarche institutionnelle cohérente et planifiée particulièrement attentive à l'élaboration de plans de communication (notamment en situation de crise). »

- Développer les programmes de communication à destination du grand public ;
- Favoriser la rencontre, notamment des jeunes publics, en s'appuyant sur des dispositifs existants (ateliers santé ville, réseaux, CLSM...) ;
- Encourager les études et recherches sur les représentations dans le domaine de la psychiatrie ;
- Viser une meilleure connaissance sur les difficultés de santé, les structures et les professionnels vers lesquels se tourner en cas de difficultés (y compris savoir distinguer psychiatre, psychologue, psychothérapeute) en associant à cette démarche les représentants des associations d'usagers en santé mentale ;

- Développer un pacte de communication en santé mentale en impliquant la presse pour s'assurer que les termes psychiatriques ne soient pas utilisés dans un sens stigmatisant ;
- Rechercher les partenariats avec les structures de formation initiale et/ou associations de journalistes ;
- Maintenir une veille sur les activités de nature sectaire, toujours proches des domaines touchant au bien-être mental et/ou des personnes vulnérables ;
- Mieux identifier et combattre les discriminations dont sont victimes les personnes traversant ou ayant traversé un épisode de troubles mentaux avec l'appui du Défenseur des Droits et en privilégiant des actions intégrant la participation des usagers ;
- Développer des travaux en matière d'accessibilité aux personnes en situation de handicap psychique avec l'appui de l'appui de l'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la Conception Universelle (OBIACU).

La lutte contre les discriminations des personnes vivant avec un trouble psychique est une préoccupation centrale des associations comme en témoigne l'article de la présidente de l'UNAFAM en date du 17 décembre 2015⁷⁴.

Pour les associations de patients, il est évident que l'accès aux soins et l'insertion sociale sont freinés par la stigmatisation associée à la maladie mentale. Le terme de « handicap psychique » bien qu'ayant amené des bénéfices incontestés reste encore globalement perçu comme un terme stigmatisant.

La stigmatisation des troubles psychiques se manifeste également dans l'accès au logement ou au travail. Lors de son audition auprès du Codev, Tim Greacen a indiqué : « *En France, il ne faut surtout pas dire que vous avez ou que vous vous rétablissez d'un trouble psychique. Vous avez réellement intérêt à mentir à votre futur employeur, à votre futur bailleur. Pour vous. Pour vos proches. Avouer son trouble psychique est risqué pour sa santé somatique et pour son intégration sociale.* ». De plus, il estime que le discours sur la santé mentale doit sortir du champ sanitaire pour entrer dans le débat démocratique. Pour lui, il ne s'agit pas de se centrer uniquement sur les troubles psychiques graves mais d'ouvrir le débat sur le bien-être qui est une question démocratique avant d'être scientifique. L'objectif est de permettre un « *empowerment* » des citoyens face aux problèmes de santé mentale les plus courants (troubles anxio-dépressifs, dépendances à un produit, ...). Enfin, il évoque l'exemple de l'Angleterre dont les formations par les employeurs publics et privés sur la santé mentale, ont permis de faire baisser de manière significative les arrêts de travail pour maladie.

L'UNAFAM estime que la presse en général ne reste pas très porteuse des sujets de déstigmatisation et même, au contraire, elle se saisit de faits divers dramatiques autour de malades pour stigmatiser. Ainsi, l'étude réalisée entre 2011 et 2015 par 8 grands journaux français sur la représentation de la schizophrénie, montre que *moins de 1 % des articles comportant le mot schizophrénie sont vraiment dédiés à cette maladie*.⁷⁵ Elle souligne ainsi une spécificité française dans l'utilisation détournée de la réalité médicale de la schizophrénie pour décrire la manipulation, l'incohérence et la contradiction.

⁷⁴ <http://www.unafam.org/Discrimination-des-personnes.html>

⁷⁵ http://www.lepoint.fr/editos-du-point/anne-jeanblanc/la-schizophrenie-c-est-d-abord-une-maladie-21-01-2016-2011429_57.php

Il convient cependant de noter la mise en place de formation à l'attention des journalistes notamment par la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM). En particulier la F2RSM a conclu un partenariat avec l'École supérieure de journalisme de Lille, qui a pour but de créer des passerelles entre les psychiatres et les journalistes, au niveau régional et national. L'objectif principal est de renforcer les connaissances des journalistes en matière de psychiatrie et de santé mentale, tant pour la formation initiale que pour la formation continue. Ayant bien saisi les enjeux de la communication sur ce thème, un chargé de communication a été recruté pour renforcer les actions sur ces sujets. Par exemple ils ont sollicité les journalistes qui utilisaient des expressions telles que « le parlement schizophrène » et les ont interrogé sur ces pratiques ; les journalistes leur répondaient qu'ils ignoraient que cela puisse poser un problème pour les patients et les familles. L'association signalait un article accompagné de la photo d'une personne étiquetée: « *Fou dangereux* » dans un journal régional, qui avait soulevé des protestations.

La même association estime qu'il y a une stigmatisation à différents niveaux : entre les malades (davantage de discriminations à l'attention des patients schizophrènes que vis-à-vis des patients bipolaires par exemple), au niveau des médecins et de l'équipe soignante. Il existerait aussi des préjugés particulièrement vis-à-vis des patients schizophrènes ; parallèlement les soignants se sentent stigmatisés dans leur métier de pratiquer la psychiatrie.

Actions mises en œuvre

Des actions ont été mises en place à plusieurs niveaux.

Les élus à l'échelle de leur territoire

Les élus nous ont témoigné à quel point ils étaient des vecteurs de déstigmatisation car ils ont une influence sur l'opinion publique. L'association « Élus, Santé Publique et Territoires », créée en 2005, a pour objectifs de promouvoir les politiques locales de prévention, de promotion et d'éducation à la santé et de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Elle contribue à former les élus sur les thématiques de santé et favorise l'échange sur les problématiques rencontrées sur les territoires. Parmi les derniers événements organisés, beaucoup sont consacrés à la santé mentale, preuve de l'intérêt qu'y portent les élus locaux. Les dernières journées nationales d'études de l'association étaient notamment consacrées au thème « Démocratie et santé mentale » dont les actes sont téléchargeables au lien suivant : http://www.espt.asso.fr/images/ACTES_PUBLI_ESPT/1409_actescslm3sism_nantes2014.pdf.

La formation destinée aux professionnels

La déstigmatisation passe aussi par celle des médecins généralistes d'où une proposition de formation de l'UNAFAM à leur intention.

À l'EHESP, école qui forme notamment les directeurs des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (D3S), les médecins inspecteurs de santé publique, les pharmaciens inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'action sanitaire et sociale très présents dans les ARS, une formation brève, optionnelle, spécifique sur la santé mentale et la psychiatrie, a été organisée faisant une large place à la parole et au témoignage des usagers et des aidants. Cette initiative a contribué à une baisse des attitudes stigmatisantes.

La mise en place d'un DU pluriprofessionnel de psychiatrie et santé mentale à l'Université de Besançon est vue par les acteurs comme un vecteur de déstigmatisation.

Enfin, le Psycom a mis en place des formations auprès des bailleurs sociaux et des gardiens d'immeubles. Des initiatives similaires ont pu être mises en place dans d'autres territoires non visités lors de l'évaluation du plan.

Les outils destinés au grand public (ou aux patients et familles)

Le Psycom travaille sur la déstigmatisation avec la mise en place d'outils innovants de lutte contre la stigmatisation en particulier un site remarquable et très accessible⁷⁶ qui permet aux patients et à leur famille d'obtenir des informations de qualité. Ceci a été documenté comme favorisant l'autonomie et l'estime de soi des personnes vivant avec des troubles psychiques qui peuvent ainsi mieux gérer leur maladie, leurs médicaments, les informations sur les centres de soins.

Les actions des personnes vivant avec des troubles psychiques

Beaucoup d'acteurs de terrain estiment que le mouvement des usagers est le meilleur promoteur de la santé mentale. C'est en connaissant la maladie, une personne concernée, que l'on modifie sa perception.

Les GEM constituent un réel progrès et ont un impact positif sur la qualité de vie des personnes. Ils contribuent également à la déstigmatisation. Le GEM de Vannes, Vannes-Horizons, par exemple a réalisé un film « *Changer les regards* ». Ce film est très instructif par les témoignages des adhérents sur ce qu'un GEM peut apporter à la dynamique de rétablissement et d'exercice de la citoyenneté ; il montre également le soutien des élus et comment des usagers de la psychiatrie peuvent contribuer à la formation des professionnels. Un autre film réalisé à partir de témoignages comme « *Faire reflourir en moi la vie* » contribue aux démarches de déstigmatisation. Ce film a été projeté aux travailleurs sociaux d'un département et a suscité chez eux de vives réactions « *On a enfin compris ce qu'est le handicap psychique* ». D'autres films ont été cités, certains pour montrer que les personnes vivant avec des troubles psychiques peuvent avoir une vie autonome (Hors les murs, Film FNAPSY). Une pièce de théâtre adaptée du livre Abilifaïe Léponaïx de Jean-Christophe Dollé a été présentée lors d'une journée grand public autour de la recherche. On nous a aussi mentionné un DVD pour présenter un SAVS (SAVA Itinéraire bis de Mordelles en Bretagne) et un documentaire « Une bouffée d'Oxygène » du GEM de REDON dans un but de formation des accueillants sur le soutien aux aidants. Dans une des régions visitées, le GEM faisait des interventions dans des établissements universitaires (forces de l'ordre, aides-soignants, Croix-Rouge, ...) pour parler des troubles psychiques – de ce que signifie « décompenser » et comment cela peut être géré par les forces de l'ordre par exemple, des émissions radio, une exposition, la diffusion d'un documentaire pour faire connaître la psychiatrie au grand public.

La Psycyclette⁷⁷ de l'UNAFAM est aussi citée comme un magnifique exemple de déstigmatisation.

⁷⁶ <http://www.psycom.org/>

⁷⁷ La Psycyclette est un événement destiné à faire connaître les troubles psychiques dans un esprit cyclotouriste à travers un rallye-vélo de plus de 1 000 kilomètres à travers la France, organisé en 2015 entre la Picardie et Midi-Pyrénées.

La présence d'usagers dans les CLSM est également un facteur fort de déstigmatisation, elle permet les rencontres entre usagers, comités de quartiers, bailleurs sociaux, etc.

Autres actions soutenues par les ARS

Vingt-et-une des 24 ARS répondantes sur le sous-axe « lutter contre la perception négative de la psychiatrie et les discriminations à l'encontre des personnes atteintes de troubles psychiatriques » ont indiqué avoir mis en place une ou plusieurs actions. Près de la moitié des ARS ont mentionné la semaine d'information sur la santé mentale. Les CLSM ainsi que les forums et les réunions publiques sont également évoqués. Les Mad days et la Mad Pride ont été mentionnés par l'ARS Île-de-France.

Conclusion

On peut donc conclure de ces témoignages que des actions sont en place aux niveaux national, régional et local dans lesquelles les associations de proches dont l'UNAFAM, les GEM et les associations de patients prennent une large part. Bien qu'il soit difficile de retracer les dates et les périodes antérieures on a l'impression d'une montée en charge des actions. Aucune des actions mentionnées n'a été attribuée au plan ce qui ne signifie pas que le plan dans son esprit n'ait pas aidé à changer les regards et les comportements.

Recommandations relatives à la thématique

- Former les médecins et les infirmiers, et sensibiliser les intervenants dans les milieux scolaire, universitaire et du travail, à la compréhension des troubles psychiques et à l'accompagnement des personnes pour une meilleure intégration.
- Former les professionnels des médias aux problématiques des personnes vivant avec des troubles psychiques et leur entourage :
 - Actions auprès des écoles de journalisme (programme Papageno)
 - Élaboration de bonnes pratiques journalistiques (type HAS) impliquant les journalistes et les personnes vivant avec un trouble psychique
- Mieux relayer les semaines d'information sur la santé mentale au niveau des médias nationaux.
- Diffuser largement, auprès du grand public, des informations de qualité sur la vie des personnes vivant avec un trouble psychique pour changer le regard sur ces personnes.

6.2. Les médiateurs santé pairs

L'expérience des « médiateurs santé pairs » vise à former des personnes vivant avec un trouble psychique et à les embaucher dans des établissements de santé mentale pour qu'ils soient intégrés dans des équipes de soins afin de faire bénéficier l'équipe de leurs connaissances en tant que « soigné ».

L'expérience qui a débuté aux États-Unis dans l'état de Géorgie puis a été adaptée au Canada dans différentes provinces dont le Québec est en fait très codifiée. Les personnes doivent être volontaires, elles sont d'abord sélectionnées sur leur aptitude à la fonction d'aide puis formées de manière relativement codifiée (deux semaines), formation validée par un examen. Leur

intégration dans les équipes pose des problèmes divers : statut d'emploi, grille salariale, acceptation par les équipes, réactions syndicales.

Un programme expérimental a été mis en œuvre par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale, en partenariat avec la FNAPSY et l'Université Paris-8, avec l'appui de la DGS, de la CNSA, de la Fondation de France, des ARS Nord-Pas-de-Calais, Île-de-France et PACA, et des secteurs de psychiatrie volontaires de ces trois régions. Il a concerné 30 personnes ayant (eu) des troubles psychiques, rétablies ou en voie de rétablissement.

Selon la présidente de la FNAPSY, le bilan de cette expérimentation est plutôt négatif. Aujourd'hui, moins de la moitié des médiateurs sont encore en poste. Elle explique ce résultat très mitigé par le choix qui a été fait de rattacher les médiateurs à une équipe soignante. *« Leur seule expérience est leur expérience personnelle. Ils ne sont pas des soignants ».* *« Leur positionnement est clé et l'erreur a été de les associer aux équipes soignantes. »* *« C'est difficile à accepter pour les équipes soignantes et délicat pour les médiateurs santé pairs également ».* La FNAPSY préconise que le médiateur de santé pair soit *« salarié/rattaché à une association extérieure et mis à disposition de l'hôpital, selon les besoins exprimés par les services. Au niveau hospitalier, leur référent devrait être le directeur des ressources humaines. »*

Toutefois, le rapport d'expérimentation du CCOMS est plus nuancé. L'expérimentation est certes présentée comme « controversée » puisque trois sites « ont dû fermer du fait de la non-compréhension du programme ou de l'inadéquation entre médiateur et institution ». Il a néanmoins permis une reprise d'emploi pour une majorité de personnes ayant participé à l'expérimentation. Ainsi, il convient de noter que 16 des 29 médiateurs en poste au début de l'expérimentation sont encore présents 3 ans après et sur les 13 qui ont arrêté leur poste de pair-aidant, six ont repris une activité professionnelle et trois ont repris leurs études⁷⁸. Cependant, quatre ont arrêté du fait d'une reprise de leur maladie. Il est nécessaire d'attendre la publication des deux recherches externes prévues en juin 2016 pour pouvoir conclure sur l'expérimentation. En effet, l'évaluation s'appuie sur deux recherches externes simultanées, une qualitative, menée par le Clersé (Université Lille 1/ CNRS, Lille), qui a produit 3 rapports ; et une quantitative, menée par l'URC Eco (AP-HP, Paris), qui est encore en cours.

Il faut noter que le principe de pair-aidance peut être mis en œuvre dans le champ médico-social. On peut citer par exemple, l'expérience mise en place à Vannes par l'association Sauvegarde avec la signature d'une charte Pros-Pairs – L'alliance des professionnels et des pairs (PAIR-AIDANCE). Il s'agit d'un projet innovant qui introduit des pairs-aidants auprès des professionnels du réseau pour proposer des accompagnements aux personnes ayant des troubles psychiques. Le pair-aidant est ainsi défini : *« c'est un professionnel, employé par la Sauvegarde 56, et qui , à un moment de sa vie, a lui-même souffert de troubles psychiques. Après avoir bénéficié d'une formation, il propose d'accompagner les personnes en souffrance pour toutes les activités de la vie quotidienne (démarches administratives, sorties, ...). Le but est de rompre la solitude et l'isolement. »*

⁷⁸ Programme médiateurs de santé / pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014. Disponible sur http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf, consulté le 4 avril 2016, 60 pages.

Recommandation liée à la thématique

- Poursuivre l'expérimentation sur les médiateurs pairs (Pairs aidants), en portant une attention à leurs modalités de recrutement, leur formation ainsi que celle des équipes qui les accueillent, à la description des activités dans lesquelles ils ou elles sont impliquées ainsi qu'à leurs modalités de rémunération afin de donner toutes les chances de réussite à l'expérimentation qui doit être évaluée rigoureusement.

6.3. Représentation des usagers

Concernant la **représentation des usagers**, il est noté le développement de la place et du poids accordé aux usagers. La représentation des usagers dans les instances d'établissements est perçue de manière positive par la communauté médicale et administrative. Il nous a été rapporté dans certaines régions que la présence des usagers a permis une amélioration de la qualité des prises en charge dans les établissements. Il manque cependant une présence systématique des associations sur tous les lieux de soins, dans les différentes structures en ville, dans les lieux d'hospitalisation. C'est à l'hôpital général, dans les services de soins, que la présence des associations a le plus d'impact, avec un véritable rôle de médiation, en proximité avec à la fois les usagers et les professionnels.

Les associations soulèvent quant à elles de nombreux obstacles à l'effectivité de leur représentation. D'après la FNAPSY « *Représenter les usagers est loin d'être évident pour une personne qui a une maladie mentale même si elle va bien. De plus Il faut que ce soit une personne qui a vécu la psychiatrie, qui accepte sa maladie et qui soit capable de gérer une situation de représentation face à des médecins et des administratifs en position de pouvoir (même si bien sûr on ne fait pas de représentation dans les établissements où l'on pourrait être hospitalisé). Or il y a très peu d'usagers en capacité de le faire* ».

Selon cette association, les membres des GEM, que sollicitent par exemple les ARS faute d'associations d'usagers ayant pour but de porter la parole des usagers auprès des pouvoirs publics et des diverses institutions, ne sont pas préparés à cela et ce ne sont pas leurs missions. « *Les sollicitations sont nombreuses ce qui fait que ce sont toujours les mêmes personnes et que c'est épuisant* ». Pour certaines instances cette représentation systématique, s'avère très lourde et pas toujours utile – par exemple à la Commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) sauf pour des problèmes spécifiques. « *C'est aussi difficile d'aller voir des personnes hospitalisées sans consentement dans le cadre de la Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) parce que cela peut faire écho à une histoire personnelle* ». Les formations disponibles pour aider à la représentation sont celles du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) mais elles ont besoin d'être complétées parce qu'être représentant en psychiatrie implique en plus de maîtriser ce qui est propre à la maladie psychique c'est-à-dire la privation de liberté. Le fait de pouvoir faire ces représentations en binôme serait d'une grande aide. Il a été suggéré par exemple de s'appuyer sur le modèle québécois qui permet aux associations d'usagers d'avoir un accompagnant, c'est-à-dire des personnes ressources non malades, qui les aident par exemple dans l'élaboration de stratégies et dans leur rôle de représentation.

Des travaux de l'ANAP sont en cours sur ce sujet.

Enfin même si les relations des associations de patients avec les associations de parents et d'aidants sont bonnes et amènent à constituer des binômes, il ne faut pas occulter les différences qui existent entre les usagers et les aidants. Il convient de les distinguer au risque de conflits entre des points de vue défendus qui ne sont naturellement pas totalement superposables.

Le plan évoquait aussi le lancement de réflexions sur la personne de confiance en psychiatrie. Sur ce sujet, la FNAPSY a organisé un colloque en avril 2014 et a mis en place une recherche-action qui va débiter en 2016 dans 3 sites (CHS de Perray-Vaucluse, ASM 13 et Lille) pendant 8 mois. Il s'agit de rencontres avec les équipes afin d'évaluer leurs besoins et leur intérêt pour une personne de confiance. La personne de confiance, telle que définie dans ce projet, aurait pour but d'accompagner les personnes hospitalisées en psychiatrie.

Comme évoqué dans la partie précédente, la période du plan a également vu le développement des premières formations et des premiers recrutements de pairs aidants / médiateurs de santé notamment par exemple dans le projet national « *Un chez soi d'abord* ». A Marseille, Toulouse, Lille et Paris des personnes en situation de rétablissement ont été recrutées dans toutes les équipes d'accompagnement sur le terrain pour valoriser les acquis d'expérience des personnes vivant avec un trouble psychique. De même, la formation-action-recherche sur le rétablissement que propose l'équipe de Maison Blanche aux établissements spécialisés a pu avoir lieu dans 4 régions, Pays-de-Loire, Alsace, PACA, Nord-Pas-de-Calais.

Conclusion

L'ensemble des acteurs rencontrés note une évolution positive dans la représentation des usagers sans que cette dernière puisse être reliée au plan. Ils s'accordent pour dire que la présence des représentants d'usagers a permis de faire évoluer le débat dans les instances d'établissements, de contribuer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de contribuer à la déstigmatisation de la maladie psychique.

Cependant les associations d'usagers et de familles sont loin d'être soutenues comme elles le devraient et restent encore beaucoup trop fragiles pour jouer le rôle qui leur revient.

Pour le respect des droits des personnes, et plus largement, pour la pertinence des politiques et des actions qui les concernent, il est impératif de promouvoir sur l'ensemble du territoire la représentation des usagers de la psychiatrie.

Les auditions ont permis de dégager divers moyens, qui, conjugués, peuvent aider les usagers dans leurs rôles de représentation :

- Prévoir de rémunérer les formations ainsi que prendre en charge les frais de déplacement ;
- Avoir la possibilité pour les usagers d'intervenir en binômes ;
- Financer des « accompagnateurs » pour aider à la défense des droits (personnes ayant une formation juridique) ;
- Sécuriser le support financier des associations ayant parmi leurs buts de porter la parole des usagers à l'extérieur de l'association ;
- Distinguer les associations de personnes vivant avec des troubles psychiques, des associations de parents et d'aidants, permettant de donner à chacune un rôle spécifique.

Recommandation relative à la thématique

- Soutenir le positionnement et l'action des associations de personnes vivant avec un trouble psychique en prenant en compte leurs spécificités : aide matérielle (organisation et prise en charge des déplacements) et en ressources humaines (formation, supports logistique et technique y compris judiciaire) pour leur permettre d'assurer leurs missions de représentation, d'entraide et de lutte contre la stigmatisation. Accompagner les professionnels et les institutionnels à accueillir la parole des usagers, permettre leur participation à plusieurs membres, utiliser un vocabulaire compréhensible pour tous.

Évaluation de la construction, de la gouvernance, de la pertinence, de la cohérence du plan

Pertinence

La conception générale du PPSM était pertinente. Ces grandes orientations sont, pour la majorité des personnes auditionnées, consensuelles et s'inscrivaient dans la continuité du plan 2005-2008 et des évolutions déjà engagées « *On ne peut pas être contre, les objectifs sont nobles et partagés* ». La cohérence du PPSM par rapport aux préoccupations de terrain a été soulignée, il n'y a pas de remise en question des orientations fixées par les acteurs.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a permis de conforter des actions mises en place à l'échelle du territoire.

Il faut souligner que dans la plupart des entretiens menés dans les régions, on retrouve l'importance de la structuration du plan autour de la rupture, moteur pour l'amélioration de la coordination des acteurs, préalable à l'action.

Mais ce plan correspond davantage à une politique publique lisible qu'à un véritable plan. Il est parfois trop général, et parfois trop précis, sans que les moyens d'atteindre les objectifs n'y soient proposés. Les leviers d'actions prioritaires et les indicateurs n'ont pas été identifiés. La majorité des personnes auditionnées ont regretté l'absence de « feuilles de route ». On peut faire une analogie avec une œuvre musicale, le plan est alors une partition, mais chef d'orchestre et instruments étaient absents.

Notre analyse rejoint celle de la Conférence nationale de santé en 2012 (cf. encadré)

Avis de la CNS du 5 avril 2012 portant sur le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

- A- Le projet de plan psychiatrie et santé mentale marque quelques avancées : points positifs quant à la refondation de l'appareil de soins psychiques.
- B- Les éléments des évaluations du plan précédent pourtant produites par le HCSP et par la cour des comptes ne sont pas utilisés par le plan même si ces rapports sont cités.
- C- Le champ du plan n'apparaît pas clairement défini.
- D- Les droits des personnes font l'objet d'une attention particulière dans le plan.
- 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.
- F- La réponse à l'échelle des territoires de proximité soulignés par le plan devrait davantage insister sur le rôle des contrats locaux de santé : cohérence avec la loi HPST mais insuffisance d'articulation avec le secteur médico-social et la médecine de ville.

Cohérence interne

La structuration en 4 axes donne globalement une grande lisibilité au PPSM. Cependant certains axes se recoupent, aussi avons-nous parfois réuni les sous-axes qui étaient très proches dans ce rapport. L'analyse des différents axes et sous-axes du plan a montré des recoupements entre différents sous-axes qui font référence à des modalités organisationnelles communes ou à des populations spécifiques (par exemple pour les CLSM).

Il est parfois difficile d'identifier les modalités d'actions auxquels certains axes font référence. L'absence d'objectifs opérationnels énoncés clairement en regard des objectifs stratégiques présente l'intérêt de laisser une grande liberté de déploiement au niveau des ARS mais peut être aussi à l'origine de difficultés de décryptage quant aux actions attendues.

Cette difficulté est visible quand on examine les réponses données par les ARS dans le questionnaire d'évaluation qui leur a été adressé en juillet 2015. Le manque de clarté de l'intitulé de certains sous-axes pour les ARS, et la difficulté de rattacher certaines actions transversales à l'un plutôt qu'à l'autre expliquent en partie des recoupements ou des différences entre les ARS.

Des difficultés majeures pour l'évaluation

L'absence de suivi du plan est une limite majeure à son évaluation. Le HCSP a dû rassembler les éléments nécessaires à cette évaluation (voir paragraphe sur la méthode d'évaluation).

Le ministère en charge de la santé n'a pas pu jouer son rôle de suivi en termes de suivi des actions (suivi de processus) ou de suivi d'indicateurs de santé, indicateurs qui n'étaient pas identifiés dans le plan. Il est aussi difficile d'évaluer le suivi du plan au niveau des ARS. Des points de suivis réguliers sont pourtant indispensables et la nécessité d'un suivi était inscrite dans le plan. Dans son audition, M. Laforcade commente l'appropriation du plan par les acteurs en disant « *Ce qui fait le succès d'un plan, c'est sa qualité, mais c'est surtout le « harcèlement » qui suit pour forcer les acteurs à suivre la mise en œuvre* ». Le plan qui peut être cité en exemple pour son suivi est le plan Alzheimer 2008-2012 dont le comité de suivi

était réuni tous les six mois à l'Élysée obligeant à un véritable suivi de la mise en œuvre du plan.

La temporalité des actions est difficile à tracer et a nécessité un important travail d'analyse des données disponibles mais qui n'avaient pas encore été traitées et examinées pour permettre un suivi d'indicateurs. De plus, même quand il existe une temporalité des actions avec celles du plan, il est rarement rapporté que l'action identifiée peut être mise au bénéfice du déroulement du plan. **Pour la majorité des axes du plan, il ne sera pas possible de se prononcer sur l'impact direct du plan.**

Il est nécessaire de réfléchir à de nouvelles méthodes d'évaluation des plans dans leur déclinaison régionale et l'analyse de ce plan sera aussi utile tant pour la préparation de la politique de santé mentale que pour l'évaluation de plans ou de programmes en cours.

Pour le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, l'évaluation s'est essentiellement appuyée sur des témoignages et quelques indicateurs objectivant des avancées (ou reculs) durant la période, Ceci en l'absence notable de données quantitatives et qualitatives de suivi qu'il a fallu récupérer auprès de la Cnamts, la DREES, l'ATIH, la DGCS, la DGOS, pour pouvoir avoir des éléments d'évaluation.

Il convient pour conclure d'observer que la mise en place des ARS a pour conséquence une évolution souhaitable de la conception, du suivi et d'évaluation des plans de santé.

Gouvernance

Le plan Psychiatrie et santé mentale, premier plan conçu dans le contexte de la loi HPST

Dans le mode opératoire du plan qui visait à traduire des objectifs collectifs en des changements concrets, il était inscrit qu'il convenait de consolider la gouvernance en psychiatrie, et de prévoir une gouvernance pour le plan lui-même, centrée sur le rôle clé des ARS, et prévoyant un suivi et un appui national.

Le rôle central des ARS dans la mise en œuvre du plan était décrit :

- Traduire le PPSM dans le Programme Régional de Santé afin de constituer 26 programmes régionaux opérationnels « Psychiatrie et santé mentale », si nécessaire en révisant le PRS s'il avait déjà été adopté ;
- Être force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national sur les changements à opérer (point périodique avec le niveau national, mise en œuvre de projets à partir du FIR pour fluidifier les parcours, faire connaître les initiatives locales). Les ARS doivent s'assurer du fonctionnement de trois échelons :
 1. une commission régionale de concertation avec des représentants des usagers et des professionnels et les élus pour le suivi des politiques de psychiatrie et de santé mentale, au mieux une sous-commission de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA).
 2. un échelon spécifique départemental en lien avec les conférences de territoire. Si le territoire de santé n'est pas concordant avec le territoire départemental, l'ARS s'assure que les différents acteurs sont bien en mesure de se coordonner, et

prévoit si nécessaire des modalités de coordination spécifiques au niveau départemental

3. un échelon de proximité basé sur la sectorisation. Des dispositifs tels que les conseils locaux de santé mentale, les conseils de secteur, les ateliers santé-ville, les réseaux ont vocation à trouver leur place à ce niveau.

Les feuilles de route des opérateurs nationaux et des administrations devaient être transmises avant l'été 2012 à la DGS pour être annexées au plan. Étaient attendues des contributions de la DGOS, DGCS, CNSA, DSS mais aussi de la direction de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction, direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle, direction générale de l'enseignement supérieur et de la recherche, DICOM, Secrétariat général du ministère de la Justice, Inpes.

Au niveau national, la DGS était chargée de s'assurer de la mise en œuvre du plan, avec l'appui du Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales. Une conférence annuelle du plan Psychiatrie et santé mentale devait être organisée.

Pilotage national

D'un point de vue globalement partagé, le plan n'a pas été piloté au niveau national et le niveau national n'a pas assez soutenu les régions. Pourtant, le pilotage et la gouvernance du plan étaient, d'une certaine manière, « l'essentiel » de ce plan.

Les orientations font aujourd'hui encore consensus, la problématique résidait dans la mise en œuvre originale du plan. Il n'y a pas eu de véritable suivi avec les ARS des actions mises en place après le lancement du plan, seulement des remontées ponctuelles des ARS sur des questions spécifiques. En région, les ARS ont mis en place des actions en fonction de leur diagnostic territorial (la plupart avaient rédigé leur PRS), mais en l'absence de gouvernance au niveau national, aucune orientation ou priorisation n'a été donnée aux instances régionales. Voire il y a eu dans certaines régions la mise en place d'expérimentations sans cadrage national en termes de politique de secteur. Ce qui a pu aboutir à des projets parfois en contradiction avec les orientations nationales.

Deux réunions ont été organisées pour réunir les représentants des ARS ; une journée des référents ARS le 1^{er} juillet 2014 et une autre le 3 juillet 2015 sur la prévention du suicide. Selon les éléments recueillis auprès des ARS, ces réunions n'ont pas répondu aux attentes des référents sur la santé mentale et n'ont pas été le lieu d'échanges attendu pour cette thématique. En effet, la réunion de juillet 2014 a été plutôt perçue par les référents ARS comme une réunion d'introduction et de présentation du plan, programmé plus de 3 ans après sa mise en place tandis que celle de 2015 a concerné uniquement la mise en œuvre du programme d'actions contre le suicide. La réunion des référents du 3 juillet 2015 a permis de développer une dynamique de travail sur la question du suicide. En particulier, à la demande des correspondants présents, il a été décidé de mettre en place par la Direction générale de la santé un « *Share point* » pour permettre aux ARS d'échanger sur les différentes thématiques dont elles ont la charge, dont la santé mentale et le suicide (*Share point* santé mentale avec des onglets spécifiques à certaines thématiques comme celle du suicide). Pour cette thématique, cet espace collaboratif permet d'échanger des informations, de valoriser des bonnes pratiques (par exemple le dispositif de recontact des suicidants), d'informer sur des

événements régionaux, et de mettre à disposition des documents permettant d'alimenter la réflexion des ARS.

Au niveau des administrations centrales, les auditions n'ont pas permis d'identifier de priorités et d'actions qui soient directement rattachées à l'existence du plan. L'analyse des actions que nous avons postérieurement rattachées à chacun des sous-axes permet de comprendre le rôle de ces administrations, mais il s'agit de pilotage d'actions ponctuelles (ex : DGOS axe 2-8 pour l'accès aux soins des populations précaires).

L'absence de pilotage national n'a pas permis de tirer tous les bénéfices qui auraient pu être générés de par les échanges entre les régions, la confrontation des pratiques et des expériences, voire des résultats de ces expérimentations ou actions innovantes et le partage de bonnes pratiques. Il serait intéressant de partager aussi les expériences positives.

Se pose la question de la capitalisation à partir de ce que font les ARS, en l'absence de « boîte à outils », notamment sur ce champ de la coopération.

Comme indiqué dans le rapport de la CNS en 2012 (cf. encadré en supra), *« 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 »*.

Au total, le HCSP regrette l'absence :

- de pilotage et de mise en œuvre de ce plan au niveau national,
- de "feuille de route", c'est-à-dire que les directions concernées n'ont pas traduit en actions concrètes les orientations énoncées dans leurs domaines de compétence ;
- de suivi et d'animation de l'action des ARS ;
- de bilan des actions menées et des évolutions attribuables aux orientations du plan dans la période 2011-2015.

C'est ce qui avait été fait tout au long du déroulement du plan 2005-2008 et avait permis au HCSP de mener une évaluation précise, c'est-à-dire de confronter le bilan aux objectifs et d'estimer l'impact du plan.

L'évaluation du PPSM met en avant la nécessité d'avoir des objectifs clairs qui émanent du niveau national et d'« outiller » les ARS qui sont en charge d'organiser leur propre gouvernance au niveau régional.

Pilotage régional

Le point de vue des ARS

Les ARS ont la responsabilité de leurs projets régionaux de santé (PRS).

La place laissée aux ARS dans la mise en œuvre du PPSM est ainsi retenue comme cohérente et positive, même si l'on n'a pas encore su véritablement en tirer tous les bénéfices. Il faut noter que la publication du plan en 2011 a généré des difficultés en termes de temporalité dans un grand nombre de régions où les PRS étaient déjà publiés, d'où des difficultés d'appropriation du plan, ou des appropriations impactées par les priorités déjà définies à l'échelon régional.

Par ailleurs, plus de 70 % des répondants au questionnaire adressé aux ARS en juillet 2015 n'étaient pas en poste au moment de la publication du plan, ce qui conduit à souligner la

nécessité de la mise en place d'un système organisé pour permettre la continuité du pilotage et de l'animation territoriale. L'importance d'avoir un « référent santé mentale » avec des missions transversales au sein de l'ARS pour assurer le pilotage régional a été soulignée par différents acteurs. Dans une des régions visitées, la période de vacance du poste de référent santé mentale a très nettement été perçue comme une période pendant laquelle peu d'actions ont été impulsées au niveau régional. Le poste de référent est présenté comme central.

Seulement 8 des 21 ARS répondantes ont mis en place un groupe dédié santé mentale / psychiatrie au sein de la CRSA. Toutefois, 12 des 21 ARS répondantes ont mis en place une « autre instance de gouvernance de la santé mentale ». Ces instances apparaissent comme des instances de concertation pouvant prendre la forme de COPIL, groupe de travail – réflexion.

De plus, 18 des 20 ARS répondantes à cette question, ont indiqué avoir une politique régionale de santé mentale. Pour certaines régions, la détermination de cette politique régionale passe par les instances de gouvernance ; pour d'autres l'accent est mis sur la fonction de référent santé mentale en charge de la conduite et de l'animation de la politique régionale de santé mentale.

Il faut aussi souligner que 66 % des ARS répondantes estiment que les actions mises en place sont insuffisantes par rapport aux besoins du territoire.

Gouvernance locale CLS, CLSM

Appropriation du plan en région

Globalement, les acteurs ne se sont pas véritablement approprié le plan et l'appropriation du plan dans les régions a été **très hétérogène**.

Ceci s'explique par plusieurs raisons :

- Il y a une importante hétérogénéité dans la place accordée à la santé mentale. Il existe dans les régions des initiatives très intéressantes, des professionnels dynamiques mais sans que cela ne se diffuse sur l'ensemble du territoire.
- Les ARS, ayant pour la plupart élaboré leur PRS avant la parution du plan, ont choisi de développer certains axes du plan mais surtout du fait d'axes définis antérieurement dans leur PRS. Le manque d'opérationnalité du plan, d'identification de priorités et d'actions qui font leviers ont été des freins importants à son effectivité. C'est davantage la dynamique de l'animation du PRS en lien avec la CRSA qui a défini les objectifs dans une région.
- De plus, la démarche d'appropriation et de mise en œuvre du plan, a rarement été ascendante. Lorsqu'il y a eu volonté d'associer les professionnels de santé, la démarche s'est avérée trop complexe et chronophage et n'a en pratique pas abouti à une co-construction.
- Il n'existe pas au sein de chaque ARS un professionnel identifié « psychiatrie et santé mentale » ; le périmètre des missions des référents santé mentale est aussi très différent selon les ARS, et très dépendant aussi du profil des référents.

60 % des répondants indiquent dans leur titre l'intitulé « responsable santé mentale ». Si ce résultat ne permet pas de conclure quant à une hétérogénéité des missions réalisées, il permet à *minima* de déduire une hétérogénéité des statuts, profils et positionnement des personnes responsables de la thématique santé mentale au sein des ARS. Les répondants sont en effet soit des médecins de santé publique ou de formation autre (inspecteur de

l'action sanitaire et sociale -IASS- notamment). On note également une relative hétérogénéité des départements de rattachement : direction médico-sociale, département de suivi des établissements de santé, stratégie et performance, direction de l'organisation de l'offre de santé, direction des parcours, direction des études – stratégie et évaluation. La loi HPST laisse chaque ARS autonome et libre de définir son organisation selon ses besoins identifiés. Mais force est de constater que, selon le département de rattachement du référent ARS, l'appropriation du plan dans les autres départements est susceptible de différer. Le référent santé mentale doit avoir des compétences larges pour couvrir l'ensemble du champ.

- La transversalité demandée dans le plan n'est pas nécessairement effective dans l'organisation de l'ARS, ce qui a pu fortement limiter la capacité des ARS à faire vivre le plan. La gouvernance du plan en région est dépendante de cette structuration difficile.

Le point de vue des autres acteurs régionaux

Les entretiens avec les acteurs locaux ont montré de grandes disparités dans l'appropriation du plan au niveau du terrain.

Des difficultés ont été rapportées vis-à-vis des contenus et du déploiement du plan :

- une méconnaissance du plan, de son existence ou de ces contenus. Même quand il a été présenté, les acteurs ne se sont pas appuyés sur le plan pour la mise en œuvre d'actions ou le choix d'orientations ;
- une absence d'inclusion des professionnels dans le processus d'élaboration au niveau régional, l'ARS n'incluant les professionnels qu'*a posteriori*. Il est difficile de savoir si cette vision est partagée par un grand nombre de professionnels libéraux, peu d'entre eux ayant pu être rencontrés en régions ou auditionnés.
- des difficultés en termes de lisibilité de la thématique.

Néanmoins, le choix d'une mise en œuvre par les ARS est globalement perçu comme pertinent même si un risque de variabilité entre les régions est souligné.

Par ailleurs, il est à noter que si le plan n'est pas directement relié à l'impulsion d'actions, il n'a pas non plus été un frein à la mise en œuvre d'initiatives locales.

Prospectives

L'élaboration d'un nouveau plan psychiatrie et santé mentale ne semble pas nécessaire. Il conviendrait davantage d'afficher une politique lisible et pérenne avec des indicateurs de suivi.

Un suivi renforcé de la mise en œuvre des actions en région est indispensable.

Il faudrait que les objectifs soient définis de manière assez précise pour permettre un véritable dialogue de gestion avec les ARS (avec le SGMAS), tout en leur laissant une liberté de mise en œuvre en fonction de leur situation et prenant en compte les spécificités régionales.

Cette démarche peut reposer sur la base d'une instruction ministérielle aux ARS permettant de donner des orientations en termes d'organisation régionale : feuille de route, référent santé mentale, pilotage,...

Deux niveaux de pilotage semblent donc nécessaires :

- Un pilotage national fort, garant d'une vision globale de la mise en œuvre du plan, de la validation à *minima* de principes et d'orientations de cadrage (un socle minimal directif) et permettant de partager les bonnes pratiques entre ARS. Un message fort national légitime l'action des ARS.

La nécessité d'une acculturation des différentes administrations en charge du déploiement de ces orientations doit inciter à la création de temps ou de lieux d'échanges professionnels sur les politiques publiques et leur mise en œuvre.

- Un pilotage territorial des ARS opérationnel : l'ARS rendant lisible la politique qu'elle veut mener en fonction des orientations nationales et des besoins régionaux. (En l'absence de moyens dédiés accompagnant un tel plan, les ARS pourraient répondre à des appels à projets). Elles doivent organiser leur propre gouvernance en s'appuyant sur les instances/commissions qui existent déjà avec un référent dont les compétences sont larges. Dynamiser le réseau des référents ARS doit aider à l'opérationnalisation sur les territoires. Les acteurs sur le terrain doivent aussi avoir une certaine flexibilité dans la déclinaison des orientations. La difficulté du partage de données entre les acteurs reste un frein majeur sur lequel il conviendrait d'avancer.

À cela s'ajoute le besoin d'outils réglementaires contraignants permettant de suivre les évolutions et d'un calendrier de mise en œuvre.

Tout ceci dans le contexte de la réforme territoriale effective au 1^{er} janvier 2016 qui met en place 16 régions au lieu de 26 (loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République, loi NOTRe).

Recommandations relatives à la thématique

À l'échelle nationale, principes et orientations

- Inscrire à l'agenda du Comité interministériel pour la santé la question de la santé mentale comme thème prioritaire en cohérence avec les 5 domaines clés identifiés dans la Stratégie Nationale de santé.
- Assurer la transversalité au sein et entre les différentes directions du ministère en charge des affaires sociales et de la santé.
- Mettre en place une instance nationale de santé mentale et de psychiatrie associant les représentants des usagers, des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et des élus. Cette instance serait une instance de conseil directement reliée au ministre en charge de la santé et qui serait partie prenante pour la définition, le suivi et l'évaluation de la politique publique de santé mentale.
- Évaluer et mettre en adéquation l'enveloppe financière nationale et les besoins en termes de santé mentale dans la population. Rééquilibrer les moyens entre les territoires en reprenant les travaux menés sur le modèle de financement de la psychiatrie.
- Animer un réseau des référents psychiatrie-santé mentale des ARS en associant l'ensemble des directions d'administrations centrales concernées.
- Poursuivre le développement d'un système d'information national utile au pilotage et au suivi des politiques en mettant en place un recueil d'informations pour le secteur médicosocial, appariable avec ceux du secteur sanitaire (Sniiram, PMSI). Au sein du secteur sanitaire, étendre la génération d'un identifiant national anonyme aux patients suivis en ambulatoire. Améliorer la qualification et le suivi de l'évolution de l'offre de santé mentale et handicap psychique dans les enquêtes administratives nationales.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS

- Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
- Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la CRSA, ..), mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
- Définir une feuille de route, en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
- Inscrire la santé mentale à l'agenda des Commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
- Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale et en assurant le financement de postes de coordonnateur des CLSM (ARS - collectivité territoriale).

Analyse de situations régionales

L'enquête qualitative a été menée pour prendre en compte la structuration du plan qui donne une place prépondérante aux ARS dans sa mise en œuvre avec un déplacement dans 5 régions (Bretagne, Franche-Comté, Île-de-France, Limousin, PACA) afin de rencontrer et de conduire des entretiens avec différents acteurs locaux de la psychiatrie - santé mentale. Ces rencontres ont été organisées avec un appui majeur de la part des services des ARS concernées.

Les membres du Codev se sont répartis entre les 5 régions choisies. Le groupe en charge d'une région était systématiquement composé d'un psychiatre et d'un autre membre du Codev. Ils étaient accompagnés de l'équipe d'assistance à maîtrise d'ouvrage (EY) et si possible d'un membre du SG du HCSP.

Le schéma d'organisation de l'enquête qualitative a été similaire sur l'ensemble des cinq régions, systématiquement conçu avec l'appui de chaque ARS et plus spécifiquement du référent santé mentale :

- ▶ 2 jours consécutifs de présence sur place, sauf pour l'Île-de-France où des rencontres par thèmes ont été organisées ;
- ▶ Une même typologie d'acteurs rencontrés avec un guide d'entretien commun aux différentes régions :
 - ARS (directeur général, référent santé mentale, toutes les directions intervenant sur le champ de la psychiatrie / santé mentale, délégations territoriales : DT),
 - Établissements de santé (personnels administratifs et praticiens hospitaliers),
 - Usagers et aidants,
 - Professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et psychiatres),
 - CMP adulte, CMP infanto-juvénile,
 - Opérateurs médico-sociaux,
 - MDPH
 - Élus / CLSM

Ce sont ainsi plus de 100 personnes qui ont été rencontrées dans les régions.

Cette enquête comporte des limites. Même si le choix des régions a veillé à permettre une représentativité de la diversité des régions avec l'échantillon choisi (urbain/rural, démographie, ...), les éléments recueillis ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble du territoire national. En effet, le Codev n'a pu se rendre que dans 5 régions et le temps contraint passé sur le terrain pour chaque région (2 jours) a restreint le nombre d'interlocuteurs rencontrés ainsi que la surface géographique couverte. Le comité de visite est essentiellement resté dans la préfecture de région. Cependant, les acteurs venant d'autres départements se sont parfois déplacés ou des visioconférences ont été organisées avec les délégations territoriales.

De plus, les auditions et rencontres dans les régions se sont principalement limitées aux acteurs sanitaires et médico-sociaux. Les acteurs des champs du logement, de l'éducation nationale, du travail et de la recherche n'ont ainsi pas été directement auditionnés.

La synthèse pour chaque région est présentée ci-dessous sous forme d'une fiche de synthèse régionale.

Étude qualitative régionale - synthèse Bretagne

Acteurs rencontrés

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ARS Bretagne: directeur général adjoint, directrice adjointe des Parcours, équipe projet santé mentale, dont référent régional suicide • Membres de la commission santé mentale de la CRSA • Acteurs hospitaliers : présidente de CME, chef de pôle, responsable des urgences psychiatriques, PH, cadre supérieur, assistante sociale, infirmière, directeur (public, ESPIC et privé), MG en charge des soins somatiques d'un EPSM • Ancien médecin généraliste libéral • Equipes de CMP adultes et infanto-juvénile, CMPP • Opérateurs adultes (SAVS, SMSAH, MAS, FAM, EPSM, Foyer d'hébergement) • Directrice MDPH • Equipe du Conseil Local de Santé Mental (CLSM) de Rennes (élue et responsable direction santé publique) • Associations d'usagers | Entretiens réalisés les 14 et 15 octobre 2015 |
|---|---|

Animation de la thématique au sein de la région

| | |
|--|--|
| Existence d'un référent santé mentale au sein de l'ARS | Oui, référent santé mentale (0,5 ETP) et un groupe projet santé mentale depuis 2010 (écriture du PRS) |
| Existence et rôle d'un groupe dédié à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) | Oui, un groupe de travail accès aux soins et accompagnement des personnes handicapées psychiques qui émane de la CRSA |
| Existence de priorités régionales spécifiques Existence et contenu d'un programme d'actions dédié à la thématique de la santé mentale | La thématique santé mentale est structurée dans le PRS, autour de 4 axes stratégiques : 1. Renforcer les modalités de coordination et de coopération des acteurs 2. Favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire 3. Adapter les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'évolution des besoins 4. Améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médicosocial). La Santé Mentale est volontairement traitée de manière transversale à travers une fiche thématique Santé Mentale |
| Evaluation de la prise en compte de la thématique dans les différents documents de planification régionale (PRS, schémas, programmes) | Dans le cadre du SROS et du SROMS, la prise en charge de la santé mentale fait l'objet d'une élaboration d'une fiche commune aux deux schémas (schéma régional d'organisation des soins (SROS) et schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS)). Cette fiche présente en conséquence un diagnostic, des orientations et un plan d'action concernant à la fois les champs sanitaires (ambulatoire et hospitalier) et médico-social. En ce qui concerne le domaine de la promotion / prévention, les aspects de prévention liés à la prise en charge ou à l'accompagnement des personnes (ex. prévention des situations de crise, renforcement des liens entre psychiatrie de |

| | |
|--|---|
| | secteur et médecins généralistes) ont été intégrés à cette fiche thématique SM. Les aspects de promotion de la santé mentale d'une part et de prévention plus ciblée sur le suicide d'autre part, ont fait l'objet d'une fiche spécifique du schéma de prévention, conçue en cohérence avec la présente fiche SM. La réflexion sur l'Autisme a été intégrée aux travaux sur la Santé Mentale. |
|--|---|

► *Appréciation du niveau d'animation et d'appropriation de la thématique au plan régional et des éléments explicatifs*

Le domaine de la Santé Mentale est vaste : il concerne les maladies psychiatriques mais aussi un ensemble de situations de détresse psychologique réactionnelle. La problématique de la santé mentale est particulièrement importante en Bretagne comme le souligne le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS), les acteurs de la région s'en sont largement saisis. Les questions relatives à la santé mentale et celles concernant les addictions constituent deux véritables enjeux de santé publique en Bretagne. La question de la santé mentale fait partie des thématiques transversales et prioritaires, au sein de la direction adjointe des Parcours. Des groupes santé mentale existent au sein de chaque conférence de territoire (8 en Bretagne). L'ARS s'appuie sur un groupe technique régional (GTR) en santé mentale qui se réunit 3 fois par an pour échanger et bénéficier de l'expertise de ses membres, sur la thématique de la santé mentale. Un groupe de travail accès aux soins et accompagnement des personnes handicapées psychiques émane de la CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie). Une composante santé mentale et/ou prévention du suicide apparaît dans tous les Contrats Locaux de Santé, demande relayée par l'ARS. L'ARS de Bretagne a participé à l'expérimentation nationale pilotée par l'ANAP sur les Parcours de Santé Mentale. Cette expérience a pleinement participé à la mise en œuvre des axes stratégiques à vocation transversale du volet santé mentale du PSRS et au déploiement des axes du Plan Santé Mentale en Bretagne. La santé mentale dans ses composantes sanitaires, médico-sociale et sociale est un sujet perçu comme sensible et important par les acteurs des collectivités territoriales, qui ont intégré cette problématique dans les schémas départementaux des conseils généraux (voir ci-dessous).

Spécificités régionales

Eléments épidémiologiques. Une étude récente réalisée en Bretagne (2013) permet de confirmer que les deux facteurs contributifs au fort taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie sont d'une part, la **situation épidémiologique régionale particulière** et, d'autre part, les caractéristiques de l'offre. Les taux standardisés de mortalité prématurée liée à la consommation d'alcool supérieurs aux taux nationaux d'une part, le taux élevé de suicide d'autre part, sont autant de caractéristiques de la région. On peut souligner par ailleurs que les troubles mentaux constituent la quatrième cause d'admission en Affection de Longue Durée (ALD), hommes et femmes confondus et le premier motif avant 25 ans (40 % des demandes nouvelles d'admission à cet âge). Concernant la caractéristique de l'offre de soins, cette étude souligne trois points :

- L'offre de soins hospitaliers en psychiatrie générale est toujours marquée par une forte prédominance de l'hospitalisation temps plein. En Bretagne et pour l'ensemble de la psychiatrie, le poids de l'hospitalisation complète est de 74% et celui de l'hospitalisation partielle de 26 %. Il convient toutefois de préciser que ce chiffre global couvre deux réalités diamétralement opposées. Si ces chiffres indiquent les tendances effectives de la psychiatrie générale, ils ne reflètent en aucune façon l'activité hospitalière de la psychiatrie infanto-juvénile, qui repose essentiellement sur l'hospitalisation de jour et de façon marginale sur l'hospitalisation complète.
- On observe un lien objectivé entre taux d'équipement hospitaliers et consommation de soins hospitaliers. Le point de départ de ce travail est le constat au niveau

régional de taux d'équipement en lits et places de psychiatrie et de taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie parmi les plus élevés de France. L'étude montre que ce constat initial se double d'une corrélation nette, au niveau des territoires de santé, entre taux d'équipement et taux de recours, pour l'hospitalisation complète et pour l'hospitalisation partielle. Il y a donc un lien objectivé entre consommation et offre de soins hospitaliers : le niveau de l'offre hospitalière contribue, pour partie, au niveau du recours aux soins hospitaliers.

- L'analyse des pratiques hospitalières montrent un positionnement des établissements bretons plutôt bien situé sur le plan qualitatif, avec une marge de progression pour deux indicateurs. Ce qui est questionné n'est pas la pertinence de l'hospitalisation temps plein, maillon essentiel de l'offre de soins, mais sa juste place dans le dispositif de santé mentale, sachant les effets potentiellement néfastes d'hospitalisations prolongées ou itératives sur la capacité d'autonomie et la désocialisation des personnes. Il apparaît essentiel, pour la qualité des prises en charge, qu'au sein du dispositif sanitaire, l'hospitalisation temps plein soit réservée aux personnes pour lesquelles elle s'avère indispensable et ne soit pas une solution par défaut.

Ces éléments confortent les orientations stratégiques retenues dans le plan d'action du Projet Régional de Santé et mettent en lumière la nécessité de poursuivre la transformation de l'offre hospitalière de psychiatrie générale au profit de l'offre ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation temps plein, et de Poursuivre le développement de l'offre sociale et médico-sociale par création dans le cadre du secteur médico-social ou par redéploiement du secteur sanitaire vers le secteur médico-social

Diagnostic global (Extrait du volet santé mentale du PRS Bretagne)

- La santé mentale dans ses composantes sanitaires, médico-sociale et sociale est un sujet perçu comme sensible et important par les acteurs des collectivités territoriales. **Les schémas départementaux des conseils généraux** ont intégré la problématique du handicap psychique dans leurs orientations en mettant l'accent sur quatre points :
 - a) Le travail en réseau entre sanitaire et médico-social : préoccupation commune visant l'amélioration de la continuité des soins et de l'accompagnement par le biais de conventions et charte de coopération entre structures, rencontres entre professionnels et promotions d'expériences, mises en place d'équipes psychiatriques de liaison. Un modèle de charte régionale a été élaboré et promu essentiellement en Ille-et-Vilaine.
 - b) L'accompagnement dans le milieu ordinaire : axe de développement préconisé dans les 4 départements à travers la création de services tels que : SAVS, SAMSAH, habitat regroupé, accueil de jour, accueil temporaire, GEM.
 - c) La prévention et la prise en compte des situations d'urgence ou de crise : préoccupation inscrite dans 2 schémas, soit par la création d'une cellule de traitement des situations d'urgence ou par l'instauration d'un numéro d'appel d'urgence. L'élargissement des plages d'ouverture de certaines structures est préconisé en Ille-et-Vilaine (ex : CMP, accueil de jours le week-end)
 - d) L'évaluation des besoins de cette population : axe de réflexion affiché pour l'un des départements (Côtes d'Armor).
- Conséquence des évolutions sociétales et du développement d'une offre moins stigmatisante et plus diversifiée, la demande s'exprime plus et mieux, tant dans le champ sanitaire que social et médico-social. Les files actives sont à la hausse et les Bretons ont un taux de recours en psychiatrie adulte supérieur à la médiane nationale. L'augmentation de la demande d'accompagnement par des services sociaux et médicosociaux génère des listes d'attente et ses délais de prise en charge très supérieurs à ce qui serait souhaitable. **L'augmentation de la demande met le système face au défi de l'accès au soin et à l'accompagnement.** Mais elle pose aussi la

question des périmètres (où positionner la frontière entre ce qui relève du médical et ce qui relève du sociétal ? où positionner la frontière entre ce qui relève du médico-social et ce qui relève de dispositifs alternatifs de droit commun ?) et des modalités organisationnelles les plus adaptées aux besoins.

- Le manque de connaissance fine des profils des personnes prises en charge dans les ESMS est un point faible important. L'estimation des besoins non couverts, l'identification des besoins de formation et de support aux équipes, la mise en place de modalités organisationnelles adaptées ne peuvent en effet se développer sans la connaissance des profils des personnes actuellement accompagnées.
- Les acteurs sociaux et médicosociaux sont devenus des partenaires essentiels de la prise en charge des personnes en situation de handicap psychique, mais l'organisation du secteur pour prendre en charge l'accompagnement de ce handicap fait face à plusieurs difficultés. Difficulté d'appréhension du concept de handicap psychique, manque de psychiatres au sein des équipes des MDPH, délais de traitement des dossiers par les MDPH, difficultés rencontrées par des professionnels médicosociaux non formés à l'accompagnement du handicap psychique, insuffisance de présence des équipes de secteur psychiatrique au sein des ESMS pour assurer une continuité des soins.
- Tant dans le champ sanitaire que dans celui du médico-social, on assiste au développement d'une spécialisation de l'offre. Dans le champ sanitaire, au côté de l'offre sectorielle de soins polyvalents, une offre de soins spécialisée s'est progressivement développée en direction de populations spécifiques (adolescents, personnes en situation d'addictions, personnes âgées, personnes en situation de précarité...). Ces prises en charge spécifiques nécessitant une mutualisation de moyens sont assez souvent intersectorielles. Elles concernent surtout les activités hospitalières mais se développent aussi en ambulatoire (CMP ado, équipes mobiles précarité ou gériatrie-psychiatriques). **La question de l'équilibre souhaitable entre activité intersectorielle spécialisée et activité sectorielle polyvalente se pose de plus en plus nettement.** Dans le champ médico-social, aux côtés de dispositifs accueillant différents types de handicap se sont également progressivement développées des structures plus spécialisées. Les ITEP, sur la base des textes qui les définissent, sont ainsi des structures spécialisées. Dans le cadre du redéploiement de lits hospitaliers en places médicosociales, de nombreux hôpitaux psychiatriques ont développé des dispositifs médicosociaux spécialisés dans le handicap psychique. Un nombre croissant d'associations gestionnaires propose des services et des structures spécialisés (déficients auditifs, déficients intellectuels, autistes, déficients moteurs...). La question se pose du caractère souhaitable ou non de l'évolution vers des filières d'accompagnement par type de handicap, sachant qu'une plus grande spécialisation va de pair avec une moindre proximité pour les personnes.
- **Le manque de fluidité des parcours de soins et d'accompagnement est le problème majeur de l'offre actuelle.** Les solutions aux principaux problèmes identifiés, qu'ils soient dans le champ sanitaire ou médico-social (saturation des lits, continuité des soins des personnes en situation de handicap psychique, manque de dispositifs de logement et d'insertion sociale pour permettre la sortie de certains patients, organisation des prises en charge pour des patients nécessitant un accompagnement au long cours, prévention des situations de crise...) passent par une articulation effective et organisée d'une part entre acteurs de psychiatrie et acteurs de proximité (médecins généralistes, acteurs sociaux et médicosociaux de proximité, entourage), d'autre part entre les dispositifs sanitaires et médicosociaux.
- Deux enjeux de formation doivent être considérés pour permettre aux professionnels d'assurer la qualité de prise en charge attendue : **améliorer l'adéquation de la formation des infirmiers de psychiatrie** et répondre au besoin de formation et d'accompagnement des professionnels du médico-social. En psychiatrie la notion de plateau technique est centrée sur les compétences spécifiques des professionnels. Les infirmiers jouent à ce titre un rôle très important dans l'interaction avec les patients et

sont amenés à suivre des patients et évaluer des situations (visites à domicile, consultations de 1ère intention, suivi de patients en ESMS...). Or depuis le passage en 1992 à un cursus unique de formation des infirmiers, la spécialisation d'infirmier psychiatrique n'existe plus. Dans le cadre du Plan de Santé Mentale 2005-2008, un programme de tutorat a été mis en place pour pallier aux difficultés d'adaptation des jeunes professionnels et aux difficultés organisationnelles que cela pose aux services. Ce programme a pris fin avec le Plan. L'ARS a néanmoins décidé de reconduire ce programme de tutorat, qui sera cette fois-ci financé sur des fonds régionaux. Au sein des ESMS, la proportion de personnes en situation de handicap psychique ou d'autisme/TED croît de façon très notable depuis 2005 et les professionnels n'ont pas toujours bénéficié des formations et des accompagnements nécessaires.

- L'évaluation des politiques et des dispositifs est un point faible de l'action De nombreux dispositifs, ont été successivement mis en place au cours des années, sans que l'effort de suivi et d'évaluation nécessaire ne soit développé afin de guider la prise de décision quant à leur pertinence, efficacité et efficience.

Etat des lieux synthétique par thématique

| | |
|---|--|
| <p>Prévenir et réduire les ruptures tout au long de la vie</p> | <p>Concernant la prévention et la réduction des ruptures au cours de la vie de la personne : Mise en œuvre d'un appel d'offres annuel "prévention et promotion de la santé" avec une composante "promotion de la santé mentale et prévention du suicide" dont un axe vise à "Favoriser la capacité des individus à renforcer leurs compétences psychosociales, leur estime de soi et leur résilience par des actions d'éducation pour la santé" (reformulation des termes de cet AAP dans le cadre du PRS 2012-2016)</p> <ul style="list-style-type: none"> • en menant des actions au niveau des jeunes avec une approche globale de promotion de la santé • en développant des projets de promotion de la santé mentale au bénéfice de publics en situation de précarité ou d'isolement social. <p>Ce sont 23 actions financées en 2012, 18 en 2013, 18 en 2014.</p> <p>Concernant le programme national d'action contre le suicide 2011-2012, l'articulation est forte avec la politique de santé mentale</p> <p>Une démarche de Parcours santé mentale a été conduite avec l'aide de l'ANAP entre 2013 et 2015. Celle-ci est plébiscitée par l'ARS et les acteurs qui y ont participé. Ce projet a permis de travailler sur la notion de rupture. Ce travail a été très bénéfique et a fait bouger les lignes. L'ARS s'est mobilisée en réponse à une demande de l'ANAP. L'ARS a pu bénéficier de méthodes et d'outillages sur une partie du territoire de santé N°5 (une partie du territoire d'action du Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR) et de la Direction Territoriale 35). Il s'agissait d'une approche transversale sur la santé mentale qui ne se limitait à la psychiatrie. Un groupe de travail a été constitué et des travaux menés depuis fin 2013. L'accompagnement de l'ANAP se termine en fin d'année 2015. Un travail collectif a été réalisé, du diagnostic à la rédaction et la mise en œuvre d'une feuille de route/plan d'action. « <i>Il faut encourager ces démarches</i> ». Ce projet a contribué à créer un terrain fertile. « <i>Ce projet était intéressant mais consommateur de temps. On ne pourra pas répéter cela, pourtant il faut encourager ces démarches</i> ». Heureusement, l'ANAP a fait une capitalisation/boite à outil des actions. Cette démarche a permis en Bretagne de développer des actions répondant, notamment, à l'axe 1 du Plan (améliorer les réponses aux soins urgents et aux soins somatiques, développer le partenariat avec les aidants, améliorer la qualité de vie des personnes et développer l'accès et le maintien au logement, et d'améliorer l'accès aux droits) à travers les actions ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Développer des compétences psychiatriques au sein du centre 15 au travers de formation à destination des régulateurs publics et libéraux et des professionnels SAMU/SMUR, action en cours • Signer une convention entre le CHGR et l'UDAF (Union Départementale des Associations Familiales) • Faciliter la création de GEM sur le territoire de Vitré (Territoire non pourvu initialement), action réalisée. les GEM qui ont permis de prendre en compte les patients dans la vie sociale (« ne pas enfermer les personnes dans une identité d'usagers de la psychiatrie »). • Améliorer la sortie de l'hôpital |
|---|--|

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ○ Elaborer de façon concertée des courriers-types entre médecins de 1^{er} recours et psychiatres concernant plusieurs types de situations (admissions en psychiatrie, sortie d'hospitalisation, suivi de patients chroniques non hospitalisés) ○ Améliorer les relations CHGR et la MDPH : revoir et formaliser les modalités d'évaluation du handicap psychique et de transmission d'information entre la MDPH et les établissements de santé mentale au moment de l'accueil des personnes, <p>L'ARS Bretagne a décidé de lancer un appel à candidatures (AAC) dans le cadre du volet santé mentale du PRS, et dans un contexte budgétaire très contraint, pour accompagner les acteurs prêts à faire évoluer l'offre selon 3 axes prioritaires. L'un deux concerne la mise en œuvre des accompagnements sociaux et médicosociaux adaptés pour les personnes hospitalisées au long cours et/ou l'amélioration de l'accès au logement des projets ont été sélectionnés et ont reçu un appui financier</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Création d'appartements thérapeutiques et protégés, création d'une équipe de liaison vers les ESMS PH, et réorganisation de l'unité d'HLC (TS6) ○ Création d'une équipe d'appui à la reconversion (TS4) ○ Accompagnement par un prestataire pour une étude sur les HLC et une réflexion institutionnelle sur les évolutions à mener (TS2) ○ Création d'une MAS de 40 places dont 20 dédiées au handicap psychique ○ Habitat regroupé à destination de personnes hospitalisées au long cours (TS5), en partenariat entre la psychiatrie, bailleurs sociaux et les services d'accompagnement social et médicosocial (UDAF 35, ADO HLM, AIS 35, Espoir 35) <p>L'AAC était régional. On a cependant pu remarquer que sur le Territoire 5 cet AAC a eu un effet <u>synergique</u> avec le projet parcours, les acteurs s'en saisissant pour proposer des projets répondant aux problèmes identifiés et prolongeant le plan d'action du projet Parcours.</p> <p>Soins somatiques : le Centre Hospitalier Guillaume Régnier restructure son offre en soins somatiques (mise en place d'une équipe de 9 médecins généralistes rattaché à une UF hospitalière indépendante, ceci afin d'assurer une présence continue toute l'année et proposer une offre de MG à la fois lors des hospitalisations mais également en consultation). Reste la question du rôle du 1^{er} recours ?</p> <p>Sujet réhabilitation psychosociale et logement. L'ARS fait preuve de volontarisme sur le développement des services médico-sociaux (SAVS, SAMSAH) et priorisation dans le cadre du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) de la création de SAMSAH Handicap psychique dans un souci d'équilibrage territorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création par AAP de 110 places de SAMSAH Handicap psychique • Création de 10 places de SAMSAH Handicap psychique par extension de services existants (TS3 & 4) |
|--|--|

- Création de 10 places de SAMSAH Handicap psychique par médicalisation de 10 places de SAVS (TS7)
- Sujet de la reconversion de structures (2 MAS à Calac et à Lehon): nécessaire dans la région afin de répondre à l'absence de SSR reconnu en psy

Éducation Thérapeutique du Patient (ETP). Il y a une personne dédiée à l'ETP à l'ARS. Elle participe à donner l'avis sur les autorisations. Ce sont les personnes en charge de l'ETP à l'ARS qui donnent les réponses. Ce sont 8 projets qui ont été autorisés depuis 2010. Plusieurs des acteurs rencontrés ont fait état des difficultés de compréhension vis à vis de plusieurs décisions de l'ARS eut égard à plusieurs projets. Une des questions que pose, aussi, l'ETP pour les malades psychiatriques est celle de son intégration dans des programmes existants de maladies somatiques.

La lutte contre les addictions est un sujet important en Bretagne et fait à ce titre l'objet d'une thématique transversale à part entière. La filière addictologie s'est construite autour d'un schéma cible associant offre MCO et Psychiatrie sur chaque territoire de santé. Les actions de collaboration entre équipes de psychiatrie et d'addictologie se font dans le cadre du schéma cible des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui interviennent dans les services de psychiatrie.

Concernant les aidants, l'UNAFAM bénéficie d'un financement pour la supervision et la formation des accueillants au niveau régional. Le CHGR a mis en place le programme Profamille (14 séances pour apprendre aux familles à mieux comprendre et mieux gérer les répercussions des troubles schizophréniques au quotidien). Le CREFAP est un centre ressource intersectoriel placé sous la responsabilité du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie d'adultes de Rennes à vocation régionale. Il intervient sur le territoire d'Ille et Vilaine et les départements limitrophes, qui couvrent 977 000 habitants. En novembre 2012, le CREFAP s'est créé afin de rendre visible les dispositifs d'accueil et de soutien des familles ainsi que de soins existants, en proposant si possible une porte d'entrée unique pour les familles. **Une expérience de Pair Aidance** à Vannes mise en place via l'association Sauvegarde qui s'est traduit par la signature d'une charte (entre le conseil départemental, Bretagne Sud Habitat, la Sauvegarde 56, l'EPSM et le GEM l'Harmonie de Locminé. Il s'agissait d'introduire des pairs-aidants auprès des professionnels du réseau pour proposer des accompagnements aux personnes ayant des troubles psychiques. Le but est de rompre la solitude et l'isolement.

Des objectifs prioritaires sont discutés avec les directions des établissements ayant une activité de psychiatrie **et inscrits dans leur CPOM** (avec des indicateurs proposés pour les nouveaux CPOM) des établissements concourent à cet objectif de prévention et réduction des ruptures selon les territoires, par exemple :

- Contribuer en partenariat avec les acteurs concernés au développement de la palette d'offres de logements/hébergements adaptés (*Indicateurs : Nombre de conventions de partenariat avec les acteurs concernés (ville, DRJSCS, bailleurs sociaux...)*)

| | |
|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Engager une réflexion sur le devenir des patients hospitalisés au long cours (indicateur proposé Nombre de patients hospitalisés à temps plein pendant au moins 292 jours au cours de l'année) • Création ou participation à une filière gériatrique • Compléter l'offre d'HDJ pour adolescents sur les territoires non pourvus (<i>indicateur : Existence d'un HDJ ouvert aux adolescents sur chaque territoire de santé</i>) • Renforcer les circuits de l'urgence (<i>indicateurs : existence d'un circuit de l'urgence formalisé élaboré en partenariat avec les acteurs concernés ; existence d'un dispositif ambulatoire lisible et accessible de réponse avec situation de crise et nb d'audits cliniques ciblés réalisés sur cette thématique</i>) • Améliorer l'accès aux CMP par la réduction des délais de rendez vous (<i>indicateur : Délai de 1^{er} rendez-vous hors urgence en CMP. Cet indicateur ne pouvant être suivi à travers le RIM-P, il convient de demander aux établissements de prévoir un outil interne de suivi des délais de rendez-vous en CMP, et de suivre cet indicateur lors des revues annuelles de contrat</i>). • Mettre en œuvre des mesures organisationnelles facilitant les articulations avec les acteurs de proximité en s'appuyant notamment sur les Maisons de santé pluridisciplinaires • Améliorer la qualité de la préparation de la sortie de l'hôpital et notamment le relais de PEC avec les acteurs de proximité • Développer à partir des CMP des réponses ambulatoires de prévention et gestion des situations de crise en amont de la décision d'hospitalisation. |
| Prévenir et réduire les ruptures selon les territoires | <p>Un diagnostic régional sur le recours aux soins hospitaliers en psychiatrie est disponible en Bretagne, il a été réalisé en 2013 à la demande de l'ARS.</p> <p>La démarche Parcours santé mentale (ANAP) a permis en Bretagne de faire de développer des actions répondant à l'axe 2 du Plan entre 2013 et 2015 (rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre et mettre en œuvre des collaborations) à travers une action visant à</p> <ul style="list-style-type: none"> • Harmoniser les organisations de l'activité ambulatoire des CMP sur les trois secteurs projet, action en cours • Deux des trois objectifs de l'appel à candidatures (AAC) « pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne » : <ul style="list-style-type: none"> ○ un objectif de développement de collaborations entre les équipes de secteurs et les équipes de 1^{er} recours des maisons de santé pluridisciplinaires et des pôles de santé ; l'AAC a été lancé et un seul projet financé (Plouguernevel et des MSP (100 acteurs 1^{er} recours). ○ un objectif de privilégier l'accès aux alternatives à l'hospitalisation temps plein (CMP/CATTP et HDJ) en augmentant leur part dans l'offre sanitaire de psychiatrie adulte : 3 projets ont été sélectionnés et bénéficient d'un appui financier <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accompagnement par un consultant pour une démarche sur l'évolution des activités d'HC (TS1) ▪ Accompagnement par un consultant pour une étude sur la réorganisation des CMP (TS 3 & 4) |

Des objectifs prioritaires sont discutés avec les directions des établissements ayant une activité de psychiatrie et inscrits dans leur CPOM des établissements concourent à cet objectif de prévention et réduction des ruptures selon les territoires, par exemple :

- Restructuration et modernisation des conditions d'hébergement,
- participation au dispositif de coordination des acteurs du territoire,
- améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- renforcer coopérations avec les acteurs du territoire, (indicateur : à déterminer selon le dispositif)
- poursuivre et renforcer la psychiatrie de liaison médico-sociale à partir des équipes de CMP (indicateurs : Nombre de conventions signées avec les établissements médico-sociaux, Nombre de visites annuelles en ESMS PA et nombre de visites annuelles en ESMS PH)
- maintenir le développement des alternatives à l'hospitalisation temps plein (CMP, CATTP, HDJ) (indicateur : Nombre de places alternatives à l'HTP créées ou redéployées)
- Renforcer les dispositifs à destinations des publics précaires et migrants

Structurer les coopérations et les complémentarités à travers des projets de territoires qui se traduisent par de nouvelles formes juridiques de coopération (organique, comme le GIP ou le GCS, ou fonctionnel comme les communautés hospitalières de territoire). « Les acteurs doivent se connaître et c'est plus facile au niveau local et ils doivent rédiger un projet commun ». Plusieurs GCSMS (Groupement de coopération sanitaire de santé mentale) se sont développés en Bretagne (Golfe du Morbihan dans le département 56, Cap santé mentale dans le département 35). Une étude réalisée fin 2012 (à la demande de l'ARS) par l'association Convergence-Bretagne fait le point sur les dispositifs/espaces de coordination existants en Bretagne. Il s'avère qu'ils sont très nombreux, depuis les coordination de terrain qui se mettent en place « autour de la personne » et sont de composition variables liée au type de professionnels interrogés (SAVS/SAMSAH, EMPP, CMP, SIAO, CDAPH, CHRS et les plateformes de coordination stratégique (ADAPEI)...), jusqu'aux coordinations sur des territoires de référence qui s'inscrivent à un moment du parcours : en amont du soin (groupe de ressources local pilotée par la Protection Judiciaire de la Jeunesse à Brest, les Conseils locaux de santé mentale avec la nécessité d'adapter la forme du CLSM aux caractéristiques de son territoire (urbain/rural) et les animations territoriales de santé sur 8 pays Bretons), au moment du soin (avec pour objectif d'éviter les ruptures de parcours, comme la Maison des adolescents), en aval du soins et qui s'apparentent à des dispositifs d'évaluation (cellule d'évaluation du handicap psychique dans le Morbihan, équipes techniques pluridisciplinaires des Maisons départementales des personnes handicapées), les instances de concertation et de coordination, comme Lampadaires ou Rampes Cette étude révèle la complexité et la dualités des cloisonnement qui s'opèrent entre les mondes professionnels mais aussi au sein d'un même monde entre structures différentes. S'ajoutent à ces espaces, la charte de coopération handicap psychique en Ile et Vilaine conclue en 2007 entre 30 partenaires. L'éclaircissement de la fonction de coordination apparaît comme une des conditions premières de fonctionnement.

| | |
|---|---|
| | <p>Plusieurs projets ont été développés vis à vis de populations en difficulté : ouverture d'une UHSA, renforcement de 2 dispositifs de soins psychiatriques en établissements pénitentiaires par la mise en place d'une activité de CATTP. Identification d'un CSAPA référent pour chaque centre pénitentiaire, favoriser les rencontres entre les acteurs des PASS et des EMPP.</p> <p>Des outils de la territorialisation du Projet régional de santé sont une opportunité pour inscrire durablement les actions développées dans le cadre du volet SM du PRS dans les territoires, on peut en citer 3 : les Programmes territoriaux de santé (PTS), les contrats locaux de santé (CLS) et le dispositif d'animation territoriale de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conférences de territoires appuyées par les délégations territoriales de l'ARS ont élaboré en 2013 leurs PTS. Dans les 8 Territoires de santé (TS), elles ont intégré la prévention du suicide dans leur PTS. Les enjeux de coordination et de mise en réseau des acteurs en constituent un point important. • Les Contrats Locaux de Santé (CLS) qui comprennent tous un volet SM et/ou prévention du suicide facilitent le développement d'actions locales et renforcent l'engagement des élus. • Les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des lieux d'échanges et de coordination à l'initiative d'élus de municipalités. Leur développement est cohérent avec l'objectif de l'ARS de mettre en place un dispositif de coordination des acteurs dans le volet SM (cf travaux avec l'association Convergence Bretagne sur l'élaboration d'un dispositif de SM non abouti encore). L'ARS Bretagne aurait souhaité rédiger un cahier des charges et un appel à candidature sur les CLSM pour favoriser/inciter les acteurs à s'organiser en CLSM (5 dont 2 dans le Finistère) avec une participation financière. Sachant que parallèlement, l'ARS développe une réflexion plus globale sur les coordinations pour éviter de saucissonner les coordinations par pathologie mais travailler de manière plus transversale. « <i>Le CLSM est un bon dispositif mais il faut qu'il vive</i> ». • Le parcours ANAP santé mentale s'inscrit dans l'un d'entre eux (département 35) |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal</p> | <p>Mise en œuvre d'un appel à projets annuel "prévention et promotion de la santé" avec une composante "promotion de la santé mentale et prévention du suicide". Dans ce cadre, un axe vise à "Favoriser une meilleure prise en compte des questions de santé mentale dans la collectivité et la mise œuvre des politiques publiques" et "Informer et sensibiliser sur la santé mentale et le suicide" en organisant des conférences, ateliers et débats pour la population, les élus et les professionnels, prioritairement dans le cadre des semaines nationales d'information sur la santé mentale". 5 actions ont été financées par l'ARS en 2012, 4 en 2013, 8 en 2014</p> <p>Les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) sont des dispositifs à la fois de coordination et des espaces de dialogues et de réflexion entre la société et le système de soins. Sur la période du plan, plusieurs CLSM ont été créés, certains ont bénéficié d'un appui financier de l'ARS.</p> <p>Une composante promotion de la santé mentale et prévention du suicide est inscrite dans tous les contrats signés</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>entre ARS-Conseil régional et Pays pour le développement de l'animation territoriale dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé</p> <p>Consolidation du dispositif d'accueil et d'écoute généraliste à destination des jeunes (12 PAEJ, 5 MDA, écoute téléphonique) et un dispositif d'annonce dans le Finistère</p> <p>Les associations d'usagers ont à travers les GEM (groupes d'entraide mutuelle) initié plusieurs actions pour lutter contre la stigmatisation sous la forme de support audiovisuel de communication (films et patients témoignant de leur vie). L'UNAFAM organise une journée grand public sur le thème de la recherche financée via l'APP prévention et promotion de la SM de l'ARS) et propose d'assister à une pièce de théâtre de rencontre Tous participent à la Semaine de la santé mentale avec le collectif SM de la ville de Rennes.</p> <p>La ville de Rennes dans le cadre de son Plan local de Santé Ville 1. soutient les associations qui développent des activités et agissent en faveur de l'autonomie des personnes vivant avec des troubles psychiques, « Guide vivre ensemble avec ses différences » 2. Valorise les actions d'entraide (Groupes d'Entraide Mutuelle, Groupes de Parole...), 3. Promeut l'expression, valoriser les capacités artistiques de chacun et contribuer à la mise en partage de la culture entre la psychiatrie publique et les lieux culturels rennais dans le cadre d'une convention de partenariat (entre la Ville de Rennes, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier [CHGR] et Rennes Métropole) autour de la culture. « Agent d'accueil dans les espaces culturels et dans les espaces sociaux communs, charte culture (résidence d'accueil des artistes,) dans les centres hospitaliers ». Favoriser l'accès aux pratiques culturelles et sportives : délivrance d'une carte « c'est la question sociale qui permet l'accès, pas le handicap ».</p> |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs</p> | <p>Recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'ARS ne travaille pas régulièrement avec l'EHESP. L'ORS est financé (par l'ARS et le Conseil Régional) pour la réalisation de plusieurs études dans le cadre du programme d'actions de prévention du suicide. • l'ARS a soutenu la participation du CHGR au GCS national pour la recherche et la formation en santé mentale, en lien avec le CCOMS de Lille. Le projet consiste à regrouper au sein d'un GCS un ensemble de centres hospitaliers spécialisés en santé mentale (12 + 4 en attente d'admission) pour développer des projets de recherche et de formation, en lien avec le programme de recherche et de formation en santé mentale de l'OMS. <p>Ressources humaines : Compte tenu de taux d'équipements en psychiatrie adulte parmi les plus élevés de France et des conséquences budgétaires que cela entraîne, il est nécessaire d'accompagner une évolution de l'offre de psychiatrie vers une diminution de l'hospitalisation temps plein en faveur d'une part des alternatives à l'hospitalisation temps plein, d'autre part des accompagnements sociaux et médicosociaux. Cette évolution aura un impact important sur la dimension</p> <p>"Ressources humaines" de ces évolutions (clarification des rôles entre acteurs, évolution des identités professionnelles, construction de coopérations...). Elle devra s'accompagner d'un renforcement du développement de nouveaux savoirs et</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>de la consolidation des savoirs et compétences des acteurs de la psychiatrie.</p> <p>Les modalités financières d'accompagnement de transfert d'activités du sanitaire vers le médicosocial sont également nécessaires, notamment sous forme d'aides ponctuelles de recours à l'ingénierie pour déterminer le cadre et les modalités de l'évolution.</p> |
|--|--|

Perception synthétique des enjeux par profil d'acteurs

| | |
|-----|--|
| ARS | <p>La thématique santé mentale – psychiatrie est prioritaire en région Bretagne. Le PRS identifie la santé mentale comme un sujet pour lequel l'amélioration de la fluidité des parcours entre acteurs de psychiatrie et acteurs de 1^{ère} ligne mais aussi entre acteurs du sanitaire et du médico-social représente un enjeu fort. En cohérence avec ces orientations stratégiques, les travaux sur la santé mentale ont adopté une approche globale, sanitaire et médico-sociale. Le Groupe Technique Régional (GTR), instance de concertation en santé mentale qui a accompagné ces travaux réunit des acteurs du sanitaire, du social et du médico-social, de la promotion/prévention ainsi que des représentants des usagers et des conseils généraux. Un groupe de travail accès aux soins et accompagnement des personnes handicapées psychiques qui émane de la CRSA et dont le rôle et l'action mériteraient clarification pour éviter de faire doublon/concurrence.</p> <p>Le plan a conforté une dynamique déjà instaurée (travaux sur les points de rupture et la notion de parcours en Santé Mentale– une forte convergence est notée entre les orientations du plan et celles de la fiche projet transversale santé mentale du PRS.</p> <p>L'ARS Bretagne a adopté une approche transversale de la santé mentale et déterminé une évolution de l'offre autour de 4 axes de travail structurants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évolution de l'offre sanitaire: <ul style="list-style-type: none"> ○ Repenser l'offre à partir des besoins de proximité, en renforçant une double articulation : <ul style="list-style-type: none"> ▪ avec les acteurs de 1^{er} recours ▪ avec les acteurs sociaux et médicosociaux de proximité ○ Pour la psychiatrie générale, rééquilibrer l'offre hospitalière au profit des alternatives à l'hospitalisation temps plein. Selon les situations des territoires et des établissements (niveau d'équipements, situation financière) cela pourra se faire par redéploiement ou par création à moyens constants sauf exception, en tenant compte de l'annexe territoriale. ○ Poursuivre le développement de prises en charge hospitalières spécialisées <ul style="list-style-type: none"> ▪ En améliorant le dispositif de réponse aux urgences et aux situations de crise, notamment la crise suicidaire ▪ En réduisant au maximum les hospitalisations 'inadéquates' ▪ En renforçant les prises en charge intersectorielles spécialisées ○ En renforçant la fluidité entre établissements sanitaires et établissements et services médico-sociaux ○ Revisiter les limites des secteurs de façon à mieux prendre en compte les limites des territoires de santé et celles des territoires d'action sociale |
|-----|--|

- **Poursuite du développement de l'offre sociale et médicosociale pour les personnes avec troubles psychiques**
 - Par création ou par redéploiement
 - Privilégier l'offre de services d'accompagnement en milieu ordinaire (Service d'éducation et de soins spécialisés à domicile (SESSAD), SAMSAH, Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), SAVS) et les parcours diversifiés
 - Contribuer en partenariat au développement de la palette de logements/hébergements adaptés
 - Développer culture et compétence sur le handicap psychique
- **Développement d'un dispositif de coordination de l'ensemble des acteurs de santé mentale**
 - Suites à la mission confiée à Convergence-Bretagne par l'ARS, élaborer des propositions concrètes pour un dispositif régional
 - Assurer le suivi de sa mise en œuvre
- **Renforcement de la promotion et de la prévention en santé mentale**
 - Professionnaliser l'action (CPOM avec des acteurs clés, états des lieux et stratégies d'action)
 - Renforcer les travaux sur le suicide
 - Mieux intégrer la prévention à l'ensemble des maillons de l'offre

La principale contrainte à la mise en œuvre du PRS a été budgétaire. La dotation annuelle de financement en santé mentale a été gelée sur toute la période du plan. La politique volontariste de l'ARS s'est néanmoins traduite par des moyens supplémentaires pour le volet addiction et prévention du suicide (1,5 millions en plus) et des crédits nouveaux (700 000 euros sur 3 ans fléchés sur « l'Appel à candidatures pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne » qui vise à encourager les évolutions des offres en santé mentale vers plus d'ambulatoire et de collaborations). Le taux d'équipements en psychiatrie adulte de Bretagne est parmi les plus élevés de France, il est nécessaire d'accompagner une évolution de l'offre de psychiatrie vers une diminution de l'hospitalisation temps plein en faveur d'une part des alternatives à l'hospitalisation temps plein, d'autre part des accompagnements sociaux et médicosociaux. La composante "Ressources humaines" de ces évolutions est importante (clarification des rôles entre acteurs, évolution des identités professionnelles, construction de coopérations...). Les modalités financières d'accompagnement de transfert d'activités du sanitaire vers le médicosocial sont également nécessaires, notamment sous forme d'aides ponctuelles de recours à l'ingénierie pour déterminer le cadre et les modalités de l'évolution.

Si la méthodologie d'un plan programmatique structure a un effet levier dans la région (ce type de plan est par ailleurs souvent accompagné de moyens dédiés), un plan d'orientation, lui, donne le sens de la marche et cela suffit. Il prend en compte l'autonomie des ARS et préfigure les futurs PRS du fait de son caractère décloisonné, dans la mesure où il respecte leur calendrier. « C'est à l'ARS ensuite de se doter d'un référent santé mentale compétent pour porter le projet au niveau de la région ». Il faut poursuivre l'approche transversale adoptée par le précédent plan PPSM 2011-2015 et maintenir un plan d'orientation qui a pour ambition d'indiquer aux ARS le sens de l'action en leur laissant le soin, en fonction des caractéristiques régionales, d'établir une priorisation et de choisir les modalités de mise en œuvre des axes d'action proposés. Cette modalité est adaptée au fonctionnement des ARS. Toutefois la synchronisation entre la publication du Plan et celle des PRS devra être améliorée.

| | |
|-------------------------|---|
| | <p><i>« La psychiatrie doit accepter qu'elle ne fasse pas tout. Elle s'est construite en autarcie mais maintenant c'est terminé. De son côté, le médico-social doit accepter de se former et de prendre en charge les personnes portant un handicap psychique et qu'ils doivent maintenir un lien avec le soin car ce sont les patients qui en ont besoin ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs prioritaires à venir <ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre en compte l'approche parcours, notamment en s'appuyant sur les leçons du projet "Parcours en santé mentale " de l'ANAP mené en collaboration avec 3 ARS (Nord-Pas-de-Calais, Bretagne, Auvergne) ○ Aborder la question de la clarification des rôles entre médecins traitants/équipes de 1er recours, équipes de psychiatrie et équipes sociales et médicosociales: <ul style="list-style-type: none"> ▪ De façon globale: qui fait quoi entre acteurs du 1er recours, acteurs de la psychiatrie et acteurs du social et du médicosocial. ▪ De façon plus spécifique: pour les soins de réhabilitation/réadaptation et pour la prise en charge de l'autisme. ○ Proposer des orientations pour faire face aux évolutions démographiques des psychiatres ○ Fournir une guidance sur le sujet de l'article 13 |
| Direction d'EPSM | <p>Le plan a été utilisé pour orienter des actions récentes, comme par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire référence au chapitre sur l'Egalité d'accès aux droits chapitre pour argumenter la mise en place de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) centralisée (regroupement des 3 PASS dentaires somatique et psychiatrie). • Rédaction d'un guide des soins sans consentement, • Outil politique qui permet d'insister/légitimer le principe de décroisement et de la continuité des prises en charge. Il y a une cohérence entre le Plan national et le PRS. Les deux références sont valides <p>Le calendrier du Plan entraine en concurrence avec celui du PRS</p> <p>Plusieurs indicateurs de suivi sont utilisés par les établissements (CPOM) : hospitalisation de plus de 72 jours, délai d'envoi du courrier au médecin traitant, délai de rendez-vous en CMP (l'étude sur le fonctionnement des CMP est issue de la feuille de route ANAP).</p> <p>Il faudrait mieux définir la notion de handicap psychique notamment chez la personne âgée, particulièrement dans les EPHAD. Les relations entre les structures et la coordinations autour de la personnes âgées pourraient être améliorées (MDPH, es SSIAD, les SPASAD (services polyvalents d'aides et de soins à domicile), CDAS (conseil départementaux d'action sociale CLIC centre local d'information et de coordination gérontologique, MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie), les Maisons de l'autonomie...) Il faut que ces structures travaillent ensemble et/ou soient regroupées. Les pôles spécialisés en gérontopsychiatrie sont intéressants pour cela.</p> |

| | |
|---|--|
| Professionnels de santé hospitaliers | <p>Les regroupements au sein des établissements ou entre établissements :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les intersecteurs sont des regroupements d'unités et de mise en commun de moyens dans l'objectif d'une prise en charge spécialisée pour l'ensemble des secteurs psychiatriques du territoire de santé, notamment de l'EPSM Morbihan. Ceci aboutit par exemple à identifier un intersecteur Accueil - Urgences - orientation et un intersecteur gérontopsychiatrie, à côté des offres regroupées en ambulatoire également. • Il faut aller vers des rapprochements des secteurs sanitaires et médico-sociaux, au niveau local, ces constructions communes prennent la forme par exemple des groupements de coopération. <p>La question des hospitalisations inadéquates :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'expérience de l'EPSM du Morbihan et de Vannes est intéressante. Il s'agit d'une restructuration et de la mise en place d'une unité tremplin (8 places ouverture en NOV 2014), ces places concernent les personnes qui ont déjà une orientation vers le médicosocial (FAM, EPHAD) et un dossier MDPH fait). Ces patients sont hospitalo-requérant et pour un projet a déjà été concrétisé mais ils restent en attente. Cela libère les unités d'accueil de soins. • A Rennes, au Centre Hospitalier Guillaume Rénier, ce sont 50% des lits de psychiatrie qui correspondent à des hospitalisations inadéquates et ceci pour deux raisons. La première est que de très nombreux patients sont déments et relèvent de la neurologie (Korsakoff, et autres démences). La seconde est la conséquence de l'absence de solutions d'aval. Ce sont environ 50 patients (sur les 700 hospitalisés au CHGR) schizophrènes qui vivent à l'hôpital. Ils n'ont plus besoin de soins actifs mais ils ne peuvent se débrouiller seuls mais ils sont ritualisés et pourraient vivre dans des foyers d'accueil médicalisés (FAM). « ils n'ont rien à faire dans le secteur sanitaire ». L'hôpital est entrain d'identifier une filière intersectorielle pour ces patients au long court pour les mettre dans un pôle regroupé et permettre une meilleure identification de ces patients par les structures d'aval. <p>Les Urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un exemple de regroupement d'unités et de mise en commun de moyens dans l'objectif d'une prise en charge spécialisée pour l'ensemble des secteurs psychiatriques du territoire de santé de l'EPSM Morbihan, sous le nom d'intersecteur Accueil Urgence Orientation. • Cet intersecteur regroupe : <ul style="list-style-type: none"> ○ Le CAO (Centre d'Accueil et d'Orientation) créé en 2003 est un accueil médico-administratif sur le site de l'EPSM Morbihan. Il permet d'identifier le besoin du patient qui se présente en première intention grâce à une évaluation de son problème de santé, effectuée par un psychiatre chaque fois que possible (ou par un interne de spécialité), un médecin généraliste et un infirmier. ○ Le CEPRA (Centre d'Evaluation et de Préparation au Relais Ambulatoire, initiée en 2010 mais confirmée et étendue via le projet d'établissement 2013-2017) est une unité (entre 6 et 10 lits) ayant pour mission l'accueil de patients pour une |
|---|--|

| | |
|--|---|
| | <p>courte durée via le CAO afin d'évaluer la pertinence d'une hospitalisation. Cette structure de soins (par un temps d'observation clinique de 72 heures maximum) facilitera une observation clinique durant laquelle l'intervention de différents acteurs (médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales, psychomotriciens...) permettra, à l'issue de ce séjour, une prise en charge adaptée.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'UMP (Unité Médico Psychologique) dispositif qui intervient tant au sein du service d'urgences (UMP Urgences) qu'en psychiatrie de liaison (UMP Liaison). • Les urgences psychiatriques, l'Unité d'hospitalisation de courte durée Lantéri-Laura (UCD) a été inauguré au CHU de Rennes le 10 mars 2015 (après une période d'expérimentation). Elle a pour objectif d'accueillir des adultes vivant avec des troubles psychiques juste après une hospitalisation d'urgence, sa seule mission est de gérer le post-urgence. L'Unité Lantéri-Laura est implantée au CHU Pontchaillou mais est gérée par les équipes du centre hospitalier Guillaume Rénier (CHGR), spécialisé en psychiatrie. <p>Le Plan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il a été utilisé et présenté lors des Conférences de Territoire lors de sa sortie mais il a été peu retravaillé après. Il est peu ou pas assez incitatif et manque une déclinaison sous forme d'actions. Néanmoins, on peut citer des actions mises en œuvre en lien avec le Plan (et le PRS): <ul style="list-style-type: none"> ○ une étude portant sur la coordination des acteurs de la Santé Mentale (analyse critiques des acteurs en SM et des dispositifs de concertation réalisée en 2012 par l'association Convergence Bretagne) 4 territoires de santé et 3 types d'acteurs interrogés (sanitaire, médico-social, politique) ; ○ le parcours de santé mental ANAP « Il s'agissait d'améliorer la vision intégrée de ce que font les autres acteurs. Ceci a marché les acteurs ont compris ce que chacun faisait sur le même territoire». • Le Plan permet d'adapter aux objectifs/besoins régionaux c'est bien mais il aurait fallu faire des signaux d'alertes sur certaines priorités nationales. Finalement dans ce plan on choisit ce qu'on veut. Le PRS, lui, a identifié le suicide et les addictions comme les deux priorités. Il faut conserver les deux plans (plan psychiatrie SM et programme Suicide) car chacun relève de champs d'intervention différents : <i>« la Psychiatrie relève d'une spécialité médicale ; La Maladie mentale est pluridisciplinaire ; le Suicide est un sujet comportemental »</i> <p>De nombreux professionnels regrettent le manque de valorisation de leurs actions par l'ARS ou par les institutions. Les initiatives en psychiatrie et santé mentale sont très nombreuses mais insuffisamment valorisées.</p> |
|--|---|

| | |
|-------------------------|---|
| MDPH | <p>La directrice nous a présenté les travaux réalisés autour du parcours en santé mentale avec la collaboration de l'ANAP, comme une action emblématique sur la période du plan pour coordonner les dispositifs sanitaires et médico-sociaux.</p> <p>Dans l'Ille et Vilaine, plusieurs travaux ont été menés pour améliorer l'évaluation des besoins de compensation des personnes présentant une situation de handicap psychique les travaux depuis 2000 1. Charte sur le handicap psy (autour de la table Psy, Sanitaire et Médicosocial tous les acteurs) puis 2. Mise en place de réseaux pour évoquer des cas individuels : gestion de cas atteint de handicap psychique et Commission départementale des cas critiques (NB c'est la MDPH qui finance le temps de psychiatre car le CHGR refuse d'en mettre un à disposition de ces commissions. 3. Plusieurs projets collaboratifs en cours avec les SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social des adultes handicapés) et les SAVS (services d'accompagnements à la vie sociale) sur une notification commune « pour éviter à la personne à revenir ». 4. Recrutement au sein de la MDPH d'un éducateur spécialisé pour accompagner les parents avec un enfant ayant un handicap psychique. 5. Autres exemples de lien entre acteurs : travail avec des animateurs locaux d'insertion pour faire la part des choses entre les personnes pouvant relever du RSA et ceux qui pourraient faire une demande d'AAH. 5 Des projets collaboratifs antérieurs au Plan : signature d'une convention entre Pôle emploi et le centre de soins infirmiers pour les travailleurs sociaux. Cette convention est spécifique à ce département 35.</p> <p>Il y a beaucoup de choses qui existaient avant le Plan. Le Plan n'a fait qu'amplifier un phénomène qui était préexistant. Les réseaux des acteurs de la SM se déclinent concrètement au sein du territoire. « <i>Mais le pilotage par la seule ARS, ne permet pas de les étendre à d'autres départements</i> ».</p> <p>Prospective</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le virage pluridisciplinaire a été pris par la MDPH (son évaluation ne repose pas seulement sur l'évaluation médicale et soignante mais aussi sociale, et par l'entourage de la personne) ceci afin d'offrir un plan de compensation du handicap le plus adapté possible. • La question de la fluidité des personnes et des parcours demeure ; ainsi que celle de l'amélioration de l'accès aux droits des personnes atteintes de handicap psychique « beaucoup de demandes demeurent non exprimées ». |
| Professionnels libéraux | <p>Médecine générale. il y a 3 types de patients susceptibles d'être vus en MG : 1. Le mal être ce n'est pas une question c'est de l'humain, la MG a les moyens de s'en charger 2. Les psychotiques lourds : « c'est un autre monde » les MG ne les prennent pas en charge. Il faudrait par exemple proposer un stage de psychiatrie et des filières spécifiques identifiées de prise en charge. Il faut un mode d'organisation spécifique « on ne peut pas faire passer tout le monde dans le même tuyau ». La MG ne peut pas répondre à toutes les pathologies. 3. Les cas les plus fréquents : dépressifs anxieux alcool avec un diagnostic psychiatrique : Concernant ces patients les MG gagneraient à avoir une meilleure coordination avec la psychiatrie (coordination et un accès à un appui spécialisé, facilité de contact, accès à une consultation programmée de psychiatrie, liens avec un psychiatre). A Rennes le SPA (service de psychiatrie d'orientation) assure cette réorientation, gestion de crise aigue et de crise non aigue. En tant que médecin généraliste, il est très satisfait du service rendu par ce service. Il serait souhaitable de développer cette offre sur tout le territoire. Lien avec le développement continu</p> <p>La question de l'implication des médecins généralistes est abordée dans le cadre du CLSM. Le problème est que les médecins</p> |

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>généralistes ne sont jamais présents aux réunions, sauf dans le cadre du réseau alcool 35 pour participer à des synthèses/ études de cas car ils sont rémunérés pour cela. Le projet ANAP parcours de soins n'a pas réussi à mobiliser les médecins généralistes, contrairement aux autres professionnels (psychiatres, Centre hospitalier GR, médico-social, les associations principalement).</p> <p>Quelques initiatives récentes pourraient améliorer leur implication : mise en place d'une messagerie médicale sécurisée nominative; ouverture d'une ligne de discussion à la demande à la clinique ; guide à leur guides sur les acteurs ressources, les liens et modalités de soins réalisé dans le cadre du Plan de santé ville de Rennes, dans les suites de l'étude parcours ANAP : Feuille de route : action avec l'URPS pertinence du contenu du courrier vers les MG et vice et versa</p> <p>Le suicide. Il serait cohérent de rapprocher les thématiques psychiatrie/santé mentale et suicide. Le manque de formation sur les pratiques professionnelles pour l'identification du risque suicidaire est noté.</p> <p>Le Plan Les questions étaient posées plus clairement dans les groupes de concertation en amont de la rédaction du PRS puis la question de la SM a été diluée dans plusieurs endroits du plan (et donc plusieurs commissions). La priorisation au sein du PRS lors de son écriture et dans les conférences de territoire étaient plus pertinentes.</p> |
| <p>CMP /CMPP</p> | <p>Quelques clefs pour prévenir les ruptures</p> <ul style="list-style-type: none"> • La question de la réorganisation des offres ambulatoires autour d'un CMP pivot ou centre médico-psychologique qui regroupe une offre en consultation (CMP, centre Médico-Psychologique), en hospitalisation de jour et en CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Ce CMPS pivot dispose d'antennes dans certaines communes pour proposer une offre de soins au plus près des usagers. Ce type d'organisation permet le développement d'une fonction d'infirmière transverse qui intervient à la fois en CMP et à la fois en HDJ pour permettre ainsi au patient d'avoir un même interlocuteur et de coller à la notion de parcours de soins. Cette organisation s'adapte plus facilement lorsqu'il y a une unité de lieux (entre CMP et HDJ). • La question des délais d'attente pour accéder à un CMP est celle traitée prioritairement. Elle interfère de suite avec celle des pratiques dans les différents CMP (gestion de l'urgence : qui sont les patients/familles prioritaires ? : âge, pathologies, adressage par un médecin, ... ; Ce sont les secrétaires qui font le tri par téléphone en utilisant une grille structurée et les médecins qui revoient ces demandes (les critères et le rythme de révision varient d'une structure à l'autre) ; accès au médecin ou à un membre de l'équipe (le plus souvent un binôme (Infirmière et assistante sociale) ; les pratiques de recontact des familles pour un rendez-vous non honoré ; les liens avec les CMPP sont également très variables d'une structure à l'autre. La composition des équipes de CMP varie également (médecin, infirmière, secrétaire, assistante sociale, psychologue, orthophoniste et éducateurs, pour ces derniers les postes sont longtemps restés réservés aux Instituts médico-éducatifs). • Si l'ARS note que les modes de fonctionnement des CMP sont différents d'un établissement à l'autre et même au sein des établissements, d'un secteur à l'autre. De manière pragmatique, le volet « santé mentale » n'a donc pas voulu imposer de |

mesures type, mais propose des pistes de travail : accueil infirmier en première intention, possibilité d'accueil direct par un psychologue, plages de consultations non programmées, amplitude horaire.... L'ARS finance une étude en cours sur les pratiques au sein des CMP.

- Les acteurs des CMP et des CMPP signalent les difficultés à travailler avec les Instituts Médico-éducatifs, et développent des rencontres régulières surtout avec les Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP). « *Faute de place les CMPP doivent faire des consultations plusieurs jours de suite* ». Il y a également d'importantes listes d'attente pour le secteur adultes dans les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM).
- Médecine générale : les acteurs des CMP insistent pour développer dans le DPC (développement professionnel continu) des MG une formation sur le dépistage précoce des troubles chez les enfants. Aujourd'hui, pour permettre au MG d'identifier le CMP, le CMP tamponne le carnet de santé à la 1^{ère} consultation et rédige une fiche de synthèse qui est envoyée au médecin généraliste si la famille l'accepte.
- Il faut également développer les offres d'accueil à temps partiel ainsi que des offres complémentaires comme les groupes d'entraide mutuelle (GEM). Il faut augmenter et diversifier l'offre (domicile, structure d'hébergement, mi-temps/temps plein, ainsi que des formes variées d'insertion sociale et professionnelle. Le défi majeur est d'éviter la déscolarisation. Ces nouvelles offres pourraient s'appuyer sur la mise à disposition de ressources communes comme une IDE mi-temps CMP ou HDJ et mi-temps ESAT, « cela favorise le partage et la mise en commun ». « Pour y arriver, il faut mettre tous les acteurs autour de la table ».

Des initiatives intéressantes

- comme le réseau ville-hôpital Capucine développé autour d'un CMP et incluant des acteurs sociaux et sanitaires (PMI, contact psy adulte, groupement de médecins généralistes et le pôle santé de Rennes). Une IDE est dédiée au développement du réseau (0,6 ETP) et intervient au domicile des patients.
- Comme à Rennes-Sud, où il y a un dispositif dédié (Le CASSAJA, centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes) qui prend en charge les adolescents et jeune adultes, 13-21 ans et accompagne cette transition.
- Signature d'un CPOM conjoint CMPP, Conseil Général et ARS pour la création et la mise en test un service de passerelles entre les Instituts Médico-éducatifs (IME) et les autres établissements d'accompagnement des jeunes en insertion professionnelle (en milieu ordinaire ou en établissement et service d'aide au travail (ESAT). L'objectif est de permettre une construction commune avec les MDPH et les IME/ITEP, une connaissance commune de l'orientation professionnelle des personnes handicapées et plus largement de leur insertion sociale et professionnelle. Ceci afin de créer des passerelles facilitant les transitions et d'envisager la transformation de place d'hébergement en foyer de vie avec une aile handicap psychique et d'identifier des potentialités pour intégrer l'établissement et service d'aide au travail (ESAT) au sein de l'IME.
- Le plan est connu de manière variable par les acteurs et leurs sources sont différentes.

| | |
|--------------|--|
| Élus et CLSM | <p>Inscrit dans le Plan locale de santé de la ville « Pour une meilleure prise en compte de la santé mentale dans la ville ». Ce volet fait explicitement référence au Plan Psychiatrie et Santé mentale. Il s'agit de promouvoir selon 3 axes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 1 Promouvoir une dynamique d'insertion dans la cité <ul style="list-style-type: none"> ○ Informier et lutter contre la stigmatisation. 1. Réalisation et mise à disposition d'un annuaire des ressources 2. Soutenir les associations d'usagers, les associations de familles et de proches œuvrant pour le maintien du lien social et la solidarité entre personnes en difficulté, 3. Sensibiliser le grand public par l'organisation d'évènements et d'échanges autour de la santé mentale : Semaine d'Information sur la Santé Mentale. ○ Promouvoir l'accès et le maintien dans le logement en travaillant avec les partenaires du logement et du soin à la formalisation de coopérations adaptées au public et ancrées dans le territoire : 1. Pérenniser les logiques de coopération qui se sont instaurées entre acteurs autour du logement, 2. Contribuer et faire vivre l'accord cadre "Fragilité psychologique et logement social" La principale difficulté est celle de l'accompagnement des patients par les acteurs du soins une fois sortis de l'hôpital. « L'hôpital n'est pas en capacité d'accompagner/suivre/visiter ses patients, une fois dans ces logements ». Il est très important d'organiser le aller-vers ? ○ Améliorer la qualité de vie des personnes en soutenant les acteurs dans les projets d'accompagnement vers l'emploi et de lutte contre l'exclusion ○ Soutenir et participer aux évènements locaux et nationaux promoteurs de connaissances et d'interconnaissances sur le champ de la santé mentale et la place de la maladie mentale dans la ville (journées mondiales de la santé mentale, colloques, forums...). • Axe 2 Favoriser la coopération et la complémentarité entre les acteurs du territoire. <ul style="list-style-type: none"> ○ Créer et animer avec les partenaires, le conseil local de santé mentale pour dynamiser les partenariats, identifier les objectifs communs, inspirer et faire émerger des projets pertinents. Il est né en avril 2010 dans la dynamique de la semaine d'information sur la santé mentale de Rennes (+ de 80 entités participantes) et à la demande des acteurs locaux. Son pilotage est assuré par Pilotage le CH Guillaume Rénier via la Présidente de la CME et la directrice adjointe qualité de santé. Plusieurs enjeux : « <i>3 secteurs de psychiatrie qui ne parlent pas et ne se parlent pas et ne s'expriment pas pendant les réunions</i> ». Objectif de la ville est de mettre en lien les dynamiques et non pas créer de nouvelles choses » il se veut catalyseur de projets (création de structures/dispositifs transversaux), promoteur de l'acculturation commune et producteur de réponses adéquates aux attentes des acteurs de terrain afin d'améliorer la capacité opérationnelle des professionnels Réunions : Plénière une fois par an, COPIL 3 fois /an et les groupes de travail à leur rythme, dont celui sur les soins sans consentement et situations de crise par exemple. ○ Faciliter les coopérations et l'appropriation des questions relatives à la santé mentale et gestion des situations individuelles complexes ○ Participer à la construction des coordinations en santé mentale à différents échelons territoriaux en lien avec les partenaires (conférence de territoire, Département, Ville, quartier). ○ Échanger sur les pratiques avec les autres villes dans le cadre de groupes de travail autour de la prise en compte des |
|--------------|--|

| | |
|-----------------------------|--|
| | <p>souffrances psychosociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Axe 3 Promouvoir l'accès aux soins et aux droits <ul style="list-style-type: none"> ○ Permettre une meilleure information sur les modalités d'accès aux soins et aux droits ainsi que sur les possibilités de suivi par les acteurs des champs du médical, du social et du médico-social : • Réalisation et coréalisation de guides sur les acteurs ressources, les liens et modalités de soins. ○ Appuyer les professionnels face aux situations individuelles complexes intégrant une problématique psychiatrique en lien avec les acteurs de terrain ○ Appuyer l'administration et les élus dans leurs actions en lien avec les pouvoirs de police résiduels du Maire autour de l'accès aux soins sans consentement. |
| Opérateurs (adultes) | <p>Le plan a été présenté en Conférence de territoire et par l'ARS via la préparation du PRS Bretagne. La déclinaison régionale est intéressante et indispensable. La gestion de projet et sa mise en œuvre peuvent être différentes. Traiter la question de la santé mentale nécessite de prendre en compte les spécificités des organisations sanitaires, médico-sociales et sociales, notamment la question des micro-territoires très pertinente pour le médico-social. L'injonction a coopérer fonctionne modérément. Les travaux de l'ANAP ont montré l'intérêt de prendre en compte les territoires. Le choix fait par le Plan d'un tournant ambulatoire oblige à raisonner « parcours » et à travailler en amont avec les établissements. <i>« Cela a été difficile au départ mais progressivement on y arrive ».</i></p> <p>La plus grande difficulté qui reste est celle de bâtir des cultures communes. Le plan n'a pas eu d'impact sur ces dynamiques. Quelques exemples de dispositifs permettant de construire des cultures communes : L'Unité médico psychologique en immersion dans l'établissement hospitalier général est une étape, « la transition se fera harmonieusement ». Il est nécessaire de prendre les temps pour que les décloisonnements se fassent, malgré de nombreux freins (budgétaire : la crainte de voir se déverser les budgets hospitaliers vers Médico-social, du fait du développement de l'ambulatoire, la crainte que « les acteurs du médico-social prennent le boulot des acteurs de terrain du Sanitaire »). Il est nécessaire d'avancer par étape.</p> <p>Le manque de fluidité et les files d'attente concernent à la fois le sanitaire mais également le secteur médico-social. Les hospitalisations inadéquates ne sont pas toutes à l'hôpital, il y en a aussi dans le secteur médico-social. « Il y a beaucoup de bouchons » : les éléments de régulations comme la MDPH peuvent boquer/ralentir le système d'identification d'une compensation et la mise à disposition d'une solution post-hospitalière ou d'un type de structure ambulatoire à une autre.</p> <p>Les urgences sont une revendication récurrente des usagers et des familles : Lien entre en urgence de SAMU psychiatrique/Pompiers/police et la détresse des familles face à ces interventions. Les participants soulignent l'intérêt de mettre une unité/des compétences aux urgences générales et les travaux initiés suite dans la suite du groupe parcours santé mentale avec l'ANAP (travaux d'améliorer la connaissance du SAMU sur les pathologies psychiatriques (centre 15 en psychiatrie)). La formation à la reconnaissance d'une pathologie psychiatrique mériterait d'être étendue à la Médecine Générale.</p> |

Dans le secteur médico-social, la difficulté qui se pose est celle de faire rentrer des personnes à l'hôpital. Il faut favoriser les initiatives visant à signer une convention avec le service psychiatrique vont dans le bon sens. « Le service de psychiatrie s'engage à hospitalier les patients sans passage par les urgences et le secteur MS s'engage à préparer la sortie dès le début de l'hospitalisation ».

A propos du plan, les acteurs précisent qu'une question de politiques publiques ne peut pas être seulement la question des ARS (il faut réellement impliquer sur le terrain l'ensemble des acteurs du sanitaire, médico-social et du social)

L'analyse de l'équipe du Codev

Appropriation du plan et déclinaison régionale

La santé mentale est un sujet stratégique ancien en Bretagne et décliné dans les outils de politique régionale. Le choix fait par la Bretagne d'une approche transversale de cette thématique, incluant les dimensions de promotion, prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médicosocial et social, est antérieur au Plan National Santé Mentale. Le taux d'équipement en lits et places de psychiatrie adulte et de taux de recours aux soins hospitaliers de psychiatrie adulte parmi les plus élevés de France, ont des conséquences budgétaires importantes (un gel de la dotation annuelle de financement sur la période du Plan). Pour aider à développer les alternatives à l'hospitalisation temps plein et toutes les formes d'accompagnements sociaux et médicosociaux, l'ARS a fait le choix de publier en 2014 un appel à candidature (pour accompagner l'évolution de l'offre en santé mentale en Bretagne) dédié et de prioriser 3 thèmes dont celui-ci. Parallèlement, l'ARS s'est engagée d'une part dans le cadre de l'expérimentation nationale pilotée par l'ANAP sur les parcours en santé mentale et d'autre part a mis en place un appel à candidature avec des synergies entre ces 2 actions.

L'élaboration des nouveaux CPOM des établissements sanitaires ayant une activité de psychiatrie mais aussi des établissements ayant un service d'urgence constitue également une opportunité à saisir pour inscrire les objectifs prioritaires en lien avec la Santé Mentale. Ce sont les éléments stratégiques régionaux qui sont les mieux connus par les acteurs. La prévention du suicide est traitée au sein de la santé mentale en Bretagne, et la majorité des acteurs rencontrés ne font pas la différence entre le PNSM et le programme national de lutte contre le suicide.

Pertinence

Le PPSM est venu conforter les orientations stratégiques retenues dans le plan d'action du Projet Régional de Santé (comme celles du rapport de la Cours des Comptes sur l'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" 2005-2010).

La structuration autour de la rupture est jugée en ligne (pertinente et cohérente) avec les choix réalisés par les acteurs qui reconnaissent l'amélioration de la coordination des acteurs en santé mentale, comme un préalable à l'action.

Effets des actions

Une dynamique ancienne qui se poursuit. Nous n'avons pas eu accès à d'éventuels indicateurs d'évaluation (non prévus).

Il y a de très nombreuses initiatives mais finalement insuffisamment valorisées du point de vue des acteurs.

Prospective

Conserver un Plan d'orientation. Le Plan est un outil politique qui permet d'insister/légitimer de grandes orientations et stratégie en donnant le sens/un cap aux actions à conduire, en laissant à l'échelon régional prioriser les actions et choisir leurs modalités de mise en œuvre en fonction des priorités régionales.

Conserver une approche transversale

Synchroniser la publication du Plan national et celle des PRS.

Propositions/Objectifs prioritaires à venir

- Prendre en compte l'approche parcours, notamment en s'appuyant sur les leçons du projet "Parcours en santé mentale " de l'ANAP.
- Faire un état des lieux des actions entreprises et les valoriser ou pas.
- Aborder la question de la clarification des rôles entre médecins traitants/équipes de 1^{er} recours, équipes de psychiatrie et équipes sociales et médicosociales: la question de la reconnaissance des compétences de chacun et de ses missions/rôles et celles des identités professionnelles devraient être traitées
 - Proposer des orientations pour faire face aux évolutions démographiques des psychiatres.
- La coordination
 - Améliorer les coordinations (définir ce qu'on en attend, les acteurs impliqués, le contenu du projet, son suivi et ses attendus et le périmètre pertinent) ;
 - Adapter la forme juridique aux acteurs et aux besoins du territoire (convention, CHT, GCS,...).
- Accompagner/outiller (cadre, modalités d'évolution, éventuellement financement dédié) le transfert d'activité du sanitaire vers le médico-social.
- Fournir une guidance sur le sujet de l'article 13 du projet de loi.

Étude qualitative régionale - synthèse

Région Franche-Comté

Acteurs rencontrés

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ARS Franche-Comté : directeur général, équipe projet santé mentale, direction de l'offre de soins, direction du financement • Membres de la commission santé mentale de la CRSA • Acteurs hospitaliers : professeurs du CHRU, directeur, chef de pôle, PH, cadre de santé • Psychiatre libéral • Équipes de CMP adultes et enfants • Opérateurs adultes • Directrice MDPH • Equipe du Conseil Local de Santé Mental (CLSM) de Lons-le-Saunier | Entretiens réalisés les 24 et 25 septembre 2015 |
|--|---|

Animation de la thématique au sein de la région

| | |
|--|---|
| Existence d'un référent santé mentale au sein de l'ARS | Oui, l'intitulé exact est « chef de projet du volet Psychiatrie du Plan Régional de Santé » (PRS) (fonction antérieure au plan) |
| Existence et rôle d'un groupe dédié à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) | Oui, depuis 2012 mise en place d'une commission « Psychiatrie, santé mentale et handicap psychique » de la CRSA |
| Existence de priorités régionales spécifiques Existence et contenu d'un programme d'actions dédié à la thématique de la santé mentale | Volet « Psychiatrie et Santé Mentale » du PRS |
| Evaluation de la prise en compte de la thématique dans les différents documents de planification régionale (PRS, schémas, programmes) | La thématique santé mentale est prise en compte dans le PRS, dans les trois schémas régionaux : schéma régional de prévention (SRP), schéma régional d'organisation des soins (SROS) et schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) |

► *Appréciation du niveau d'animation et d'appropriation de la thématique au plan régional et des éléments explicatifs*

Les acteurs de la région Franche-Comté se sont largement saisis de la thématique santé mentale-psychiatrie. La santé mentale – psychiatrie n'est pas considérée comme un sujet « à part » mais est partagée par les partenaires et intégrée dans la plupart des contrats locaux de santé (CLS). Les élus locaux sont également mobilisés sur cette thématique. Cette prise en compte de la santé mentale par la région est antérieure à la mise en place des ARS en 2010, ce qui explique une certaine maturité des acteurs sur le terrain au regard de ces questions. L'ARS fait preuve d'un important dynamisme sur la psychiatrie – santé mentale qui est considérée comme un sujet prioritaire. Les priorités du volet psychiatrie – santé mentale du PRS, ont été fixées à partir de concertations territoriales avec les acteurs de la région, en 2011, avant la publication du plan. Malgré une rédaction du PRS indépendante du plan, les acteurs notent la forte convergence des orientations du Plan Psychiatrie et Santé Mentale avec celles du PRS. La gouvernance en santé mentale est relativement bien structurée au niveau régional. Ainsi, la commission « santé mentale » de la CRSA, organisée en groupe projet, assure le suivi du PRS ainsi que l'animation territoriale avec l'équipe projet « santé mentale » de l'ARS. Le suivi de la mise en œuvre du volet psychiatrie et santé mentale du PRS est proactif et s'est traduit par la réalisation d'un état des lieux des actions

prises en œuvre à mi-parcours (en 2014) et des blocages identifiés permettant de dégager des priorités pour 2014-2016. Le SROS a également été modifié en 2013 pour intégrer un volet consacré à la prise en charge des urgences psychiatriques.

Spécificités régionales

La région Franche-Comté est relativement peu étendue et peuplée (1,2 million d'habitants). Ainsi, les acteurs sont peu nombreux ce qui facilite la connaissance mutuelle et la mise en place d'actions de consultation et le déploiement d'initiatives partagées.

La région se caractérise néanmoins par d'importantes inégalités territoriales notamment entre Besançon et les zones périphériques. Ces inégalités proviennent de différences dans l'attractivité des territoires (Besançon versus Belfort) et engendrent des disparités dans la répartition des professionnels de santé. De plus, la topographie et le climat de certaines zones (ex : « zones blanches ») complexifient l'accès. Ainsi, des territoires cumulent déficit en professionnels de santé et isolement géographique ce qui pose d'importantes difficultés d'accès aux soins.

De manière générale, la région se caractérise par une faiblesse de la démographie médicale en psychiatrie (hospitalière, libérale, adultes et enfants). Enfin, sur le plan de l'offre sanitaire et médico-sociale en psychiatrie-santé mentale, en Franche-Comté, il convient de noter la prépondérance d'une structure privée à but non lucratif couvrant près de 40% de la population en Franche-Comté ; l'Association Hospitalière de Franche-Comté (AHFC).

Etat des lieux synthétique par thématique

| | |
|---|---|
| <p>Prévenir et réduire les ruptures tout au long de la vie</p> | <p>Sur cet axe, il convient de noter un développement intéressant en Franche-Comté sur la problématique des urgences notamment en termes de mise en place de lits dédiés et de coopérations pour la gestion de crise.</p> <p>L'ARS a conduit une enquête en 2013 qui a permis d'analyser la prise en charge des urgences psychiatriques au sein du Service d'accueil des urgences (SAU) ou urgences générales. Ceci a, par exemple, permis la mise en place d'un partenariat entre le CH de Vesoul et l'association hospitalière de Franche-Comté, pour la mise à disposition de lits et le détachement de personnels pour la psychiatrie.</p> <p>A Besançon, l'expérimentation d'une unité d'accueil des urgences psychiatriques intersectorielles, inter-établissements et en lien avec les urgences somatiques, a été lancée dans l'optique d'améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques.</p> <p>L'équipe de l'intersecteur 90G03 a séniorisé ses consultants aux urgences médicales de Belfort et assuré une présence infirmière quotidienne pour permettre un meilleur repérage des urgences psychiatriques.</p> <p>Pour la prise en charge des adolescents en crise sur l'aire urbaine de Belfort, une plateforme d'urgences en pédiatrie a été mise en place avec 3 lits réservés en pédiatrie. Enfin, au niveau des S.A.U.P de Lons-le-Saunier et Dole, les infirmières ont été formées au premier entretien et peuvent avoir recours à l'avis d'un psychiatre grâce à un dispositif de télé-expertise.</p> <p>Concernant la continuité de la prise en charge crise – post-crise, l'organisation de l'intersecteur 90G03 assure que le patient soit pris en charge par le même médecin en hospitalisation et en ambulatoire (CMP/HDJ).</p> <p>Concernant l'accès aux soins somatiques, l'intersecteur 90G03 a systématisé l'examen somatique complet et le bilan biologique à l'admission à l'hôpital ainsi que l'inclusion d'une partie somatique dans le compte-rendu d'hospitalisation.</p> <p>La principale problématique sur cet axe concerne cependant la prise en charge des adolescents. Le manque de structures de prise en charge ainsi que le déficit en pédopsychiatres sont les principales causes de ces difficultés. Sur l'aire urbaine de Belfort, les adolescents sont hospitalisés en soins non-programmés en isolement dans le service adulte, ce qui pose des questions éthiques importantes pour les acteurs, ou dans le service de pédiatrie qui n'est pas toujours adapté. Pour les enfants jeunes (moins de 8 ans) avec des troubles graves du développement, les réponses sont également limitées ce qui aboutit à des situations où les enfants sont en rupture pour cause de déscolarisation partielle.</p> <p>Nombreuses conventions signées entre les différentes structures pour éviter les ruptures dans les soins : par ex. Hôpital nord Franche-Comté, ESAT, UDAF, GEM, ADOMA, PASS pour l'aire urbaine,</p> |
|---|---|

| | |
|---|---|
| <p>Prévenir et réduire les ruptures selon les territoires</p> | <p>Les 6 plateformes de coordination, mises en place dans la région Franche-Comté en 2014, ont pour objectif la fluidification des parcours de prise en charge en travaillant notamment sur le développement d'outils permettant de gérer les interfaces entre les acteurs des différents champs. Les plateformes permettent également le recensement de l'offre sur le territoire par le biais de répertoire de ressources. En ce sens, elles sont un levier d'évitement des ruptures selon les territoires.</p> <p>Face au manque de psychiatres et à leur inégale répartition, les acteurs de Franche-Comté ont développé différentes mesures. Les postes d'assistants partagés entre le CHRU et un établissement éloigné, permettent ainsi d'accroître l'attractivité des établissements éloignés pour les internes. La région dispose actuellement de 5 postes d'assistants partagés et ce modèle a été décliné pour 2 praticiens hospitaliers.</p> <p>La délégation de tâches vers les infirmiers(e)s est également un levier mobilisé par les acteurs pour faire face au déficit de spécialistes dans les établissements isolés. L'absence de psychiatres à Saint-Claude a rendu nécessaires ces délégations. Les difficultés et lourdeurs administratives de validation de ces délégations au niveau national sont cependant soulevées par l'ARS comme un élément bloquant. La position des acteurs sur les délégations de tâches à destination des psychologues est plus mitigée. Si à Lons-le-Saunier des binômes infirmier/psychologue ou psychologue/psychologue ont été mis en place en pédopsychiatrie pour réduire les délais d'attente, l'équipe du CMP infanto-juvénile visité est organisée autour d'un premier entretien mené de façon systématique par un pédopsychiatre. Au CHU, une structure interne expérimentale de psychologues a été mise en place, pour permettre, dans certains cas, au psychologue d'intervenir en première ligne. De plus, une psychologue est présente à la commission spécialisée de la CRSA.</p> <p>Enfin, la téléconsultation est développée entre le site de Saint Claude et le centre hospitalier spécialisé de Dole pour permettre aux patients de Saint Claude d'avoir une consultation avec le psychiatre plus régulière.</p> <p>Concernant l'allocation des ressources, l'ARS a développé un système de péréquation de la dotation annuelle de financement (DAF), mis en place progressivement depuis 2015. Il inclut des critères liés à l'activité, à la population du territoire d'intervention et à sa superficie. Il n'est pour l'instant pas utilisé comme outil incitatif pour promouvoir une politique et a été calqué sur celui de la Bourgogne dans l'optique du rapprochement dans le cadre de la réforme territoriale. Une partie de la DAF est sanctuarisée et l'application du modèle est progressive sur trois ans. Ce modèle a été élaboré en collaboration avec les établissements spécialisés de la région mais cette méthode n'empêche pas d'importantes contestations de la part des acteurs hospitaliers.</p> |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal</p> | <p>La déstigmatisation est définie comme un objectif prioritaire pour la mise en œuvre du volet psychiatrie-santé mentale du PRS sur sa dernière période (2014-2016). En effet, l'état des lieux de la mise en œuvre du PRS témoigne de faiblesses sur cette problématique.</p> <p>Plusieurs éléments sont cependant à noter sur cet axe. La mise en place d'une commission spécialisée de la CRSA à la demande des acteurs du territoire, témoigne de la mobilisation sur cette thématique. De même, la santé mentale apparaît dans la quasi-totalité des Contrats Locaux de Santé (CLS). Selon la commission spécialisée de la CRSA, les conseils locaux de santé mentale (CLSM) se sont également développés pendant la période du plan.</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>L'intersecteur 90G03, a développé la formation des aidants / familles avec un programme psychoéducatif pour les familles ayant un proche schizophrène. Le bilan de ces formations est positif selon les équipes notamment dans l'évitement des ruptures.</p> <p>programme éducation thérapeutique du patient : prévention de la prise de poids des patients sous psychotropes ; affirmation de soi ; programme PHARES : programme vidéo d'aide cognitivo-comportementale dans la prévention de la rechute alcoolique.</p> |
| Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs | <p>Sur cet axe, on note la mise en place, en 2014, d'un DU psychiatrie et santé mentale ouvert à tous professionnels du secteur sanitaire, médico-social ou social. Cette expérimentation procède du constat d'un manque de compétences des personnels soignants en psychiatrie et d'une volonté de permettre de la transversalité entre les acteurs. Dans le cadre du DU, l'obligation de réaliser un stage dans un secteur autre que le secteur d'origine a été instaurée. Selon les acteurs, cette formation permet le décloisonnement et l'ouverture à une culture partagée. Cependant, les professionnels de santé sont peu représentés. Les acteurs hospitaliers témoignent d'un manque de formation spécialisée pour les infirmiers en psychiatrie. Ceci conduit à la mise en place en interne de formations et de tutorats.</p> <p>Concernant la recherche, les PU-PH du CHRU de Besançon notent un faible développement des sciences humaines avec une orientation plutôt neurobiologique de la recherche.</p> |

Perception synthétique des enjeux par profil d'acteurs

| | |
|----------------------------|---|
| ARS | <p>La thématique Santé mentale – psychiatrie est prioritaire dans la région Franche-Comté</p> <p>Le plan a conforté une dynamique déjà instaurée – une forte convergence est notée entre les orientations du plan et celles du volet psychiatrie santé mentale du PRS</p> <p>La principale contrainte à la mise en œuvre du PRS est la contrainte de démographie des professionnels de santé</p> <p>La politique régionale vise à favoriser la prise en charge en ambulatoire mais il existe un nombre important d'hospitalisations sous contrainte à la demande d'un tiers. Les conditions défaillantes d'arrivée aux urgences et de liaison avec les autres professionnels sont identifiées comme une cause de ces hospitalisations.</p> <p>La demande d'une commission <i>ad hoc</i> de la CRSA est une demande largement reprise par les acteurs des différents champs</p> <p>La méthodologie en « plan » n'est plus compatible avec le fonctionnement des ARS – les plans sont souvent en déphasage temporel avec les PRS. Il ne peut pas y avoir plusieurs outils de pilotage (DG ARS).</p> |
| Professeurs du CHRU | <p>Pour le recours au centre expert, une organisation graduée définissant les différents degrés de prise en charge est nécessaire</p> <p>Il convient de faire de la psychiatrie « une discipline comme les autres » - les volontés de GHT psychiatrie vont à l'encontre de cet objectif de déstigmatisation.</p> |

| | |
|--------------------------------|---|
| Professionnels de santé | <p>Le plan a été mobilisé pour l'amélioration de la prise en charge des urgences</p> <p>La non lisibilité des dispositifs est un facteur de rupture</p> <p>Pour l'hospitalisation des enfants plus jeunes, l'importance est d'avoir une flexibilité des dispositifs (la demande est variable)</p> <p>Il y a un réel besoin de formations spécialisées pour le personnel soignant pour le développement de compétences en psychiatrie</p> <p>L'échelon national doit fixer les grandes lignes mais laisser une certaine flexibilité localement puisqu'il y a des dispositifs pour lesquels il est difficile de pérenniser le financement parce qu'ils ne rentrent pas dans un plan alors qu'ils sont essentiels localement</p> <p>Les difficultés de coordination persistent sur les âges charnières (adolescents/adultes – adultes/personnes âgées)</p> <p>Pour les enfants la question de la prise en charge des transports sanitaires est bloquante dans le lien sanitaire – médico-social</p> <p>Le déficit en famille d'accueil entraîne un placement éloigné d'enfants pourtant suivi par le secteur sanitaire</p> <p>L'HAD psychiatrie pourrait être développée (mais manque de moyens)</p> |
| MDPH | <p>Il reste un fort cloisonnement des dispositifs (sanitaires, médico-sociaux, sociaux)</p> <p>Il y a un manque de solutions pour les enfants jeunes (moins de 8 ans) avec des troubles graves du développement</p> <p>La MDPH a actuellement recensé 42 enfants sans solutions / tentative d'appliquer l'esprit du rapport Piveteau (Zéro sans solution) mais parfois la dernière option est une déscolarisation partielle avec risque de rupture</p> <p>Les dossiers MDPH pour les enfants arrivent souvent sans éléments médicaux</p> <p>Les outils de la MDPH ne sont pas spécialement adaptés au handicap psychique (pas de possibilité de prendre en compte la vision de l'entourage) – le handicap psychique est difficile à évaluer notamment du fait des difficultés d'auto-évaluation des patients. GEVA (Guide d'ÉVALuation des besoins de compensation de la personne handicapée) mal adapté au handicap psychique.</p> <p>Il y a un manque de structures/places d'aval pour les patients atteints de handicap psychique (MAS, ESAT) et notamment de solutions intermédiaires permettant une réponse plus fine aux besoins des personnes</p> <p>L'intégration des personnes ayant un handicap psychique dans certains dispositifs avec des personnes en situation de handicap physique (foyers...) n'est parfois pas optimale du fait du manque de formation des travailleurs sociaux au handicap psychique</p> |
| Professionnels libéraux | <p>L'exercice en maison de santé pluridisciplinaire (MSP) facilite la coordination et la pluridisciplinarité</p> <p>Les freins à l'accès au psychologue sont l'absence de remboursement des actes des psychologues et la salle d'attente commune dans la MSP</p> <p>L'association des psychiatres de Franche-Comté réunit tous les psychiatres quelque soit leur mode d'exercice- ce réseau est un élément d'attractivité pour les internes (formation et bienveillance)</p> <p>Le PPSM a inspiré le CPOM de l'HDJ (privé) La Velotte qui propose une prise en charge personnalisée principalement pour les personnes schizophrènes. La psychanalyse est utilisée dans la prise en charge et l'objectif est l'ouverture progressive vers l'extérieur (pour cela partenariats avec le médico-social, contacts avec les responsables de filières universitaires,</p> |

| | |
|---------------------|--|
| | <p>convention avec CHS et CHU pour les situations de crise). La tarification inférieure à celle des HDJ publics est incomprise par le personnel de la Velotte</p> <p>L'activité libérale est difficile</p> <p>Il serait cohérent de rapprocher les thématiques psychiatrie/santé mentale et suicide. Le manque de formation sur les pratiques professionnelles pour l'identification du risque suicidaire est noté.</p> |
| CMP | <p>La principale difficulté est la démographie médicale</p> <p>La mise en place du dossier médical personnalisé (DMP) permet d'améliorer la coordination avec le médecin généraliste notamment pour un meilleur suivi des prescriptions de psychotropes</p> <p>La psychiatrie devrait être davantage intégrée dans les formations initiales des médecins généralistes</p> <p>La formation des familles et aidants est essentielle dans la prévention des ruptures</p> <p>La grande précarité de la population de l'aire urbaine de Belfort ainsi que des difficultés en lien avec le déracinement des populations ou des conduites addictives entraîne de nombreux cas d'enfants ayant des tableaux cliniques très atypiques et des situations très complexes. Situations de crise sociale/psychique</p> <p>Le Service de protection de l'enfance a une forte exigence envers le sanitaire (nécessité de voir tous les enfants placés) qui pèse sur les délais d'attente</p> <p>Les médecins généralistes adressent peu de patients au CMP enfants, l'école est un des adresseurs principaux (médecin scolaire, mais aussi médecin de PMI, pédiatre, orthophoniste, psychomotricien). La mise en place de l'obligation de demande écrite a permis de filtrer les demandes et donc d'agir sur le délai d'attente</p> <p>Il y a une nécessité de renforcer la détection précoce en ciblant la période pré-scolaire</p> <p>L'orientation MDPH n'est pas toujours adaptée. Elle est parfois décidée sans que les pédopsychiatres ne soient sollicités. Ceci peut créer des ruptures de soins.</p> <p>Les moyens sont trop centralisés sur Besançon ce qui dénote une problématique de planification territoriale</p> |
| Elus et CLSM | <p>Le plan a été anticipé dès 2010 avec la mise en place d'un groupe de travail sur la souffrance psychique à Lons-le-Saunier</p> <p>Le 1^{er} CLSM de la région a été mis en place à Lons-le-Saunier en 2013. Actuellement 4 CLSM dans le département</p> <p>Le CLSM a permis d'améliorer les prises en charge et la coordination (notamment la cellule de gestion de cas complexe) en particulier pour les personnes isolées et celles en situation d'errance. Les saisines de la cellule concernent des cas complexes en situation de rupture de soins</p> <p>Réunions en formation plénière 1 fois par an et en formation restreinte 1 fois par trimestre et cellule de veille ponctuelle autour du coordinateur. Surtout saisi par les familles, les travailleurs sociaux, autour de la carence de soins</p> <p>Il reste encore d'importantes difficultés pour les populations incarcérées et sans-domicile fixe</p> |

| | |
|---|--|
| Opérateurs (Maison de l'adolescence et coordonnateurs de plateforme) | <p>La maison de l'adolescence de l'aire urbaine créée en 2012 a pour volonté d'être un guichet unique avec pour porte d'entrée l'adolescence [12-21 ans]. Cette maison a 3 sites. Elle n'est pas centrée sur une réponse médicale / psychiatrique mais sur la pluridisciplinarité des approches avec critères de réactivité (< 48 h), gratuité, confidentialité, pluridisciplinarité. Aucun psychiatre n'est présent dans la maison de l'adolescence même si sa présence apparaîtrait utile pour les réunions hebdomadaires de discussion des cas (5à 6% de jeunes dans la file active pour lesquels il y a une suspicion de troubles psychiatriques)</p> <p>La maison de l'adolescence permet de désengorger la psychiatrie et a également une logique palliative par exemple entre prise en charge hospitalière pour tentative de suicide et prise en charge en ambulatoire par un CMP</p> <p>Les objectifs des plateformes créées en 2014 sont de développer les coopérations, de favoriser une meilleure articulation entre les soins et le secteur médicosocial, de créer des cultures communes et d'être un observatoire sur les besoins des territoires prenant en compte les spécificités pour ensuite les faire remonter.</p> <p>Les plateformes correspondent au plan dans l'objectif d'évitement des ruptures et d'accès aux soins</p> <p>L'hétérogénéité des systèmes d'information rend le partage des outils et des informations difficiles</p> <p>Les médecins généralistes ne participent peu voire pas aux plateformes</p> |
|---|--|

L'analyse de l'équipe du Codev

Appropriation du plan et déclinaison régionale

Le PPSM a été « anticipé » par les acteurs de la psychiatrie et santé mentale en Franche-Comté. Ainsi, le plan a permis de conforter les actions mises en place sur le territoire. Il a été mobilisé dans certaines demandes de financement telles que les demandes de réévaluation de la DAF de la part des établissements de santé. Les acteurs hospitaliers se sont également saisis du plan pour améliorer la prise en charge des urgences. Enfin, l'HDJ La Velotte a intégré des éléments du plan dans son CPOM. Les principales actions mises en place ; plateforme, DU de santé mentale, correspondent aux orientations du plan même si elle ne procède pas directement de sa déclinaison.

Le plan est globalement connu par les acteurs. Cependant, le manque de diffusion du plan, de pilotage et de suivi est cependant regretté.

Pertinence

Le plan est convergent avec les préoccupations régionales. Les acteurs indiquent par ailleurs qu'il procède de dynamiques régionales.

La structuration autour de la rupture est jugée pertinente par les acteurs qui reconnaissent la centralité de cette problématique dans leurs pratiques.

Effets des actions

Le programme d'action est fortement centré sur les plateformes mais l'ARS ne dispose pas encore de résultat d'évaluation.

Prospective

La question de la pertinence d'un plan comme outil de pilotage de la politique de santé mentale au niveau national est soulevée. Le directeur général de l'ARS indique le fréquent décalage temporel entre la publication des plans et l'élaboration des PRS qui peut engendrer des dysharmonies entre les outils de pilotage. Pour le directeur général de l'ARS il ne peut y avoir qu'un seul outil de pilotage au niveau régional.

Les acteurs citent le plan maladies neurodégénératives en modèle puisqu'il a permis de structurer rapidement les acteurs / actions avec une volonté politique, des moyens, un suivi organisé, une évaluation régulière et un partage des avancées entre les régions. Ainsi, sur la forme, les acteurs s'accordent sur la nécessité d'allouer des moyens au plan, de suivre et d'évaluer sa mise en œuvre.

La nécessité d'organiser un réseau santé mentale entre les ARS pour échanger sur les actions mises en œuvre est également indiquée par les acteurs.

Sur le fond, des populations prioritaires semblent se dégager. Il s'agit de l'adolescence et des personnes âgées.

Propositions / recommandations :

- 1) la stratégie nationale de santé met le médecin généraliste au cœur des dispositifs → besoin de développer des outils de partage d'information.**
- 2) CPOM : réfléchir à l'élaboration de CPOM partagés entre plusieurs établissements.**

Acteurs rencontrés

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • ARS IDF • Acteurs hospitaliers : président de CME, chef de pôle, PH, cadre de santé • Représentants des usagers et aidants • Samu Social • Opérateurs adultes et enfants • Pédiatre • ASE • PMI • PJJ | Entretiens réalisés les 15 septembre et 7 octobre 2015 |
|---|--|

Animation de la thématique au sein de la région

| | |
|--|---|
| Existence d'un référent santé mentale au sein de l'ARS | Oui |
| Existence et rôle d'un groupe dédié à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) | Oui un groupe régional de réflexion en santé mentale a été créé à partir de la CRSA |
| Existence de priorités régionales spécifiques Existence et contenu d'un programme d'actions dédié à la thématique de la santé mentale | 10 objectifs stratégiques du PRS-SROS VOLET PSYCHIATRIE déclinés en regard des spécificités de la région |
| Evaluation de la prise en compte de la thématique dans les différents documents de planification régionale (PRS, schémas, programmes) | Un axe santé mentale – psychiatrie est inclus chacun des trois schémas régionaux (organisation des soins, prévention et médico-social) le PRS contient également un volet santé mentale-psychiatrie |

► *Appréciation du niveau d'animation et d'appropriation de la thématique au plan régional et des éléments explicatifs*

La région Ile-de-France présente un positionnement volontariste et dynamique sur la thématique de la santé mentale – psychiatrie comme en témoigne l'inclusion systématique d'un volet santé mentale – psychiatrie dans les documents stratégiques régionaux (PRS et schémas) avec l'identification de priorités régionales. De plus, la mise en œuvre d'un groupe régional de réflexion en santé mentale issu de la CRSA démontre une considération importante des acteurs pour cette thématique. Ce groupe élabore des propositions et recommandations pour la CRSA notamment grâce à la formation de sous-groupes thématiques (précarité, sujet âgé, ...). La région se positionne également sur des thématiques plus « novatrices » telles que la réhabilitation psychosociale ou la remédiation cognitive et finance des initiatives notables (Psycom⁷⁹, CEAPSY⁸⁰), ou des dispositifs innovants comme les conseils locaux de santé mentale (CLSM) (36 mis en place et actifs à ce jour dont 27 soutenus par l'ARS).

⁷⁹ Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale (<http://www.psycom.org/Psycom>) avec notamment un site www.psycom.org, outil de référence tout public qui donne accès à l'ensemble de l'information en santé mentale, l'actualité en santé mentale grâce à des brèves régulières, une newsletter hebdomadaire et un espace presse complet.

⁸⁰ Céapsy : Le centre d'écoute et d'accueil sur les troubles psychiques est un lieu d'accueil, d'écoute, d'information, de conseil et un lieu d'observation des besoins en Île-de-France

Spécificités régionales

La région Île-de-France se caractérise par une importante diversité interdépartementale notamment sur les questions de ressources médicales. En effet, les densités médicales diffèrent fortement d'un département à l'autre (ainsi qu'au sein des départements) au même titre que le nombre de structures de prise en charge. De plus, les profils socio-économiques des populations varient également d'un département à l'autre. Il convient également de noter que la région, globalement, affiche des taux d'équipements inférieurs à la moyenne nationale en structures médico-sociales et sanitaires ainsi que des taux de recours plus faibles que la moyenne nationale. Enfin, la région Ile-de-France se caractérise par une diversité d'initiatives ce qui pose la question de leur mise en cohérence et (en volume) un nombre important d'acteurs à coordonner. Par exemple, 120 établissements reçoivent un financement au titre de la Dotation Annuelle de Financement (DAF). Les délégations territoriales (DT) de l'ARS ont donc une animation territoriale conséquente à réaliser. Elle dispose pour cela d'une autonomie dans le choix des modalités de cette animation.

Etat des lieux synthétique par thématique

| | |
|--|--|
| Prévenir et réduire les ruptures tout au long de la vie | <p>Les situations de rupture semblent particulièrement saillantes pour les situations d'urgences et de précarité en Ile-de-France. La question de la précarité et de la lutte contre les exclusions apparaît comme une thématique importante en Ile-de-France puisqu'elle a donné lieu à un sous-groupe du groupe de réflexion en santé mentale de la CRSA. Cependant, les acteurs soulignent des difficultés importantes. Ainsi, le SAMU social indique qu'environ 60% à 70% des personnes composant sa file active ont des troubles psychiatriques graves alors même que le SAMU social ne dispose pas de « culture de la prise en charge psychiatrique (car) c'est le somatique qui prime ». La difficulté à orienter ces publics précaires vers les lieux de prise en charge psychiatrique (dont le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil de Paris : CPOA) est soulignée par le SAMU Social. Sur la prise en charge des urgences, le manque de coordination des dispositifs et acteurs est indiqué. Les acteurs parlent d'émiettement et de superposition des réponses. Il convient cependant de noter la présence du dispositif ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) dans le Sud Yvelines. Le dispositif ERIC intervient chaque fois qu'un partenaire souhaite l'avis ou l'intervention d'une équipe spécialisée du fait de l'intensité ou de la complexité de la situation, face à un problème psychologique ou psychiatrique aigu, ou du fait d'une crise familiale (par exemple : personnes atteintes de délire ou de dépression, tentatives de suicide, violences conjugales, évaluation de besoin d'hospitalisation en psychiatrie, crises familiales...).</p> <p>Le dispositif ERIC est cité comme un exemple réussi d'un réseau de gestion de l'urgence et de la post-urgence (suivi intensif pouvant aller jusqu'à 1 mois) mais unique dans la région. Le réseau a permis une redéfinition du circuit de l'urgence entre partenaires et permet de proposer des alternatives à l'hospitalisation grâce à une évaluation de la situation effectuée par téléphone ou à domicile. L'importance de la réponse téléphonique professionnelle à l'urgence psychiatrique est par ailleurs soulignée par les acteurs parisiens de l'urgence qui souhaiteraient le développement d'un tel dispositif. Le chantier « circuit de l'urgence » est en cours (75 en 2013, 93 en 2014, 94 en 2015, ...)</p> <p>Concernant l'accès aux soins psychiatriques, il convient de souligner un travail expérimental sur les délais d'attente en pédopsychiatrie mené par l'ARS en Seine-et-Marne. Au bout de 6 mois il n'y a pas d'effet noté sur la réduction du délai d'attente mais une diminution de la file active est constatée. Pour l'ARS, ce projet a montré que la problématique des délais d'attente est principalement une</p> |
|--|--|

question d'organisation avant d'être une question de moyens. Par exemple, le projet en Seine-et-Marne vise à témoigner de l'importance des pratiques d'accueil (dispositif d'accueil à 1 personne, 1^{er} accueil par un infirmier...) en CMP sur la réduction des délais d'attente. Un déploiement est prévu sur deux autres départements. Sur l'accès aux soins somatiques, les acteurs rencontrés s'accordent à souligner une amélioration de la situation et un soutien de l'ARS sur cette thématique. On note par exemple le déploiement du réseau RHASPOD'IF pour l'accès aux soins bucco-dentaires des personnes en situation de handicap. De plus, un indicateur sur l'accès aux soins somatiques est inclus dans le CPOM des établissements. Les freins demeurant, identifiés par les acteurs, sont le manque de valorisation des soins somatiques pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques (consultation longue) et les manques de moyens pour permettre l'accompagnement aux consultations.

Sur la prise en charge des enfants – adolescents, des difficultés importantes sont notées en Île-de-France. Ainsi, l'ARS indique un nombre important de jeunes « sans solution » qui constituent la majorité de ces situations. Une personne est occupée, quasiment à temps plein, pour la recherche de solutions dérogatoires pour lesquelles la MDPH ne trouve pas de solution. Les acteurs indiquent un phénomène de sur-psychiatisation de certains comportements avec, en parallèle, des enfants ayant de troubles psychiques qui ne sont pas pris en charge. Ils insistent sur l'émergence d'une demande nouvelle pour les jeunes préadolescents (8 – 12 ans) pour lesquels les solutions de recours manquent et l'intensification des situations d'urgences pour les adolescents. Des difficultés de coordination sanitaires-médico-social sont soulignées par les deux champs.

Concernant la prise en charge des personnes âgées, les difficultés semblent provenir du fait que les sujets âgés sont souvent à l'intersection entre la médecine générale, la gériatrie et la psychiatrie. De plus, la question de la prise en charge des psychotiques vieillissants pour lesquels les aidants ne peuvent plus assumer leur rôle, est centrale du fait du manque de structure adaptée. Il y a, en effet, un décalage de potentiel d'activité entre les résidents « classiques » des EHPAD qui ont en moyenne 80 ans et les personnes atteintes de troubles psychiques placées en EHPAD qui ont 60 ans environ. Le centre hospitalier Corentin Celton est positionné sur la prise en charge psychiatriques des personnes âgées. Ainsi, l'hôpital dispose d'une unité non sectorisée de psychiatrie du sujet âgé ainsi que d'une unité mobile non sectorisée. De plus, des initiatives de téléconsultation et télé-expertise pour les EHPAD sont portées par l'hôpital Corentin Celton.

Sur le volet « insertion dans la vie sociale », on note une problématique particulière sur le logement en Ile-de-France qui a conduit l'ARS à lancer une mission visant à recueillir des expériences locales afin d'identifier des recommandations et des préconisations à intégrer dans le futur PRS. Sur le champ de l'emploi, l'ARS semble pour l'instant moins mobilisée. On note cependant l'expérimentation du « Clubhouse ». Enfin, le Psycom diffuse des informations sur l'accès aux droits.

Accès aux soins somatiques

« Faciliter l'accès aux soins somatiques » est l'objectif stratégique n°4 du volet psychiatrie du SROS.

Une mission régionale a été conduite en 2012 par l'ARS et a permis l'élaboration d'un état des lieux sur l'organisation des soins somatiques pour malades psychiques dans les établissements sanitaires ainsi que la production de 16 recommandations. Chaque année, l'ARS propose un accompagnement financier de l'amélioration du dispositif pour quelques établissements prioritaires. Un

| | |
|--|---|
| | <p>nouvel état des lieux a eu lieu lors de la campagne d'évaluation des autorisations en 2015 (soins somatiques comme rubrique transversale obligatoire dans l'évaluation) dont l'analyse est en cours. De plus, l'IDF participe au déploiement pilote de la charte de coopération Médecine générale / Psychiatrie avec 3 autres régions. Enfin, un nouveau forum avec les professionnels est prévu lors des SISM (semaine d'information sur la santé mentale) 2016.</p> <p>Concernant la prise en charge sur une longue durée, quelques actions ont été mises en place. A titre d'exemple, le GH Paul Guiraud a décidé de fermer deux unités dédiées aux séjours prolongés (secteurs du 92) pour « re-sectoriser » le traitement de ces parcours difficiles. Il a été également décidé d'instaurer une commission de veille sur les situations à risque de séjour prolongé (2015). La CHT Psychiatrie Paris inscrit ces situations dans son programme d'expérimentation sur les parcours (au total plus de 100 lits dédiés à des séjours prolongés sur les 3 établissements de la direction commune) (2014).</p> <p>Sur l'accès au logement, une mission régionale en cours. Les premiers éléments montrent que l'arrivée des « résidences accueil » a permis de faire évoluer la situation du logement en outillant les personnes « accueillantes » et donc en permettant à des personnes plus lourdement handicapées d'y accéder.</p> <p>Enfin, la prévention et promotion de la santé mentale est jugée prioritaire en IDF. La santé mentale représente 22 % des programmes associatifs retenus en 2014, et 15 % des financements, 14 % des programmes des collectivités et 12 % des financements, 120 opérateurs sont concernés.</p> |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures selon les territoires</p> | <p>Afin de rééquilibrer l'offre, l'ARS a priorisé les territoires sous-dotés dans l'accompagnement des projets ; ex : 66% des financements des mesures nouvelles 2014 sur les territoires 77/93/95 qui représentent 26% des bases DAF.</p> <p>Il convient également de noter les initiatives conduites par l'Ile-de-France sur le volet « lisibilité des dispositifs ». Le Psycom est un organisme d'information sur la santé mentale financé depuis 2012 par l'ARS IDF. Il produit des guides recensant par territoire les ressources sociales, médico-sociales et sanitaires. Le Psycom a reçu en 2014 près de 1700 demandes envoyées par mail pour orientation / conseil. Ainsi, le Psycom est complété depuis 2014 par un dispositif téléphonique d'accueil et d'orientation ouvert à tous ; le CEA Psy (expérimentation), situé dans les mêmes locaux que le Psycom et regroupant environ 4 ETP de travailleurs sociaux, une cheffe de service, une psychologue, une documentaliste. Il y a une complémentarité des missions et des modes d'actions du CEAPSY et du Psycom, sur un projet commun d'amélioration de la lisibilité de l'offre d'accompagnement en Ile-de-France. Actuellement le CEAPSY est financé sur des crédits non reconductibles mais l'ARS souhaiterait pérenniser le financement de ce centre et indique qu'il y a un véritable enrichissement mutuel entre le CEAPSY et le Psycom.</p> <p>Concernant la coordination des acteurs, les DT de l'ARS négocient les CPOM avec l'ensemble des acteurs publics et privés. Les CPOM comportent 4 volets qui ciblent des parcours dont un volet sur le parcours en santé mentale. L'ARS donne donc des priorités clés à mettre dans les CPOM parmi lesquelles figure la territorialisation des dispositifs issus de l'hôpital avec l'ensemble du territoire. Le réseau Sud Yvelines témoigne d'une coordination réussie. Ainsi, des partenariats ont été initiés entre ERIC et les urgences de Rambouillet ainsi que le SMPR pour pallier au manque de psychiatres dans ces structures. Cependant, les professionnels du dispositif ERIC indiquent que la loi a rigidifié la collaboration avec les autres acteurs de l'urgence (pompiers, police).</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Offre médico-sociale en faveur des personnes en situation de handicap psychique</p> <p>L'Ile-de France dispose de 1 646 places médico-sociales dont près de 1 000 places en établissements (MAS et FAM) et près de 700 places de SAMSAH. Elle dispose par ailleurs de 45 GEM pour personnes en situation de handicap psychique. L'objectif est de proposer une palette diversifiée afin de répondre au mieux aux besoins des personnes.</p> <p>Toutefois, l'ARS est consciente que l'offre est insuffisante et a programmé des appels à projets (AAP) : plateforme de services dans les Yvelines (avec 90 places de SAMSAH, 1 centre d'accueil de jour et 1 SAVS), 2 SAMSAH dans le Val de Marne et 1 SAMSAH en Essonne.</p> <p>Il est prévu par ailleurs, dans le cadre d'opérations de restructurations hospitalières psychiatriques, de mener une réflexion conjointe sanitaire-médico-sociale, notamment pour les patients au long cours, pour lesquels l'hospitalisation n'est pas adéquate.</p> <p>Plusieurs scénarios sont mis en œuvre : établissements sanitaires qui deviennent gestionnaires de structures MS, ou bien qui accueillent structures MS sur leur foncier.</p> <p>Coopération entre établissements : Tim Greacen apporte l'exemple de plusieurs pays européens qui rendent obligatoire de travailler ensemble/collaborer dans le cadre de la Certification. Un autre acteur hospitalier insiste sur la difficulté de travailler ensemble du fait de découpages sectoriels inadaptés. La création de communautés hospitalières est une solution pour faciliter cela.</p> |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal</p> | <p>Sur cet axe, il convient de noter un développement important des CLSM en Ile-de-France. En effet, l'ARS s'est mobilisée sur cette thématique avec la définition d'un référentiel régional, le lancement d'appels à projets et le financement de postes de coordonnateur sur certains territoires (politique de la ville, zone dont l'Indice de développement humain IDH est faible). 36 CLSM sont donc en activité en Ile-de-France et sont présents sur l'ensemble des départements. Les acteurs soulignent le rôle central du coordinateur mais pour Paris seuls 2 coordinateurs sont affectés pour les CLSM ce qui est jugé trop peu par les acteurs.</p> <p>Concernant la sécurité et la bientraitance en psychiatrie, l'ARS s'est concentrée sur les conduites suicidaires qui représentaient environ 1/3 des signalements d'événements indésirables graves ces 4 dernières années. Une enquête a été menée sur ces signalements dans l'optique d'aboutir à des préconisations sur la formation des équipes, la sécurisation de l'environnement et l'évitement des ruptures dans les parcours. Sur les soins sans consentement, l'ARS n'a pas lancé d'action significative mais suit les données et note d'importantes disparités entre différents secteurs relevant d'un même préfet. La généralisation de la pratique de la contention est un point d'attention pour l'ARS qui en soulève les risques, notamment pour la santé somatique.</p> <p>Enfin, sur le volet déstigmatisation, la FNAPSY et l'UNAFAM ont développé les Mad Days qui ont été soutenues par l'ARS Ile-de-France.</p> |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs</p> | <p>Sur la question de la formation, les préoccupations concernent principalement les infirmiers et les médecins généralistes. Un sentiment généralisé de malaise est noté chez les infirmiers qui souhaiteraient une spécialité reconnue. La coordination avec le médecin généraliste est relevée comme une mission importante de l'infirmier en psychiatrie et se distinguant du statut classique. L'ARS a lancé un appel d'offres, auquel les CHS ont massivement répondu, sur un Projet de Préfiguration des infirmiers cliniciens spécialisés. Cette expérimentation a insisté sur la question de l'évolution des statuts notamment pour intégrer les pratiques avancées.</p> <p>Le besoin de formation des médecins généralistes est également unanimement souligné.</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>Sur le volet « ETP (éducation thérapeutique du patient) et remédiation cognitive », il convient de noter le travail du Centre Référent Remédiation cognitive, Réinsertion psychosociale de l'hôpital Sainte-Anne qui propose des programmes adaptés et personnalisés de remédiation cognitive. Cependant, le centre dispose de peu de visibilité et ses pratiques sont faiblement connues en France alors que cette initiative française a été reprise aux Etats-Unis. Une des explications réside dans les résistances encore fortes à la réhabilitation psychosociale et à la remédiation cognitive dans certains secteurs. De plus, l'absence d'évaluation du dispositif est regrettée par les acteurs qui y voyaient l'occasion de gagner en visibilité. Sur l'ETP, on note la difficulté des projets psychiatriques à entrer dans les définitions « classiques » de l'ETP. Le programme « Profamille » a été jugé non éligible car s'adressant aux familles et aux proches de jeunes patients ayant une schizophrénie.</p> <p>La question de l'évaluation est reprise par d'autres acteurs comme Ana Marques ou Tim Greacen qui appelle de ses vœux l'évaluation continue de l'offre de soins des urgences. Le manque de développement d'une culture de la recherche et de l'évaluation dans les CMP, associations ou structures médico-sociales est souligné comme un frein au développement de la recherche sociale qui, de plus, disposerait de moins de financements que la recherche clinique.</p> |
|--|---|

Perception synthétique des enjeux par profil d'acteurs

| | |
|------------|---|
| ARS | <p>Il y a une pratique d'animation régionale en santé mentale. Elle passe par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les réunions trimestrielles de coordination interne avec les DT, - les relations régulières avec les associations d'usagers et les fédérations d'établissements. - le Groupe régional de réflexion en santé mentale (GRSM), créé à la demande et à partir de la CRSA. <p>Le groupe régional de réflexion en santé mentale adopte un programme annuel de travail par thèmes, avec l'objectif de produire des constats et des recommandations présentés à la CRSA.</p> <p>En plus, des réunions plénières, des sous-groupes thématiques sont organisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2013-2014 : sujet âgé, réhabilitation psychosociale - 2014-2015 : précarité et exclusion sociale, psychiatrie et forces de l'ordre, rétablissement (suite du groupe réhabilitation). <p>En complément du GRSM, l'IDF a adopté et favorisé les CLSM (cahier des charges, invitation des associations), afin de décliner le plan dans la politique régionale d'IDF. L'ARS IDF a également fait le choix d'un soutien aux associations (financement de personnels au niveau départemental des associations d'usagers, Mad Days, CEAPSY, Mission PsyCOM, SISM ...)</p> <p>Pour l'ARS IDF, si un prochain plan psychiatrie et santé mentale est rédigé, il devra tenir compte du calendrier des ARS pour pouvoir être inclus dans les Plan Régionaux de Santé. Ainsi, si le plan a vocation à être un document d'orientation pour les PRS, il devrait être rédigé rapidement. De plus, selon l'ARS IDF, le nouveau plan devrait partir de l'évaluation du PPSM 2011-2015 et des éléments saillants du diagnostic afin d'être plus « en accord » avec les évolutions actuelles et moins axé sur des éléments intemporels. Les deux premiers objectifs devraient être :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la fluidité et la qualité du parcours de santé et de vie - Réduire les inégalités interrégionales d'accès aux soins |
|------------|---|

L'analyse de l'équipe du Codev

Appropriation du plan et déclinaison régionale

Hormis au niveau de l'ARS et des professionnels de santé des établissements publics, le plan psychiatrie et santé mentale est faiblement connu. Les acteurs ne se le sont pas vraiment approprié. Le plan n'a pas fait l'objet d'une déclinaison par l'ARS puisque le schéma régional en santé mentale a été déterminé à partir de constats partagés avec les acteurs. Cependant, même si les actions ont été initiées au niveau régional ou local, elles rentrent dans le cadre du plan de sorte qu'il est utilisé pour appuyer et légitimer les demandes de financement.

L'absence de pilotage du plan au niveau national est soulignée par l'ensemble des acteurs et présentée comme un frein à sa déclinaison régionale.

Pertinence

La cohérence du plan par rapport aux préoccupations de terrain est soulignée. Les priorités fixées ne sont pas remises en question par les acteurs. Les actions mises en œuvre localement correspondent aux orientations du plan sans en découler, ce qui témoigne de sa pertinence. La cohabitation des termes « psychiatrie et santé mentale » est jugée pertinente et à maintenir. Cependant, le plan est jugé trop généraliste et insuffisamment ciblé pour être un outil de pilotage.

Le choix d'une mise en œuvre par les ARS est globalement perçu comme pertinent même si un risque de variabilité entre les régions est souligné.

Un bémol cependant, le Plan est insuffisamment inductif pour aboutir à des objectifs de prévention... « Le Plan porte surtout sur ce qui se passe après l'irruption du trouble psychique ». Par conséquent, il n'y a peu dans le schéma régional de prévention (SRP). Le Plan a inclus les usagers et par conséquent on sent leur présence dans le plan de par les choix de construction du plan (donc peu de pédopsychiatrie, de prévention,...), sa cible prioritaire est par conséquent les malades chroniques psychiques.

Effets des actions

Les acteurs peinent à rattacher directement des actions mises en œuvre localement au plan.

Prospective

- Adjoindre des moyens au plan
- Prioriser les actions
- Inclure des indicateurs d'évaluation
- Assurer la gouvernance nationale et le pilotage du plan

Étude qualitative régionale - synthèse

Région Limousin

Acteurs rencontrés

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ARS Limousin : référent santé mentale, direction de l'offre de soins et de l'autonomie, direction de la santé publique, direction de l'appui à la stratégie et du droit des personnes, DT Corrèze et Creuse, pôle d'allocation des ressources • Acteurs hospitaliers : directeurs administratifs, présidents de CME, chefs de pôles, responsable service des urgences, coordinateur de soins • Associations d'usagers : UNAFAM, GEM • Médecins généralistes, psychiatres libéraux, infirmière libérale • CMP / CMP infanto-juvénile / CMPP • Psychiatres de l'unité de soins de la Maison d'Arrêt de Limoges et du centre de détention d'Uzerche, cadre du centre de détention, responsable filière santé-justice • Opérateurs médico-sociaux enfants : directeurs ITEP, IME, SESSAD, médecin pédopsychiatre • MDPH | Entretiens réalisés les 15 et 16 octobre 2015 |
|--|---|

Animation de la thématique au sein de la région

| | |
|--|---|
| Existence d'un référent santé mentale au sein de l'ARS | Oui |
| Existence et rôle d'un groupe dédié à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) | Oui, dans le cadre de la réflexion sur les parcours un groupe de travail « parcours santé mentale » a été mis en place |
| Existence de priorités régionales spécifiques Existence et contenu d'un programme d'actions dédié à la thématique de la santé mentale | Oui une thématique santé mentale est incluse dans le PSRS |
| Evaluation de la prise en compte de la thématique dans les différents documents de planification régionale (PRS, schémas, programmes) | La thématique santé mentale est prise en compte dans le PRS, dans les trois schémas régionaux : schéma régional de prévention (SRP), schéma régional d'organisation des soins (SROS) et schéma régional d'organisation médico-sociale (SROMS) |

► *Appréciation du niveau d'animation et d'appropriation de la thématique au plan régional et des éléments explicatifs*

Le Limousin se caractérise par une réelle dynamique régionale en santé mentale. La politique régionale de psychiatrie - santé mentale est structurée et partagée tandis que les acteurs apparaissent mobilisés. La maturité des réflexions sur une organisation « en réseau » au niveau régional pourrait s'expliquer par le nombre relativement limité d'acteurs et les contraintes de démographie médicale particulièrement fortes sur certaines zones mais également par le travail d'animation effectué par l'ARS.

La politique régionale de santé mentale est centrée autour de la dimension des parcours. Un diagnostic impliquant largement les acteurs de la psychiatrie – santé mentale sur la région a permis d'identifier des points de ruptures du parcours à partir desquels un plan d'actions a été défini. Des appels à projets vont permettre la mise en œuvre de ce plan d'action.

Le choix d'une gouvernance « parcours » à la fois interne et externe permet de garantir la cohérence de la politique santé mentale ainsi que sa lisibilité. La gouvernance externe permet d'associer les acteurs régionaux à la définition de la politique de parcours et facilite une plus large appropriation de la thématique. La gouvernance interne assure une approche transversale de la psychiatrie – santé mentale au sein de l'ARS. Ainsi, sur les aspects budgétaires un comité interne associant les différentes directions identifie les possibilités de réallocations et fongibilité.

Spécificités régionales

Malgré des disparités interdépartementales significatives, la région Limousin se caractérise globalement par une faible densité de population. Cette dernière a un impact important sur l'accès aux soins psychiatriques du fait de l'éloignement entre les structures de prises en charge et certaines zones d'habitation. La dispersion des structures est également une difficulté dans la mise en œuvre de démarches de coopération.

A cet éloignement géographique s'ajoutent des contraintes de démographie médicale particulièrement fortes en Creuse et une pyramide des âges peu avantageuse en Corrèze. Ceci renforce les enjeux liés à l'accès et à la continuité des soins. La région se mobilise sur ces problématiques avec un établissement moteur, le CH Esquirol, porteur d'un Groupement de Coopération Sanitaire Santé Mentale et Handicap visant notamment à une mutualisation des moyens humains.

Le CH Esquirol apparaît comme un établissement central dans les réorganisations et orientations actuelles de la politique de psychiatrie – santé mentale de la région. Ainsi, l'organisation de l'offre de soins psychiatriques sur la région est atypique puisque le secteur est délaissé au profit d'une organisation en filière.

La filiarisation concerne particulièrement les soins hospitaliers tandis que la prise en charge extrahospitalière se fait en centre de proximité en santé mentale. Les filières identifiées sont les suivantes : troubles de l'humeur et troubles anxieux, filière psychoses aiguës, filière réhabilitation et réadaptation, filière ambulatoire, filière santé justice, filière psychiatrie et précarité, filière psychothérapies et thérapies alternatives.

Sur le plan de la santé publique, il convient de noter une surmortalité par suicide et une prévalence importante de l'alcoolisme.

État des lieux synthétique par thématique

| | |
|---|---|
| <p>Prévenir et réduire les ruptures tout au long de la vie</p> | <p>La région Limousin a engagé une réflexion sur la gestion des crises avec plusieurs actions mises en œuvre. Les acteurs se sont tout d'abord mobilisés sur la prévention de l'urgence avec la création d'une unité d'évaluation et d'orientation de 72 heures (Unité Morel). Cette unité a pour objectif de prévenir les situations d'urgence en étant un appui pour le médecin généraliste souhaitant une expertise. Un numéro unique leur permet également de joindre facilement les psychiatres de l'unité. Cependant, ces derniers soulèvent que la fermeture de l'unité le weekend limite les possibilités d'adressage de patients aux trois premiers jours de la semaine. Les équipes mobiles de territoire s'inscrivent également dans une logique de prévention des crises dans une perspective « d'aller-vers ». Des équipes mobiles spécifiques (addictions, précarité, sujet âgé...) ont été développées par le CH Esquirol par un redéploiement de moyens de l'hospitalisation conventionnelle vers l'ambulatoire. Enfin, la mise en place des centres de proximité vise à offrir des points d'accueil proche du domicile des personnes. Ainsi, une unité mobile du CH d'Esquirol (EMSPA) intervient dans les EHPAD et une équipe mobile intervient en ITEP/IME. Selon, l'équipe de l'IME PEP 87, qui ne dispose pas de psychiatre sur site, l'intervention de l'équipe mobile du CH Esquirol a permis de prévenir des hospitalisations. Le CH du Pays d'Eygurande a également mis en place une équipe mobile de liaisons avec les structures médico-sociales afin de réduire les hospitalisations évitables. Ces différentes actions ont, selon les acteurs, entraîné une baisse de 10% à 15% des passages aux urgences psychiatriques.</p> <p>L'optimisation de la gestion des urgences s'est traduite par la mise en place, d'un psychiatre du CH Esquirol, H24 aux urgences du CHU de Limoges. En Creuse et en Corrèze, le manque de psychiatre complexifie la gestion de l'urgence. A titre d'exemple, la psychiatrie de liaison ne peut pas être assurée de manière continue au CH de Brive du fait d'un poste vacant.</p> <p>Pour les ITEP de Creuse et Corrèze, la question de la distance entre ces structures et les urgences psychiatriques (voire générale) est problématique dans la gestion des crises.</p> <p>Enfin, le suivi post-crise a également fait l'objet de réflexions. Un suivi avec une relance téléphonique pour les adultes ayant fait une TS a été systématisé ainsi que la mise en place d'un suivi de transition dans les 24 heures à 72 heures après la crise, assuré par les équipes du CH Esquirol en attendant que le patient soit pris en charge en ambulatoire. Le rôle des infirmiers libéraux dans l'accompagnement des personnes en sortie d'hospitalisation est mieux valorisé depuis la signature d'une charte entre l'association « soins santé » et le CH Esquirol. Cette charte permet la mise en place de fiches de parcours de suivi extrahospitalier. Les infirmiers ont ainsi plus d'informations sur la prise en charge à domicile du patient (point d'attention...). Les infirmiers bénéficient également du support des psychiatres du CH (numéro référent, formation et sessions de « partage »).</p> <p>Concernant la prise en charge des personnes handicapées psychiques vieillissantes, deux unités de 14 lits d'EHPAD dédiées avec des moyens spécifiques ont été ouvertes. L'équipe mobile assure également des formations à l'accueil de personnes en situation de handicap psychique dans les EHPAD. L'équipe mobile est dans une dynamique « d'aller vers ». Il</p> |
|---|---|

| | |
|--|---|
| | <p>s'agit d'aller à la rencontre des personnes en établissement ou à leur domicile pour proposer des évaluations et orientations. L'objectif étant d'éviter les hospitalisations inadéquates et de réduire la Durée Moyenne de Séjour (DMS). L'évaluation se fait en binôme soignant – psychiatre. Le CH Esquirol dispose d'un centre d'expertise dans la psychiatrie du sujet âgé. Enfin, un centre est dans une dynamique de restructuration de la prise en charge dans une optique de renforcement de la gestion de la crise suicidaire du sujet âgé. En Creuse, la téléconsultation est présente dans 28 EHPAD, un hôpital de jour (HDJ) spécifique a été mis en place sur Guéret ainsi qu'une unité d'hospitalisation de 26 lits.</p> <p>Pour la prise en charge des enfants – adolescents, un partenariat mature semble être en place avec l'Éducation nationale. Les enseignants repérant des enfants avec des troubles du comportement ou de l'apprentissage peuvent se voir proposer une orientation vers le dispositif « Unité de Soins Intensifs du soir ». De plus, chaque département dispose d'une Maison des adolescents. Enfin, sur le volet prévention, un temps infirmier dédié est assuré dans les centres de loisirs et crèches des quartiers relevant de la politique de la ville à Limoges. Enfin, une unité mère bébé régionale a été mise en place. Des situations de rupture sont néanmoins identifiées par les acteurs. Ces ruptures proviennent principalement des délais d'attente importants entre la décision d'orientation MDPH et la prise en charge dans le dispositif. Les enfants sont alors pris en charge par le CMPP pendant cette période d'attente de placement mais ne disposent pas d'une prise en charge appropriée. Ceci constitue une perte de chance pour ces enfants. De plus, ils « embolisent » le CMPP ce qui entraîne un rallongement des délais d'attente et une éviction des enfants qui relèveraient réellement d'une prise en charge CMPP. Le CMPP fait face à des situations de plus en plus complexes et une hausse de la demande qui engendre une saturation de la structure. Le CMP enfant de Limoges a mis en place des critères pour définir l'urgence et la complexité de la demande. En Creuse, une psychologue référente parcours adolescents a été mise en place. Elle oriente vers les structures en fonction des besoins. Selon l'ARS, la transition adolescents – adultes est encore génératrice de ruptures notamment du fait de difficultés de transmission de dossier.</p> <p>Les hospitalisations au long cours n'apparaissent pas comme une problématique saillante pour la région puisque des travaux ont été menés et ont permis leur diminution. Ainsi, le CH Esquirol a fait disparaître ces hospitalisations au long cours en trois ans grâce à la mise en place d'un dispositif de suivi et de vigilance comprenant l'analyse des dossiers de personnes hospitalisées au long cours par les médecins ainsi que le concours d'une assistante sociale. La mise en place du GCS santé mentale et handicap sur la région, a également permis de faciliter l'inscription des personnes hospitalisées dans une trajectoire médico-sociale. En effet, le GCS contribue à la fluidification de l'articulation entre le sanitaire et le médico-social en ouvrant des possibilités de coopération telles que les prises en charge conjointe ou l'organisation de séjours de répit. Un des objectifs principaux du GCS est en effet l'évitement des ruptures de parcours et la facilitation de l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles psychiatriques dans les établissements médico-sociaux.</p> <p>Concernant la participation sociale des usagers, l'importance des GEM a été soulevée par les différents acteurs et les usagers en particulier. La région Limousin est bien couverte en GEM puisqu'elle compte 3 GEM en Corrèze, 3 en Creuse et 4 en Haute-Vienne. Ils apparaissent très bénéfiques aux usagers qui le définissent comme un « lieu libre qui permet de se</p> |
|--|---|

| | |
|---|---|
| | <p>construire et de s'insérer » en sortant de l'isolement. Il est décrit comme une « structure d'utilité publique » ayant un impact bénéfique sur les ré-hospitalisation. Cependant, leur cahier des charges est questionné par certaines associations d'aidants qui considèrent que confier des responsabilités de gestion financière aux usagers engendrent du stress et des situations de décompensation. Les axes « travail » et « logement » ont été plus faiblement évoqués. Un besoin de flexibilité des dispositifs et accompagnements proposés a été soulevé. Pour l'insertion professionnelle, un groupe de travail a été mis en place au niveau du GCS. Différents projets ont été évoqués tels que le stage d'insertion en ESAT ou l'équipe mobile. La MDPH Haute-Vienne va expérimenter un nouveau dispositif de « pré-orientation modulable » donc l'objectif est de permettre plus de souplesse dans l'orientation tout en réduisant les délais de réponse.</p> <p>Concernant la prise en charge des addictions sur la région, un maillage territorial a été organisé par l'implantation de consultations avancées dans les zones qui en étaient dépourvues et la gradation des prises en charge au niveau régional - CH Esquirol et CH Eygurande pour le sevrage complexe et le CH de Brive et le CH de Tulle pour le sevrage simple.</p> |
| Prévenir et réduire les ruptures selon les territoires | <p>Une des problématiques fortes rencontrées par la région est celle de la démographie médicale. Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Santé Mentale et Handicap du Limousin, mis en place en 2010, est une des leviers principaux de recrutement dans la région. En effet, un de ses objectifs est celui de la gestion des métiers rares (psychiatre, pédopsychiatre, psychomotricien...) grâce à la mutualisation de la gestion des ressources humaines (masse salariale partagée d'environ 700 k€). Il s'agit donc de faciliter l'affectation de postes dans les établissements isolés grâce à des mesures telles que la mise à disposition de personnels ou les assistants partagés (par exemple entre Limoges et Saint Vaur ou Limoges et Brive). A terme le CH Esquirol, porteur du GCS, souhaiterait que les nominations ne soient effectuées pour un établissement mais pour un territoire.</p> <p>La mise en place de dispositif de télé médecine notamment entre Limoges et Guéret, est également un des outils mis en place pour pallier au manque de professionnels et permettre ainsi d'éviter les ruptures entre territoires. Enfin, dans certaines zones rurales il est fait appel à des professionnels de santé étrangers pour éviter les situations de pénurie de médecins. Un travail sur la formation de ces médecins aux procédures médico-administratives (soins sans consentement...) est en cours avec le conseil de l'ordre.</p> <p>A cette question de démographie médicale, s'ajoute une problématique liée à la répartition de l'offre. Ainsi, si la Corrèze compte 160 places de SAMSAH à orientation psychiatrique, la Creuse n'en a aucune. De plus, les lits de pédopsychiatrie sont concentrés sur Limoges alors que la Corrèze ne dispose pas de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie. La fongibilité interne est également un levier de rééquilibrage de l'offre dans la région. Ainsi, une réallocation de financement DAF – FIR entre sanitaire et médico-social est effectuée par l'ARS au sein d'un comité transversal. Cette fongibilité permet le financement de projets dans une optique parcours. Enfin, en Corrèze, le réseau Trampoline permet de renforcer la visibilité de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire et de garantir le suivi et l'orientation des enfants. Il permet l'orientation des professionnels autour des enfants, adolescents et jeunes adultes en grande difficulté.</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>La répartition de l'offre de prise en charge est particulièrement centrale du fait de la dispersion des structures sur le territoire. Ainsi, les trois ITEP de la région sont situés à plus d'une heure d'un pôle urbain et donc relativement éloignés des établissements sanitaires, ce qui complique, par exemple, la mise en place de prise en charge séquentielle. De plus, malgré la mise en place des centres de proximité, l'accès aux soins est problématique, notamment en Creuse, du fait des distances importantes et de la faible mobilité de la population. Les centres de proximité et les équipes mobiles permettent donc de garantir une proximité de prise en charge et sont donc un levier important d'évitement des ruptures. Différentes équipes mobiles spécifiques ont donc été mises en place sur la région : psychiatrie et précarité / handicap psychique / addictologie / sujet âgé. Cependant, le maintien d'une prise en charge de proximité est complexifié par la démographie médicale. Il est difficile d'avoir à la fois une équipe médicale en intra et en extra ce qui peut rallonger les DMS.</p> <p>Concernant l'accès aux soins des personnes rencontrant des difficultés supplémentaires pour se faire aider, la prise en charge des détenus a été particulièrement développée. En effet, le CH du Pays d'Eygurande (CHPE) dispose d'un pôle de soins intensifs et sécurisés et assure la prise en charge en UMD et des détenus hors UMD avec un recrutement large (région et hors région). Le CHPE dispose de 40 lits d'UMD et a ouvert 6 places d'USIP pour les détenus hors UMD. La mise en place de groupes thérapeutiques (gestion du stress) et de groupes de soutien à la parentalité au centre de détention d'Uzerche est également portée par le CHPE. Si la prise en charge somatique est encore jugée problématique, notamment pour les patients D398, le CHPE a signé une convention avec le CH d'Ussel pour la réalisation de bilans somatiques et avec le CH de Tulle pour l'hospitalisation (3 lits dédiés). Cependant, une rupture de prise en charge a été identifiée, par les professionnels, pour la prise en charge somatique des détenus hors région hospitalisés en UMD du fait de problématique de droits à l'assurance maladie.</p> <p>Le problème de la continuité des prises en charge dans les centres de détention a cependant été soulevé. En effet, le nombre de places en SMPR est limité et les détenus n'y restent pas longtemps. Un projet de création d'un HDJ au centre de détention d'Uzerche est porté par le CH du Pays d'Eygurande dans l'optique de renforcer l'observance des traitements et de proposer des activités à visée thérapeutique.</p> <p>Enfin, la mise en place des filières de prise en charge, ont un objectif d'harmonisation de la prise en charge au niveau régional.</p> |
| Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal | <p>Le GEM de Limoges a mené différentes actions de déstigmatisation. Ainsi, les usagers du GEM de Limoges ont fait des interventions dans les établissements universitaires pour la formation des soignants et des forces de l'ordre. Un travail a également été fait avec l'équipe de gendarmerie de Saint-Junien sur une gestion plus « humaine » de la crise. Une centaine de gendarmes ont ainsi été formés. De plus, le GEM a réalisé un documentaire « Maladies psychiques : halte aux préjugés » diffusé dans un cinéma de Limoges. Enfin, un pôle des usagers a été mis en place en 2014 par le CH Esquirol. Il constitue l'aboutissement de mise en œuvre d'une démarche de démocratie sanitaire sur le CH. Il s'agit de reconnaître les compétences des usagers et le fait que leurs expériences est un atout dans les réflexions sur l'organisation de l'offre. L'objectif de ce pôle est de rendre visible les actions des usagers, de leur fournir un cadre d'expression et de leur garantir un statut de partenaires des soins.</p> |

| | |
|---|--|
| | <p>Cependant, la déstigmatisation reste une demande importante des associations qui souhaiteraient notamment une campagne nationale. L'UNAFAM indique par exemple que parmi les 100 participants à la Semaine d'Information à la Santé Mentale, moins de 5 étaient des « extérieurs » c'est-à-dire non sensibilisés à la thématique. De plus, sur la région il n'y pas de représentation de la FNAPSY.</p> <p>Enfin, concernant l'évaluation du handicap psychique, l'inadéquation de la grille a été soulevée. La MDPH Haute-Vienne indique que, tel que conçu actuellement, le certificat médical ne permet pas d'avoir une idée du retentissement de la pathologie psychique sur la vie sociale de l'usager. De plus, ces pathologies sont complexes et évolutives d'où un besoin quasi-systématique d'expertise supplémentaire après la transmission du dossier ce qui rallonge les délais de traitement des dossiers. Pour pallier au manque de temps d'expertise sur la MDPH, une convention avec le Centre d'Evaluation et de Réhabilitation d'Esquirol va être signée pour permettre l'adressage de certains usagers MDPH pour des évaluations/expertises. La définition du temps de surveillance est souvent problématique et des décalages sont notés entre l'appréciation MDPH et celle des familles. Le volume de dossiers à traiter est souligné. Les équipes de la MDPH ont été formées sur les TED, dys et autisme.</p> <p>Pour la prise en charge médico-sociale des enfants vivant avec un trouble psychique, les inadéquations d'orientation MDPH sont soulevées. Les orientations par défaut d'enfant en ITEP alors qu'ils relèveraient de l'IME sont jugées problématiques. De même, selon les acteurs, la cohabitation dans les IME de jeunes déficitaires avec des jeunes ayant des troubles psychiatriques et une source de grande déstabilisation des structures et équipes et génère un mal-être important. La mise en œuvre du dispositif ITEP est attendue pour permettre une plus grande flexibilité des orientations en faisant de l'établissement un « lieu d'expérimentation ».</p> |
| Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs | <p>Dans le cadre du travail sur les parcours initié par l'ARS, les professionnels de santé ont identifié un manque important au niveau de la formation. Ainsi, un appel à projet sur la formation des acteurs sociaux, médico-sociaux et médecins libéraux a été lancé par l'ARS pour le parcours santé mentale.</p> <p>Concernant la formation des infirmiers, les acteurs hospitaliers indiquent la mise en place systématique de tutorats, en interne, pour la première année en poste. Le socle de compétences indispensable identifié est la prise en charge du risque suicidaire, la relation et l'animation de groupe à visée thérapeutique (CMP).</p> <p>Enfin, une intervention santé mentale - justice est proposée dans les DU de psychiatrie générale et d'addictologie et des formations croisées SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation) – PJJ ainsi que des formations santé mentale psychiatrie sont proposées aux magistrats.</p> |

Perception synthétique des enjeux par profil d'acteurs

| | |
|--------------------------------|--|
| ARS | <ul style="list-style-type: none"> - La Santé mentale est un domaine pour lequel beaucoup de choses restent à faire (en particulier : développement de recommandations de bonnes pratiques, fiabilité du recueil des données, communication à améliorer entre professionnels et avec les familles et les patients, amélioration de l'accueil des patients dans les services d'urgence et de MCO, développement du travail conjoint avec le champ social, assouplissement de certaines règles administratives, ...) - La question de la démographie médicale est une problématique croissante - Les acteurs du champ social ont besoin de davantage de connaissances sur les spécificités de l'accompagnement des personnes vivant avec un trouble psychique - Un travail doit être conduit auprès des professionnels du 1^{er} recours concernant l'annonce du diagnostic (y compris l'identification des difficultés et accompagnements vers les soins) et plus globalement sur le développement des capacités du 1^{er} recours à prendre en charge les troubles psychiques - Une approche transversale de la prévention est nécessaire incluant, d'une part les divers acteurs de la cité, et, d'autre part, les opérateurs de la prévention (Inpes, ...) - Un accompagnement spécialisé pour le retour / maintien dans l'emploi devrait être développé - Une clarification du SI partagé entre les acteurs (périmètre, degré, modalités) est nécessaire - La place de la psychiatrie dans les futurs GHT est à clarifier |
| Professionnels de santé | <ul style="list-style-type: none"> - Le GCS santé mentale a permis la mise en place d'une concertation médicale départementale et interdépartementale - Le constat d'une recrudescence des soins sans consentement est fait par les acteurs - La psychiatrie est de moins en moins hospitalo-centrée : redéploiement de moyens de l'intra vers l'extra (équipes mobiles, centres de proximité...) - La pénurie de psychiatres est une source de rupture |
| MDPH | <ul style="list-style-type: none"> - La problématique principale est celle du déficit de structures d'accueil pour les personnes avec un handicap psychique - Le rapport de Denis Piveteau ne résout pas le problème – les solutions B ou C proposées ne sont pas toujours appropriées - Il y a un problème de délimitation de la maladie psychiatrique : qu'est-ce qui relève du sanitaire et qu'est-ce qui relève du médico-social ? - Il est nécessaire de renforcer l'accompagnement en sortie d'hospitalisation - Il faut développer des outils pour l'employabilité des personnes en situation de handicap psychique - Les troubles du comportement constituent un sujet difficile pour lequel les solutions ne sont pas réellement adaptées et suffisamment ouvertes sur l'école |

| | |
|---|---|
| Professionnels libéraux | <ul style="list-style-type: none"> - Le premier besoin est celui d'avoir un interlocuteur identifié – un répertoire pour « savoir qui appeler » semble une priorité - Pour les maladies psychiatriques il faut le soutien d'un spécialiste pour comprendre et ajuster le traitement - Les personnes avec des pathologies lourdes (psychotiques) sont peu présentes dans la patientèle - Avec l'organisation en filière il est plus difficile d'avoir un interlocuteur attitré – il y a une interchangeabilité médicale - La rupture est aussi dans l'institution quand on déplace un patient d'une unité à l'autre - L'hospitalisation avec privation de liberté est en augmentation et participe à la peur de l'hôpital - Il faut favoriser les mi-temps hôpital/libéral. Les jeunes praticiens ne sont pas assez formés pour la psychiatrie libérale - Il faudrait pouvoir négocier les admissions directes |
| CMP adulte / enfants et CMPP | <ul style="list-style-type: none"> - La question de la démographie médicale est majeure - Les centres de proximité sont aussi une porte d'entrée pour les médecins traitants et les psychiatres libéraux. L'accès au centre de proximité, pour la première prise de contact, se fait à partir d'un numéro unique (les secrétaires ont le planning de tous les centres de proximité) (Haute-Vienne). Le premier entretien est réalisé par un infirmier. - Si on a plus ces prises en charge de proximité on sera dans une situation de rupture - Les listes d'attente en hôpital sont de la rupture - Difficulté des certificats pour l'hospitalisation sans consentement quand on est dans une zone rurale avec peu de médecins généralistes et des distances importantes - Hausse de la demande de prise en charge au CMPP et des situations de plus en plus complexes : il faudrait formaliser les liens avec le CMP - Le médico-social est « embouteillé » et ne répond pas à ses missions. Problème de prise en charge « par défaut » d'enfant qui relèvent du médico-social mais sont en attente de places. |
| Associations d'usagers et des familles | <ul style="list-style-type: none"> - Les GEM sont incontournables et essentiels dans le paysage de l'offre de prise en charge en santé mentale – psychiatrie. Ils sont devenus le lieu de l'expérimentation de la vie sociale - Il y a un décalage entre la faiblesse des moyens alloués au GEM et les bénéfices qu'ils apportent (hospitalisations évitées...) - Débat sur la gestion des GEM : à qui doit revenir la responsabilité de leur gestion financière et juridique ? usagers seuls ? - Les critères d'évaluation du handicap ne sont pas adaptés - Pour les logements il faut plus de flexibilité dans les solutions proposées. L'accompagnement peut parfois être très léger et facile à mettre en œuvre - Il est nécessaire d'agir pour favoriser l'accueil et l'information des familles – les aider pour qu'à leur tour elles soient en capacité d'aider leur proche - Les hospitalisations directes sans passage aux urgences devraient être possibles surtout pour la personne qui va mal et fait la démarche d'aller à l'hôpital - GHT santé mentale est souhaitée |

| | |
|----------------------------------|---|
| Interface santé – justice | <ul style="list-style-type: none"> - La coordination pour les obligations de soins est problématique - La population pénitentiaire évolue : environ 50% des entrants ont un problème d'alcool - La loi borne les pratiques sur l'interface santé – justice et empêche d'agir sur certains points de rupture - Le parcours de santé et les 3 niveaux de prise en charge doivent être valables pour les détenus |
| Opérateurs enfants | <ul style="list-style-type: none"> - Le profil des enfants reçus évolue : ils sont de plus en plus déstructurés - Pour éviter les situations de rupture il faut des psychiatres sur site or leur nombre est insuffisant sur la région - Il faut faire vivre la notion de « dispositif ITEP » - Le GCS peut également compliquer les recrutements (postes très parcellaires) - L'équipe mobile est très utile dans la prévention des hospitalisations |

L'analyse de l'équipe du Codev

Appropriation du plan et déclinaison régionale

Si les acteurs connaissent le plan et sont en accord avec les axes stratégiques proposés, ce dernier n'a pas fait l'objet d'une déclinaison à proprement parler. Il a souvent été présenté en 2012 après sa publication mais les acteurs ne se sont, par la suite, pas directement appuyés sur lui pour la mise en œuvre d'actions ou le choix d'orientations.

Pertinence

Pour les acteurs, le plan a repris des éléments relativement consensuels. Il n'est pas novateur dans les idées développées mais constitue plutôt un état des lieux et une synthèse des perspectives qui émergeaient sur le terrain. Le parcours de vie / évitement des ruptures est un axe central du plan qui est en cohérence avec les orientations régionales. Le plan est alors vu comme l'affirmation d'un soutien tutélaire qui a confirmé une dynamique plus qu'il ne l'a impulsé. Le plan est venu conforter des actions en place et a pu être utile dans la légitimation de ces actions ou des orientations choisies (parcours, soins somatiques) et dans les négociations de moyens.

Les acteurs indiquent « *se retrouver dans le plan* ».

Effets des actions

Sur la région, un important travail de décloisonnement a été lancé depuis 2010 avec la mise en place de groupes de travail commun et d'un groupement de coopération sanitaire. Les quelques articulations mises en place sont plébiscitées (équipe mobile dans les structures médico-sociale, coopération hôpital – infirmières libérales...). Les mesures de prévention des urgences (équipe mobile, unité Morel) semblent également avoir atteint leurs objectifs. Ces dispositifs doivent cependant être étendus à l'ensemble de la région tandis que leur déploiement est freiné par des problématiques de démographie médicale.

De plus, il est encore trop tôt pour évaluer l'effet de la politique parcours de l'ARS mais il semblerait néanmoins que la réalisation du diagnostic ait fait émerger une dynamique de coopération.

Prospective

Le principe d'un plan comme outil de structuration d'une politique en santé mentale, n'est pas remis en cause. Cependant, sur la forme, les acteurs jugent nécessaire l'allocation de moyens au plan ainsi que la hiérarchisation des axes et actions proposées. Un désaccord est cependant soulevé entre des acteurs souhaitant garder le caractère indicatif et général du plan et d'autres souhaitant un plan directif mentionnant des actions précises.

Si un futur plan apparaît utile pour l'ensemble des acteurs, son pilotage l'est d'autant plus.

Le travail sur les interactions et coordinations apparaît encore comme une thématique centrale. L'évolution des cultures pour faciliter les coordinations est évoquée ainsi que la mise en place de financements transversaux.

Concernant la réhabilitation psychosociale, le développement de structures médico-sociales spécifiques et le renforcement de la flexibilité des dispositifs d'emploi et de logement sont des demandes partagées par les acteurs. Pour les enfants, le développement de solutions adaptées aux problématiques complexes (sociales, médicales...) est nécessaire.

Enfin, la stigmatisation demeure une problématique importante pour l'ensemble des acteurs.

Étude qualitative régionale - synthèse

Région PACA

Acteurs rencontrés

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • ARS PACA • Acteurs hospitaliers : directeur, chef de pôle, PH, cadre de santé • Représentants des usagers et aidants • Médecins généralistes, psychiatres libéraux • Equipes de CMP adultes et enfants • Opérateurs adultes et enfants • Directrice MDPH • Membres du conseil d'administration du Conseil d'Orientation en Santé Mentale (COSM) de la ville de Marseille | Entretiens réalisés les 17 et 18 septembre 2015 |
|---|---|

Animation de la thématique au sein de la région

| | |
|--|--|
| Existence d'un référent psychiatrie au sein de l'ARS | Oui poste repris en 2014 après un an de vacance |
| Existence et rôle d'un groupe dédié à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) | Non mais présence d'une conférence régionale de concertation en santé mentale articulée avec la CRSA |
| Existence de priorités régionales spécifiques Existence et contenu d'un programme d'actions dédié à la thématique de la santé mentale | Priorités d'action proposées par la CRCSM |
| Evaluation de la prise en compte de la thématique dans les différents documents de planification régionale (PRS, schémas, programmes) | Volet santé mentale et addiction dans le PRS 2012-2016 Schéma prévention |

► *Appréciation du niveau d'animation et d'appropriation de la thématique au plan régional et des éléments explicatifs*

Les priorités régionales en santé mentale ont été fixées à partir d'un état des lieux co-construit avec les acteurs locaux de la santé mentale, en 2014, à la prise de poste du référent psychiatrie. Les priorités et actions ont été choisies collégialement au niveau de la Conférence Régionale de Concertation en Santé Mentale (CRCSM). La CRCSM est l'instance permettant l'animation régionale en psychiatrie/santé mentale.

La thématique santé mentale est partagée au sein de plusieurs directions de l'ARS ; prévention, organisation de l'offre de soins, offre médico-sociale et santé publique et environnement. Cependant, si ces directions ont mis en place des actions sur le champ de la psychiatrie/santé mentale, il n'y a pas eu de réelle coordination pour leur définition. La direction en charge du premier recours semble cependant s'approprier difficilement cette thématique.

Au niveau des directions territoriales (DT), la psychiatrie/santé mentale fait l'objet d'expérimentations et actions. L'animation territoriale est organisée autour de trois visioconférences par an dédiées à la santé mentale, entre les DT et le siège.

Les différents acteurs soulignent l'importance d'avoir un référent santé mentale au sein de l'ARS pour assurer un pilotage régional de la santé mentale. À ce titre, la période de vacance du poste de référent santé mentale est perçue comme une période pendant laquelle peu d'actions ont été impulsées au niveau régional.

Spécificités régionales

La région PACA est marquée par d'importantes inégalités territoriales. Une forte disparité est notée entre le littoral et les zones rurales et alpines. En termes de démographie médicale, les territoires plus isolés rencontrent ainsi des difficultés de recrutement de spécialistes, notamment en psychiatrie.

Les inégalités économiques sont également importantes dans la région. Ainsi, bien que la région PACA enregistre un PIB élevé, elle est également fortement touchée par la pauvreté, notamment la pauvreté infantile. La précarité est donc une donnée à prendre en compte dans les politiques de santé mentale en PACA.

État des lieux synthétique par thématique

| | |
|---|--|
| <p>Prévenir et réduire les ruptures tout au long de la vie</p> | <p>Au vu des entretiens réalisés en PACA, une des problématiques centrales sur cet axe, est celle du manque de structures médicosociales pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique.</p> <p>Le déficit en dispositifs d'aval, et plus particulièrement de logement, (notamment sociaux) est identifié comme un frein aux sorties d'hospitalisation. Cependant, les acteurs hospitaliers se mobilisent sur la problématique des séjours longue durée, notamment par la réalisation de coupes transversales. Sur la problématique du logement, un dispositif de familles gouvernantes, porté par l'UDAF, a été présenté aux membres du Codev et correspond aux différentes orientations du plan sur cet axe. Ainsi, les principes d'autonomisation des individus et d'intégration dans le droit commun, du dispositif familles gouvernantes, promeuvent les objectifs de rétablissement social du plan. Cette rencontre a eu lieu en la présence du représentant du comité départemental des adolescents ce qui a permis de faire émerger une volonté de coopération entre ces deux acteurs pour l'évolution du dispositif vers l'inclusion de patients avec leurs enfants dans les familles gouvernantes.</p> <p>Concernant les coordinations entre acteurs, des difficultés de communication sont notées, entre médecins généralistes et psychiatres, et entre prise en charge libérale (médecins généralistes, psychiatres libéraux) et hospitalière. Ceci concerne notamment la rédaction et la transmission de compte-rendu (de rendez-vous ou d'hospitalisation). Le développement des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) (ou comme dans un établissement le projet de co-localisation d'un CMP avec un centre de santé) est vu comme un levier pour le renforcement de ses communications. Des progrès ont cependant été faits pour la coordination des acteurs des différents champs. Ainsi, ils se réunissent au sein d'instances (COSM, conseil départemental des adolescents, ateliers santé ville) avec pour objectif la fluidification des parcours de prise en charge principalement des situations complexes. La gestion des crises reste néanmoins une des difficultés majeures de la coordination des acteurs. Ainsi, il est par exemple noté une mauvaise orientation des enfants pris en charge dans le</p> |
|---|--|

| | |
|--|---|
| | <p>médico-social vers le sanitaire pour des difficultés ne nécessitant pourtant pas une prise en charge sanitaire. L'absence d'unité d'urgence pour les adolescents en crise, dans les Bouches du Rhône, est également soulignée comme problématique par les acteurs.</p> <p>Une autre source de rupture est identifiée au niveau des délais d'attente. Ainsi, dans le CMP enfants auditionné, les délais d'attente dépassent un an. Ceci provient notamment de dysfonctionnements au niveau de l'adressage et d'une faiblesse de la prévention à l'école. Dans le CMP adulte, la mise en place d'un premier rendez-vous par une infirmière a permis de limiter les délais d'attente pour le premier rendez-vous en permettant également de déterminer l'urgence de la prise en charge qui peut être faite par un psychologue ou psychiatre selon le cas. La faible densité de psychiatres et pédopsychiatres libéraux à certains endroits engendre également d'importants délais de prise en charge. Enfin, le déficit en lits d'hospitalisation pour les enfants et adolescents dans le secteur public est également source de rupture. Ainsi, malgré la mise en place d'actions de prévention facilitant le repérage des jeunes en difficulté (déploiement de psychologues dans les missions locales) les faiblesses de l'offre sont une difficulté centrale pour les acteurs.</p> <p>Sur le volet de la participation à la vie sociale, le bilan semble mitigé. Si les GEM se sont développés et que la perception des professionnels de santé à cet égard a évolué, le manque de formation des usagers (formation prise de parole notamment) et la difficulté à les mobiliser (bénévolat de la représentation usagère, intériorisation de la stigmatisation) empêchent le développement de la participation des usagers. Enfin, un décalage est à noter entre la participation des usagers, encore fragile et celle des aidants, plus construite. Pour l'accès à l'emploi, la stigmatisation forte entourant la psychiatrie est un frein majeur. La peur de la perte de l'AAH est aussi évoquée comme frein à l'entrée dans la vie active. Le travail en intérim pourrait convenir à certains usagers en cela qu'il constitue une forme de « droit à essayer ».</p> <p>L'impact des actions des usagers semble se jouer davantage dans les actions de la vie quotidienne, en faisant connaître la maladie, en montrant que l'utilisateur est un citoyen comme les autres, en obligeant à modifier les perceptions plutôt que dans les instances de représentation.</p> |
| <p>Prévenir et réduire les ruptures selon les territoires</p> | <p>Concernant l'allocation des ressources, l'ARS a développé un système de péréquation de la DAF, mis en place sur la totalité de la DAF régionale en 2015. Il inclut des critères liés à la couverture populationnelle et géographique ainsi qu'un indicateur de file active et d'activité. Il prend en compte la défavorisation sociale de la population. Ce modèle est vu comme un outil d'équité par l'ARS mais est perçu comme peu lisible par les acteurs hospitaliers du fait de sa mise en place récente.</p> <p>Les acteurs indiquent un besoin d'offres plus souple et adapté avec notamment le développement d'alternatives à l'hospitalisation. Les rigidités du système, du côté sanitaire et médico-social, sont soulignées. Il s'agit par exemple du manque de formation des équipes ou de la faiblesse du suivi médical dans les structures médico-sociales qui peuvent entraver la prise en charge dans ces dispositifs.</p> <p>Enfin, le rééquilibrage de l'offre est rendu complexe par les difficultés du processus de fongibilité entre le secteur sanitaire et le médico-social : approbation nationale, sélection de l'appel d'offres, etc. Au niveau sanitaire, les démarches qualité, et notamment</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>les critères de la HAS, ne semblent pas, pour l'ARS, suffisamment adaptés aux établissements.</p> <p>Peu d'actions visant à compléter l'offre de soins de ville ont été mises en place. L'expérimentation de l'intégration des psychologues libéraux dans le parcours de soins reste embryonnaire et concerne pour l'instant uniquement les patients atteints d'un cancer. La délégation de tâches vers les psychologues est évoquée pour réduire délais de prise en charge mais est freinée principalement par le non-remboursement des actes et par une partie des professionnels médicaux non favorables à cette délégation de tâches. Cependant, le repérage des jeunes par les psychologues a été mis en place dans les missions locales afin de permettre une orientation plus rapide vers une prise en charge adaptée et apparaît comme fonctionnel. Un dispositif de téléconsultation et télé-expertise entre une structure médico-sociale isolée et un centre hospitalier a également été mis en place début 2014. Il s'agit de pallier au déficit d'offres et plus particulièrement à l'absence de pédopsychiatres sur la zone de la structure médico-sociale, en proposant un dispositif visant à assurer la continuité des soins et à offrir des solutions de gestion de crise.</p> <p>Enfin, la précarité est identifiée comme une source de ruptures de soins. Malgré la mise en place d'équipes mobiles, une partie de la population n'a toujours pas accès aux soins tandis que l'augmentation des fragilités sociales entraîne des situations de détresse psychologique pour lesquelles il n'y a pas d'offre de prise en charge adaptée et qui embolisent le secteur sanitaire selon certains professionnels de santé.</p> |
| Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal | <p>La stigmatisation de la psychiatrie / santé mentale est une problématique forte pour les acteurs. Elle est identifiée à différents niveaux : grand public, entre patients et au niveau des professionnels de santé (soignants / médecins).</p> <p>C'est une des priorités d'action tracées par la conférence régionale de concertation en santé mentale.</p> <p>Les GEM, au même titre que l'inclusion « dans le droit commun » sont perçus comme des leviers importants de déstigmatisation.</p> <p>De plus, l'élargissement des membres du COSM aux acteurs hors du champ sanitaire pour inclure notamment les confédérations des intérêts de quartier, témoigne d'une prise de conscience des acteurs sur cette thématique.</p> |
| Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs | <p>Peu d'éléments ressortent des entretiens réalisés sur cet axe</p> <p>Au niveau de l'ARS, un manque de données est noté. La volonté de mettre en place des enquêtes régulières est freinée par l'absence de moyens alloués. Les principaux indicateurs à leur disposition sont les données hospitalières issues du RIM-P mais sont incomplètes du fait de différences de codage entre établissements et du non renseignement d'un nombre important de diagnostics en pédopsychiatrie. Les indicateurs pour la psychiatrie ne sont pas jugés satisfaisants par les acteurs. L'ARS pour avancer sur ce sujet anime un comité technique de l'information médicale en psychiatrie, utilise la péréquation comme levier d'amélioration du codage et travaille en étroite relation avec un chercheur de l'IRDES pour l'exploitation de ces données.</p> <p>L'accès à la littérature scientifique ainsi que le partage entre ARS sur les actions mises en place en santé mentale, pourraient être profitable pour le choix, la définition et la mise en œuvre de plan d'actions. Cependant, la littérature scientifique n'est pas suffisamment diffusée au sein de l'ARS tandis que l'échange entre agences n'est pas formalisé.</p> <p>Au niveau de la formation en santé mentale / psychiatrie, elle est jugée insuffisante pour les infirmiers depuis la fin du</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>diplôme spécialisé. Si les acteurs mettent en place des formations internes pour y pallier, la volonté d'une formation spécialisée et intégrée au cursus est exprimée.</p> <p>La formation des médecins généralistes est également évoquée. Elle ne concerne actuellement que le risque suicidaire et se présente sous la forme de documentation. Notons la diffusion par l'URPS d'un CD-ROM sur le diagnostic précoce de l'épisode dépressif majeur en médecine générale, élaboré par l'URPS en collaboration avec l'APHM, mais pas d'éléments d'évaluation.</p> <p>Enfin, les acteurs du CMP ont indiqué que le travail en réseau, entre acteurs de différents champs, est l'outil de la rencontre des savoirs réunions mensuelles qui aboutissent à une culture commune.</p> |
|--|---|

Perception synthétique des enjeux par profil d'acteurs

| | |
|------------|---|
| ARS | <ul style="list-style-type: none"> - Un travail a été engagé sur les points d'entrée dans le parcours de soins. Il a débuté sur la prise en charge aux urgences (audit des structures d'accueil permanent des urgences psychiatriques) et va se poursuivre sur deux points noirs identifiés : la faiblesse du 1^{er} recours sur la thématique psychiatrie/santé mentale et le délai d'attente en CMP. - Le virage ambulatoire est clairement amorcé malgré la problématique des hospitalisations longues durées qui est jugée multifactorielle : manque de logement, pressions extérieures sur l'hôpital pour « garder » les patients, faiblesse des places dans le secteur médico-social, question de la gestion des lits dans les hôpitaux spécialisés - Il y a une nécessité de créer les conditions de l'alternative à l'hospitalisation avant de réduire les capacités d'hospitalisation - Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale a fait l'objet d'une faible appropriation par la direction de l'offre médico-sociale : le plan autisme (accompagné de moyens et piloté au niveau national) a eu plus de poids. - L'ARS exprime un besoin de données et d'intensification des contacts avec les autres ARS sur la question de la santé mentale / psychiatrie (besoin d'un pilotage national favorisant, entre autres, les échanges entre référents de la thématique dans les autres ARS) et un besoin de financement pour accompagner le travail de déclinaison du plan. - Un manque d'approche transversale de la thématique entre les différentes directions de l'ARS (prévention / organisation des soins / médicosocial / santé publique) est observé - La mise en place des ARS a engendré un délitement du lien avec le secteur social. |
|------------|---|

| | |
|--------------------------------------|---|
| Professionnels de santé | <p>La coordination entre le sanitaire, public, privé et le médico-social est insuffisante et difficile notamment du fait d'un manque de clarté dans la définition des rôles et des responsabilités</p> <p>L'articulation entre la médecine générale et la psychiatrie est insuffisante notamment pour le suivi somatique.</p> <p>Le manque de structures d'aval et de capacités d'hospitalisation enfants / adolescents ne permet pas de sortir de l'hospitalocentrisme</p> <p>La nécessité de clarifier l'articulation entre les urgences générales et les centres d'accueil permanent pour les urgences psychiatriques est mentionnée.</p> <p>La fluidité du parcours est difficile à mettre en place, faute de moyens notamment. Les professionnels de santé indiquent l'écart entre les intentions du plan et les moyens alloués.</p> |
| Professionnels médico-sociaux | <p>Le plan a rendu visible le dispositif « familles gouvernantes » et a permis son déploiement.</p> <p>Les adolescents difficiles ou très difficiles sont numériquement très peu nombreux mais ils embolisent le système et détruisent le partenariat entre acteurs du fait de l'incapacité des acteurs à s'accorder pour gérer la crise et du manque de structure de crise.</p> <p>Différents niveaux de coordination ont été mis en place au niveau du département des Bouches du Rhône sur la thématique des adolescents.</p> <p>Ces dispositifs correspondent à « l'esprit du plan » :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un comité départemental co-animé par l'ARS et le conseil départemental • Des cellules de gestion des cas complexes au niveau infra-départemental et ayant pour objectif de fluidifier les parcours • Une coordination des savoirs grâce à la mise en place de séminaires <p>Pour éviter les ruptures, il s'agit de construire un partenariat (sanitaire, sociaux et médico-sociaux) hors temps de crise pour permettre une dynamique permanente et durable. Actuellement, il est noté le manque de dispositif de gestion de crise et plus particulièrement de lits de crise sur le département</p> |
| MDPH | <p>Le maillage reste imparfait du fait d'un fort cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social</p> <p>La MDPH souffre d'un manque d'informations face au sanitaire. Les grilles d'évaluation sont encore trop imparfaitement complétées par les médecins pour le handicap psychique.</p> <p>La difficulté de trouver des places en aval est soulignée face à une forte hausse des demandes (+70 % entre 2006 et 2014)</p> <p>Il reste plus difficile d'insérer des personnes qui ont un handicap psychique que des personnes qui ont un handicap physique</p> <p>Emergence de projets de coordination et d'accompagnements au niveau du pôle enfants de la MDPH mais ces avancées dépendent de la bonne volonté des acteurs. Sentiment de déception face au plan</p> |
| Professionnels libéraux | <p>Une étanchéité forte est notée entre les acteurs hospitaliers et libéraux avec un délai important voire l'absence d'envoi des comptes-rendus d'hospitalisation.</p> <p>Difficultés d'orienter un patient pour le médecin généraliste du fait du manque de psychiatres libéraux et des délais d'attente dans les CMP</p> <p>Le médecin généraliste est insuffisamment formé aux thématiques de santé mentale/psychiatrie</p> <p>La rémunération des tâches transversales favoriserait leur réalisation</p> |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>Demande d'une formation spécifique pour les infirmiers en psychiatrie</p> <p>Méconnaissance par les professionnels de santé libéraux du plan, de la charge signée entre MG et présidents de CME de CHS</p> |
| CMP | <p>Réunions pluri-professionnelles avec des partenaires des différents champs</p> <p>Les médecins généralistes n'orientent pas assez en CMP.</p> <p>Les délais d'attente en CMP enfants sont trop importants (trop d'adressage directs sans passer par les psychologues scolaires)</p> <p>L'importance de la prévention est soulignée (nécessité de repenser les RASED).</p> <p>Les plans et politiques ont, selon les acteurs, tendance à oublier les enfants qui se situent dans les tranches d'âge entre la périnatalité et l'adolescence</p> <p>Des fonctionnements différents selon les secteurs : entretiens d'accueil, visites à domicile</p> |
| Elus et CLSM | <p>Les réseaux santé mentale contribuent à la fluidité des parcours mais leurs financements (et donc pérennité) sont parfois précaires</p> <p>Le secteur doit être le lieu de la coordination clinique de proximité et non le lieu de l'organisation des soins</p> <p>L'ARS n'a pas suffisamment inclus le COSM dans la déclinaison du plan</p> |
| Usagers | <p>La participation des usagers dans les instances reste faible car ces instances ne créent pas les conditions pour que les usagers se sentent à l'aise.</p> <p>La stigmatisation est une problématique encore très prégnante, elle est un frein à l'accès aux soins mais également à l'entrée dans la vie active, à l'accès et au maintien dans un logement</p> <p>Les modalités d'allocation de l'AAH découragent la recherche d'une activité professionnelle (attente d'un an après l'arrêt de l'emploi pour la toucher à nouveau)</p> <p>Mettre en place une prise en charge non pas « à partir » mais « autour » de l'utilisateur</p> <p>L'intérêt des prises en charge à domicile, notamment pour la gestion de crise, est souligné.</p> <p>Le mouvement d'autonomisation des usagers doit être renforcé (ETP, réhabilitation psychosociale, GEM)</p> |

L'analyse de l'équipe du Codev

Appropriation du plan et déclinaison régionale

Hormis au niveau de l'ARS et professionnels de santé des établissements publics, le plan psychiatrie et santé mentale est faiblement connu. Les acteurs ne se le sont pas vraiment approprié. Le plan n'a pas fait l'objet d'une déclinaison par l'ARS puisque le schéma régional en santé mentale a été déterminé à partir de constats partagés avec les acteurs. Cependant, même si les actions ont été initiées au niveau régional ou local, elles rentrent dans le cadre du plan de sorte qu'il est utilisé pour appuyer et légitimer les demandes de financement.

L'absence de pilotage du plan au niveau national, est soulignée par l'ensemble des acteurs et présentée comme un frein à sa déclinaison régionale.

Pertinence

La cohérence du plan par rapport aux préoccupations de terrain est soulignée. Les priorités fixées ne sont pas remises en question par les acteurs. Les actions mises en œuvre localement correspondent aux orientations du plan sans en découler, ce qui témoigne de sa pertinence. La cohabitation des termes psychiatrie et santé mentale est jugée pertinente et à maintenir. Cependant, le plan est jugé trop généraliste et insuffisamment ciblé pour être un outil de pilotage.

Le choix d'une mise en œuvre par les ARS est globalement perçu comme pertinent même si un risque de variabilité entre région est souligné.

Effets des actions

Les acteurs peinent à rattacher directement des actions mises en œuvre localement au plan.

Prospective

- Adjoindre des moyens au plan
- Prioriser les actions
- Inclure des indicateurs d'évaluation
- Assurer la gouvernance nationale et le pilotage du plan

TROISIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS

Dans la mesure où le plan n'a pas été décliné en actions opérationnelles avec un cahier des charges précis, l'évaluation menée par le HCSP propose des recommandations à un niveau plus stratégique qu'opérationnel, s'appuyant sur les dynamiques observées et l'attente exprimée par les usagers et les professionnels.

Quelle que soit la forme que pourrait prendre une nouvelle programmation dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, l'évaluation menée par le HCSP montre la nécessité de respecter un principe de base qui consiste à **inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon** pérenne et pilotée à long terme **avec une dimension interministérielle**, plutôt que de mettre en place des plans ou programmes successifs.

Organisation

À l'échelle nationale, principes et orientations.

1. Inscrire à l'agenda du Comité interministériel pour la santé la question de la santé mentale comme thème prioritaire en cohérence avec les 5 domaines clés identifiés dans la Stratégie Nationale de santé.
2. Assurer la transversalité au sein et entre les différentes directions du ministère en charge des affaires sociales et de la santé.
3. Mettre en place une instance nationale de santé mentale et de psychiatrie associant les représentants des usagers, des professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et des élus. Cette instance serait une instance de conseil directement reliée au ministre en charge de la santé et qui serait partie prenante pour la définition, le suivi et l'évaluation de la politique publique de santé mentale.
4. Évaluer et mettre en adéquation l'enveloppe financière nationale et les besoins en termes de santé mentale dans la population. Rééquilibrer les moyens entre les territoires en reprenant les travaux menés sur le modèle de financement de la psychiatrie.
5. Animer un réseau des référents psychiatrie-santé mentale des ARS en associant l'ensemble des directions d'administrations centrales concernées.
6. Poursuivre le développement d'un système d'information national utile au pilotage et au suivi des politiques en mettant en place un recueil d'informations pour le secteur médicosocial, appariable avec ceux du secteur sanitaire (Sniiram, PMSI). Au sein du secteur sanitaire, étendre la génération d'un identifiant national anonyme aux patients suivis en ambulatoire. Améliorer la qualification et le suivi de l'évolution de l'offre de santé mentale et handicap psychique dans les enquêtes administratives nationales.

À l'échelle régionale, opérationnalisation de la politique définie par l'ARS

7. Au sein de chaque ARS, prévoir la fonction d'un référent santé mentale formé à ce champ avec une fonctionnalité transversale d'animation de la politique régionale de santé mentale et de psychiatrie.
8. Quelle qu'en soit la forme (conférence régionale de santé mentale, groupe de travail spécifique au sein de la CRSA, ..), mettre en place une instance régionale de concertation en santé mentale.
9. Définir une feuille de route, en fonction du diagnostic territorial partagé, et animer sa mise en œuvre et son suivi.
10. Inscrire la santé mentale à l'agenda des commissions de coordination des politiques publiques de santé (CCPP).
11. Soutenir le développement des CLSM, en les positionnant comme un outil de gouvernance partagé et démocratique des politiques locales de santé mentale et en assurant le financement de postes de coordonnateur des CLSM (ARS - collectivité territoriale).

Actions à mettre en place ou à renforcer à la lumière des informations recueillies dans le contexte de l'évaluation

Santé mentale et prévention

La promotion de la santé mentale concerne la population à tous les âges de la vie que ce soit à l'échelle collective ou individuelle. Les actions de prévention doivent être menées sur des populations cibles en fonction de données probantes.

12. Favoriser le décloisonnement et la collaboration entre les structures spécialisées en pédopsychiatrie et les autres acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge précoce des troubles psychiques chez les enfants (ex. PMI, Éducation Nationale, PJJ, médecins généralistes) au travers notamment de groupes de travail spécifiques dans le cadre de la Conférence Régionale sur la Santé et l'Autonomie, des Conseils locaux de santé, de conventions de partenariat ou de réseaux de formation et d'échanges pluridisciplinaires.
13. Inscrire la promotion de la santé mentale dans les milieux scolaires et universitaires, dans l'entreprise, et dans les politiques de la ville.
14. Évaluer les impacts des politiques publiques sur la santé mentale (Education Nationale, Justice, emploi, logement, culture, ...).
15. Inscrire dans le programme de travail de l'Agence Nationale de Santé Publique :
 - la mise en place et la diffusion des méthodologies permettant d'évaluer les actions de promotion de la santé mentale et de prévention basée sur les preuves, notamment avec leur implémentation concrète et chiffrée, les intervenants y participant ainsi que leur formation,

- le recensement à l'échelle nationale et régionale des actions de promotion et de prévention de la santé mentale évaluées et efficaces, afin d'aider à la diffusion de bonnes pratiques,
- l'évaluation des actions d'information et de promotion de la santé mentale menées via les sites Internet et leur régulation sur la base des données probantes disponibles *via* un label.

Formation des professionnels

La formation interdisciplinaire est à privilégier (sanitaire, médico-social, social). La participation des personnes vivant avec un trouble psychique à la formation des acteurs de la prise en charge est une étape déterminante pour faire évoluer les regards.

Les médecins

16. Améliorer la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale avec 2 niveaux
 - a) formation initiale (1 semestre de psychiatrie obligatoire dans le cadre de l'internat en médecine générale)
 - b) formation continue : dans le cadre des DPC qui doivent être largement disponibles, sous une forme adaptée, encadrés pour la qualité scientifique de leur contenu
17. Sensibiliser les psychiatres à l'importance de la prise en charge des soins somatiques notamment par des programmes de DPC ; évaluer les contenus des DPC psychiatriques et leur conformité aux données probantes disponibles.
18. Évaluer le contenu des DPC pour la formation des psychiatres et des médecins généralistes à la psychiatrie.

Les infirmiers et autres professionnels

19. Accompagner la mise en œuvre de la réforme des études d'infirmiers et des autres professionnels dans le contexte de l'organisation LMD notamment en développant un doctorat en soins
20. Développer les actes délégués infirmiers.
21. Inclure le tutorat et l'accompagnement institutionnel des infirmiers dans le plan de travail des directions hospitalières.
22. Mettre en place systématiquement un enseignement inter-filières sur la santé mentale incluant notamment la mise en relation avec des personnes vivant avec un trouble psychique des professionnels formés par l'EHESP.

Recherche

La recherche en psychiatrie manque de moyens par comparaison aux autres disciplines médicales et mérite d'être particulièrement soutenue sous tous ses aspects. Nous avons choisi de cibler certaines recommandations en particulier.

23. Développer la recherche participative en santé mentale et en psychiatrie, en intégrant les personnes vivant avec un trouble psychique dans les équipes de recherche et dans les instances de régulation des appels d'offres.
24. Soutenir très largement les étudiants des diverses disciplines intéressés par la santé mentale, y compris les sciences humaines, par des bourses leur permettant d'acquérir un diplôme universitaire (Master, Doctorat) en France ou dans un autre pays.
25. Créer des filières recherche dans les disciplines dites « paramédicales » (infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, travailleurs sociaux) et les diplômes qui les accompagnent (doctorat, Habilitation à diriger des recherches (HDR)).
26. Favoriser le domaine de la recherche évaluative et les recherches sur le fonctionnement du système de soins en facilitant l'accès et l'usage des bases de données médico-administratives et en soutenant les efforts de la MiRe-DREES et de l'IRESP dans les appels à projets sur ces thèmes
27. Pérenniser un dispositif de recherche en épidémiologie psychiatrique et clinique utilisant des instruments diagnostics standardisés : cohortes en population générale, cohortes de patients, études transversales régulières sur des échantillons représentatifs de la population adulte et infantile, enquêtes régulières auprès de populations spécifiques (ex. les détenus, les personnes sans domicile fixe)

Démarche qualité

28. Certification : Définir des indicateurs propres à la psychiatrie et dont la collecte doit être systématisée pour tous les établissements spécialisés par le moyen de traceurs prioritaires permettant de mieux exploiter la certification des établissements concernés par la psychiatrie (par exemple ; événements indésirables, conditions indignes d'hospitalisation...)
29. Renforcer la logique de la preuve scientifique dans les actions entreprises en particulier les actions dites « innovantes » mais aussi dans les pratiques communes de la psychiatrie et de la réhabilitation psychosociale (ETP, remédiation cognitive, réentraînement aux habilités sociales) : inscription au programme de la HAS, de l'ANESM, développement de centres de preuves en psychiatrie et en santé mentale pluridisciplinaire sur ce thème.

Ces démarches doivent pouvoir être contextualisées au regard des expériences dans d'autres pays et des publications internationales.

Améliorer l'accès et les soins des personnes vivant avec un trouble psychique

Diagnostic et accès aux soins

30. Créer au niveau territorial optimal une plateforme d'information et d'orientation sur la santé mentale et les dispositifs de psychiatrie (accueil physique, téléphonique, site Internet dédié)
31. Travailler le dispositif d'accueil des primo-consultants en CMP afin de les recevoir dans un délai approprié à leur situation. Réserver dans les CMP des plages pour des consultations non programmées. Dans le cas où un premier accueil se fait par un infirmier ou un psychologue, prévoir pour celui-ci la possibilité de joindre immédiatement si besoin un psychiatre et/ou de bénéficier d'une supervision hebdomadaire éventuellement en visioconférence sur les territoires démunis en ressources psychiatriques.
32. Assurer aux médecins généralistes et aux intervenants de premier recours, l'accès à un avis spécialisé donné par un psychiatre senior dans un délai contraint par le moyen de ligne téléphonique dédiée accessible sur de larges plages horaires.
33. Développer l'information régulière des médecins généralistes sur les évolutions de l'offre en psychiatrie de leur territoire et actualiser ces informations pour optimiser les relations entre médecin généraliste et dispositif spécialisé en psychiatrie.
34. Continuer les efforts sur la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique et vérifier que chaque établissement spécialisé ou service de psychiatrie a une offre de prise en charge en médecine générale.
35. Améliorer l'accès à l'hospitalisation temps plein dans les moments critiques de l'évolution de la maladie, par exemple en gardant des lits disponibles pour les hospitalisations non programmées et éviter le recours aux soins sans consentement pour des raisons organisationnelles.

Pratique du soin

Le suivi conjoint entre le sanitaire, le médico-social et le social est une des clés structurelles de la prise en charge.

36. Poursuivre le développement des offres de soins psychiatriques sur le lieu de vie de la personne et évaluer leurs diverses formes : visites à domicile, soins intensifiés à domicile, hospitalisations à domicile, équipes mobiles.
37. Diminuer les hospitalisations et les prises en charge inadéquates (quel qu'en soit le lieu : hôpital, domicile, médicosocial) en se focalisant sur la notion de parcours et de formation de tous les intervenants, la co-évaluation des besoins et la co-construction du projet de santé de la personne ainsi que la mise en place d'un suivi socio-sanitaire dès le début de la prise en charge.
38. Supprimer les conditions inacceptables d'accueil dans certains lieux de soins : unités d'hospitalisation et service ambulatoire. Ajouter dans les visites de certification une visite systématique des lieux de soins qui n'ont pas fait l'objet de

travaux de rénovation récents; mettre en place un système de signalement ouvert au public avec modérateur.

39. Veiller au respect des droits et de la liberté des personnes dans les lieux de soins, limiter les pratiques restreignant ces droits aux situations exceptionnelles et uniquement le temps nécessaire. Mettre en place un suivi spécifique et systématique des pratiques de mise en chambre d'isolement et de la contention, comme indiqué dans l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016. L'évolution des unités d'hospitalisation par rapport à ces pratiques doit aussi faire l'objet de ce suivi.
40. Analyser la gestion des risques et de la violence à l'hôpital de manière transparente dans tous les établissements par un enregistrement de tous les événements et une analyse institutionnelle, conformément aux recommandations de la HAS.
41. Recenser et valoriser les organisations et pratiques de partenariats entre les acteurs de la psychiatrie et des champs sociaux et médico-sociaux en mettant en évidence le temps nécessaire à la réalisation des coordinations.
42. Appuyer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social sur des dispositifs en réseau fonctionnels ou des conventions engageant mutuellement les parties prenantes en s'appuyant notamment sur les nouvelles modalités prévues par la loi du 26 janvier 2016 dans le cadre des projets, diagnostics et contrats territoriaux de santé mentale.
43. Assurer et conforter la transition entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie générale.
44. Renforcer la psychiatrie de liaison pour la psychiatrie de l'enfant, comme pour la psychiatrie adulte et des personnes âgées.
45. Développer les liens entre les services d'urgence des hôpitaux généraux, les SAMU, les SAU et la psychiatrie publique en implantant dans chaque territoire pertinent au niveau des urgences une équipe psychiatrique multidisciplinaire où psychiatres et infirmiers psychiatriques ont les moyens de conseiller, et éventuellement d'accompagner, les urgentistes et le SAMU dans les situations de crise à composante psychiatrique.
46. Prendre en compte dans les situations cliniques de crise l'avis des proches afin de faire les choix les plus appropriés selon le contexte de vie de la personne.
47. Promouvoir des prises en charge 'intégrées' des troubles psychiques et addictifs, adaptées en fonction du niveau de sévérité.

Améliorer la vie des personnes vivant avec un trouble psychique en visant un maintien ou un retour dans le droit commun et améliorer la vie des aidants

La qualité de vie des personnes, leur citoyenneté et leur participation sociale reposent sur trois conditions : le pouvoir d'agir sur sa propre vie (*empowerment* et rétablissement), l'accueil dans la cité et la non-discrimination, l'accompagnement et les aides adaptés quand nécessaire.

Afin d'aller vers une société plus inclusive, il paraît important de :

48. Soutenir le positionnement et l'action des associations de personnes vivant avec un trouble psychique en prenant en compte leurs spécificités : aide matérielle (organisation et prise en charge des déplacements) et en ressources humaines (formation, supports logistique et technique y compris judiciaire) pour leur permettre d'assurer leurs missions de représentation, d'entraide et de lutte contre la stigmatisation. Accompagner les professionnels et les institutionnels à accueillir la parole des usagers, permettre leur participation à plusieurs membres, utiliser un vocabulaire compréhensible pour tous.
49. Sécuriser le budget des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) : nouvelles créations pour une équité territoriale et sécurisation dans le temps tout en veillant au respect du cahier des charges et à ses évolutions.
50. Améliorer les processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par les MDPH et réduire les disparités territoriales d'accès à la prestation compensatoire du handicap (PCH).
51. Déployer les CREHPSY (Centre de Ressources Handicap Psychique) dans toutes les régions, en s'appuyant sur l'acquis des expérimentations en cours et en les interfaçant avec les plateformes d'information et d'orientation sur la santé mentale et la psychiatrie déjà citées.
52. Mettre en place au niveau régional un soutien des associations qui écoutent et accompagnent les familles.
53. Poursuivre le développement des services d'accompagnement (SAVS et SAMSAH) et déployer les services d'aide à domicile formés à l'intervention auprès des personnes vivant avec un trouble psychique.
54. Soutenir des programmes de réhabilitation psychosociale notamment d'Éducation thérapeutique du patient (ETP) impliquant des associations d'usagers et de proches aidants permettant l'acquisition de compétences psychosociales afin que les patients et les proches aidants puissent de manière plus autonome se situer dans le système de soins et mobiliser des compétences d'auto-soins.

Développer l'insertion sociale, éducative et professionnelle à tous les âges de la vie

Dans le domaine du logement

55. Inscrire les orientations pour les personnes vivant avec des troubles psychiques dans la politique du logement aux niveaux national et local (Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, Programmes locaux de l'habitat, Services intégrés d'accueil et d'orientation).
56. Favoriser l'accès au logement de droit commun (partenariat psychiatrie-bailleurs sociaux, rôle des CLSM) et l'intermédiation locative, et développer des formules de logements adaptées, comme les familles gouvernantes ou les résidences accueils.

Dans le domaine de la formation et du travail

57. Promouvoir les pratiques de soutien à l'emploi, d'insertion dans le travail ordinaire avec l'accompagnement par des travailleurs sociaux ou autres intervenants spécialement formés, « favoriser le droit à essayer » (sans perdre les prestations d'allocations adulte handicapé - AAH), expérimenter et promouvoir les programmes d'insertion, d'accès et de maintien dans l'emploi selon des principes de soutien individualisés, de type « *Working first* ».
58. Développer des démarches similaires pour l'accès et le maintien dans les formations professionnelles et universitaires.
59. Poursuivre les travaux de l'AGEFIPH pour améliorer l'accompagnement à l'emploi des personnes en situation de handicap psychique (Cap Emploi, Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés : SAMETH) et adapter les prestations aux besoins de ces personnes.

« Apprendre à prendre soin de l'autre »

60. Former les médecins et les infirmiers et sensibiliser les intervenants dans les milieux scolaire, universitaire et du travail, à la compréhension des troubles psychiques et à l'accompagnement des personnes pour une meilleure intégration.
61. Former les professionnels des médias aux problématiques des personnes vivant avec des troubles psychiques et leur entourage :
 - Actions auprès des écoles de journalisme (programme Papageno)
 - Élaboration de bonnes pratiques journalistiques (type HAS) impliquant les journalistes et les personnes vivant avec un trouble psychique
62. Mieux relayer les semaines d'information sur la santé mentale au niveau des médias nationaux.
63. Diffuser largement, auprès du grand public, des informations de qualité sur la vie des personnes vivant avec un trouble psychique pour changer le regard sur ces personnes.
64. Poursuivre l'expérimentation sur les médiateurs pairs (Pairs aidants), en portant une attention à leurs modalités de recrutement, leur formation ainsi que celle des équipes qui les accueillent, à la description des activités dans lesquelles ils ou elles sont impliquées ainsi qu'à leurs modalités de rémunération afin de donner toutes les chances de réussite à l'expérimentation qui doit être évaluée rigoureusement.

ANNEXES

Liste des personnes auditionnées

Auditions réalisées au niveau national

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| ANAP | Mme MA POISSON, Mme Elise PROULT M. Benoit SERVANT Dr Ayden TAJAHMADY | Chef de projet parcours de soins en psychiatrie Chef de projet Chef de projet Responsable du programme de travail | 16/06/2015 |
| ARGOS 2001 | Mme Annie LABBE M. Denis MAIER | Présidente Vice-président | 09/09/2015 |
| ATIH | Dr Anne BURONFOSSE Dr Axelle MENU | Cheffe de service adjointe Responsables du pôle SSR/psychiatrie | 13/11/2015 |
| Centre de preuves en psychiatrie | Dr MC HARDY-BAYLE Dr Christine PASSERIEUX | Directrice du centre de preuves | 23/09/2015 |
| Contrôleur général des lieux de privation de liberté | Mme Adeline HAZAN | Contrôleure générale des lieux de privation de liberté | 20/10/2015 |
| CNAMTS | Pr Luc BARRET Pr François ALLA | Médecin conseil national Conseiller | Rencontre informelle le 2/07/2015 |
| | Dr Pierre GABACH | Département des Prestations et des Maladies Chroniques à la CNAMTS (Direction Déléguée à Gestion et à l'Organisation des Soins) | 20/10/2015 |
| CNSA | M. Xavier DUPONT Mme Daphné BOREL | Directeur des établissements médico-sociaux Chargée de mission sur les questions de handicap psychique | 8/06/2015 12/02/2016 |
| | Mme Katia JULIENNE Mme Nathalie CUVILLIER Mme Isabelle GRIMAULT Mme Angélique KHALED | Adjointe de Mme Fourcade Cheffe de service des politiques sociales et médico-sociales Adjointe à la cheffe du bureau "Insertion et citoyenneté" | 08/06/2015 12/02/2016 |
| DGOS | Mme Christine BRONNEC Mme Isabelle PRADE | Adjointe sous-direction régulation de l'offre de soins Cheffe du bureau "Prises en charge post aiguës, pathologies chroniques et santé mentale" | 01/07/2015 |
| | Mme Geneviève CASTAING Mme MH DECHAUX Dr Philippe LEBORGNE Mme Perrine RAME-MATHIEU | Bureau psychiatrie et santé mentale Adjointe à la Sous-directrice | 20/04/2015 12/02/2016 |
| DREES | Mme Gwennaëlle BRILHAUT Mme Inès KHATI Mme Mélanie VANDERSCHULDEN | Cheffe du bureau établissements de santé Chargée d'études Adjointe à la cheffe de bureau Handicap et dépendance | 30/11/2015 |
| | Dr Laurent CHAMBAUD | Directeur de l'EHESP | 19/11/2015 |
| Elus | Mme Marianne AUFFRET Dr Laurent ELGHOZI | Adjointe à l'urbanisme et à la santé à la mairie du 14 ^e arrondissement de Paris, vice-présidente de l'association « Élus, Santé Publique et Territoires (ESPT) » Président de l'association ESPT et membre de membre de la CRSA de l'ARS IDF | 17/11/2015 |

| | | | |
|--|--|---|------------------------------------|
| Expert | Dr Vincent GIRARD | Coordinateur du programme « Un chez soi d'abord » | 20/10/2015 (téléphone) |
| Expert | Tim GREACEN | Directeur du laboratoire de recherche de l'Etablissement public de santé de Maison Blanche | 20/10/2015 |
| Expert | M. Michel LAFORCADE | DG ARS Aquitaine et chargé de mission sur la thématique santé mentale | 02/06/2015 |
| Expert | Dr Denis LEGUAY | Président de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) des Pays-de-la-Loire et président de l'Observatoire Régional de la Santé, coordinateur du livre blanc de la psychiatrie | 17/11/2015 (téléphone) |
| Expert | Dr Christian MÜLLER | Président de la conférence des présidents de CME de CHS | 12/05/2015 |
| Expert | M. Denys ROBILIARD | Député et rédacteur du rapport de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie | 23/09/2015 |
| FNAPSY | Mme Claude FINKELSTEIN | Présidente de la FNAPSY | 17/11/2015 |
| HAS | Mme Anne DEPAIGNE-LOTH Mme Hélène RODDE-DUNET Dr Yvan HALIMI | Pilote du programme HAS sur Santé mentale | 06/10/2015 |
| Infirmier psychiatrique | Dominique FRIARD | rédacteur en chef adjoint de santé mentale, membre du Serpsy | 18/02/2016 |
| Inpes | M. Enguerrand de ROSCAT Dr Pierre ARWIDSON | Responsable du département environnement, population et cycles de vie Directeur scientifique | 26/06/2015 (Codev Suicide) |
| InVS | Mme Christine CHAN-CHEE | Coordinatrice du programme santé mentale | Audition téléphonique le 9/11/2015 |
| Médico-social (Fédération Santé mentale / AGAPSY / Espoir 54) | M. JL BRIERE Pr Bernard DURAND Mme Marie-Claude BARROCHE | Président des fédérations FASM Croix-Marine et AGAPSY Fédération d'aide à la santé mentale Croix marine Présidente association Espoir 54 | 7/12/2015 |
| UNAFAM | Mme Béatrice BORREL Mme Marie-Françoise PILET | Présidente | 9/09/2015 |

Enquête qualitative en PACA (17 et 18 septembre 2015) – en dehors des personnels de l'ARS

Liste non exhaustive et hors ARS

| | | |
|---------------|----------------|--------------|
| Mme ARTHUR | M. GAVAUDAN | M. PADOVANI |
| Mme BENSUSSAN | Mme GUICHAOUA | Dr PSYCHER |
| Dr BESSON | M. HARDY | Dr RECORBET |
| Dr BOTTAI | M. LEPOIVRE | Dr REYNAUD |
| M. BRENGUIER | Dr LOUARN | M. RIO |
| Dr BRONSARD | Mme MATEOS | Dr SAGE |
| Dr CORET | M. MAYOL | Dr SAMUELIAN |
| M. DONADILLE | Mme MEYSONNIER | Dr VEYRIER |
| Dr FABRE | M. M'HOUMADI | M. VIDAL |
| Dr FEBVREL | Dr MORCELLET | |
| Mme FRAPPAS | M MOULLEC | |
| Dr GARNIER | Mme NGUYEN | |

Enquête qualitative en Franche-Comté (24 et 25 septembre 2015) – en dehors des personnels de l'ARS

Liste non exhaustive et hors ARS

| | | |
|------------------|--------------------|--------------------|
| M. BAILLY | M. GRENOT | Dr PERLES |
| Mme BECQUEMIE | Mme GROS | Mme PERRIN |
| M. BEGUE | M. GUICHERET | M. PETITMENGIN |
| M. BERTIN-BELOT | M. JAN | Dr PIERRON-PRUDENT |
| M. BLANC | M. JUILLET | M. REBIERE |
| Mme BRUN-BARASSI | Mme LE MARER | M. RICHELET |
| M. CANNARD | M. LETOMBE | Mme RITZ |
| M. CHAPUIS | Mme LETOUBLON | Mme SCHNEIDER |
| Dr DESCHAMPS | M. LUIGI | Pr SECHTER |
| Mme DRO | Mme MARCISIEUX | Mme SEYFRITZ |
| Mme DYSLI | M. MOURES | Mme THOMAIN |
| M. FAYE | Mme NATALE | Pr VANDEL |
| Mme FLORES | Pr NEZELOF | Mme WIEBEL |
| M. GAZON | Mme NEVERS | |
| Mme GEISSEL | M. OLIVIER-KHOERET | |
| Mme GIBEY | Mme PANISSET | |
| Mme GIRARDIN | M. PELISSARD | |

Enquête qualitative en Bretagne (14 et 15 octobre 2015) – en dehors des personnels de l'ARS

Liste non exhaustive et hors ARS

| | | |
|--------------------|---------------|-------------|
| Dr ATTINGER | Dr FOUQUERE | Dr ORAIN |
| Mr BARBIER | Mme GUEGAN | Mme PLADYS |
| M. BENARD | Dr LANCELOT | Mme RENON |
| M. BICHE | M. LAURENT | M. SCHWARTZ |
| M. BRANDEAU | Mme LE GUEVEL | Dr SUISSA |
| Mme CHEREAU | Mme LEMERCIER | Mme TABEAU |
| Mme COUFFIN | Dr LEVENEZ | |
| Dr DUAUX | Mme MORVAN | |
| Professeur DRAPIER | Mme OLLIVAUX | |
| M. FAGON | Mme OLLIVIER | |

Enquête qualitative en Ile-de-France (15 septembre et 7 octobre 2015) – en dehors des personnels de l'ARS

| | | |
|--------------------|---------------|-------------|
| Dr AMADO | Dr GUEDJ | M. MASSE |
| Dr CABIE-JACQUEMIN | Dr HANON | M. MATHA |
| Dr CACOT | Mme HENNION | DR MAURIAC |
| Mme CARIA | Dr LAMISSE | Dr PASTOUR |
| Dr CHAMBRY | Dr LATINIS | Dr PRATI |
| Dr CHEBAT | Mme LETROUIT | Dr SARAVANE |
| Dr DUBOUIS | Dr LIDA-PULIK | Dr SCHUSTER |
| Mme FONTAINE | Dr MALLAT | Dr YEKHLEF |
| Dr FOUCAUD | Dr MARQUES | Mme WONNER |
| Dr GOUREVITCH | M. MARCEL | |

Enquête qualitative en Limousin (15 et 16 octobre 2015) - en dehors des personnels de l'ARS

Liste non exhaustive et hors ARS

| | | |
|--------------------------|-----------------------|---------------|
| M. ALMOSTER | M. FOULI | Dr REMIZE |
| M. ARQUEY | M. GOUDENECHÉ | Mme REUSE |
| M. AUCOUTURIER | Mme HARLIX | Dr ROCHE |
| Mme AUDEBERT | M. KARAM | M. ROUAYROUX |
| M. AURIEL | Mme LABORIE | M. ROUANET |
| Mme BAUDI | M. LAMBERT | Mme SAINTONGE |
| M. BLANCHON | M. LE FLAHEC | M. SCHADLER |
| Dr BONNEFOND | M. LE JAN | M. SENCIER |
| M. BOSDEVIGIE | M. LEMMET | M. TAHIR |
| Mme BOURGIGNON | Mme LESCURE | Mme THEIL |
| M. BOURLOT | Mme LIENHARDT-ROUSSIE | Mme VAISSAYRE |
| Mme CAMPANAUD | M. MARTIN | M. VEAU |
| M. CARCENAC | Dr MOREAU | M. VERGER |
| Mme CASTAING | Dr OLLIAC | Dr VIEBAN |
| M. COSTANZO | M. PACHECO | |
| M. DA CUNHA | M. PARNEIX | |
| Mme DELBAST | Dr PICHON | |
| Mme DUSSARTRE-BOUGNOTEAU | M. PINAULT | |
| M. ENGEL | Mme PRADINES | |
| Mme FENEYROL | | |

Documents de référence utilisés

- ▶ Principaux plans et programmes
 - « Programme National d'Actions contre le Suicide » 2011-2014
 - Evaluation par le HCSP après saisine de la DGS, des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP) 2010-2014 qui a pris en compte la spécificité des programmes d'ETP pour la psychiatrie (<http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=528>).
 - Plan Autisme 2013-2017, plan auquel se sont référées plusieurs personnes auditionnées
 - Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013 - 2017 pour la partie du plan se référant aux addictions (axe 1.6)
- ▶ Données quantitatives
 - ATIH
 - Nombre d'établissements
 - File active hospitalière (N° ANO)
 - File active ambulatoire (IPP-Finess)
 - File active exclusivement ambulatoire (IPP-Finess)
 - File active temps complet (N° ANO)
 - File active temps partiel (N° ANO)

- File active monoconsultants en ambulatoire
- Nombre d'habitants ayant eu recours à une hospitalisation (temps complet ou temps partiel) +/- pris en charge en ambulatoire
- Nombre d'habitants ayant eu recours à une prise en charge exclusivement ambulatoire
- Taux de recours hospitalier aux établissements de psychiatrie du département
- Taux de recours ambulatoire aux établissements de psychiatrie du département
- File active par forme d'activité du temps complet (N° ANO)
- Nombre de journées d'hospitalisation à temps complet par forme d'activité
- File active par forme d'activité du temps partiel (N° ANO)
- Nombre de venues à temps partiel par forme d'activité
- Nombre de demi-venues à temps partiel par forme d'activité
- Nombre d'actes ambulatoires
- Nombre d'actes ambulatoires réalisés à domicile
- Nombre de patients avec actes ambulatoire réalisés à domicile
- Nombre d'actes ambulatoires réalisés aux urgences
- Nombre de patients avec actes ambulatoire réalisés aux urgences
- Nombre de séjours MCO pour motif psy avec un mode d'entrée en urgence
- Nombre de patients avec un séjour MCO pour motif psy avec un mode d'entrée en urgence
- Nombre de séjours MCO pour tentative de suicide (TS) avec un mode d'entrée en urgence
- Nombre de patients avec un séjour MCO pour tentative de suicide avec un mode d'entrée en urgence
- Nombre d'actes ambulatoires réalisés en milieu pénitentiaire
- Nombre de patients avec ≥ 1 acte ambulatoire réalisé en milieu pénitentiaire
- Nombre de patients avec ≥ 1 acte ambulatoire réalisé en secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- Nombre d'actes réalisés en secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire
- Nombre de patients hospitalisés en UMD
- Nombre de patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC)
- Nombre de journées de présence à temps plein en soins sans consentement (SSC)
- Nombre de patients enfants/adultes hospitalisés en soins sans consentement (SSC)
- Nombre de patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC) par mode légal
- Nombre de patients enfant/adulte avec ≥ 1 acte ambulatoire en soins sans consentement (SSC)
- Nombre d'actes réalisés en soins sans consentement (SSC)
- DP codés chez les patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC)
- DP codés chez les patients pris en charge en ambulatoire en soins sans consentement (SSC)
- Nombre de journées de présence à temps plein en isolement thérapeutique
- Nombre de séjours en hospitalisation à temps complet ≥ 292 j
- Nombre de patients (hors ambulatoires exclusifs) par catégorie de pathologie mentale (en DP)

- Nombre de patients - ambulatoires exclusifs - par catégorie de pathologie mentale (en DP)
- Nombre de patients pris en charge à temps complet avec diagnostic de pathologie somatique en DA
- Nombre de séjours MCO pour une pathologie psychiatrique
- Nombre de patients (ANO) pris en charge en MCO pour une pathologie psychiatrique
- Nombre de séjours MCO pour une addiction
- Nombre de patients (ANO) pris en charge en MCO pour une addiction
- Nombre de séjours MCO pour une TS
- Nombre de patients (ANO) pris en charge en MCO pour une TS
- Nombre de journées SSR en hospitalisation à temps complet pour troubles mentaux / addiction (CM 19)
- Nombre de journées SSR en hospitalisation à temps partiel pour troubles mentaux / addiction (CM 19)
- o DREES
 - Prise en charge à temps complet
 - Hospitalisation à temps plein (lits, séjours et journées)
 - Accueil familial thérapeutique (places, journées)
 - Appartement thérapeutique (places, journées)
 - Centre de postcure (places, journées)
 - Centre de crise (places, journées)
 - Hospitalisation à domicile (places, journées)
 - Prise en charge à temps partiel
 - Hospitalisation de jour (places, venues)
 - Hospitalisation de nuit (places, venues)
 - Atelier thérapeutique (structures, venues)
 - Ambulatoire
 - CATTP + ateliers thérapeutiques (structures, venues)
 - CATTP (structures, actes)
 - CMP (structures, structures ouvertes + 5j par semaine, actes)
 - A domicile ou en institution substitutive au domicile (actes)
 - En établissement social ou médico-social (actes)
 - En unité d'hospitalisation somatique (actes)
 - En établissement médico-éducatif/PMI/en milieu scolaire (actes)
 - Dans le cadre d'une UCSA d'un hôpital général (actes)
 - File active
 - File active totale (Psychiatrie générale, Psychiatrie infanto-juvénile, Psychiatrie pénitentiaire)
 - File active exclusivement ambulatoire (Psychiatrie générale, Psychiatrie infanto-juvénile, Psychiatrie pénitentiaire)
 - File active hospitalisée à temps plein dans l'année (Psychiatrie générale, Psychiatrie infanto-juvénile, Psychiatrie pénitentiaire)
 - Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an (Psychiatrie générale, Psychiatrie infanto-juvénile, Psychiatrie pénitentiaire)
 - Personnels
 - Effectifs de psychiatres (temps plein, temps partiel)
 - Psychiatres salariés (ETP)
 - Psychiatres budgétés
 - Effectifs de médecins non psychiatres (temps plein, temps partiel)
 - Médecins non psychiatres (ETP)
 - ETP du personnel non médical

- Personnel exerçant en psychiatrie
- ETP du personnel médical salarié
- Effectifs des praticiens libéraux
- Praticiens libéraux exclusifs, temps plein
- Praticiens libéraux exclusifs, temps partiel
- Praticiens libéraux non exclusifs
- Effectifs des praticiens libéraux (Q2)
- ETP des personnels des services de soins
- ETP des personnels éducatifs et sociaux
- CNAM-TS
 - Evolution des quantités de CNPSY 1,5
 - <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am/medic-am-2008-2013.php>
 - <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/traitements-psychotropes.php>