

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

Rapport

Collection
Evaluation

Octobre 2011

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

Rapport

OCTOBRE 2011

SOMMAIRE

SYNTHESE	5
1 CONTEXTE ET DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION	13
2 LES CONCEPTS DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE	26
3 L'EFFECTIVITE DU PLAN : ÉTAT DES LIEUX DES REALISATIONS DU PLAN ENTRE 2005 ET 2008.....	30
4 LA STRATÉGIE D'INTERVENTION ET LA PERTINENCE DU PLAN.....	49
5 L'ACCUEIL ET LE SOIN	54
6 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL.....	75
7 L'ARTICULATION ENTRE LE SANITAIRE, LE SOCIAL ET LE MEDICO-SOCIAL	91
8 LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	106
9 LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION	125
10 L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC ET DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES MALADIES MENTALES ET LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE	135
11 LA PLACE DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES	142
12 L'IMPACT DES OPERATIONS D'INVESTISSEMENT.....	152
13 LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE	163
14 LE SYSTEME D'INFORMATION DE L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE.....	176
15 SYNTHESE DES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION	181
16 PISTES DE PRECONISATION	185
17 GLOSSAIRE	191
18 ANNEXES	195
19 TABLE DES MATIÈRES	221

SYNTHESE

Dans un contexte où plusieurs rapports étaient publiés sur la santé mentale et la psychiatrie, le HCSP a jugé utile d'examiner de plus près les conditions de mise en œuvre et les apports du Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM). Cette évaluation a débuté en juin 2010 afin de la mener en concertation et complémentarité avec la Cour des Comptes qui réalisait, dans le même temps, un contrôle de la gestion de ce plan et de son impact sur le dispositif de la psychiatrie en France"....

Le Plan élaboré pour la période 2005 à 2008 propose 5 axes de travail déclinés en 8 objectifs et 4 programmes, selon l'organisation suivante :

Le plan publié en 2005 prend en considération la nécessité d'une approche globale de l'état de santé mentale des personnes. Il vise l'amélioration de la prise en charge : continuité entre l'hospitalisation classique, prise en charge sanitaire ambulatoire, prise en charge médico-sociale, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques. Il est articulé autour de 5 axes, comprenant 210 mesures différentes :

Axe n°1 : "Une prise en charge décloisonnée des patients" (développement de l'information et de la prévention, amélioration de l'accueil et des soins, accompagnement de la prise en charge du patient) ;

Axe n°2 : "Des actions en faveur des patients, des familles et des professionnels" (renforcement des droits des malades et de leurs proches, amélioration de l'exercice des professionnels) ;

Axe n°3 : "Le développement de la qualité et de la recherche" (favoriser les bonnes pratiques, améliorer l'information en psychiatrie, développer la recherche) ;

Axe n°4 : "La mise en œuvre de 4 programmes spécifiques" (dépression et suicide / santé et justice / périnatalité, enfants et adolescents / populations vulnérables).

Axe n°5 : "Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan".

Un comité d'évaluation (CODEV) pluridisciplinaire, composé de huit membres, a été constitué pour mener à bien cette mission.

LES OBJECTIFS ET LE DEROULEMENT DE L'EVALUATION

L'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale poursuit plusieurs objectifs :

- Analyser l'effectivité et l'efficacité de l'ensemble du Plan, c'est-à-dire les actions réalisées au regard des actions prévues et les résultats produits au regard des résultats attendus.
- Approfondir l'analyse de certains objectifs du Plan, en considérant plus précisément :
 - L'efficacité des réalisations, c'est-à-dire les résultats et le degré d'atteinte des objectifs initialement prévus.
 - Leur impact, c'est-à-dire les effets observés auprès des bénéficiaires des mesures, qu'il s'agisse du public ou de professionnels.

.Compte tenu de l'étendue du Plan, du calendrier de l'évaluation et des moyens disponibles, il est apparu indispensable de sélectionner les questions évaluatives¹. Les thématiques prioritaires ont été choisies notamment en fonction des auditions, du champ couvert par l'étude de la Cour des comptes.

Ce sont :

- L'information du grand public et des médecins généralistes,
- La place des usagers et de leur entourage,
- L'amélioration des prises en charge sanitaires,
- Le développement de l'accompagnement médicosocial et social
- L'impact des efforts d'investissement,
- La recherche,
- La prise en charge psychiatrique des personnes en situation d'exclusion,
- La prise en charge psychiatrique des enfants et des adolescents,

Pour chacune de ces thématiques une ou plusieurs questions évaluatives ont été définies pour lesquelles les réponses, au final, doivent permettre de porter une appréciation transversale sur l'articulation des acteurs des champs sanitaire, médicosocial et social dans la trajectoire des personnes souffrant de troubles psychiatriques et sur la pertinence du Plan comme outil de politique publique.

LA METHODE ET LE DEROULEMENT DE L'EVALUATION

L'évaluation s'est déroulée entre septembre 2010 et novembre 2011. Différentes sources ont été mobilisées : auditions multiples, bilans de suivi du Plan, documents et rapports divers. Une étude qualitative auprès des professionnels et des usagers a été réalisée par le CREDOC. Cinq études de cas ont été menées pour apprécier l'impact des efforts d'investissement sur les conditions de prise en charge des patients. Une conférence évaluative a mobilisé une centaine d'acteurs de divers horizons pour enrichir ou nuancer les premiers constats de l'évaluation.

LES RESULTATS DE L'EVALUATION

Les difficultés et limitations rencontrées dans le travail d'évaluation - liées principalement à la multiplicité des objectifs et mesures du Plan, à la diversité des acteurs impliqués dans leur mise en œuvre et aux lacunes de l'information disponible font que les réponses apportées aux questions d'évaluation ne sont pas aussi complètes et précises qu'on pourrait le souhaiter. Ceci étant rappelé, les constats et analyses rassemblés par le comité d'évaluation lui ont permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui peuvent être résumées comme suit:

La conception générale du Plan était pertinente

- Les objectifs stratégiques reflétaient bien les grands enjeux de santé publique en matière de psychiatrie et de santé mentale.

¹ Les questions évaluatives correspondent aux questions auxquelles les évaluateurs, en l'occurrence le CODEV, doit répondre. Elles se rapportent nécessairement aux actions ou aux objectifs du dispositif ou programme évalué. Elles peuvent relever de différents registres ou critères d'évaluation : effectivité, efficacité, efficience, pertinence, cohérence et impacts.

- Les objectifs opérationnels du Plan étaient pour la plupart pertinents, malgré quelques lacunes sur des sujets majeurs.
- Le plan s'est avéré un bon outil de mobilisation et de mise en synergie des acteurs, tant au niveau régional qu'à celui des administrations en charge du pilotage national.
- Il présentait également une bonne cohérence avec les autres lois et dispositifs concernant la santé mentale.

La plupart des mesures prévues par le plan ont été concrètement mises en œuvre, de manière au moins partielle.

- Les exceptions les plus notables concernent la promotion de la santé mentale et, surtout, les actions en direction des médecins généralistes.
- Les moyens financiers prévus par le Plan ont été mobilisés sur les différents axes prévus.
- Il convient toutefois de préciser que ce constat global repose sur des données parfois imprécises, certaines mesures relevant des projets régionaux de santé dont l'état de réalisation n'est qu'imparfaitement connu.
- Cependant certaines mesures étaient trop transversales pour avoir un impact dans le cadre du seul Plan psychiatrie santé mentale (démographie médicale, par exemple)

Le plan s'est traduit par un effort significatif d'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins

- Le programme d'investissement dans les établissements, dont les finalités étaient de renforcer la qualité de l'offre de soins et des équipements, d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement et de favoriser l'adéquation entre qualité et sécurité des conditions d'exercice des professionnels, a été mis en œuvre dans des conditions satisfaisantes, sous réserve des inévitables délais de réalisation des travaux.
- Le plan a également permis un renforcement de la prise en charge ambulatoire (CMP, psychiatrie de liaison, interventions à domicile...). davantage cependant pour la psychiatrie générale que pour la psychiatrie infanto-juvénile. Les délais d'attente pour une première consultation restent importants. Ce volet du Plan a été inégalement mis en œuvre selon les régions.
- Le développement des structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet semble avoir été moins important.

Malgré des progrès significatifs, la question reste posée de l'adaptation de l'offre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiatriques :

- En termes quantitatifs, les besoins étaient importants et ils n'ont été que partiellement comblés par le plan, tant pour la remise à niveau des conditions d'hospitalisation que pour le développement des soins ambulatoires. Il reste beaucoup à faire pour que l'accueil et la prise en charge sur l'ensemble du territoire se fassent dans des conditions correctes, et rien ne permet d'affirmer que le plan a réduit significativement les inégalités territoriales.
- En termes d'organisation et de fonctionnement du système de soins, le diagnostic préalable au Plan pointait un certain nombre de difficultés qui n'ont pas été véritablement traitées. Le Plan comportait peu d'éléments de nature à faire évoluer les organisations, les pratiques de soins et la coopération entre les structures.
- En particulier, le Plan n'a eu qu'un impact limité sur le rôle des médecins généralistes, encore loin d'avoir trouvé leur place dans l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale.

En matière d'accompagnement social, certains progrès sont notables

- Les services d'accompagnement médicosocial pour les adultes handicapés (SAMSAH) et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) se sont développés.
- Les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont la création est antérieure au PPSM, sont l'une des innovations récentes les plus prometteuses dans les pratiques sociales de prise en charge des troubles mentaux.
- Il convient de souligner que les avancées constatées en matière d'accompagnement social s'expliquent largement par la publication concomitante de la loi sur le handicap de février 2005 et du plan d'accompagnement pluriannuel des personnes handicapées psychiques, même si le PPSM a eu un effet amplificateur.

La question du logement est un point noir du volet social du PPSM

L'accès au logement ordinaire ou à une structure d'hébergement est en effet une condition de l'intégration et de l'autonomie ; or il reste problématique. La sortie des structures de soins ne peut s'envisager sans logement, sous peine de déboucher sur une ré-hospitalisation et/ou une marginalisation.

Le bilan est globalement décevant pour les mesures de prévention concernant les enfants et adolescents

- Le Plan a certes permis d'expérimenter différentes démarches en matière de repérage et de prise en charge précoce, mais il semble qu'elles ont été insuffisamment diffusées pour permettre une réelle évolution des pratiques.
- La controverse issue de l'expertise collective de l'Inserm relative aux troubles des conduites a favorisé l'attentisme, freinant la mise en place de ces démarches.

Le bilan est en revanche plus positif pour les actions en faveur des personnes en situation d'exclusion

- Tout d'abord, par le seul fait qu'il intégrait un programme spécifique en faveur de cette population, le Plan a contribué au rapprochement des acteurs du champ de la lutte contre les exclusions et de la psychiatrie.
- Il a permis une avancée dans le repérage et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité.
- Des progrès ont également été faits dans le diagnostic et l'orientation des personnes sans logement présentant des troubles psychiatriques, bien que les rapports sur ce thème mettent en évidence des manques dans la prise en charge.

Les actions prévues en matière d'information du public et des professionnels ont connu un début de mise en œuvre, avec l'organisation en 2007 d'une campagne de communication sur la dépression, mais le HCSP porte un jugement mitigé sur cette opération.

- Bien qu'une évaluation de l'impact produit sur les destinataires ait démontré l'efficacité immédiate de la campagne, il y a lieu de penser que ses effets sur les représentations de la maladie et les comportements ont été superficiels et temporaires.
- Il semble en outre plus utile de communiquer sur les pathologies plus sévères, pour lesquels l'enjeu d'un changement de regard de la société est plus important - ce qui était d'ailleurs envisagé initialement et n'a finalement pas été fait.
- Compte tenu des interrogations plus fondamentales exprimées par certains acteurs sur les objectifs et la faisabilité d'une communication sur les troubles mentaux destinée au grand public, le HCSP souligne le besoin d'une réflexion approfondie sur cette question.

Dans le domaine des droits des malades et de leurs proches, des avancées ont eu lieu, mais leurs effets concrets paraissent limités

- Le Plan a instauré la représentation des usagers et de leur famille dans les diverses instances de concertation sur la santé mentale - commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) et commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM). Même si la portée de cette réforme est pour l'instant surtout symbolique – à cause notamment du retard pris dans la formation des usagers – elle participe d'une tendance générale à l'affirmation des droits des patients.
- Des moyens financiers ont été accordés aux associations, sans que l'on sache dans quelle mesure cette aide les a renforcées et si elle leur a permis d'agir plus efficacement dans l'intérêt des malades.

En matière de recherche et de systèmes d'information, l'effet d'impulsion du PPSM est resté limité

- La volonté affichée par le Plan de développer la recherche en psychiatrie et santé mentale a trouvé sa principale concrétisation dans les orientations des programmes hospitaliers de recherche cliniques (PHRC).
- Deux autres initiatives importantes ont été prises dans le cadre du Plan, la création d'une intercommission INSERM et la création d'un GIS épidémiologie, mais elles ont été toutes les deux abandonnées avant d'avoir produit leurs effets.
- Le cas de la recherche en sciences sociales sur la santé mentale mérite une mention particulière. À peine évoqué par le PPSM, ce champ de recherche reste sous-développé dans notre pays, malgré ses enjeux reconnus.
- En matière de système d'information sur l'offre de soin et l'activité des établissements, des progrès ont été constatés en cohérence avec les orientations du Plan. Les insuffisances actuelles concernent surtout le secteur médico-social, qui ne dispose toujours pas d'un outil homogène de recueil de données

PISTES DE PRECONISATIONS

Les préconisations présentées ci-après ne couvrent pas l'ensemble des besoins repérés en matière de psychiatrie et de santé mentale, mais les champs sur lesquels le HCSP estime que l'accent doit être mis.

Principe n°1 : Assurer la continuité des prises en charge

- Dans la mesure où il est reconnu que la prise en charge sanitaire est essentielle mais non suffisante pour permettre au patient de se rétablir et de retrouver son autonomie, les équipes de psychiatrie doivent élaborer un plan personnalisé impliquant les services d'accompagnement qui prennent le relais à la sortie de l'hôpital ou qui aident une personne à retrouver un logement, ou tout simplement à vivre quotidiennement avec les autres.
- Sous l'angle des pratiques professionnelles, la mise en place de formations communes pour l'ensemble des intervenants est souhaitable pour élargir les compétences des personnels des structures sanitaires, sociales et médicosociales.
- Par ailleurs, il apparaît important de développer les pratiques de réhabilitation psychosociale et d'*empowerment* permettant à la personne de jouer un rôle actif

- La continuité de la prise en charge doit également être assurée dans le temps. Deux moments de la vie sont particulièrement sujets à des ruptures (lieux et équipe de prise en charge, statut de la personne...). Il s'agit du passage de l'adolescence à l'âge adulte, d'une part, et du vieillissement, d'autre part. Il est nécessaire de les anticiper et de les organiser.

Principe n°2 : Améliorer l'accès aux soins

- Globalement, l'amélioration de l'accès au dispositif de psychiatrie implique de réaffirmer la nécessité d'une pratique en réseau des professionnels des champs sanitaires, sociaux, médicosociaux et associatifs, qu'ils soient publics ou privés

L'amélioration de l'accès aux soins passe par une meilleure visibilité de l'organisation de la psychiatrie publique et de l'organisation des soins sur un territoire. Cela suppose de mieux informer le grand public, les proches des malades, mais également l'ensemble des professionnels qui peuvent y avoir recours dont les structures sociales.

- Si l'organisation du système de soins a bénéficié de l'essentiel des réalisations du Plan, elle peut encore faire l'objet d'améliorations. Trois objectifs méritent en particulier une mobilisation certaine pour être atteints :
 - Pour faciliter l'accès dans des délais raisonnables aux consultations, avis et conseils, un accueil en première intention par des professionnels préalablement formés, comme des infirmiers ou psychologues, est une des solutions. Il peut être utile de proposer aux équipes des recommandations de bonnes pratiques pour les aider à mieux organiser l'accueil des personnes.
 - La place des psychologues dans la prise en charge des maladies mentales doit également faire l'objet de réflexions, tant en ce qui concerne leur intervention dans le secteur public (CMP, par exemple), qu'en secteur libéral. Tant que leurs consultations privées ne seront pas remboursées, leur rôle ne pourra qu'être limité.
 - Une attention particulière doit être portée par les ARS à la réduction des inégalités infrarégionales d'accès aux soins.
- Il est indispensable de poursuivre les efforts en matière d'investissements. La définition d'orientations précises quant aux opérations d'investissement à financer implique la réalisation préalable d'un nouvel état des lieux, afin de savoir ce qui a été fait et ce qui reste à faire pour l'amélioration des conditions de prise en charge.

Pour que les investissements aient un meilleur impact sur l'accueil des usagers et des familles, sur les conditions de travail et sur les pratiques des personnels, il est souhaitable que les associations d'usagers et de proches ainsi que les professionnels participent à l'élaboration et au suivi des projets.

Principe n°3 : favoriser la prévention et l'intervention précoce des la petite enfance

Les structures telles que les haltes-garderies, les crèches et les écoles maternelles sont reconnues pour favoriser la socialisation des jeunes enfants. Il est nécessaire de faciliter l'accès au dispositif universel en faveur de la petite enfance. De même, l'intervention précoce en maternité, ainsi que le suivi pré et post-natal, en particulier par la PMI, participent de la prévention des troubles psychiques.

Il importe de favoriser conjointement l'intervention thérapeutique précoce et l'accompagnement pédagogique. Ceci passe notamment par un renforcement des capacités

de repérage des signes de souffrance ou de troubles psychiques des enfants et des adolescents par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires.

Au-delà des interventions auprès de l'enfant, il convient d'accompagner les familles en les écoutant et en les impliquant dans les décisions.

Enfin, les efforts entrepris pour inciter les acteurs à coopérer (professionnels du soin, du secteur social, de l'éducation) doivent être poursuivis.

Principe n°4 : Mieux intégrer la psychiatrie et la santé mentale dans la cité

- L'accès et le maintien en hébergement ou dans le logement constituent un préalable indispensable pour mener une vie sociale (préparation à la sortie d'hospitalisation, liens avec les bailleurs, liens avec les élus, création de places de logement et d'hébergement,...). Il convient donc de multiplier les initiatives telles que la préparation à la sortie d'hospitalisation, les conventions avec les bailleurs et la création de places de logement et d'hébergement adaptées.

L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé, constitue également un enjeu essentiel. Il convient donc de développer les initiatives comme le soutien des entreprises lors de l'accueil de ces personnes. Chaque personne qui en exprime le besoin doit pouvoir accéder à une évaluation de ses compétences.

Plus généralement, il importe de promouvoir les pratiques de réhabilitation psychosociale.

- L'intégration de la psychiatrie et de la santé mentale dans la cité passe également par une lutte contre la stigmatisation. Il est nécessaire d'organiser une réflexion rigoureuse sur les démarches à adopter pour améliorer l'image de la maladie et des personnes atteintes (réflexion sur les outils et vecteurs de communication à développer, adaptation des messages aux différents publics : enfants, professionnels, grand public...)

Les associations de familles et d'usagers assurent par ailleurs un rôle fondamental d'information, de représentation et d'aide des personnes souffrant de troubles mentaux et de leurs proches. Il convient de les soutenir, notamment au niveau local. La formation doit se développer car elle facilite une participation plus active des usagers dans les différentes instances.

Les conseils locaux de santé mentale ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux (professionnels, institutions, élus, usagers). Leur développement doit être soutenu.

Principe n°5 : Améliorer la connaissance des besoins et des pratiques

- Il existe de nombreuses expériences innovantes dans divers domaines (prise en charge ambulatoire, accompagnement social...) et dispersées sur tout le territoire. Il serait utile de les repérer, de les capitaliser et de les diffuser après évaluation.
- L'identification des besoins sur les territoires passe par le développement d'études épidémiologiques et d'analyses économiques et sociologiques des organisations, des pratiques et des politiques publiques de la psychiatrie et de la santé mentale. Les données utiles à la planification des services et structures devront être aisément accessibles aux ARS.

- En matière de recherche en santé mentale et en psychiatrie, il convient d'accentuer nettement les efforts de soutien, particulièrement dans les domaines des sciences sociales et de l'épidémiologie. Cet effort passe par la mobilisation de moyens pour atteindre un nombre suffisant de chercheurs et le fléchage de ces domaines dans certains appels d'offres.

Le maintien et le renforcement des financements, via les PHRC et l'ANR, tant sur la recherche neurobiologique élémentaire que sur la recherche translationnelle et épidémiologique est souhaitable. Une réorganisation des liens entre recherche et soins en psychiatrie passe par la création de véritables plateformes de recherche clinique, translationnelle et épidémiologique.

Une réflexion sur la pertinence d'un Institut National réunissant l'ensemble des disciplines travaillant sur la santé mentale (épidémiologie, sciences sociales et recherche clinique) doit être conduite. Dans un tel institut, comme dans la recherche en général, la place des usagers doit être reconnue.

Principe n°6 : Mettre en œuvre les principes d'une politique publique de psychiatrie et de santé mentale

Il convient de définir un cadre national visant notamment la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins, tout en laissant aux régions la liberté de déterminer des priorités locales tenant compte des principes d'action définis nationalement.

Par ailleurs, il est nécessaire de prévoir l'évaluation dès l'élaboration du Plan en termes de calendrier, de méthode et de mesure des impacts. Une évaluation à mi-parcours permettra de réajuster si nécessaire les orientations du Plan.

1 CONTEXTE ET DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION

LE CONTEXTE DE LA MISSION

La santé mentale figure aujourd'hui parmi les préoccupations majeures des politiques de santé publique :

- Au niveau international, l'adoption en 2002 du programme d'action pour la santé mentale par l'Assemblée mondiale de la santé inscrit les troubles mentaux au programme mondial de santé publique. Les 52 États membres de la région européenne de l'OMS se sont engagés, en outre, dans "un Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe - relever les défis, trouver des solutions", portant sur les années 2005-2010 ;
- Au niveau de l'Union Européenne, la Commission a élaboré en 2005 un Livre vert intitulé *Améliorer la santé mentale de la population : vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*. Le 13 juin 2008, lors de la conférence européenne "Tous ensemble pour une meilleure santé mentale et un mieux-être en Europe", le pacte européen pour la santé mentale et le bien-être a été lancé autour de quatre champs prioritaires : la prévention du suicide et de la dépression, la santé mentale chez les jeunes et l'éducation, la santé mentale dans le lieu de travail, la santé mentale chez les personnes âgées.
- En France, les années 90 sont marquées dans le champ de la santé mentale par la grande réforme portée par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Publiée en mars de la même année, une circulaire² précise les orientations de la politique de santé mentale et affirme que "*la santé mentale est, en matière de santé publique, une préoccupation majeure*". En 2001, le rapport d'Eric PIEL et Jean-Luc ROELANDT met fortement l'accent sur la lutte contre la stigmatisation des personnes handicapées psychiques, sur leur droit d'expression et leur intégration dans la cité. Il propose de « *mener à son terme la politique de sectorisation psychiatrique en structurant davantage les liens avec la cité et les dispositifs médico-sociaux* ». Avec l'alternance politique, le Plan publié dans la suite du rapport n'aura pas le temps d'être mis en œuvre. Un nouveau rapport est produit en 2003 par Philippe CLERY-MELIN, Vivianne KOVESS et Jean-Charles PASCAL³. Remis au ministre de la santé en septembre 2003, son approche tranche avec les réflexions antérieures⁴. Il évoque les programmes de prévention des pays européens voisins, il promeut l'efficacité et l'évaluation des pratiques. Il aborde les conditions d'hébergement des patients, souvent indignes. Sans remettre en cause la sectorisation, il se prononce pour une évolution des relations avec les professionnels libéraux autour de centres médico-psychologiques (CMP) dotés de nouvelles

² Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

³ Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS, Jean Charles PASCAL, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et de la promotion de la santé mentale*, 15 septembre 2003

⁴ Article à paraître Bernard BASSET –*La Longue marche du Plan national de psychiatrie et santé mentale* in "La nouvelle Planification sanitaire et sociale, ouvrage collectif sous la direction d'Alain JOURDAIN et Pierre-Henri BRECHAT, Presses de l'EHESP"

missions et plus ouverts sur la ville. Ce programme n'aura pas non plus le temps d'être mis en œuvre. La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique réaffirme l'importance du champ de la psychiatrie en définissant cinq objectifs visant l'amélioration de l'état de santé mentale de la population française.

Finalement, ce n'est qu'en 2005 qu'un Plan déclinant différents objectifs et mesures pour la période 2005- 2008 est publié.

Ce Plan prend en considération la nécessité d'une approche globale de l'état de santé mentale des personnes. Il vise l'amélioration de la prise en charge : continuité entre hospitalisation classique, prise en charge sanitaire ambulatoire, prise en charge médico-sociale, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques. Il est articulé autour de 5 axes, comprenant 210 mesures (cf. architecture complète présentée en annexe):

- Axe n°1 : "Une prise en charge décloisonnée des patients" (développement de l'information et de la prévention, amélioration de l'accueil et des soins, accompagnement de la prise en charge du patient) ;
- Axe n°2 : "Des actions en faveur des patients, des familles et des professionnels" (renforcement des droits des malades et de leurs proches, amélioration de l'exercice des professionnels) ;
- Axe n°3 : "Le développement de la qualité et de la recherche" (favoriser les bonnes pratiques, améliorer l'information en psychiatrie, développer la recherche) ;
- Axe n°4 : "La mise en œuvre de 4 programmes spécifiques" (dépression et suicide / santé et justice / périnatalité, enfants et adolescents /populations vulnérables) ;
- Axe n°5 : "Assurer la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du Plan".

Depuis, plusieurs rapports concernant la politique de psychiatrie et santé mentale ont été publiés, signe de l'intérêt et de la sensibilité du sujet. On peut citer en particulier :

- Le rapport de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) publié par le Sénat en avril 2009⁵ qui ne nie pas l'intérêt des pouvoirs publics pour la question et souligne notamment les importants investissements réalisés dans le cadre du Plan psychiatrie 2005-2008 mais regrette qu' "*aucune réforme d'ampleur n'ait encore été menée*".
- Le "rapport COUTY"⁶ souligne, quant à lui, "*la nécessité d'assurer une prise en charge globale, dans de bonnes conditions de sécurité (...) ce qui suppose que soient réunies trois conditions : la proximité, la pluridisciplinarité et la bonne coordination de tous les intervenants*".

Dans ce contexte, le HCSP a jugé utile d'examiner de plus près les conditions de mise en œuvre et les apports du Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM). Cette évaluation a débuté en juin 2010 afin d'être menée en concertation et complémentarité avec la Cour des

⁵ Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, "La psychiatrie en France : de la stigmatisation à la médecine de pointe", avril 2009, Sénat.

⁶ COUTY Edouard, "Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie", Bibliothèque des rapports publics - La documentation Française, janvier 2009

comptes qui réalisait, dans le même temps, un contrôle de la gestion du Plan 2005-2008 et de son impact sur le dispositif de la psychiatrie en France"....

L'enjeu de l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale est d'autant plus fort qu'un nouveau Plan vient d'être annoncé pour les prochains mois.

LE ROLE DU HAUT CONSEIL DE LA SANTE 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 de la santé, peut être consulté par tous 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.

Il poursuit trois objectifs principaux :

- 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.

Instance d'expertise indépendante, le HCSP procède ainsi à des travaux sur l'ensemble du champ de la santé publique.

Il a également pour tâche de produire des évaluations globales et pluralistes, indépendantes et transparentes. Pendant son premier mandat, le HCSP a donc décliné de manière opérationnelle cette nouvelle mission d'évaluation, que n'avait pas le Haut Comité de la santé publique⁷, en évaluant d'une part, les 100 objectifs annexés à la loi de 2004 et d'autre part certains plans stratégiques, en particulier le (premier) Plan cancer ou le Plan national maladies rares.

En 2010, le Haut Conseil de la santé publique s'est donc engagé dans une démarche d'évaluation ex-post du Plan Psychiatrie et Santé mentale en lien avec la Cour des comptes, afin de mettre en œuvre une approche complémentaire d'ordre qualitatif et quantitatif, en mutualisant les compétences et l'expertise de chacun.

Un comité d'évaluation (CODEV) pluridisciplinaire, composé de huit membres a été constitué pour mener à bien cette mission :

- Bernard BIOULAC, membre du HCSP, chercheur en neurosciences au CNRS Paris/CHU de Bordeaux, co-pilote du CODEV,

⁷ Instance remplacée par le Haut Conseil de la santé publique.

- Bernard PERRET, membre du HCSP, ingénieur des Ponts, des eaux et des forêts, membre du Conseil général de l'environnement et du développement durable, chercheur en socioéconomie et évaluation des politiques publiques, co-pilote du CODEV,
- Magali COLDEFY, géographe de la santé, chercheur à l'Irdes,
- Alain EHRENBURG, sociologue, directeur de recherche au CNRS,
- Bruno FALISSARD, psychiatre, professeur de santé publique à la Faculté de médecine Paris-Sud, directeur de l'unité INSERM U669 (santé publique et santé mentale),
- Patrice VAN AMERONGEN, psychiatre, praticien hospitalier retraité, membre de l'UNAFAM,
- Renée POMARÈDE, médecin de santé publique, secrétaire générale du HCSP,
- Brigitte HAURY, médecin de santé publique, secrétariat général du HCSP, chargée de la coordination.

Chacun des membres a rempli une déclaration publique d'intérêts.

Pour l'assister dans l'organisation et le suivi du travail, le CODEV a fait appel à un prestataire externe, le cabinet ITINERE Conseil (anciennement EQUATION MANAGEMENT), chargé également de lui apporter un appui méthodologique.

LES OBJECTIFS ET LE DEROULEMENT DE L'EVALUATION

L'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale poursuit plusieurs objectifs :

- Analyser l'effectivité de l'ensemble du Plan, c'est-à-dire le niveau de réalisation des actions au regard de ce qui était prévu.
- Approfondir l'analyse de certains objectifs du Plan (cf. tableau ci-après), en considérant plus précisément :
 - L'efficacité des réalisations, c'est-à-dire les résultats et le degré d'atteinte des objectifs initialement prévus.
 - Leur impact, c'est-à-dire les effets observés auprès des bénéficiaires des mesures, qu'il s'agisse du public ou de professionnels.

Le choix des thématiques à approfondir a été effectué par le CODEV au cours d'une phase de cadrage (octobre 2010 – janvier 2011), qui a permis de clarifier et délimiter le champ de l'évaluation. En effet, compte tenu de l'étendue du Plan, du calendrier de

l'évaluation et des moyens disponibles, il est apparu indispensable de sélectionner les questions évaluatives⁸.

Les thématiques prioritaires de l'évaluation ont été choisies en fonction :

- des préoccupations mises en évidence lors des auditions réalisées par le CODEV en octobre et novembre 2010 avec les acteurs institutionnels,
- du champ couvert par l'étude de la Cour des comptes, de manière à obtenir des analyses complémentaires,
- de la disponibilité de l'information,
- et en excluant certains sujets qui ont fait entre-temps l'objet de programmes spécifiques (Plan autisme, Programme de prévention du suicide, par exemple). En effet, ces derniers ont pu ou peuvent faire l'objet d'évaluations *ad hoc*.

Le tableau suivant récapitule les axes et objectifs du Plan et liste les questions évaluatives formulées par le CODEV.

⁸ Les questions évaluatives correspondent aux questions auxquelles les évaluateurs, en l'occurrence le CODEV, doivent répondre. Elles se rapportent nécessairement aux actions ou aux objectifs du dispositif ou programme évalué. Elles peuvent relever de différents registres ou critères d'évaluation : effectivité, efficacité, efficience, pertinence, cohérence et impacts.

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Critère d'évaluation	Questions évaluatives	
AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge	Objectif 1.1 Mieux informer et prévenir	<i>Objectif 1.1.1</i> <i>Mettre en œuvre des campagnes grand public</i>	Efficacité	Dans quelle mesure le grand public et les médecins généralistes sont-ils aujourd'hui mieux informés des maladies mentales et troubles du comportement et de leurs possibilités de prise en charge ?	
		<i>Objectif 1.1.2</i> <i>Promouvoir la santé mentale</i>			
	Objectif 1.2 Mieux accueillir et mieux soigner	<i>Objectif 1.2.1</i> <i>Rompre l'isolement des médecins généralistes</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation		
		<i>Objectif 1.2.2</i> <i>Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète.</i>	Efficacité et effets	Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le dispositif d'accueil et de prise en charge (hospitalisation à temps complet, CMP, prise en charge des crises ?	
		<i>Objectif 1.2.3</i> <i>Adapter l'hospitalisation complète</i>			
		<i>Objectif 1.2.4</i> <i>Faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation		
		<i>Objectif 1.2.5</i> <i>Développer les réseaux en santé mentale</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation		
	Objectif 1.3 Mieux accompagner	<i>Objectif 1.3.1</i> <i>Développer les services d'accompagnement</i>	Efficacité	En quoi les dispositifs créés et/ou développés dans ce cadre contribuent-ils à l'autonomie et l'amélioration de la vie sociale des personnes souffrant de troubles psychiques ? En quoi ces dispositifs contribuent-ils à la continuité de la prise en charge des patients ?	
		<i>Objectif 1.3.2</i> <i>Créer des lieux d'entraide mutuelle (« clubs ») sur l'ensemble du territoire</i>			
		<i>Objectif 1.3.3</i> <i>Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté</i>			
		<i>Objectif 1.3.4</i> <i>Mobiliser les dispositifs de travail protégé</i>			

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Critère d'évaluation	Questions évaluatives
<p>AXE 2 : Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs</p>	<p>Objectif 2.1 Renforcer les droits des malades et de leurs proches</p>	<p><i>Objectif 2.1.1</i> <i>Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation</i></p>	<p>Efficacité Effets</p>	<p>Dans quelle mesure les associations ont-elles bénéficié des mesures de soutien prévues par le Plan ?</p> <p>La participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation a-t-elle été améliorée ?</p> <p>Quels sont les effets de la participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation sur la prise en charge des patients ?</p>
		<p><i>Objectif 2.1.2</i> <i>Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé</i></p>		
		<p><i>Objectif 2.1.3</i> <i>Élargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques</i></p>	<p>Non approfondi dans le cadre de l'évaluation</p>	
		<p><i>Objectif 2.1.4</i> <i>Expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement</i></p>	<p>Non approfondi dans le cadre de l'évaluation</p>	
	<p>Objectif 2.2 Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale</p>	<p><i>Objectif 2.2.1</i> <i>Renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers</i></p>	<p>Non approfondi dans le cadre de l'évaluation</p>	
		<p><i>Objectif 2.2.2</i> <i>Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie</i></p>	<p>Effets</p>	<p>Quels sont les effets des efforts d'investissement sur la qualité de l'accueil dans les établissements de psychiatrie ainsi que sur la prise en charge des patients ?</p>

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Critère d'évaluation	Questions évaluatives	
<p>AXE 3 : Développer la qualité et la recherche</p>	<p>Objectif 3.1 Favoriser les bonnes pratiques</p>	<p><i>Objectif 3.1.1</i> <i>Soutenir l'élaboration de bonnes pratiques</i></p>	<p>Non approfondi dans le cadre de l'évaluation</p>		
		<p><i>Objectif 3.1.2</i> <i>Favoriser le bon usage du médicament</i></p>	<p>Non approfondi dans le cadre de l'évaluation</p>		
	<p>Objectif 3.2 Améliorer l'information en psychiatrie</p>	<p><i>Objectif 3.2.1</i> <i>Généraliser le recueil d'information médico-économique en psychiatrie</i></p>	<p>Ne fait pas l'objet d'une réponse approfondie à une question évaluative mais a été analysée par le CODEV</p>		
		<p><i>Objectif 3.2.2</i> <i>Consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie</i></p>	<p>Ne fait pas l'objet d'une réponse approfondie à une question évaluative mais a été analysée par le CODEV</p>		
	<p>Objectif 3.3 Développer la recherche</p>	<p><i>Objectif 3.3.1</i> <i>Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie</i></p>	<p>Efficacité Effets</p>	<p>Le Plan a-t-il permis un développement de la recherche clinique en psychiatrie ? Le Plan a-t-il permis un développement de la recherche en sciences sociales (sociologie, ...) et en épidémiologie, sur la psychiatrie ?</p>	
		<p><i>Objectif 3.3.2</i> <i>Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale</i></p>			

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Critère d'évaluation	Questions évaluatives
AXE 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques	Programme spécifique 4.1 Dépression et Suicide	<i>Objectif 4.1.1</i> <i>Améliorer la prise en charge de la dépression</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	
		<i>Objectif 4.1.2</i> <i>Définir une stratégie nationale d'actions face au suicide</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	
	Programme spécifique 4.2 Des actions "Santé/Justice"	<i>Objectif 4.2.1</i> <i>Développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	
		<i>Objectif 4.2.2</i> <i>Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	
	Programme spécifique 4.3 "Périnatalité, enfants et adolescents"	<i>Objectif 4.3.1</i> <i>Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	
		<i>Objectif 4.3.2</i> <i>Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents</i>	Efficacité	Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le repérage et la prévention des troubles psycho-affectifs des enfants ?
	Programme spécifique 4.4 "Populations vulnérables"	<i>Objectif 4.4.1</i> <i>Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion</i>	Efficacité	Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins (diagnostic et orientation) et la continuité des prises en charge des troubles psychiques des personnes en situation de précarité et d'exclusion ?
		<i>Objectif 4.4.2</i> <i>Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médicosociale</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	
		<i>Objectif 4.4.3</i> <i>Finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe</i>	Non approfondi dans le cadre de l'évaluation	

Au final, les réponses à ces différentes questions évaluatives doivent permettre d'apporter une appréciation transversale sur :

- le décloisonnement des prises en charge au niveau des secteurs sanitaire, médico-social et social,
- la pertinence du Plan comme outil de politique publique,
- le système d'information de la psychiatrie.

Pour organiser et réaliser l'évaluation, les membres du CODEV se sont réunis une fois par mois entre septembre 2010 et juillet 2011, puis à cinq reprises entre août et octobre 2011. L'évaluation s'est déroulée selon cinq étapes :

- Etape 1 (septembre 2010 – janvier 2011) : cadrage et définition des axes prioritaires de l'évaluation,
- Etape 2 (janvier - mai 2011) : collecte et analyse de l'information existante,
- Etape 3 (5 et 6 mai 2011) : enrichissement des premiers constats de l'évaluation dans le cadre d'une conférence évaluative,
- Etape 4 (mai - juillet 2011) : approfondissement et ajustement des analyses, rédaction du rapport d'évaluation,
- Etape 5 (août – octobre 2011) : élaboration des conclusions et pistes de préconisations, rédaction du rapport final.

Dans le cadre de la phase de collecte et d'analyse de l'information, chaque membre du CODEV a pris la responsabilité d'une ou deux questions évaluatives (cf. tableau en annexe).

Différentes sources ont ensuite été mobilisées :

- Des auditions (cf. liste des personnes auditionnées en annexe) avec :
 - Des acteurs institutionnels : DGS, DGOS, DGCS, MNASM, CNSA, IGAS
 - Des représentants d'associations d'usagers, de familles et de gestionnaires : FNAPSY, UNAFAM, Croix Marine, AGAPSY
 - Des chercheurs en sciences sociales, en neurosciences, en épidémiologie,
 - Des représentants des personnels soignants et des acteurs de l'accompagnement social et médicosocial.
- Les bilans établis par le comité de suivi du Plan en 2005, 2006, 2007 et 2009 (ce dernier n'ayant néanmoins jamais été publié).
- Divers documents et données, qu'il s'agisse de données quantitatives (RAPSY, RIM-P) ou qualitatives issues d'études, de rapports, d'actes colloques, de textes réglementaires,...

- Une enquête qualitative réalisée à la demande du HCSP par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) en Languedoc-Roussillon et Haute-Normandie, visant à recueillir le point de vue des patients et des professionnels sur l'articulation des secteurs sanitaire, médico-social et social dans la prise en charge psychiatrique,
- Cinq études de cas en Languedoc-Roussillon et en Haute-Normandie pour apprécier l'impact des efforts d'investissement sur les conditions de prise en charge des patients,
- Des échanges d'informations réguliers avec la Cour des comptes,
- La mobilisation à deux reprises (en janvier et en avril 2011) d'un groupe d'appui. Ce groupe est composé d'acteurs institutionnels ayant participé à l'élaboration, au suivi et à la mise en œuvre du Plan (DGS, DGOS, DGCS, MNASM, CNSA), d'acteurs ressources (DREES, InVS, INPES) et d'associations d'usagers, de familles et de gestionnaires (FNAPSY, UNAFAM, AGAPSY). Il s'est réuni une première fois pour réagir aux axes prioritaires retenus par le Comité d'évaluation et une deuxième fois, pour discuter des premiers constats de l'évaluation avant la conférence évaluative.
- L'organisation d'une conférence évaluative les 5 et 6 mai 2011, ayant mobilisé une centaine d'acteurs de divers horizons sur les deux jours pour enrichir, conforter, voire nuancer les premières analyses évaluatives. Étaient ainsi représentés différents services de l'État du niveau central et déconcentré, des collectivités territoriales, la Cour des comptes, des professionnels des établissements de santé autorisés en psychiatrie (psychiatres, assistants sociaux, infirmiers, directeurs...), les usagers, les organismes gestionnaires d'établissements médicosociaux ou d'accueil de publics en souffrance psychique, des organismes de recherche et d'études, des travailleurs sociaux,...

Cette méthodologie répond à l'ambition du HCSP et de la Cour de comptes de réaliser une évaluation pluraliste qui soit en mesure d'intégrer et de représenter toute la diversité des points de vue.

LE CONTENU DU DOCUMENT ET LES LIMITES DE L'EVALUATION

Outre l'introduction, le rapport d'évaluation s'organise comme suit :

- Une note précisant les concepts de santé mentale et psychiatrie.
- Un état des lieux des réalisations, élaboré à partir des bilans de suivi et couvrant l'ensemble des mesures du PPSM, qui permet de répondre à la question évaluative de l'effectivité du Plan.
- Huit sections relatives aux huit thématiques ciblées par l'évaluation, faisant l'objet d'analyses plus approfondies.
- Trois sections amenant une appréciation transversale, sur le système d'information en psychiatrie, sur l'articulation entre les secteurs sanitaire, médico-social et social, et, enfin, sur la pertinence du Plan comme outil de politique publique.
- Une synthèse des conclusions de l'évaluation.

- Des pistes de préconisation pour le prochain Plan, par exemple en termes de continuité de prise en charge, de prévention, d'organisation de la psychiatrie dans la cité ou encore de structuration de la recherche.

L'évaluation du Plan s'est heurtée à quelques contraintes, dont il est nécessaire de tenir compte dans l'analyse des données :

- Si le PPSM a fait l'objet d'un suivi régulier dont les résultats ont été publiés par le ministère chargé de la santé entre 2005 et 2007, la coordination de ce suivi s'est interrompue lors de la dernière année du Plan.
- Les données collectées étaient principalement quantitatives et orientées sur les réalisations plus que les résultats. En conséquence, on connaît le niveau de réalisation de chaque mesure du Plan mais pas nécessairement la forme qu'elle a pu prendre et encore moins ce qu'elle a concrètement produit. Les bilans d'exécution insistent davantage sur les résultats tangibles des mesures quand ceux-ci sont quantifiables. En effet, il est plus aisé de constater l'augmentation de places financées (qui ne correspond pas nécessairement au nombre de places ouvertes), le nombre de postes créés ou d'associations soutenues... que d'observer la création de nouveaux partenariats, des changements de pratiques ou de perceptions. C'est une difficulté habituellement rencontrée lors de l'évaluation de plans ou de programmes de santé publique. Les résultats, en termes d'état de santé sont souvent perceptibles longtemps après la réalisation des actions. Il est de plus extrêmement difficile de mettre en évidence le lien entre l'action et l'état de santé.
- Cette difficulté est encore amplifiée par les différentes échelles de mise en œuvre des actions : certaines dépendaient du niveau national mais la plupart relevaient du niveau régional. Il appartenait aux ARH (devenues depuis ARS) d'informer régulièrement l'administration centrale des actions engagées ou réalisées mais les données plus qualitatives, lorsqu'elles existent, n'ont pas été consolidées, et il est assez difficile d'évaluer ce qui s'est réellement passé au niveau régional. L'information apparaît donc parfois dispersée, voire difficile à identifier. Ainsi, le niveau d'information est disparate selon les mesures. Il est plus précis lorsque les réalisations sont nationales.
- La multiplicité des financeurs et lignes de crédit mobilisées rend complexe la lecture des crédits programmés et surtout la connaissance précise de leur utilisation.

Enfin, compte tenu de son organisation et de ses moyens, le comité d'évaluation a essentiellement recherché et utilisé l'information déjà existante, à l'exception des deux études qualitatives sur l'articulation du sanitaire et du social dans la prise en charge, d'une part, et sur l'impact des investissements sur les conditions de prise en charge, d'autre part. Cela limite l'analyse de l'impact du Plan sur des sujets qui n'ont pas fait l'objet d'études ou de réflexions jusqu'à présent, en ce qui concerne notamment l'évolution des pratiques et des organisations, la place des usagers etc. De fait, même si ces études étaient disponibles, il serait difficile de mettre en relation des évolutions avec les actions du Plan.

Cette difficulté d'identification des impacts tient également à la conception même du Plan, qui affiche des objectifs très larges et ambitieux (cf. section consacrée à la stratégie d'intervention et à la pertinence du Plan) :

- Parfois précis, ils relèvent de mesures concrètes relativement faciles à mettre en œuvre et à mesurer telle la création de places, de postes ou de dispositifs spécifiques.

- Parfois plus axés sur une amélioration des prises en charge (meilleur accès aux soins, continuité et adaptation des prises en charge,...), ils supposent des mesures qui tendent à modifier les pratiques des professionnels, les organisations des différents acteurs et des structures ainsi que leurs relations. Pour atteindre ces objectifs qui supposent de mobiliser des outils et méthodes complexes et sur une longue durée, les mesures proposées semblent moins adaptées ou surtout moins précises.

2 LES CONCEPTS DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE

Le 14 mars 1990 le ministère de la santé publie la *Circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale*. Elle marque sur un Plan politico-administratif l'entrée de la psychiatrie publique dans la santé mentale : "Il est impératif aujourd'hui d'envisager les problèmes de santé publique sous un angle élargi et selon une conception positive et dynamique de la santé : en cherchant à promouvoir des facteurs de santé, en s'intéressant davantage aux aptitudes des individus et des groupes vis-à-vis de leur santé. Pour ce faire, trois niveaux sont à considérer : l'individu, la famille et le groupe social ou communauté. [...] C'est dans un esprit de recherche et de concertation que pourra être élaborée une politique de santé mentale finalisée sur des objectifs de développement de la santé mentale, et non plus seulement de lutte contre les maladies mentales"⁹. En 1994, le Haut Comité de la Santé Publique classe la santé mentale dans les problèmes prioritaires de santé publique dans son premier rapport — les "maladies chroniques et liées au comportement" formant l'essentiel des grandes catégories de maladies citées. Le rapport vise deux objectifs principaux : réduire les dépressions et les suicides, améliorer le suivi des maladies mentales chroniques. L'Union européenne l'érige en 2000 au rang des priorités de santé. Le *Livre vert* publié par l'Union en 2005 indique que "le pourcentage d'adultes européens ayant connu une forme de maladie mentale au cours de l'année écoulée est estimé à 27%. Les formes les plus communes de maladie mentale dans l'UE sont les troubles anxieux et dépressifs"¹⁰. On ne s'étonne donc pas de constater que le nombre de personnes touchées par ces maux et leurs coûts pour la société soient démesurés (dans le *Livre vert*, 3 à 4% du PIB).

La santé mentale apparaît donc aujourd'hui comme un domaine majeur de la santé publique, à côté du cancer ou des maladies cardiovasculaires, mais plus coûteux, et en conséquence une des principales priorités de santé publique dans la plupart des pays développés.

Ces régularités statistiques impressionnantes montrent que l'on a affaire à un fait social majeur, mais la façon dont elles sont présentées ne nous dit rien sur sa nature et ses implications. Ce style *matter of facts* rend mal compte de la santé mentale et de la souffrance psychique (notion qui accompagne celle de santé mentale) qui ont progressivement pris en une trentaine d'années une valeur telle dans nos sociétés qu'elles semblent être devenues un point de repère majeur de l'individualisation de la condition humaine : nos relations sociales sont de plus en plus formulées et évaluées en termes affectifs ou émotionnels se distribuant entre le bien de la santé mentale et le mal de la souffrance psychique. C'est là le phénomène sociologique majeur qui ressort des constats épidémiologiques.

Cette question de la valeur transparait seulement implicitement dans le *Livre vert* : "Il n'y a pas de santé sans santé mentale. Pour les citoyens, la santé mentale est une ressource qui leur permet de réaliser leur potentiel émotionnel et intellectuel, et de trouver et de réaliser leur rôle dans la vie sociale, à l'école et au travail. Pour les sociétés, la bonne santé mentale des citoyens contribue à la prospérité, la solidarité et la justice sociale"¹¹. Ce qui apparaît en filigrane dans des rapports où l'on insiste sur les données factuelles, c'est que la santé mentale concerne non seulement la santé, mais aussi la *socialité* de l'homme d'aujourd'hui. Si elle est un fait d'une telle importance, c'est qu'elle est aussi une valeur — bien sûr la

⁹ Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, Titre I.

¹⁰ *Green Paper. Improving the Mental Health of the Population : Toward a Strategy of Mental Health for the European Union*, Direction générale de la Protection des consommateurs et de la santé, octobre 2005, p. 4.

¹¹ *Green Paper.*, p. 4. Souligné dans le texte. « Inversement, la mauvaise santé mentale impose des coûts, des pertes et des fardeaux multiples sur les citoyens et les systèmes sociaux », p. 4.

santé est une valeur en elle-même, mais la socialité est au cœur de la santé mentale car elle fait partie du diagnostic (par exemple, un excès de culpabilité dans la mélancolie qui inhibe le patient ou, au contraire, une insuffisance de culpabilité dans les troubles des conduites), ce qui n'est pas le cas, par exemple, du cancer. Le rapport sur la santé mentale du *Surgeon general* des États-Unis en 1999 le dit très clairement : "*La santé mentale est un état d'exécution réussie des fonctions mentales, ayant pour résultat des activités réussies, des relations accomplies avec les autres, la capacité à s'adapter au changement et à surmonter l'adversité. La santé mentale est indispensable au bien-être personnel, à la famille et aux relations interpersonnelles, et contribue à la société et à la communauté. De la petite enfance à la mort, la santé mentale est le tremplin des compétences de pensée et de communication, de l'apprentissage, de la croissance émotionnelle, de la résilience et de l'estime de soi. [...] Les Américains sont inondés de message sur le succès [...] sans qu'ils ne se rendent compte que ces succès reposent sur le fondement de la santé mentale*¹²." De quoi nous parle-t-on dans tous ces rapports, sinon (aussi) de nos idéaux sociaux et des dilemmes qu'ils suscitent ? Une vie réussie aujourd'hui implique la santé mentale : c'est ce qui fait le caractère consensuel de la notion.

Ces éléments conduisent à distinguer deux sens à l'expression "santé mentale".

Le premier désigne le changement de situation du patient psychiatrique qui doit aujourd'hui être traité et vivre le plus possible dans la cité et non à l'hôpital. C'est la fin de ce que le sociologue Erving GOFFMAN avait appelé dans son célèbre ouvrage publié en 1961, *Asiles*, l'institution totale, c'est-à-dire la prise en charge complète de la vie du patient au sein de l'hôpital. Cette signification de la santé mentale n'est pas nouvelle en psychiatrie, elle concerne depuis longtemps la réinsertion des malades mentaux, mais elle occupait une place subordonnée et marginale en France où, comme le dit le rapport Lemay en 1982, "l'hôpital écrasait tout". Dans la nouvelle configuration, l'hôpital est un élément d'un système plus large de prise en charge : la question de la capacité à vivre une vie autonome, exigeant des capacités cognitives et sociales se rapprochant le plus de celle de l'homme normal, passe au centre de l'affaire, ce qui implique que la *socialité doit être intégrée à la prise en charge des patients*, qu'elle entre dans le soin. De là la préoccupation constante d'une articulation entre le sanitaire et le social et le constat récurrent de son insuffisance.

Le second s'applique aux objets, cibles ou syndromes traités par la psychiatrie au-delà des maladies mentales de la nosographie traditionnelle : son spectre de problèmes va des psychoses au développement personnel ou à la santé mentale positive, autrement dit des maladies mentales à l'équilibre psychologique de l'individu. La conséquence est la montée de la préoccupation pour la souffrance psychique dans nos sociétés. Pour intégrer cette extension de la pathologie, l'épidémiologie psychiatrique a introduit une distinction entre troubles caractérisés par un "diagnostic psychiatrique" et troubles caractérisés par une "détresse psychologique".

Ces deux utilisations du terme « santé mentale » ne désignent pas deux domaines séparés l'un de l'autre par une frontière solide, elles sont des aspects d'une transformation globale de la place et des significations des troubles mentaux dans nos sociétés : les questions de pathologie mentale ne sont plus un secteur particulier de la société traité par une discipline appelée la psychiatrie, mais *un souci transversal* à toute la société faisant partie de l'agenda politique, impliquant des institutions aussi diverses que l'entreprise, la famille, l'école, la justice, mobilisant des professions multiples pour résoudre des problèmes hétérogènes. Elles concernent également la clientèle traditionnelle des secteurs psychiatriques qui formule

¹² *Mental Health : A Report of the Surgeon General*, US Department of Health and Human Services, Office of the Surgeon General, 1999, p. 4.

de nouvelles demandes¹³. Être en état de souffrance psychique est aujourd'hui une raison d'agir non seulement pour se soigner, mais encore pour agir sur des relations sociales perturbées (ou supposées telles) dans les situations les plus diverses *via* de nouvelles notions pratiques, comme la vulnérabilité (pensons au monde du travail, par exemple¹⁴). Nous avons assisté à une progressive centration sur la subjectivité individuelle, *malade comme saine*, dans la société *et* dans les savoirs. Dans la société, c'est le souci pour la souffrance psychique et la santé mentale. Dans les savoirs, c'est la place majeure désormais occupée par les émotions ou les affects dans la biologie (plus exactement dans les neurosciences cognitives qui visent à intégrer le niveau personnel de la psychologie et le niveau subpersonnel de la biologie), la philosophie et les sciences sociales.

En conséquence, la santé mentale est certes un domaine majeur de la santé publique, mais le point décisif est qu'elle ne correspond pas seulement à une réalité qu'on pourrait découper dans la vie sociale. Dans ses deux emplois, elle consiste sociologiquement en une recomposition des relations entre santé, maladie, socialité dans un contexte où l'autonomie (valeur de choix et de capacités à agir de soi-même) imprègne toute la vie sociale. Elle relève d'une attitude, elle dessine une ambiance, elle caractérise une atmosphère de nos sociétés ; c'est un état d'esprit où la subjectivité individuelle (les émotions, les affects) est l'objet d'une attention sociale, sanitaire et politique majeure. La place accordée à la santé mentale, à la souffrance psychique et aux émotions est le fruit d'un contexte par lequel l'injustice, l'échec, la déviance, le mécontentement ou la frustration tendent à être évalués par leur impact sur la subjectivité individuelle et sur la capacité à mener une vie autonome. Il y a là un entrelacement de la faute, de l'échec, du malheur et de la maladie dont la santé mentale et la souffrance psychique sont un point majeur de cristallisation.

La maladie mentale est ou était un problème particulier relevant d'une spécialité médicale, la psychiatrie. Dans ce cadre, la souffrance psychique était un aspect de la maladie mentale. C'est désormais l'inverse. La grande différence entre la psychiatrie et la santé mentale peut se formuler en termes simples : la psychiatrie est un idiome local, spécialisé dans l'identification et le traitement de problèmes particuliers (des maladies des idées, des pathologies de l'imagination qui perturbent la vie de relation), la santé mentale est un idiome global qui met en forme et en sens les conflits et dilemmes de la vie sociale contemporaine en attribuant des causes ou des raisons à des problèmes, très généralement liés à des interactions sociales. Non seulement aucune maladie, mais encore aucune situation sociale à problème (la délinquance adolescente, le chômage, l'attribution du RSA, la relation entre employés et clients ou usagers, etc.) ne doivent être abordées sans prendre en considération la souffrance psychique et sans visée de restauration de la santé mentale. L'atteinte psychique concerne en effet chaque institution (école, famille, entreprise ou justice) et mobilise les acteurs les plus hétérogènes (cliniciens en tout genre, médecins et non-médecins, travailleurs sociaux, éducateurs, directions des ressources humaines, mouvements religieux et spiritualistes, etc.). La santé mentale, à la différence de la psychiatrie, subordonne la psychopathologie comme un de ses domaines de compétences parmi d'autres (travail, éducation, vie familiale, etc.). Elle concerne autant les problèmes

¹³ Le secteur psychiatrique "est appelé à répondre de plus en plus souvent à des formes de souffrance psychique correspondant de moins en moins aux tableaux nosographiques classiques pour coller à une approche symptomatique où la dépression schizophrénique peut côtoyer la mélancolie ou une décompensation réactionnelle sous le terme général d'"état dépressif majeur", C. ALEZRAH, "Réflexions sur l'évolution dans le temps des demandes et des réponses dans un secteur type", *L'Information psychiatrique*, vol. 80, n°5, 2, mai 2004, p. 384. En 1987, la population de ce centre hospitalier était composée pour 44 % par des personnes atteintes de schizophrénie (en incluant 10 % de délires chroniques), en 2002, le pourcentage passe à 29 % tandis que les troubles de l'humeur (n'apparaissant pas ou n'étant pas comptés en tant que tels en 1987) font 29 %.

¹⁴ L'Institut de veille sanitaire, constatant une intensification du travail et des contraintes dites psychosociales, recommande depuis 2007 "une surveillance régulière de la santé mentale dans des populations en activité professionnelle", C. COHIDON, "Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : image et réalité" ", collection Santé Travail, août 2007

généraux de la vie sociale que les problèmes particuliers que sont les maladies mentales. Elle se caractérise donc par la mise en relation systématique d'afflictions individuelles et de relations sociales.

3 L'EFFECTIVITE DU PLAN : ÉTAT DES LIEUX DES REALISATIONS DU PLAN ENTRE 2005 ET 2008

Sur la période 2005 – 2008, deux bilans intermédiaires du Plan ont été réalisés par l'administration de la santé, l'un à la fin de la première année de mise en œuvre, en juin 2006, l'autre à la fin de la seconde année en juin 2007. Un bilan final a également été dressé mais non publié. Il a été transmis avec le statut de "document de travail".

Cette section propose, après un rappel des modalités de mise en œuvre et de suivi des réalisations, de répondre à la question concernant l'effectivité des actions envisagées dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale. Comme indiqué plus haut, il est très difficile, à partir des données existantes, de juger de l'efficacité des actions entreprises.

Il s'agit de tenter de répondre à deux questions :

- Les actions envisagées ont-elles effectivement été réalisées au terme du Plan ?
- Dans quelle mesure les objectifs déclinés dans le Plan ont-ils été atteints ?

Les documents utilisés, cités en annexe, sont essentiellement issus du bilan final des actions nationales ou/et régionales menées dans le cadre du Plan Psychiatrie et Santé mentale au 30 avril 2009.

UNE MISE EN ŒUVRE COORDONNEE, CONCERTEE ET ARTICULEE ENTRE LE NIVEAU NATIONAL ET LE NIVEAU REGIONAL

La mise en œuvre du Plan a donné lieu, aux niveaux national et régional, à l'organisation d'un suivi régulier par un ensemble d'instances *ad hoc*.

L'animation a été assurée, jusque fin 2007, par Alain LOPEZ, membre de l'Inspection générale des affaires sociales, désigné par le ministre chargé de la santé et chargé de coordonner l'intervention des différentes administrations concernées et de faire le lien avec les acteurs et partenaires de la psychiatrie et de la santé mentale.

L'allocation des ressources, rendue complexe par l'intervention de diverses instances de financement, s'est appuyée sur la parution annuelle, de 2006 à 2008, de circulaires budgétaires élaborées conjointement par les directions d'administration centrale. Ces circulaires (en date des 30 mars 2006, 20 avril 2007, 19 mai 2008 et 8 avril 2009) ont permis de donner une vision coordonnée des ressources budgétaires allouées pour la mise en œuvre du Plan et de préparer la réalisation des bilans annuels régionaux.

Deux instances¹⁵ ont par ailleurs été effectivement créées au niveau national pour suivre la mise en œuvre du Plan.

- L'instance nationale de concertation, installée par la ministre et réunie une fois par an (sauf en 2008), a constitué le lieu d'échanges sur les conditions et les résultats de la mise en œuvre du Plan. Elle a réuni les membres du comité technique de

¹⁵ Une 3^{ème} instance était initialement prévue. Dénommée "instance de consultation nationale", elle devait rassembler une à deux fois par an l'ensemble des représentants du monde de la psychiatrie sur des sujets nécessitant une réflexion collective, ainsi que pour partager le bilan. Dans les faits, elle n'a pas été réunie

suivi, des représentants des professionnels exerçant en psychiatrie, des associations d'usagers et de familles, des organisations représentatives du secteur social et médico-social et des collectivités territoriales.

- Le "comité technique de suivi", présidé par le coordonnateur du Plan, a réuni les différentes directions d'administration centrale concernées (DHOS, DGS, DGAS, DREES, DSS), la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), ainsi que des représentants des administrations déconcentrées. Il a assuré le suivi opérationnel du Plan, en particulier lors de la phase de définition du cadre de mise en place des actions. Les réunions ont eu lieu tous les deux mois pour faire le point sur les mesures prises en application du Plan et pour déterminer les actions à mener prioritairement. Le Comité a permis de répartir les tâches, chaque direction de l'administration centrale étant invitée à établir un programme de travail pour l'année. Il a suivi la réalisation de ce programme et permis de coordonner les actions conduites par plusieurs institutions. Une des actions les plus significatives a été de rédiger les circulaires budgétaires annuelles communes entre la DGS, la DHOS (DGOS aujourd'hui), la DGAS (DGCS aujourd'hui) et la CNSA, associée à des feuilles de recueil pour le suivi du Plan ;

En outre, six commissions thématiques devaient être mobilisées sur différents volets du Plan (évaluation-systèmes d'information; suivi des mesures financières du Plan; information-communication; formation; référentiel qualité; recherche). En réalité, elles ont été fort peu réunies, car elles étaient soit trop lourdes à mener de front avec les autres travaux, soit inadaptées.

Au niveau régional, le Plan Psychiatrie et Santé mentale envisageait notamment que :

- l'élaboration et la mise en œuvre du volet obligatoire "Psychiatrie et Santé mentale" des SROS III prennent en compte les orientations du PPSM, en lien avec la planification sociale et médico-sociale et les PRSP ;
- la négociation des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et les ARH soit accélérée ;
- les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie comportent un volet relatif au handicap psychique.

Pour sa mise en œuvre, il s'est appuyé sur :

- un réseau de correspondants régionaux (un à deux par région), responsables des questions de psychiatrie et de santé mentale ;
- la mise en place de Commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM) chargées de contribuer à la définition de la mise en œuvre de la politique de santé mentale de chaque région.

Tout au long de la durée du Plan, des rencontres régulières entre acteurs nationaux et régionaux rendues possibles par la structuration du réseau de correspondants régionaux ont permis des échanges d'informations. Ainsi, les correspondants régionaux ont été réunis à six reprises afin de mettre en commun les actions menées au niveau national et régional.

Les lettres¹⁶ du Plan Psychiatrie et Santé mentale soulignent ainsi que *"la mise en œuvre du Plan trouve un relais précieux dans le fonctionnement du réseau des référents régionaux en santé mentale, constitué depuis septembre 2005, qui permet un échange régulier d'informations et d'expériences entre les acteurs de la santé mentale."* La conférence évaluative de mai 2011 a confirmé l'intérêt de ce réseau de correspondants tout en déplorant l'arrêt des rencontres au niveau national à compter de 2007.

Les analyses conduites par le comité d'évaluation et lors de la conférence évaluative mettent également en évidence que le Plan a eu un effet indéniable de mobilisation des acteurs (professionnels, associations, administrations) et de légitimation d'une politique de santé mentale. Cependant, cette mobilisation s'est faite à des degrés variables d'une région à l'autre, selon que la problématique de la santé mentale était déjà portée par l'administration ou à l'inverse qu'elle ne constituait pas une priorité.

UN SYSTEME DE SUIVI PENSE EN AMONT QUI N'A QU'IMPARFAITEMENT ATTEINT SES OBJECTIFS

L'axe 5 "Mettre en œuvre, suivre et évaluer le Plan" attribue pour tâche au comité technique le suivi et l'évaluation annuels du Plan, en particulier l'allocation des ressources.

Aussi, dès la phase de démarrage des actions, le coordonnateur et les différentes directions d'administration centrale définissent-ils un ensemble d'indicateurs de suivi, soumis à l'avis de l'instance nationale de concertation en santé mentale en février 2006.

Ces indicateurs se décomposent en quatre catégories.

- Des données financières, reflétant la mise en œuvre des crédits ONDAM sanitaire et médico-social.

Dans ce domaine, le suivi a été réalisé à deux niveaux :

- pour les crédits de l'ONDAM sanitaire, les évolutions des dotations des établissements autorisés à exercer en psychiatrie ont été observées au niveau national. Les délégations effectives des crédits prévus par le Plan ont été observées au niveau de chaque ARH.
 - pour les crédits de l'ONDAM médico-social, la CNSA a organisé la remontée d'informations à partir du niveau régional.
- Des données ciblées visant à identifier l'impact du Plan. Il s'agit des indicateurs suivants :
 - l'évolution du nombre de postes d'internes proposés en psychiatrie et de postes offerts aux internes de médecine générale pour les stages opérationnels en psychiatrie,
 - le nombre de conseils de secteurs,
 - le nombre de conseils locaux départementaux,
 - le nombre de chambres individuelles en psychiatrie,

¹⁶ Trois lettres du Plan Psychiatrie et Santé mentale ont été publiées : en mai, octobre 2006 et avril 2007.

- le nombre de structures dédiées aux adolescents,
- le taux d'occupation en psychiatrie générale,
- la durée moyenne de séjour en psychiatrie générale,
- les capacités d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale et infanto-juvénile,
- le nombre de places en hospitalisation de jour et de nuit pour 100 000 habitants.

Le recueil des informations correspondantes devait être fait à partir des données existantes et régulièrement collectées dans le cadre de la SAE ou des rapports de secteur (aujourd'hui RAPSY) et par des enquêtes spécifiques.

- Des données relatives à l'état de réalisation des actions prévues par le Plan renseignées, selon les cas, par le niveau régional ou national. Il s'agit, pour chaque mesure répertoriée dans le Plan, d'identifier si l'action a été réalisée, engagée ou non engagée.
- Des données spécifiques relatives à certaines actions phares du Plan, telles que :
 - La création d'équipes mobiles de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité,
 - La constitution de centres de ressources pour auteurs d'infractions sexuelles,
 - L'expérimentation d'équipes chargées de la prise en charge des troubles psychiatriques chez le sujet âgé,
 - Les actions de formation réalisées dans le cadre du tutorat – compagnonnage,
 - La relance de l'investissement hospitalier en psychiatrie.

Collectées dans le cadre d'enquêtes, ces données devaient permettre de vérifier la bonne mise en œuvre de ces dispositifs, en appréciant la montée en charge des financements, des postes créés et du début d'activité réalisée.

Selon les termes du bilan du Plan 2005-2008, ces indicateurs ont vocation à permettre de suivre à la fois la mise à disposition et l'utilisation des moyens financiers prévus, les postes créés, le niveau de réalisation des actions envisagées, ainsi que l'impact du Plan en termes de réorganisation des prises en charge en psychiatrie.

Ils ont donné lieu, pour chaque année de mise en œuvre, à un renseignement conjoint par les acteurs nationaux (DREES, DGS, DHOS, DGAS, CNSA) et les acteurs régionaux (anciennes ARH et DRASS) et à l'élaboration des bilans annuels de mise en œuvre.

Ce dispositif de suivi a eu le mérite d'être pensé très en amont de la mise en œuvre du Plan et d'être réalisé au cours des deux premières années d'exécution du Plan.

Néanmoins, on peut regretter que certaines données soient peu exploitables.

Pour exemple, si globalement les données relatives à l'état des réalisations sont bien renseignées et permettent de suivre le niveau de réalisation des actions envisagées, elles

donnent souvent une information trop imprécise pour pouvoir participer à l'analyse évaluative. C'est notamment le cas des dispositions prises dans chaque région pour appliquer le volet « psychiatrie » du SROS et mener à bien les programmes de santé mentale prévus par les projets régionaux de santé publique¹⁷. On ne connaît ni l'objet des réalisations, ni les premiers résultats (en termes de nombre de bénéficiaires par exemple). On connaît seulement le nombre de régions qui ont réalisé, engagé ou n'ont pas encore mis l'action en œuvre. Le bilan ne donne pas non plus d'indication sur les modalités de réalisation ou les raisons de non réalisation dans certaines régions. Ainsi, dans le domaine de la promotion de la santé mentale, les données disponibles font état de 187 actions financées par 16 GRSP en 2008, mais il n'existe aucune précision sur le contenu et les résultats des actions. De même, concernant le renforcement des prises en charge ambulatoires, le bilan indique au 30 avril 2009 que 6 régions ont « consolidé le maillage territorial et le rôle pivot des CMP dans la globalité de la prise en charge », mais, une fois de plus, il n'y a aucune précision ni sur ce qui a été fait ni sur les résultats. Selon le niveau de réalisation et le type de mesure concerné, ce constat est cependant à nuancer : en effet, l'information est plus riche pour les mesures relevant du niveau national et/ou pour les mesures très concrètes renvoyant à une action bien précise, telles que « élaborer un cahier des charges sur les réseaux en santé mentale ». A l'inverse, il est plus difficile de savoir si la mesure consistant à « prendre en compte les besoins de logement des personnes souffrant de troubles psychiques dans les programmes appelant un financement public » a pu être réalisée.

Compte tenu de la complexité des sources de financement mobilisées, il est aujourd'hui difficile d'avoir une vision claire et exhaustive des moyens financiers mis à disposition et utilisés dans le cadre du PPSM. Le système de suivi n'a pas permis de rendre compte fidèlement des engagements financiers pris en faveur de la psychiatrie et de la santé mentale, surtout au niveau régional. Mais cette complexité des financements qui ne permet pas d'avoir une vision précise des moyens alloués et utilisés n'est pas propre au champ de la psychiatrie.

Concernant les indicateurs d'impact, ils semblent tout d'abord insuffisants pour rendre compte des effets du Plan en termes d'évolution des prises en charge en psychiatrie. Sous l'angle du traitement de l'information, deux constats limitent la portée du système d'indicateurs prévu initialement dans le Plan : d'une part, les informations initiales ne sont pas toutes disponibles, d'autre part, certaines l'ont été trop tardivement. Il apparaît donc délicat de faire le lien entre le Plan et les évolutions constatées. Ce phénomène est récurrent dans les évaluations de politique publique.

L'état des lieux, présenté ci-après, a été réalisé à partir de bilans déjà constitués et non d'un recueil *ad hoc* de données. Il n'a donc pas pu s'affranchir de ces contraintes et limites. Des investigations complémentaires ont été conduites pour alimenter les sections suivantes du rapport d'évaluation qui portent sur les questions évaluatives retenues comme prioritaires par le CODEV.

¹⁷ Au niveau local, les Projets régionaux de santé publique (PRSP), issus des recommandations des conférences régionales de santé, correspondent à l'outil stratégique visant la mise en cohérence de l'ensemble de l'action publique régionale sur le champ de la santé : ambulatoire, hospitalier, médico-social, prévention, curatif, palliatif, rééducation... Ils se déclinent en schémas d'organisation et programmes ou Plans d'actions. Par définition, ils ont vocation à traiter de la psychiatrie.

DES OBJECTIFS ET DES MESURES DIVERSEMENT MIS EN ŒUVRE ET ATTEINTS

Le Plan "Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008" avait pour finalité de "donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle, au service des usagers et des acteurs". Dans cette perspective, il a préconisé un ensemble d'orientations qui se traduisent par des actions visant à faire évoluer les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement, de formation des professionnels concourant à cette prise en charge, ainsi qu'à mieux prendre en compte la place des usagers et des familles.

Les paragraphes suivants rendent compte, de manière descriptive, de ce qui a été réalisé et des premiers résultats produits.

Axe 1 : Une prise en charge décloisonnée

Objectif 1.1 : Mieux informer et mieux prévenir

Le Plan avait prévu que cet objectif se concrétise principalement par la mise en œuvre de "campagnes d'information auprès du grand public et des professionnels"¹⁸.

Dans les faits :

- Une campagne grand public a bel et bien été lancée en novembre 2007 au sujet de la dépression, correspondant au premier volet de communication ;
- Quelques actions d'information en direction des généralistes ont également été conduites.
- Les deuxième et troisième volets de communication relatifs aux autres pathologies¹⁹ n'ont, en revanche, pas été mis en œuvre ;

La promotion de la santé mentale était également visée par cet objectif. Cependant, elle a été peu investie au niveau national (2 mesures mises en œuvre sur 6, selon le dernier bilan établi en 2009). Au niveau régional, on constate :

- Une mobilisation hétérogène de cette thématique dans le cadre des Groupements Régionaux de Santé Publique (entre 3 et 40 actions de promotion de la santé mentale selon les régions).
- Des actions menées par les associations d'usagers en dehors du Plan, ainsi que dans le cadre de la Semaine d'information sur la santé mentale. Elles ont, en particulier, développé des actions sur les troubles alimentaires, les troubles dépressifs ou la schizophrénie.

Ce premier objectif a représenté un effort financier proche de ce qui était prévu : 8,8 M€ ont été dépensés, pour 8,5 M€ prévus.

¹⁸ Ces éléments sont précisés dans la section relative à l'information du grand public, des médecins généralistes sur les maladies mentales et la promotion de la santé mentale.

¹⁹ Le Plan fait référence à des pathologies telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les troubles obsessionnels compulsifs.

Objectif 1.2 : Mieux accueillir et mieux soigner en psychiatrie

Cinq sous-objectifs déclinent cet objectif :

- Rompre l'isolement des médecins généralistes ;
- Renforcer les prises en charge ambulatoires et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ;
- Soutenir l'adaptation de l'hospitalisation complète ;
- Contribuer à l'évolution de la répartition géographique des professionnels médicaux ;
- Développer les réseaux en santé mentale.

En réalité, l'isolement des médecins généralistes a fait l'objet d'un nombre limité d'interventions dont les résultats sont, de plus, difficiles à mesurer. Or, il est d'autant plus important d'impliquer les médecins généralistes dans les prises en charge, qu'il est reconnu qu'ils sont le premier recours pour l'accueil et l'orientation des personnes présentant des troubles psychiques.

Les données relatives au renforcement des prises en charge ambulatoires et au développement des alternatives à l'hospitalisation complète permettent de constater²⁰ :

- que ces modes de prise en charge ont totalisé 40% des créations de postes (estimés à un millier) initiées sur la durée du Plan;
- une augmentation du nombre de centres médico-psychologiques (CMP)
- une plus faible progression des structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Quant au soutien à l'adaptation de l'hospitalisation complète²¹, il a donné lieu à :

- Une forte mobilisation des crédits pour développer les capacités de prise en charge des troubles psychiques des enfants et adolescents. Toutefois, les places financées n'ont pas toutes ouvert car il existe fréquemment un décalage dans le temps entre financement et ouverture effective.
- Dans le domaine de la psychiatrie adulte, une mobilisation des crédits visant à la fois les structures généralistes de la psychiatrie ainsi qu'une prise en charge plus spécialisée de publics spécifiques (équipes mobiles psychiatrie précarité, équipes de géronto-psychiatrie...).

En termes d'évolution de la répartition géographique des professionnels médicaux, les bilans du Plan font état :

- d'une augmentation du nombre de places ouvertes à l'examen classant en psychiatrie ;
- d'une aide à l'installation des libéraux dans les zones définies ;

²⁰ Ces éléments sont précisés dans la section relative à l'accueil et aux soins.

²¹ Ces éléments sont précisés dans la section relative à l'accueil et aux soins.

- de l'absence, en revanche, de mesures incitatives pour l'installation des psychiatres dans des établissements ayant un taux de postes vacants élevé.

Concernant les réseaux en santé mentale, les données de suivi donnent peu d'indications cependant :

- Un cahier des charges a été élaboré ;
- La santé mentale a été intégrée parmi les orientations budgétaires de la dotation nationale des réseaux ;

Le nombre de réseaux en santé mentale n'est pas mentionné dans les bilans, mais, d'après l'étude du CNEH réalisée en 2009²², 80 réseaux en France traitent, de santé mentale, rarement de manière spécifique.

En termes financiers, on constate :

- Une progression des budgets de la psychiatrie de 2 à 3% par an entre 2005 et 2008, inférieure à la progression du MCO ;
- 66 M€ consacrés au développement des prises en charge ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation sur la période 2005-2008 (53,4 M€ étaient prévus) ;
- 40 M€ consacrés à la création de postes en psychiatrie infanto-juvénile, soit 784 postes, dont 693 non médicaux ;
- 47 M€ consacrés à l'adaptation de l'hospitalisation complète en psychiatrie adulte permettant la création de 880 postes dont 813 non médicaux (52,8 M€ étaient prévus) ;
- 3 M€ dépensés pour le développement des réseaux en santé mentale (5 M€ prévus).

Objectif 1.3 : Mieux accompagner²³

Pour rappel, ce troisième objectif s'articule autour des objectifs opérationnels suivants :

- Développer les services d'accompagnement,
- Créer des lieux d'entraide mutuelle,
- Favoriser l'accès à un logement ou à un hébergement adapté,
- Mobiliser les dispositifs de travail protégé.

Dans ce cadre, les réalisations suivantes sont constatées :

- 1 639 places de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), ciblées sur le handicap psychique ont été créées entre 2005 et 2008 (pour un objectif initial de 1 900 places) ;

²² Rapport CNEH, Sénat – OPES, *Etat des lieux de la psychiatrie en France*, avril 2009

²³ LES éléments présentés ci-après sont précisés dans la section relative à l'accompagnement social et médico-social.

- Des actions de promotion de la formation pour les personnels d'accompagnement ont été engagées mais la mise en œuvre concrète au niveau régional semble avoir été délicate ;
- 300 groupements d'entraide mutuelle (GEM) ont été créés dès 2007. Ils sont 333 en 2008 (pour un objectif initial de 300 GEM entre 2005 et 2008).

Diverses actions pour l'accès à un logement ou un hébergement adapté ont été également développées :

- Fin 2008, financement et autorisation de 1 000 places en résidences accueil (807 ouvertes) ;
- Neuf régions ont prévu le financement de logements-foyers dédiés à des personnes souffrant de handicap psychique ;
- 1 750 places dédiées ont été ouvertes en Maisons d'accueil spécialisé (MAS) ou en Foyers d'accueil médicalisé (FAM) ;
- Un colloque sur l'évaluation partagée des handicaps d'origine psychique a été organisé suite à une expérimentation réalisée par les services de l'Etat et les ARH de deux régions ;
- En revanche, l'enquête sur l'inadéquation des prises en charge par rapport aux besoins n'a pas été conduite ;
- De même, les conventionnements avec les bailleurs restent encore peu nombreux.

Au sujet de l'accompagnement vers l'insertion professionnelle, le Plan est resté timide, puisque aucun objectif quantitatif n'a été fixé. Par ailleurs, il est difficile de rendre compte des réalisations en la matière, puisque les données existantes ne sont pas consolidées. Néanmoins, la prise en charge des personnes handicapées psychiques dans les ESAT (Établissements et services d'aide par le travail) progresse : 18% de places dédiées créées en 2008 contre 13% en 2007 (enquête annuelle de la DGCS sur l'installation de nouvelles places).

En termes financiers :

- 97 M€ ont été alloués pour la création de places en services d'accompagnement et en hébergement pour adultes et 56 M€ pour les établissements médicosociaux à destination des enfants et des adolescents (67 M€ en prévisionnel) ;
- 23,5 M€ ont été consacrés aux GEM (20 M€ initialement prévus) ;
- 2,4 M€ ont été consacrés au logement et à l'hébergement adapté entre 2007 et 2008.

Axe 2 : Des patients, des familles et des professionnels

Cet axe comporte deux objectifs stratégiques : "renforcer les droits des malades et de leurs proches" et "améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale".

Objectif 2.1: Renforcer les droits des malades et de leurs proches²⁴

Concernant cet objectif, les constats suivants peuvent être établis :

- Des dispositions réglementaires ont été adoptées pour accroître la place des usagers et de leur famille dans la concertation. Cependant, l'implication effective reste modeste.
- Malgré un soutien financier aux principales associations d'usagers et de familles au-delà des financements prévus dans le Plan (3 M€ dépensés contre 2,4 M€ prévus), le secteur associatif dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale doit encore se renforcer. Pour les associations, le soutien financier n'est pas en rapport avec les besoins.
- Le renforcement des garanties individuelles a été réalisé *via* la création de la fonction de contrôleur général des lieux de privation de liberté en octobre 2007.
- Les compétences des CDHP (commissions départementales des hospitalisations psychiatriques), devenues CDSP (commissions départementales des soins psychiatriques) ont évolué (cf. Article L 3223-1 du Code de la santé publique). Désormais, les CDSP reçoivent les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques suite à la demande d'un tiers ou à la décision d'un représentant de l'État. Elles statuent par ailleurs sur les modalités d'accès aux informations de toute personne admise en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, d'un représentant de l'État ou détenues et atteintes de troubles mentaux
- La composition des CDSP a également été modifiée (Article L 3223-3 du code de la santé publique). En comparaison des CDHP, elle compte un membre de plus en la personne d'un représentant d'une association de patients. Antérieurement, seules étaient représentées les familles de personnes atteintes de troubles mentaux.
- La réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement a été menée à son terme avec 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, qui concerne les soins sans consentement.

Cette loi rencontre néanmoins de fortes critiques notamment dans les associations professionnelles de psychiatres.

Objectif 2.2 : Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale

La plupart des mesures prévues pour le renforcement de la formation initiale et continue ainsi que l'évolution des métiers n'ont pas été mises en œuvre (10 sur 15). Néanmoins, des mesures phares ont été concrétisées telles que :

- La mise en œuvre d'un dispositif de tutorat infirmier, qui a donné lieu à une évaluation assez positive en 2010. Toutefois des professionnels présents lors de la conférence évaluative ont regretté que ce dispositif n'ait pas joué pleinement, alors que le principe de la transmission de savoirs semblait bon ;
- L'organisation d'une formation complémentaire de mise en situation professionnelle adaptée. La mesure du Plan correspondante ciblait principalement les établissements privés ;

²⁴ Deux des quatre objectifs opérationnels de ce volet font l'objet d'un développement dans la suite du document. Il s'agit des objectifs visant à renforcer la concertation avec les usagers et les familles et à accroître le soutien aux associations.

- L'élaboration et la diffusion d'un document pédagogique à l'attention des travailleurs sociaux.

Outre la formation initiale et continue, le PPSM prévoyait de renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie. Trois sous-objectifs étaient visés :

- Améliorer la qualité de l'offre de soins (accessibilité) ;
- Améliorer les conditions respectant les droits et la dignité des patients ;
- Améliorer la sécurité des conditions d'exercice des professionnels.

Le programme d'investissement a concerné la psychiatrie adulte, la psychiatrie infanto-juvénile et les unités spécialisées. Les données de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) font état de 351 opérations prévues et en partie réalisées début 2010, dont les trois quarts concernent la psychiatrie adulte et 15% la psychiatrie infanto-juvénile. 30% des opérations restent encore à terminer d'ici 2015.

Axe 3 : Développer la qualité et la recherche

Cet axe comporte trois objectifs stratégiques: "favoriser les bonnes pratiques", "améliorer l'information en psychiatrie" et "développer la recherche".

Objectif 3.1: Favoriser les bonnes pratiques

Quatre des 7 mesures prévues pour favoriser les bonnes pratiques n'ont pas été mises en œuvre. Parmi les mesures réalisées, la Haute Autorité de santé (HAS) a programmé et développé des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur des thématiques prioritaires de santé mentale ainsi que des guides médecins et patients. Ainsi, la nécessité d'améliorer la prescription des psychotropes a été prise en considération par la HAS, qui a lancé un programme pilote sur la prescription chez les personnes âgées en lien avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'Assurance maladie.

Plusieurs de ces recommandations avaient été demandées antérieurement au Plan.

Objectif 3.2: Améliorer l'information en psychiatrie²⁵

Les investigations permettent de constater que :

- Les données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) sur la psychiatrie ont été améliorées grâce à l'ajout d'un questionnaire spécifique ;
- Le recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) a été généralisé en 2007 pour l'ensemble des établissements publics et privés autorisés en psychiatrie ;
- Le rapport d'activité de psychiatrie (RAPSYP) a été modifié et recueilli en 2008. Il fait suite aux rapports de secteurs. Il concerne maintenant également les structures privées et non sectorisées ;

²⁵ Ce sujet est développé dans une section ultérieure du rapport d'évaluation.

Chacune de ces sources apporte des précisions sur l'activité de la psychiatrie.

A l'inverse, les travaux de construction de la Valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) n'ont pas abouti à ce jour, ni l'élaboration d'un tableau de bord sur les activités de soins enrichi des données du champ médico-social et social. Le rapport de la Cour des comptes développe une analyse à ce sujet.

Objectif 3.3: Développer la recherche²⁶

Plusieurs actions prévues ont été réalisées :

- Les programmes hospitaliers de recherche clinique nationaux (PHRC) font mention, à partir de 2006, d'orientations visant la psychiatrie et la santé mentale (32 projets retenus) ;
- Une intercommission INSERM « psychiatrie, psychopathologie, santé mentale » a été créée et s'est concrétisée par le recrutement de trois chercheurs ;
- Un groupement d'intérêt scientifique (GIS) en épidémiologie psychiatrique a été constitué ;

Pourtant, si le PPSM a donné l'impulsion nécessaire, l'intercommission INSERM et le GIS épidémiologie n'ont pas été pérennisés. Parallèlement au Plan, des initiatives se sont développées en faveur de la recherche en neurosciences dans le domaine de la psychiatrie. Cependant aucune mesure concrète n'a été prise en faveur des sciences humaines et sociales alors que les rapports ministériels sur la psychiatrie et la santé mentale ont tous signalé la nécessité de promouvoir la recherche, qu'il s'agisse de recherche clinique ou sociale.

En termes financiers :

- Un budget de 45 000€ a été prévu pour cet axe dans le Plan auquel se sont ajoutés 12 M€ par année de mise en œuvre du PPSM au titre du FMESPP ;
- 1,2 M€ ont été consacrés à des associations de professionnels œuvrant pour la formation et l'information de leurs adhérents ;
- 48 M€ ont été mobilisés pour la généralisation du RIM-P et la consolidation du système d'information (les efforts ont surtout porté sur l'équipement informatique) ;
- Environ 15 M€ ont été affectés à la recherche clinique.

Axe 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques

Dépression et suicide

Ce programme a ciblé :

- La poursuite des actions prévues dans la stratégie 2000-2005 (formations de formateurs au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire notamment).

D'après les données du bilan, 14 780 personnes auraient été formées au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire dont 2 713 travailleurs sociaux et 2 314

²⁶ Ce domaine d'intervention du Plan a fait l'objet d'une analyse plus approfondie présentée plus loin dans le rapport.

agents pénitentiaires. Au total, plus de 22 300 personnes ressources auraient été formées.

- L'évaluation des politiques nationales et locales menées face au suicide. La stratégie nationale d'actions a, ainsi, fait l'objet d'un rapport²⁷ en décembre 2006.
- La poursuite des audits cliniques réalisés auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations de l'ANAES parues en 1998.
- Le développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent en milieu scolaire.
- Le renforcement des financements destinés aux études épidémiologiques.

Les deux premières mesures ont été réalisées, mais il n'y a pas eu de renforcement des financements d'études épidémiologiques et les actions de prévention en milieu scolaire n'ont été que partiellement réalisées.

Si un programme spécifique est consacré à la prévention du suicide, la dépression a fait l'objet de mesures dans différents axes du Plan :

- L'information du grand public par la campagne INPES conduite en 2007 (axe 1). Parallèlement au Plan, des actions de communication ont été réalisées régionalement par des URCAM ;
- L'aide au diagnostic en direction des professionnels de santé (axe 2) *via* :
 - la diffusion de deux outils : le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) et la mallette d'outils pour le repérage des troubles dépressifs des personnes âgées. Le MINI est un outil simple de repérage des troubles dépressifs qui a été diffusé aux médecins généralistes. Quant à la mallette, elle a été développée par la Société française de gériatrie et de gérontologie et la Fédération française de psychiatrie à la demande de la DGS.
 - des actions de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) ;
 - des travaux de recherche sur la souffrance psychique au travail et des actions de formation des médecins du travail.

Plusieurs URML ont travaillé sur la dépression. Ainsi, l'URML Provence-Alpes-Côte d'Azur a mené des enquêtes de pratiques auprès des médecins généralistes. Des groupes de pairs pour l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) se sont réunis également dans cette région. Un dispositif de soins coordonnés autour de la dépression, impliquant des professionnels de santé, sociaux et des usagers a tenté de se développer à Marseille.

Des travaux ont été également menés autour de la souffrance psychique au travail sous la forme de recherches épidémiologiques ou recherches-actions. Ils ont eu pour objectif de mieux comprendre ce phénomène, de le quantifier, de mettre à la disposition des médecins du travail des outils permettant de mieux le repérer et de favoriser des initiatives permettant de le prévenir.

En revanche, les mesures concernant la formation des médecins du travail, le développement des modules sur la prise en charge coordonnée des troubles dépressifs et l'accompagnement, de même que le soutien financier de programmes d'éducation thérapeutique des patients déprimés n'ont pas été réalisées.

²⁷ Cabinet Euréval : Rapport d'évaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005, décembre 2006

En termes financiers, 6 M€ au total ont été consacrés à ce programme, auxquels s'ajoutent les montants correspondant aux mesures de prévention contre le suicide prévues dans les autres axes du Plan.

Des actions Santé/Justice

Quinze mesures étaient prévues par le Plan. La plupart ont été mises en œuvre.

Trois types de mesures ont concerné les personnes détenues de façon générale :

- l'amélioration des soins psychiatriques en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire (élaboration de recommandations de bonnes pratiques par la HAS, renforcement des équipes hospitalières de secteur, déploiement des Unités hospitalières spécialement aménagées - UHSA) ;

La première UHSA a été ouverte le 18 mai 2010 à Lyon, avec une capacité de 60 places. 120 personnels médicaux et une quarantaine de personnels de l'administration pénitentiaire y travaillent. Huit établissements devaient ouvrir en 2011 2012 et 2013 à Villejuif, Lille, Rennes, Orléans, Marseille, Bordeaux, Toulouse et Nancy. L'ensemble de ces établissements devrait représenter une capacité de 440 places.

- la relance d'outils permettant une prise en charge globale et coordonnée.

Une seule des deux mesures a été mise en œuvre d'après les éléments de bilan : appuyer les expérimentations en cours de télémédecine sur six sites pilotes. En revanche, il n'y a pas eu d'instruction commune ARH/DRSP pour rappeler la nécessité de réunions régulières des commissions de coordination dans les établissements pénitentiaires.

- la mise en place d'un programme santé/justice développant la prévention du suicide des personnes détenues.

Des actions de formations pluridisciplinaires au repérage de la crise suicidaire sont financées au niveau national depuis 2001 pour la formation de formateurs, auxquelles participent les personnels pénitentiaires. Quatre-vingt-dix professionnels œuvrant en milieu carcéral sont devenus formateurs.

Une organisation des échanges entre professionnels pour un meilleur repérage et suivi des personnes détenues présentant un risque suicidaire a été mise en place dans les centres pénitentiaires de façon organisée depuis 2002 par la mise en place de commissions et d'outils de repérage.

Par ailleurs, des moyens supplémentaires ont été consacrés aux auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) pour :

- le renforcement de l'offre de soins en milieu pénitentiaire, en particulier dans des établissements spécialisés ;

Au moment du bilan du Plan, 22 établissements pénitentiaires étaient en cours de spécialisation pour la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel. 8,74 M€ ont été délégués aux ARH en décembre 2008, afin qu'elles organisent la prise en charge des AICS au niveau régional, sous la forme d'un renforcement de personnel au sein des établissements pénitentiaires, d'équipes mobiles régionales, ou de toute autre organisation pertinente.

- la garantie de l'exécution de l'injonction de soins, qui a connu plusieurs modifications législatives durant la mise en œuvre du Plan ;

La mise en œuvre du dispositif d'injonction de soins repose essentiellement sur les médecins coordonnateurs qui sont chargés de l'interface entre les autorités judiciaires et les médecins traitants. Pour accroître l'attractivité de la fonction de médecin coordonnateur et en contrepartie d'une implication plus forte dans le suivi des personnes sous injonction de soins, une revalorisation conséquente de l'indemnité versée aux médecins est intervenue par arrêté du 24 janvier 2008. Enfin, le nombre de personnes susceptibles d'être suivies par le médecin coordonnateur a été porté de 15 à 20. Par ailleurs, l'arrêté nécessaire à l'application des dispositions de l'article L. 3711-1 du code de la santé publique qui prévoit que des médecins autres que les psychiatres peuvent exercer la fonction de médecin coordonnateur, sous réserve de satisfaire à des conditions de formation, est intervenu le 24 mars 2009.

- la création de cinq centres ressources interrégionaux ayant une fonction de référence et de conseil pour la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles (15 centres en fonctionnement en 2009).

Initialement conçus comme interrégionaux, ces centres ont été régionalisés dans le cadre du dispositif d'accompagnement de la loi du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs. Depuis la mi-2009, 15 centres sont en fonctionnement et doivent se coordonner avec les équipes des services médico-psychologiques régionaux (SMPR), les médecins coordonnateurs et les équipes de psychiatrie générale.

- la HAS a élaboré des recommandations sur la prise en charge de la psychopathie en mai 2006 et sur la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles en juin 2009. Un effort particulier a été fait vis-à-vis de la formation des personnes intervenant dans la procédure d'injonction de soins.

En termes financiers, 9,5 M€ délégués aux ARH ont été alloués pour créer des postes dédiés à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles (5 M€ prévus).

Périnatalité, enfants et adolescents²⁸

Deux objectifs stratégiques étaient prévus dans le cadre de ce programme : "Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité" et "répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents".

Le développement de la collaboration médico-psychologique en périnatalité a fait l'objet de :

- deux référentiels de formation ;
- la création de 129 postes de psychologues.

Quant à l'amélioration de la prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents, elle a donné lieu à :

- l'élaboration d'un référentiel de formation *Repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et adolescents* ;
- une étude réalisée en juin 2005 sur les collaborations entre équipes pédagogiques et équipes des CMP et CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) ;

²⁸ Ce sujet fait l'objet d'un approfondissement plus loin dans le rapport.

- une instruction des ministères de la Santé et de l'Éducation nationale pour le développement de collaborations ;
- la mise en œuvre dans 15 régions de l'expérimentation permettant une évaluation rapide par les professionnels des troubles repérés en milieu scolaire ;
- la réalisation d'études/recherches sur les jeunes placés sous main de justice ;
- la création de maisons des adolescents (68 structures fin 2008).

En termes financiers, 5,2 M€ ont été consacrés chaque année, entre 2005 et 2008 au développement de réponses aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents.

Populations vulnérables

Ce quatrième et dernier programme spécifique envisageait trois axes d'intervention : "favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion", "répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-social" et "finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe".

Pour améliorer la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité et d'exclusion²⁹, le Plan a permis de :

- cadrer le dispositif des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie grâce à une circulaire ;
- créer 92 équipes mobiles entre 2005 et 2008 (elles sont 126 en janvier 2011) correspondant à 25 ETP de médecins, 118 ETP d'infirmiers et 37 ETP de psychologues ;
- créer 670 « Lits halte soins santé » sur la période de mise en œuvre du Plan ;
- organiser, à l'initiative de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP), quatre journées interrégionales sur la thématique "psychiatrie et précarité" ;
- publier et diffuser une plaquette sur le thème *Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : rôle et place du travailleur social*.

Concernant les personnes âgées, le bilan indique que le Plan a fait évoluer le dispositif de soins psychiatriques dans trois directions :

- la création d'unités spécifiques d'hospitalisation complète des sujets âgés souffrant de troubles psychiatriques ;
- l'expérimentation d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie. La nécessité d'améliorer les soins psychiatriques aux personnes âgées, soulignée par le Plan, a conduit à préciser les principes généraux de cette prise en charge dans le cadre de la circulaire du 20 avril 2007. Un financement spécifique de 2 millions d'euros a par ailleurs été délégué en 2007 et 2008 afin de soutenir 15 projets régionaux proposant

²⁹ Ce sujet fait l'objet d'un approfondissement plus loin dans le rapport.

l'organisation d'un suivi adapté et coordonné des sujets âgés, 9 étant des projets de création et 6 des projets de renforcement de dispositifs existants.

Les projets retenus en 2008 pour faire partie de l'expérimentation nationale sont de diverses natures :

- une dizaine de projets organise l'intervention d'une équipe mobile à domicile et auprès des structures sanitaires et médico-sociales accueillant des personnes âgées, afin de mieux repérer et soigner les troubles psychiques de cette population.
 - deux projets visent à constituer des équipes de liaison intervenant au sein de l'établissement porteur du projet.
 - enfin, trois projets ont pour objet d'instaurer une équipe chargée de mieux coordonner les acteurs psychiatres et gériatres intervenant, sur un territoire donné, auprès des personnes âgées.
- le développement de la psychiatrie de liaison³⁰. Le bilan ne donne pas de précision à ce sujet.

Quant à la prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe, seules deux des cinq mesures ont été mises en œuvre partiellement par 16 régions. Il s'agissait de finaliser la mise en œuvre du dispositif régional et départemental et d'en faire le bilan. Ce bilan, réalisé par le Comité national des urgences médico-psychologiques (CNUMP) en 2008, a mis en évidence que la quasi-totalité des départements (84% des départements centres de région et 93% des autres départements) étaient dotés d'un référent en fonction. D'après le rapport de bilan du PPSM, les mesures visant à soutenir la formation de professionnels, à évaluer les pratiques de débriefing à la française dans le cadre des PHRC et à désigner les nouveaux membres du CNUMP n'ont pas été réalisées.

En termes financiers, 11,3 M€ ont été alloués aux établissements pour la création ou le renforcement des EMPP (10,75 M€ prévus) et 2 M€ pour l'expérimentation d'équipes géro-psycho-psychiatriques.

LES ACTIONS ENVISAGEES ONT-ELLES ETE REALISEES AU TERME DU PLAN ? LES OBJECTIFS ONT-ILS ETE ATTEINTS ?

Concernant l'axe 1 du Plan Psychiatrie et Santé mentale, qui représentait un budget total programmé à hauteur de 207,27 M€, on peut conclure que les objectifs opérationnels prévus ont effectivement été mis en œuvre et, en grande partie atteints, à l'exception de :

- la promotion de la santé mentale ;
- la lutte contre l'isolement des médecins généralistes ;

³⁰ ZUMBRUNNEN R., *Psychiatrie de liaison*, Paris : Masson, 230p, 1992 : *Partie de la psychiatrie qui s'occupe de troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales* ». Elle s'adresse autant au malade qu'aux soignants à qui elle apporte un savoir faire. Intervenant essentiellement auprès des services des établissements généraux, les équipes de liaison peuvent diversifier leur activité auprès d'autres structures comme les EHPAD, par exemple.

- la mobilisation des dispositifs de travail adapté.

En revanche, il n'apparaît pas possible à l'heure actuelle d'évaluer globalement le degré d'adéquation des réponses aux besoins, tant au plan quantitatif que qualitatif.

A l'inverse, au sein de l'axe 2, pour lequel étaient prévus 71 M€ de crédits de fonctionnement, l'effectivité des mesures prévues, d'une part pour renforcer le droit des malades et de leurs proches et, d'autre part, pour améliorer l'exercice des professionnels en psychiatrie est faible. L'atteinte des objectifs est d'ailleurs tout à fait partielle. Ainsi, si des évolutions sont constatées ces dernières années, l'impact du Plan sur la place des usagers et des familles dans la concertation, l'évaluation des besoins et les prises en charge semble limité.

Les mesures prévues dans l'axe 3 du Plan :

- ont permis de développer des initiatives intéressantes et pertinentes (GIS, intercommission INSERM...) mais qui n'ont pas perduré ;
- ont été insuffisantes pour réellement faire évoluer la situation de la recherche en santé mentale et en psychiatrie. Ce constat se vérifie pour la recherche clinique, épidémiologique mais surtout pour la recherche en sciences humaines et sociales ;

Elles n'ont donc pas eu d'effet majeur sur la situation générale de la recherche en psychiatrie en France même si une certaine prise de conscience quant à son importance semble avoir émergé ces dernières années.

Quant à l'axe 4, dont le budget prévisionnel s'élevait à 36,4 M€, les informations collectées au sujet de sa mise en œuvre permettent de conclure que :

- il y a eu une forte mobilisation nationale pour le programme Prévention - Suicide, associée à une mobilisation importante des régions notamment en matière de formation et d'actions d'écoute ;
- le programme Santé / Justice semble avoir recueilli l'engagement des différents partenaires ;
- quant aux programmes "Périnatalité, Enfants et Adolescents" et "Populations vulnérables", ils ont permis un renforcement des moyens préexistants et/ou des expérimentations de dispositifs innovants.

Globalement les principales et plus importantes mesures du Plan ont été menées comme prévu, avec des effets divers d'entraînement au niveau des régions selon les thèmes abordés.

En effet, les éléments de bilan soulignent un investissement sur les différents axes d'intervention, certes plus ou moins intense, qui a permis une certaine mise à niveau des équipements (création de places notamment). Cependant, cette mise à niveau semble n'avoir fait que compenser une situation antérieure caractérisée par une insuffisance de moyens.

Au niveau des régions, on notera notamment une mobilisation particulière sur les objectifs et mesures suivants :

- renforcement de la prise en charge sanitaire et de l'accompagnement social ;
- renforcement des droits des malades et soutien aux associations d'usagers ;

- actions ciblées sur certains publics : précarité sociale (équipes mobiles psychiatrie précarité), souffrance psychique (lieux d'écoute, groupes de parole, etc.), personnes âgées, actions santé - justice, mesures de lutte contre la dépression et le suicide, périnatalité, jeunes d'âge scolaire (engagement des régions sur l'expérimentation d'une évaluation rapide des troubles psychiques repérés en milieu scolaire)

Les groupements régionaux de santé publique (GRSP) ont par ailleurs été particulièrement mobilisés sur les questions de promotion de la santé mentale.

A l'inverse, la mobilisation apparaît plus faible sur les actions visant à améliorer l'exercice des professionnels de santé ainsi que sur l'axe recherche du Plan.

Le PPSM a également permis un rapprochement entre les professionnels et les associations, notamment dans le cadre des CRCSM. Cependant, les participants à la conférence évaluative ont souligné que ce rapprochement s'est parfois limité aux associations d'usagers et de familles, alors qu'il devrait s'étendre à tout le secteur social et aux acteurs locaux (en particulier aux collectivités locales).

Au final, le degré d'engagement ou de réalisation des actions amène deux constats :

- l'effort de mise en œuvre a été soutenu tout au long de la durée du Plan,
- le besoin de mise en synergie, rendue nécessaire par la pluralité des intervenants concernés et la diversité des sources de financements mobilisée, a été partiellement comblé.

Le financement du Plan a parfois été effectué par redéploiement de crédits préexistants. Trois chiffres peuvent le caractériser, même s'il n'y a pas de données exhaustives sur l'utilisation effective des fonds : 540 M€ ont été décaissés, à 93 % à la charge de l'Assurance maladie, le solde étant financé par l'État. Ce total inclut des investissements de sécurité parallèles à la réalisation du Plan, et englobe les années 2009 et 2010. 229 M€ sont attribués aux établissements depuis la fin du Plan, en dotations annuelles de fonctionnement reductibles, à la charge de l'Assurance maladie. Ces dotations assurent la pérennité des emplois créés et subventionnent une partie des annuités d'emprunts contractés par les établissements. Leur mise en place progressive avait coûté un montant cumulé 2005-2008 de l'ordre de 300 M€.

Enfin, entre 2005 et 2017, horizon encore éloigné du fait de retards et d'échelonnements de chantiers, les investissements immobiliers lancés dans le cadre du Plan pourraient dépasser 1,8 Md€. Ils sont pour moitié à la charge des établissements, par redéploiement de leurs ressources

Sur le financement du Plan, le lecteur pourra se reporter, pour une analyse approfondie, au rapport de la Cour des comptes.

4 LA STRATÉGIE D'INTERVENTION ET LA PERTINENCE DU PLAN

La question de la pertinence du PPSM revêt deux aspects distincts qu'il convient d'aborder successivement.

- La pertinence des objectifs stratégiques et opérationnels du Plan au regard des enjeux de santé publique qui le sous-tendent ;
- La pertinence du Plan comme outil de politique publique, au regard notamment de sa cohérence avec d'autres instruments d'action publique et de sa capacité à mobiliser les acteurs du domaine.

UNE STRATEGIE D'INTERVENTION PERTINENTE MAIS TROP AMBITIEUSE

Le PPSM a eu l'ambition de définir un programme d'intervention pour l'ensemble du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Les objectifs stratégiques traduisent bien, en effet, les différents aspects d'une politique publique en matière de psychiatrie et de santé mentale (information, prévention, organisation des soins et de l'accompagnement social, droits des malades et de leurs proches, amélioration de l'exercice des professionnels, recherche, programmes ciblés sur certains problèmes ou populations).

Tous ces domaines sont légitimes mais représentent un champ tellement vaste qu'il était clair que toutes les mesures ne pourraient pas être mises en œuvre et que des choix devraient être faits, notamment au niveau des régions.

Si les mesures prévues sont dans l'ensemble pertinentes et cohérentes avec les constats établis dans différents rapports administratifs consacrés au domaine, ainsi qu'aux analyses et recommandations émanant de la littérature internationale, il manque une hiérarchisation des 210 actions proposées. De plus, ces mesures, de nature très diverse (textes réglementaires, recommandations, créations de structures, de postes...), sont mises sur un même niveau. Ceci tient sans doute au fait qu'elles ne peuvent s'appuyer sur des analyses fines des besoins prioritaires, compte tenu du manque d'études dans ce domaine. Il est, par ailleurs, souvent difficile de repérer lesquelles sont initiées, consolidées ou reprises par le Plan.

A un niveau global, la stratégie d'intervention est structurée de manière logique :

- en préambule et avant chaque axe, des éléments de contexte sont présentés, qui justifient les objectifs stratégiques, opérationnels et mesures adoptés ;
- les objectifs opérationnels et sous-objectifs précisent dans l'ensemble les résultats attendus ;
- le calendrier de mise en œuvre est indiqué ;
- le coût et la source de financement sont également mentionnés mais pas de façon systématique.

En revanche, la stratégie d'intervention ne paraît pas toujours adaptée à la finalité que s'est donnée le Plan. Ainsi l'axe 1, qui vise à décroquer la prise en charge et à mieux articuler

les différents professionnels intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques, fait des propositions en distinguant les champs sanitaires et sociaux sans véritablement préconiser des mesures à même de les rapprocher. De la même façon, les mesures proposées concernent surtout l'organisation des structures et assez peu les liens entre professionnels ou l'amélioration des pratiques.

Au niveau des objectifs opérationnels et des mesures, un certain nombre de questions se pose :

- tous les points faibles évoqués dans le diagnostic initial ne se traduisent pas par un objectif et/ou une mesure, sans que cette absence soit argumentée.

Pour illustration, le Plan évoque l'insuffisant développement de la recherche en sciences humaines et sociales, de la recherche clinique et de l'épidémiologie. Il précise que ces domaines doivent être soutenus prioritairement. Or, si les deux derniers font l'objet d'objectifs et de mesures, la recherche en sciences sociales disparaît de la stratégie d'intervention du Plan.

De même, à l'objectif stratégique « informer et prévenir » ne correspond aucun objectif opérationnel centré sur la prévention. Hormis les actions concernant certains publics cibles (enfants et adolescents, prévention du suicide), le volet prévention est resté en jachère.

- certains objectifs comme la réinsertion par le travail ne sont pas traités de manière assez approfondie : ainsi, alors que le travail en milieu ordinaire constitue un vecteur primordial d'autonomie et d'insertion et qu'il serait nécessaire de mener une réflexion sur ses modalités de développement (accompagnement par exemple), cette question n'est pas soulevée. Le Plan Psychiatrie et Santé mentale a ciblé uniquement le travail protégé en visant simplement une augmentation du nombre de places et sans vraiment proposer de mesures spécifiques pour dépasser les difficultés auxquelles ce secteur doit faire face.

On peut encore citer le passage de la psychiatrie infantile-juvénile à la psychiatrie adulte, bien souvent évoqué comme une période délicate où les risques de rupture de prise en charge sont élevés, mais qui n'a pas fait l'objet d'un objectif dans le cadre du Plan.

- certaines mesures qui auraient pu répondre à certains objectifs n'apparaissent pas. Ainsi, dans l'accompagnement social et médico-social, le développement des pratiques telles que la réhabilitation et l'*empowerment* n'est pas cité alors que des expériences internationales ont démontré leur intérêt.
- une interrogation peut peser sur la pertinence de certaines mesures envisagées pour répondre aux besoins identifiés.

Par exemple, alors que le Plan constate que *le CMP constitue la structure extrahospitalière la plus représentée garantissant un maillage territorial de qualité*, il fixe pour objectif de consolider le maillage territorial et le rôle dans l'accès aux soins de proximité par le renforcement de moyens humains. En revanche, il n'envisage aucune autre mesure pour faciliter leur accessibilité, laissant les initiatives et les expérimentations aux acteurs de terrain. Lorsqu'il souligne le manque de visibilité de ce dispositif et le manque de lien avec les médecins généralistes, l'hôpital général, les secteurs privé ou associatif, il ne prévoit pas de mesures concrètes pour améliorer la situation.

Concernant l'intérêt des campagnes grand public pour lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale et améliorer le recours aux soins, le CODEV s'interroge à la fois sur la pertinence de cet outil pour améliorer la connaissance et la prise en charge des pathologies psychiatriques et sur la pertinence du choix de la dépression comme premier thème de campagne³¹.

- sur certains des points qui n'ont pas été approfondis, les constats du CODEV nourrissent des interrogations. Ainsi il n'est pas évident que le développement de réseaux de santé mentale formalisés (objectifs 1,2,5,) soit toujours un moyen adapté pour développer la collaboration entre l'ensemble des professionnels concernés (y compris le secteur social et les généralistes), compte tenu de la lourdeur de mise en œuvre de tels réseaux. D'autres modalités de travail en réseau auraient pu être proposées, puisque ce qui importe c'est la coordination des professionnels dans la prise en charge des personnes.
- Enfin, le niveau d'opérationnalité et de précision des mesures est très variable, la formulation va, par exemple de *créer en 3 ans 1 900 places de SAMSAH destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques à intensifier la création d'alternatives à l'hospitalisation et la diversification des réponses proposées.*

LA PERTINENCE DU PLAN EN TANT QU'OUTIL DE POLITIQUE PUBLIQUE

Un outil de mobilisation plutôt efficace

En tant que modalité de mise en œuvre de l'action publique, le Plan se distingue à la fois de la politique (plus englobante) et du programme (plus ciblé). Sa vocation est de mobiliser les acteurs d'une politique à travers l'affichage de grandes priorités et l'augmentation temporaire des moyens financiers consacrés au domaine. Le PPSM s'inscrivait bien dans cette logique : sur la base d'un constat partagé de la vétusté et de l'inadaptation du dispositif de soins, son volet investissement devait devenir un élément structurant de la réorganisation de l'offre de soins.

En revanche, il n'entrait pas dans sa vocation de redéfinir le cadre normatif et juridique de la politique en matière de santé mentale et de psychiatrie, ce qui est plutôt dans notre pays la vocation des lois d'orientation. Sous cette réserve, le PPSM a bien joué son rôle de catalyseur, tant vis à vis des professionnels de la plupart des champs concernés, que vis à vis des administrations concernées.

S'agissant du milieu professionnel, il convient de souligner l'impact positif des opérations de rénovation des établissements sur les conditions de travail et le moral des équipes soignantes, bien qu'il reste encore beaucoup à faire en ce domaine (cf. chapitre 9).

On peut penser, en outre, que l'accent mis par le Plan sur le décroisement, ainsi que certaines mesures concrètes (qui ne sont d'ailleurs pas toujours liées au Plan), comme la création des Conseils locaux de santé mentale, ont favorisé le développement de la coopération entre les professionnels de la santé, du social et du médico-social, contribuant ainsi à renforcer le dynamisme et la capacité d'action du milieu.

³¹ Ces points sont développés dans le chapitre sur l'information du grand public

En matière de recherche, en revanche, même si certaines avancées (notamment le PHRC ciblé sur la psychiatrie et la santé mentale) ont eu lieu, les effets du Plan sur son développement et le renforcement des coopérations apparaissent limités, voire inexistantes (cf. chapitre 4).

Le Plan a également eu un impact positif sur la mobilisation des administrations concernées. Il a été piloté, de façon interdirectionnelle au sein du Ministère de la Santé, par la DGS, la DGOS et la DGAS, devenue depuis DGCS. Selon plusieurs interlocuteurs de ces directions, cette transversalité constitue l'un des points forts du Plan. Au niveau national, le PPSM a eu un effet fédérateur et a donné de la visibilité aux actions des directions en matière de psychiatrie et santé mentale. Il convient de souligner, de ce point de vue, le bon fonctionnement du comité de suivi dans la première phase de la mise en œuvre du Plan. Ce suivi, s'il ne s'est pas interrompu, a souffert du départ de son coordinateur en 2007. La lettre du Plan s'est arrêtée après le numéro 3 en avril 2007 et le rapport final de suivi du Plan réalisé par l'administration, n'a pas été publié contrairement aux deux rapports précédents.

En contrepoint, il convient toutefois d'observer que le Plan a peu contribué à l'émergence de nouvelles pratiques. Certaines innovations porteuses comme les groupes d'entraide mutuelle (créés par la loi du 11 février 2005) ont certes été encouragées par le Plan, mais il n'en est pas directement à l'origine. Plus généralement, l'organisation des soins et les modalités de prise en charge des malades évoluent souvent sous l'effet d'initiatives prises sur le terrain par les professionnels ou par les associations d'usagers et de familles : citons, par exemple, le développement des Conseils locaux de santé mentale ou les Groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Un Plan qui est à la fois un outil de planification nationale et régionale

Le mot plan évoque la planification, c'est-à-dire la prévision des besoins et la programmation des moyens permettant d'y répondre. Le PPSM ne répond qu'en partie à cette définition. Il y a bien eu renforcement des moyens, mais les choix opérés ne se sont pas appuyés sur une vision globale et hiérarchisée des besoins à satisfaire, besoins qui restent mal connus faute d'un développement suffisant de l'épidémiologie. Comme il a été noté plus haut, malgré le caractère national du Plan, un grand nombre d'actions prévues relevaient du niveau régional. Ce caractère décentralisé de la mise en œuvre du Plan, sans doute bénéfique en termes de mobilisation et d'adaptation aux spécificités du terrain, a pour conséquence négative la difficulté de rassembler l'information sur la mise en œuvre du Plan, et *a fortiori* d'évaluer ses effets.

Au vu de certains témoignages, on peut penser que l'existence d'un Plan est nécessaire pour fédérer les énergies autour des objectifs de la politique de santé mentale. L'existence d'un cadre politique favorise la convergence des travaux des directions d'administration centrale. Ainsi, au sein de l'administration, les effets de l'impulsion donnée par le PPSM ont tendance à faiblir maintenant que celui-ci est arrivé à son terme.

Cependant, la loi HPST du 21 juillet 2009 a profondément modifié l'organisation du système de soins, en transférant aux Agences régionales de santé une partie des fonctions de répartition des moyens entre les différents objectifs de la politique de santé auparavant exercées par le Ministère.

Pour autant, il reviendra au ministère de s'assurer de la consolidation de certaines avancées, notamment en matière de dialogue avec les associations et les professionnels. Plus largement, la régionalisation de la politique de santé ne devrait pas faire obstacle à une réflexion nationale sur les objectifs, le cadre normatif et les moyens de la politique en matière de psychiatrie et de santé mentale.

LA PERTINENCE ET LA COHERENCE DU PLAN AVEC LES AUTRES LOIS ET PROGRAMMES DE PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

Un effort particulier a été opéré pour prendre en compte les lois et programmes en cours ou en prévision dans l'élaboration de la stratégie d'intervention du Plan. Chaque axe ou objectif renvoie à une loi dont il faut assurer la bonne application, à un programme à renforcer ou à poursuivre. Cela fait écho au rôle de « mise en synergie » du Plan et à sa volonté de coordonner l'action autour des personnes souffrant de troubles mentaux.

Plusieurs exemples peuvent illustrer ce constat :

- les mesures prévues au sein de l'objectif 1.3 « Mieux accompagner » correspondent au Plan pluriannuel d'accompagnement des personnes handicapées psychiques. Sur ce volet, le PPSM prend également en compte la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées : en particulier, l'article 4 de cette loi stipule que la politique de prévention du handicap prévoit notamment des actions de développement des groupes d'entraide mutuelle.
- en matière d'investissement, le Plan a significativement renforcé les moyens en tenant compte des orientations préalablement définies dans les SROS III.
- les mesures de l'objectif 2.1 « Renforcer les droits des malades et de leurs proches » visent à la mise en œuvre en psychiatrie de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- dans la même perspective, l'objectif 4.4.2 « Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale » entend faciliter la mise en œuvre de la circulaire du 18 mars 2002³² relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques et la circulaire du 25 octobre 2004³³ relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS III.
- les programmes spécifiques proposent des orientations en lien avec les programmes nationaux prévus pour les publics concernés. Il s'agit là encore de renforcer des moyens prévus par ailleurs, comme dans le cadre de la prévention du suicide. Dans ce domaine, le Plan prend la suite de la stratégie nationale d'actions face au suicide menée entre 2000 et 2005. De même, l'objectif « développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité » renvoie à une mesure intégrée dans le Plan périnatalité 2005-2007.

³² Circulaire n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

³³ Circulaire n°2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS III.

5 L'ACCUEIL ET LE SOIN

Traiter de l'adaptation de l'offre de soins est apparu incontournable pour le comité d'évaluation. Ce sujet est en effet au cœur des réflexions dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, compte tenu des évolutions spécifiques ou non au champ de la psychiatrie, en termes de demande et d'offre de soins, ou encore de la place des usagers et des choix qu'ils formulent.

Dans ce contexte, le Plan Psychiatrie et Santé mentale a déterminé un certain nombre d'objectifs assez larges sur lesquels le comité d'évaluation a souhaité se pencher plus précisément, parmi lesquels :

- Rompre l'isolement des médecins généralistes,
- Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète,
- Adapter l'hospitalisation complète.

La question évaluative suivante a ainsi été formulée :

Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le dispositif d'accueil et de prise en charge ?

UNE ORGANISATION DES SOINS RICHE ET VARIEE MAIS QUI RESTE TROP CLOISONNEE ET INEGALEMENT DEVELOPPEE SUR LE TERRITOIRE

Dès son préambule, le Plan souligne une situation paradoxale et préoccupante, conduisant à une relative inégalité des citoyens dans l'accès aux soins psychiatriques :

- D'une façon générale, la demande adressée aux acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie s'est accrue depuis plusieurs années du fait, d'une part, d'une meilleure reconnaissance et acceptation des troubles amenant à consulter un spécialiste ou un médecin généraliste, d'autre part de l'impact des conditions socio-économiques mais aussi du changement global de la représentation du psychiatre et de la psychiatrie. Parallèlement à cette croissance de la demande et du recours à la psychiatrie, les personnels soignants médicaux et non médicaux sont pourtant restés relativement stables. Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet a été considérablement réduit sans être compensé par un développement parallèle des prises en charge alternatives et ambulatoires.

Les inégalités territoriales en termes de structures, de moyens, de développement des alternatives à l'hospitalisation sont importantes et risquent d'être accentuées par la baisse prévue de la démographie médicale en psychiatrie. En effet, malgré le niveau actuel élevé des effectifs de psychiatres³⁴, on observe des disparités particulièrement importantes pour cette spécialité, disparités qui concernent à la fois

³⁴ En 2005, la densité de psychiatres en France s'élevait à 22,4 pour 100 000 habitants, soit la densité la plus élevée d'Europe (donnée issue de *La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques, coordonné par Magali Coldefy*, La documentation française).

les densités départementales et les différents modes d'exercice. 20% des postes hospitaliers étaient vacants à la date du Plan, ces vacances de postes rendant extrêmement difficile l'organisation de l'offre de soins. Cela génère évidemment des inégalités dans l'accès aux soins psychiatriques et dans les prises en charge proposées.

- Dans le cadre d'une approche globale, l'articulation entre les différents acteurs de la prise en charge apparaît largement perfectible, que ce soit au sein de l'offre de soins ou entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social.
 - Ainsi, les médecins généralistes français adressent moins leurs patients à un psychiatre ou psychologue que leurs homologues européens (Enquête ESEMED). Ils sont souvent isolés par rapport aux professionnels spécialisés alors qu'ils sont des acteurs de premier recours et qu'ils prescrivent 85% des psychotropes consommés en France.
 - Les professionnels non médicaux (notamment les psychologues) sont moins impliqués dans la prise en charge des problèmes de santé mentale que dans d'autres pays. Le rôle proprement thérapeutique des psychologues est moins reconnu en France, et le non remboursement de leur consultation de ville par l'Assurance maladie limite fortement l'accès de la population à ces professionnels.
 - Le constat est également fait d'un cloisonnement entre acteurs, structures sanitaires, d'une part, et acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires, d'autre part. Ce cloisonnement ne facilite pas la cohérence des organisations et des interventions des différents professionnels, mais touche surtout les patients et leurs proches : absence de lisibilité du dispositif, prise en compte insuffisante de leurs besoins dans leur globalité, ruptures de la continuité des soins, voire prises en charge inadaptées.
- Si l'on considère plus spécifiquement l'offre de soins psychiatriques :
 - les CMP sont mal repérés par la population alors qu'ils sont censés constituer la porte d'entrée naturelle dans le dispositif de soins. Leurs horaires trop souvent restreints limitent encore l'accès aux soins et les délais d'obtention d'un premier rendez-vous sont importants, ce qui peut témoigner d'un fonctionnement inadapté de ces structures.
 - le système de soins est parfois sollicité de manière inappropriée : hospitalisation inadaptée au long cours pour des patients qui devraient bénéficier d'une prise en charge coordonnant des soins ambulatoires, un accueil et un accompagnement adéquats dans le cadre de dispositifs médico-sociaux ou sociaux. Le Plan renvoie à une estimation (datant de 1997) selon laquelle 13 000 patients seraient dans ce cas, faute de relais médico-sociaux ou sociaux suffisants.
 - il existe une tension sur l'offre : en raison du manque de lits disponibles, l'hospitalisation de certains patients est difficile et certains secteurs ou établissements sont parfois obligés de faire hospitaliser un patient dans un autre service.
 - la qualité des soins dispensée en hospitalisation complète reste très variable, à cause de la persistance, dans certains lieux, de conditions d'accueil et d'hébergement ne respectant pas la dignité des personnes accueillies (cf. chapitre consacré aux opérations d'investissement).

- or, dans son diagnostic, le Plan note que, malgré un effort budgétaire important des ARH dans le cadre des SROS, la création de places alternatives à l'hospitalisation complète reste insuffisante, aussi bien en psychiatrie infanto juvénile, qu'en psychiatrie générale. Par ailleurs, la contribution du secteur privé à la diversification des alternatives à l'hospitalisation ne peut être que limitée, puisqu'il ne peut créer que des places d'hospitalisation de jour et de nuit.

Pour atteindre les objectifs d'amélioration des soins, le Plan a essentiellement préconisé la formation et la coordination des professionnels, le renforcement des moyens humains des dispositifs ambulatoires ou alternatifs à l'hospitalisation, l'adaptation de l'hospitalisation complète par la mutualisation et la coopération des structures, en particulier dans les situations de crise et d'urgence et en lien avec le secteur médico-social.

UN BILAN QUALITATIF DIFFICILE A ETABLIR A PARTIR DES DONNEES DISPONIBLES

La question évaluative ciblée par le comité d'évaluation se réfère spécifiquement à deux des cinq objectifs opérationnels visant à mieux accueillir et mieux soigner. Comme le souligne le bilan de suivi du Plan de 2009, les mesures relatives à ces objectifs ont principalement été mises en œuvre au niveau régional. Aussi, si des données sont disponibles sur le nombre de places et/ou de postes créés, il est plus difficile de bénéficier d'informations sur les résultats en termes de développement des organisations mutualisées, d'optimisation de la répartition territoriale des équipements et notamment des CMP, et finalement de diversification des prises en charge ou d'adaptation qualitative de l'hospitalisation complète.

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p>Mieux accueillir et mieux soigner</p>	<p><i>Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète.</i></p>	<p>Réaffirmer les principes de proximité et de continuité des soins et de maintien du patient dans son environnement,</p> <p>Renforcer le dispositif ambulatoire et l'accès aux soins de proximité au sein des CMP ;</p> <p>Intensifier la diversification des modes de prise en charge au profit des alternatives à l'hospitalisation et des actions en amont et en aval de l'hospitalisation</p> <p>Assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire en adéquation aux besoins de la population</p> <p>Poursuivre la diversification des réponses en milieu pénitentiaire.</p>	<p>Créations de poste en vue de:</p> <p>Consolider le maillage territorial et le rôle des CMP, dans l'accès aux soins de proximité</p> <p>Développer les prises en charge extrahospitalières, y compris dans le cadre d'interventions à domicile,</p> <p>Développer des organisations fédératives entre plusieurs CMP</p> <p>Développer des réponses en termes d'hospitalisation de jour, de nuit, d'hospitalisation à domicile, d'accueil en centres d'accueil thérapeutique, en accueil familial thérapeutique, en appartements thérapeutique, en centres de post cure, de prise en charge par des équipes mobiles, par la psychiatrie de liaison,...</p> <p>Développer l'hospitalisation de jour et de nuit (à partir de la tarification de ces activités) au sein du secteur privé relevant de l'OQN en lien avec le secteur, puis évaluer la montée en charge de ce dispositif,</p> <p>Développer les organisations mutualisées et fédératives de ces équipements au sein des territoires de santé</p>	<p>La mise en œuvre de la grande majorité des actions prévues par le Plan en la matière était dépendante du niveau régional, à l'exception de l'incitation du secteur privé à développer l'hospitalisation de jour et de nuit.</p> <p>D'après le bilan, entre 4 et 8 régions ont réalisé des actions correspondant aux mesures prévues.</p> <p>Le bilan établi par le comité de suivi en 2009 rapporte que 1 103 ETP ont été financés dans le secteur ambulatoire et alternatif à l'hospitalisation, dont 129 postes médicaux et 975 postes non médicaux.</p> <p>Ces créations de postes ont représenté un coût de 66 millions d'euros, dont 40% provenaient du Plan.</p> <p>Au sein du secteur privé relevant de l'OQN, tarification arrêtée en juin 2005 ; augmentation de 272 à 592 des places en hospitalisation partielle entre 2005 et 2009</p>

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p>Mieux accueillir et mieux soigner</p>	<p><i>Adapter l'hospitalisation complète</i></p>	<p>Poursuivre l'adaptation de l'hospitalisation complète en psychiatrie, étroitement corrélée à des priorités sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation, notamment pour améliorer la réponse aux situations de crise et d'urgence, afin d'assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire et une meilleure adéquation aux besoins de la population, et de prévenir et résoudre des situations de recours inadéquats à l'hospitalisation ;</p> <p>Poursuivre l'adaptation qualitative de l'hospitalisation complète.</p>	<p><u>NB : les mesures rapportées ici concernent uniquement la psychiatrie adulte, la psychiatrie infanto juvénile faisant l'objet d'un chapitre par ailleurs.</u></p> <p>En amont de l'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Développement de prises en charge psychiatriques de courte durée au sein des services d'urgence (application dispositifs circulaire du 16 avril 2003), ▪ Renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général <p>Rapprochement des unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent, de préférence à l'hôpital général</p> <p>Développement d'organisations fédératives et mutualisées des moyens des secteurs pour permettre une plus grande diversification voire différenciation des réponses</p> <p>Création des conditions d'un renforcement des coopérations avec les établissements privés participant à la lutte contre les maladies mentales au sein des territoires de santé en publiant les textes d'application de l'article L.3221-1 du code de la santé publique,</p> <p>Amélioration, sur le plan architectural, des conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie,</p> <p>Développement d'une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie par défaut de réponses sociales et médico-sociales adaptées et suffisantes,</p> <p>Assurer la liaison indispensable avec le secteur médico-social pour ce qui concerne le soin des patients pris en charge (qu'ils résident en institution ou à domicile) et le</p>	<p>Comme pour l'objectif précédent, les mesures prévues ont nécessité une mise en œuvre régionale.</p> <p>D'après le bilan, les régions se sont surtout investies dans le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital (13 régions ont réalisé cette mesure) et dans le rapprochement des unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent (8 régions ont réalisé cette mesure).</p> <p>Les autres mesures ont été mises en œuvre par 2 à 6 régions.</p> <p>Grâce aux crédits du Plan, l'hospitalisation complète en psychiatrie générale a été destinataire de 47 millions d'euros de crédits de fonctionnement supplémentaires de 2005 à 2008. Cela a permis à ce secteur d'être renforcé de 67 postes médicaux et de 813 postes non médicaux.</p>

				soutien des professionnels.	
--	--	--	--	-----------------------------	--

Des effets très limités du Plan sur le développement du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques et de la santé mentale

La place et le rôle des médecins généralistes apparaissent primordiaux dans le repérage, l'orientation et le suivi de la prise en charge psychiatrique. Le médecin généraliste occupe, en effet, un rôle déterminant dans l'accès et la continuité des soins par sa proximité, son accessibilité non stigmatisante et par ses relations avec l'entourage.

Une étude réalisée en 2003 par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) auprès des médecins généralistes de la Côte d'Or montre que plus d'un tiers de la patientèle des généralistes présente des troubles psychiatriques et 60% des médecins interrogés estiment que les soins proposés ne sont pas adaptés. Les médecins déclarent des difficultés en amont de la prise en charge spécialisée : négation des troubles, méconnaissance du système de soins, peur de la folie et mauvaise image des services de psychiatrie et du psychiatre, constituent des obstacles majeurs à l'acceptation d'une aide psychiatrique par le patient. Les généralistes évoquent ensuite les délais d'attente pour une consultation spécialisée et le manque de communication avec les psychiatres. Estimant que leur formation à l'approche psychiatrique est insuffisante, ils sont souvent demandeurs de formations complémentaires, mais souhaitent surtout que leur action s'inscrive dans un réseau de soins.

En 2005, le Plan constate, en effet, que les médecins généralistes, professionnels de santé de proximité, dispensent les soins primaires préventifs, curatifs et palliatifs à toutes les catégories de la population et qu'ils coordonnent les intervenants du système de soins, afin d'assurer une continuité pour les patients. Néanmoins, ils apparaissent isolés par rapport aux professionnels spécialisés. Aussi, le Plan prévoit-il de :

- développer la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau,
- renforcer leurs formations initiales et continue,
- améliorer leurs pratiques et le bon usage des médicaments psychotropes.

Sur ce volet, les éléments de bilan conduisent le comité d'évaluation à faire les constats suivants :

- des guides de bon usage des soins ou de recommandations de bonne pratique ont été élaborés par la HAS. Cependant, leur impact sur les pratiques des médecins est difficilement mesurable et semble mineur ;
- la formation initiale en psychiatrie des médecins généralistes n'a pas été améliorée ;
- les travaux de recherche ont manqué sur les bonnes pratiques et par conséquent sur les recommandations à produire.

Or, comme le rappelle Hélène STROHL de l'IGAS lors de la conférence évaluative, il est d'autant plus important d'intégrer les médecins généralistes dans les prises en charge que le secteur peine, aujourd'hui, à répondre à l'ensemble des demandes. Des liens avec les médecins généralistes doivent, par conséquent, se développer aussi bien dans une perspective de prévention que pour rendre possible des prises en charge associant les professionnels et un meilleur suivi des personnes malades. Dans cette perspective, le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie a publié une recommandation³⁵ sur les conditions d'adressage du médecin généraliste vers le psychiatre pour une première

³⁵ *Recommandation de bonnes pratiques sur le courrier d'adressage d'un patient du médecin généraliste au psychiatre et du psychiatre au médecin généraliste*, labellisée par la HAS – Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie, 2011.

consultation et les retours d'information. Il faut cependant souligner que tout ce qui concerne la détection des troubles, la première consultation, le système d'alerte ne relève pas exclusivement de la compétence des médecins généralistes. Les acteurs des champs social et médico-social sont également concernés. La conférence évaluative a également permis de mettre en évidence la nécessité d'aller au-delà d'une proposition de formation des médecins généralistes, ces derniers pouvant également faire profiter les psychiatres de leur savoir-faire, en particulier concernant le suivi quotidien des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Les généralistes sont davantage demandeurs d'avis spécialisés rapides, de contacts directs avec les psychiatres pour échanger sur des situations et prévoir le plus précocement et le plus pertinemment possible les modalités de prise en charge.

Des informations complémentaires sur ce sujet devraient prochainement être disponibles : Pauline RHENTER du CCOMS a, en effet, informé le comité d'évaluation de la mise en place d'une enquête sur les liens entre la médecine générale et la psychiatrie. Soixante-huit établissements de santé publics ou privés font partie de l'étude. Les résultats seront disponibles à l'automne 2011. L'étude cherche, entre autres, à estimer la patientèle des généralistes souffrant de troubles de santé mentale, à analyser les facteurs qui favorisent l'orientation des médecins généralistes vers les spécialistes et à comprendre comment s'établit la liaison entre les deux professions. De même, la DREES dans le cadre d'une étude régulière auprès d'un panel de généralistes, propose un nouveau volet sur la prise en charge de la dépression. Elle sera lancée à l'automne 2011.

Un renforcement effectif du nombre de CMP et de places d'hospitalisation à temps partiel ou à domicile mais dont les effets sur la prise en charge sont difficilement appréciables

Dans son volet sanitaire, le Plan avait notamment comme objectifs de réaffirmer les principes de proximité et de continuité des soins, d'intensifier la diversification des modes de prise en charge au profit des alternatives à l'hospitalisation et d'assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire. Pour y parvenir, les mesures envisagées visaient principalement la création de postes.

Sur ce point, l'étude menée par le CREDOC³⁶ rapporte que les professionnels du sanitaire ont une vision unanimement positive des différents dispositifs d'alternatives à l'hospitalisation complète. Les lits d'hôpital de jour, les places en CMP ou en CATTTP sont considérés comme des moyens essentiels au bon fonctionnement de l'offre de soins territoriale, notamment parce qu'ils permettent d'assurer la prise en charge à l'aval de l'hospitalisation. A la différence de ce qu'on observe sur les mesures d'adaptation de l'hospitalisation complète, le renforcement de ces dispositifs est perçu par les professionnels du sanitaire comme un effet du Plan, si ce n'est le plus important.

D'après les données de suivi du Plan, la création de postes a effectivement surtout bénéficié aux prises en charge ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation (40% des créations de postes, d'après les bilans de suivi du PPSM).

³⁶ Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale : *L'articulation des champs sanitaire, médicosocial et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers*. Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard, Camille Renauld (CREDOC – septembre 2011)

En termes quantitatifs, le développement des CMP est plutôt positif. Le nombre de CMP recensés dans la SAE est ainsi passé de 2 000 en 2007 à près de 2 200 en 2009. Parmi eux, ce sont essentiellement les CMP ouverts cinq jours ou plus par semaine qui ont vu leur nombre augmenter. En revanche, les indicateurs permettant d'analyser la fonction des CMP comme porte d'entrée vers les soins psychiatriques font défaut. L'étude citée ci-dessus apporte également une appréciation des professionnels sur le CMP comme porte d'entrée vers la psychiatrie. Idéalement, l'accès aux soins devrait se faire essentiellement par le CMP plutôt que par les urgences ; cependant ces dernières restent la porte d'entrée principale vers les soins, ce que les professionnels déplorent. Le manque d'information des familles et des médecins généralistes sur le dispositif en est une des raisons.

Le nombre d'actes réalisés en CMP poursuit sa croissance, les actes effectués à domicile ou en institution substitutive au domicile ont légèrement augmenté, tout comme les interventions en unité somatique, tandis que les interventions dans les structures médico-sociales ont diminué. D'après les données RAPSY, en 2008, 69% des patients ont été pris en charge exclusivement en ambulatoire.

Aussi, même si 60% des régions envisageaient, dans leur SROS III, un renforcement et une évolution de la place des CMP pour réduire les délais d'obtention d'un premier rendez-vous³⁷, ces derniers restent longs. Par ailleurs les bilans du PPSM mettent en évidence un décalage entre les ambitions des SROS et les réalisations : en 2009, moins d'un tiers des régions avaient réalisé les objectifs de renforcement des prises en charge ambulatoires, même si elles s'y étaient quasiment toutes engagées.

A l'heure actuelle, près d'un CMP sur deux a une liste d'attente. Les délais pour un premier rendez-vous avec un médecin sont supérieurs à un mois dans 35% des structures, mais ils sont fortement réduits lorsque l'accueil peut être fait par un professionnel non médical. Ainsi, l'accessibilité des CMP renvoie à la question de leur organisation. Certains CMP ont ainsi choisi l'accueil par des personnels paramédicaux, infirmier ou psychologue formés à cet effet pour réduire les délais d'attente pour un premier entretien. Ce premier accueil est, dans la plupart des cas, suivi d'une consultation médicale.

Ainsi, 15% des établissements de santé disposent d'une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil de nouveaux patients. L'accueil exclusif en première intention par un médecin est de moins en moins fréquent. Selon les RAPSY, seules 16% des structures ambulatoires déclarent que c'est le cas le plus fréquent. Dans les autres, les nouveaux patients sont reçus indifféremment par un médecin ou un autre professionnel, soit essentiellement par un autre professionnel (27% des structures). Ce dernier est surtout un infirmier (73% des cas), mais aussi souvent un psychologue (57%), et plus rarement un assistant de service social (16%).

Le numéro 68 de la revue PLURIELS, publié en octobre 2007 sous le titre "Le CMP, unique ordonnateur de soins", listait les obstacles au fonctionnement optimal du service.

- L'implantation du CMP n'est pas toujours pertinente au regard des évolutions des bassins de vie ;
- L'accessibilité des CMP peut être rendue difficile par l'absence de transports publics ;
- Les découpages sectoriels ne tiennent pas toujours compte de l'évolution des agglomérations, des concentrations urbaines et des dynamiques de territoire ;
- L'embolisation des CMP se répercute, à son tour, sur l'afflux des patients aux urgences et sur le taux d'occupation des services hospitaliers ;

³⁷ Source : synthèse des volets psychiatrie des SROS 2006 – 2011 réalisée par la DGOS

- De nombreux CMP sont aménagés dans des locaux qui ne sont pas adéquats pour des activités de soins (peu fonctionnels, mal insonorisés, vétustes, etc.) ;
- Les moyens humains affectés au CMP : personnel paramédical, assistantes sociales, psychologues sont répartis très inégalement sur le territoire national et sont en nombre insuffisant dans les structures extrahospitalières ;
- L'insuffisance des moyens logistiques des CMP (équipements informatiques, téléphones portables, répondeurs, transferts de ligne, etc) induit une réelle difficulté d'échanges rapides entre les équipes du CMP et les autres structures.

Le centre médico-psychologique (CMP) vu par les usagers

Le point de vue des usagers est exprimé dans l'étude déjà citée sur l'articulation des champs sanitaire, médico-social et social réalisée par le CREDOC pour le HCSP. L'animation de deux focus groupes réunissant les usagers d'un CMP en Haute-Normandie, et d'un CATTP en Languedoc-Roussillon a permis de recueillir ce point de vue.

Un suivi régulier rassurant

Au sein des centres médico-psychologiques, les patients ont la possibilité d'avoir des consultations régulières avec un psychiatre, généralement une fois par mois, ainsi qu'avec un infirmier référent, généralement de façon plus fréquente. Une infirmière peut également se déplacer au domicile du patient pour lui administrer son traitement médicamenteux. Le suivi régulier du CMP représente ainsi, pour nombre de ses patients, un cadre rassurant.

« J'étais en dépression et mon médecin généraliste m'a envoyée au CMP. Et j'ai trouvé le personnel vraiment agréable et compétent. J'ai été reçue par une psychiatre, et après il y avait des infirmières psychologues. La psychiatre a vu le traitement que m'a donné mon médecin et ne l'a pas changé. Après je voyais les infirmières psy une fois par semaine et le psy une fois par mois. Moi je trouvais que c'était une très bonne solution, un bon rythme. On discutait avec l'infirmière psychologue une heure à peu près. » (LR groupe Usager 2)

Mais un suivi qui peut sembler insuffisant aux yeux de certains patients

Si le type de suivi apporté par un centre médico-psychologique convient bien à une partie des patients, pour d'autres, les consultations psychiatriques y sont trop espacées. Une partie des patients est ainsi amenée à se tourner vers le secteur privé pour trouver une prise en charge plus complète et moins de délais d'attente. Le report sur le secteur privé pose cependant des problèmes de budget et de déplacement.

« Je suis suivi dans mon CMP par une psychiatre et une infirmière et on avait pensé à un psychologue. Mais elle est surbookée elle peut pas. » (LR groupe Usager 2)

« L'infirmière fait un suivi alors que le psychologue fait une thérapie. Moi mon infirmière m'a fait un peu office de psychothérapeute quand ma mère est morte mais normalement ça ne se passe pas comme ça. Le problème c'est qu'il n'y a qu'une psy sur le CMP. » (LR groupe Usager 2)

« Moi je vois un psychothérapeute privé mais je le paye de ma poche, ça fait cher. J'ai la chance d'avoir mon compagnon qui travaille et qui m'aide un peu sinon je ne pourrais pas me le permettre. » (LR groupe Usager 2)

Des centres médico-psychologiques souvent éloignés des centres-villes

Éloignés des centres-villes, les centres médico-psychologiques sont souvent difficiles d'accès, notamment pour des patients qui n'ont souvent pas de voiture et peu de moyens financiers.

« J'habitais un village vraiment loin de la ville donc je ne pouvais pas participer à l'hôpital de jour en faisant des activités. Je n'avais pas le droit à un transport. Ça a été dommage. Depuis j'ai déménagé pour me rapprocher du CMP. » (LR Groupe usagers)

« Le problème c'est que le CMP doit déménager d'ici fin mai. Comme j'ai pas de voiture depuis 3 ans je vais devoir prendre un taxi. » (LR Groupe usagers)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers.* Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renauld (CREDOC – septembre 2011)

En termes d'alternatives à l'hospitalisation complète, les mesures du Plan visaient principalement le développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit dans les secteurs publics et privés et des visites à domicile dans le secteur public. A l'inverse, le développement des appartements thérapeutiques ou de l'accueil familial thérapeutique n'étaient pas spécifiquement visés.

Sur ce volet, les données existantes permettent de constater dans le secteur public :

- Une augmentation du nombre de places en hospitalisation à domicile et de visites à domicile sur la période 2005 - 2008. Ainsi, la période du Plan a correspondu à un renversement de tendance de ce type d'intervention qui était en diminution depuis 1997. En effet, l'évolution observée entre 1997 et 2003 laissait penser que certains secteurs psychiatriques, pour absorber la demande croissante à moyens constants, tendaient à se replier sur les activités centrales du secteur, autour de la prise en charge au CMP et l'hospitalisation à temps complet, délaissant, faute de moyens, certaines activités telles que les interventions à domicile et en institutions substitutives au domicile. En ce sens, la tendance à l'augmentation des prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète observée dans la période du Plan est très positive.
- Une augmentation du nombre de places comme de passages en hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit), dans le cadre de projets de soins (avec ou sans consentement). Cette hausse est notamment portée par les établissements privés à but lucratif ou non.

Plus de 1000 places ont été créées entre 2005 et 2009, faisant passer leur nombre à 18 687 en 2009. Certaines régions ont fortement développé ces alternatives sur la période. C'est notamment le cas de la Franche-Comté, de la Bourgogne, de la Guadeloupe, de l'Alsace, de l'Île-de-France, de Midi-Pyrénées et de l'Aquitaine. Le nombre moyen de places d'hospitalisation à temps partiel pour 100 000 habitants de plus de 15 ans est ainsi passé de 34 à 36 places. Là encore, les disparités régionales sont importantes. Quatre régions comptent plus de 50 places pour 100 000 habitants : Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne et Limousin tandis que les habitants de Corse, Franche-Comté, Lorraine, Picardie et des DOM ont accès à moins de 25 places pour 100 000 habitants.

Concernant le secteur privé, d'après l'Union nationale des cliniques psychiatriques privées, le nombre de cliniques est estimé à 160, soit 12 500 lits. La tarification de l'hospitalisation partielle pour les établissements privés OQN et PSPH, prévue par le Plan, a été arrêtée en juin 2005. Le nombre de places en hospitalisation à temps

partiel dans les établissements privés sous OQN est passé de 272 à 592 entre 2005 et 2009 (SAE) mais reste très minoritaire (2%) par rapport à la capacité totale en hospitalisation partielle en psychiatrie en France. De plus, les régions ayant développé les places d'hospitalisation de jour et de nuit dans les établissements privés sous OQN sont essentiellement celles qui disposaient déjà d'une offre à temps partiel avant 2005.

Les autres prises en charge à temps partiel ou à temps complet n'étaient pas directement visées par les mesures du Plan. Il faut noter cependant d'après la SAE :

- une diminution du nombre de CATTP et d'ateliers thérapeutiques alors que depuis 1995, les CATTP sont les principales structures de recours à temps partiel (53% des patients).
- une réduction du nombre de places en centres de post-cure.
- Une augmentation des places et des journées en appartement thérapeutique sur la période du Plan.

Pour les participants de la conférence évaluative sur le PPSM, il faudrait davantage développer des projets intersectoriels d'alternatives à l'hospitalisation complète, tenant compte des possibilités de déplacement des usagers.

L'hôpital de jour vu par les usagers

« Un lieu protégé mais qui fonctionne avec la vie de tous les jours »

L'hôpital de jour représente une solution adaptée dans deux cas de figure : pour les patients qui ont besoin d'un suivi plus important que dans un CMP ou un CATTP d'une part, comme alternative à l'hospitalisation, d'autre part.

Dans les deux cas, l'hôpital de jour permet une prise en charge sécurisante sans que pour autant cela ne constitue une rupture trop forte et trop brutale avec le monde extérieur. Il est ainsi possible pour le patient de continuer à vivre chez lui. La fréquence de ses passages à l'hôpital de jour peut varier de quelques jours par semaine à tous les jours.

« Je voudrais retourner à l'hôpital de jour parce qu'en ce moment ça ne va pas, j'arrive pas à faire des journées tous les jours toute seule [...]. Et, en même temps, on rentre chez soi le soir, donc on est dans le monde réel en même temps. On a les soins tous les jours. On ne perd pas pied complètement. » (HN groupe Usager 1)

« Quand j'arrivais à l'hôpital de jour je me sentais en sécurité. J'arrivais dans un lieu protégé, mais qui fonctionne avec la vie de tous les jours. » (HN groupe Usager 1)

Un mélange des pathologies qui peut être difficile à vivre

L'hôpital de jour apparaît cependant pour certains patients comme un lieu de soin pour les patients souffrant des pathologies les plus lourdes. Le mélange des différents types et niveaux de pathologies peut ainsi être difficile à vivre pour certains patients.

« L'hôpital de jour c'est bien pour certains, ceux qui sont vraiment malades. » (LR Groupe usagers)

« Quand j'ai vu les malades qu'il y avait j'ai dit non non, ils étaient trop malades pour moi, trop malades. » (LR groupe Usager 2)

Des activités thérapeutiques obligatoires

L'obligation de participer à des activités, considérées comme partie intégrante du programme de soin par le personnel soignant, n'est pas appréciée par certains patients.

« Il y a des activités qui sont notées au tableau. Quand vous arrivez devant le psychiatre les premiers temps ils vous disent : « bon vous, vous allez faire ça, ça et ça ». Ils vous obligent. Même si ça vous plaît pas. » (LR groupe Usager 2)

« Les activités à l'hôpital de jour c'est des soins ». (LR Groupe usagers)

Source : L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers. Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renauld (CREDOC – septembre 2011)

Le CATTP vu par les usagers

Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel apparaît comme une structure très appréciée par les usagers interrogés. Si son fonctionnement souple et son offre d'activités diverses ne pourraient être reproduits à tout type de structure dans la mesure où ils s'adressent à des personnes stabilisées et autonomes, la formule du CATTP apparaît comme une réussite.

Une différence essentielle : entrée libre, à la carte

Au sein des CATTP, les patients choisissent eux-mêmes les activités auxquelles ils souhaitent participer ainsi que la fréquence et la durée de leur participation. Tout soin s'effectue ainsi sur la base du volontariat. L'orientation vers un psychiatre est possible, à la demande du patient.

« L'hôpital de jour c'est toute la journée, là on se voit que deux à trois heures. On marque l'emploi du temps des personnes qui participent au tableau. Il n'y a pas de prescription du médecin de venir. Ici on fait ce qu'on veut. Si on veut partir plus tôt, on part plus tôt. » (LR Groupe usagers)

« Au CATTP on nous oriente et on choisit. » (LR groupe Usager 2)

L'équipe du CATTP : une présence discrète et accueillante

L'équipe d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel se compose de deux infirmiers et d'un éducateur. Il s'agit donc d'un encadrement à la fois social et médicalisé.

« Le weekend je suis pressée d'arriver le lundi pour aller au CATTP. J'y vais presque tous les jours. Ils ont un moment d'accueil en dehors des ateliers et réunions. Si on a un problème on s'éloigne et on en discute. Il y a deux infirmiers et un éducateur. » (LR Groupe usagers)

La présence des autres patients y est vécue comme une occasion de rencontrer des gens

Contrairement à l'hôpital de jour, le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel est généralement considéré par les patients comme un lieu dans lequel la présence des autres

patients représente une occasion de rencontrer des gens. Selon certains, cela tient au type de maladies des patients présents, plus légères au sein des CATTP. La souplesse de ce type de structure, dans laquelle le patient peut choisir les activités auxquelles il a envie de participer, ainsi que le nombre d'heures limité que chacun y passe, expliquent également la représentation positive que s'en font ses usagers. Dans leurs discours, le CATTP apparaît souvent en effet comme un lieu d'activités et de rencontre comme un autre, beaucoup moins marqué par la maladie qu'une structure comme l'hôpital de jour, même si certains soulignent que la poursuite des relations nouées au sein du CATTP en dehors de celui-ci reste rare.

« Je vais au CATTP parce que je rencontre d'autres gens. Ça fait du bien de venir ici, de voir du monde, de discuter. » (LR Groupe usagers)

« C'est l'occasion de rencontres mais c'est quand même assez difficile d'avoir des relations suivies en dehors du CATTP avec des gens qu'on a rencontrés parce que c'est pas... C'est pas forcément souhaitable même. Et puis c'est rare. » (LR groupe Usager 2)

La possibilité de s'épanouir dans des activités variées et interactives

Les CATTP offrent la possibilité aux patients de participer à de nombreuses activités artistiques dans lesquelles ils se voient conférer un rôle très actif. L'activité en elle-même tout autant que le sentiment d'être utile, de participer à la création d'un projet, contribuent à l'épanouissement personnel des patients.

« C'est un peu comme tout le monde, c'est une activité, pas le travail, qui nous ouvre vers l'épanouissement. On allie le plaisir, c'est un partage avec les autres. » (LR Groupe usagers)

« Ce qui est très bien c'est qu'on nous fait participer à des projets. A la rentrée on va travailler avec un artiste, les malades ne seront pas uniquement orientés mais orienteront aussi. » (LR groupe Usager 2)

Source : L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers. Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renault (CREDOC – septembre 2011)

Un nombre de lits et une activité stabilisés en hospitalisation à temps complet mais peu d'informations sur le fonctionnement et l'organisation des services

Les mesures du Plan en matière d'adaptation du dispositif de prise en charge en hospitalisation complète avaient pour objet :

- le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général.
- le développement de la prise en charge psychiatrique de courte durée (notamment les centres d'accueil et de crise de 72h).
- le rapprochement des lieux de soins éloignés des populations qu'elles desservent, notamment dans le cadre de l'hôpital général, dans le respect d'une taille minimale de structure.
- la mutualisation des moyens des secteurs pour une plus grande diversification, différenciation des réponses apportées aux besoins d'hospitalisation complète.

D'après l'étude menée par le CREDOC, les professionnels du secteur sanitaire sont unanimes sur la pertinence de ces mesures, en particulier concernant le développement de la psychiatrie de liaison.

Le nombre de lits d'hospitalisation à temps complet après avoir poursuivi sa baisse jusqu'en 2007 semble s'être stabilisé. Entre 1990 et 2009, la capacité d'hospitalisation complète en psychiatrie générale est passée de 98 200 à 55 496 lits.

La proportion de personnes hospitalisées depuis plus d'un an est stable, autour de 15 000 patients (13 000 en 1997) (soit 25% des patients présents un jour donné selon l'étude CNEH³⁸). Toujours d'après celle-ci, 12% des patients sont suivis en hospitalisation à temps complet ; parmi eux, la proportion de patients exclusivement suivis en hospitalisation complète est en croissance continue depuis une dizaine d'année (+15%).

Le PPSM a permis, dans le domaine de la psychiatrie adulte, une mobilisation des crédits visant à la fois les structures généralistes de la psychiatrie et une prise en charge plus spécialisée de publics spécifiques. Néanmoins, peu d'informations sont disponibles quant aux effets de ces réalisations.

- Les données recensées dans la SAE depuis 2006 font apparaître une reprise de la psychiatrie de liaison. Comme pour les interventions à domicile, on observait depuis 2000 une tendance à la diminution de ces interventions vers l'extérieur. L'augmentation de 15%, entre 2007 et 2009, du nombre d'interventions en unités de soins somatiques semble montrer un effet positif du Plan.
- Plus d'un établissement de santé ayant une activité de psychiatrie sur deux participent à la prise en charge des patients dans un service d'urgences en 2008 et ont un dispositif de réponse à l'urgence 24h/24.
- En ce qui concerne la prise en charge psychiatrique de courte durée, d'après les RAPSY 2008, seuls 26 établissements disposent d'un centre d'accueil et de crise de 72h.
- L'information sur le rapprochement des unités d'hospitalisation des populations qu'elles desservent est faible. Sur la centaine d'opérations de construction, reconstruction, relocalisation de l'hospitalisation à temps complet, un peu plus de 15 semblent réellement concerner des relocalisations, mais cela reste à confirmer et à préciser.
- Quant à la mutualisation des moyens des secteurs, elle n'est pas nécessairement souhaitée par l'ensemble des professionnels. Elle a, en effet, suscité des débats lors de la conférence évaluative. Les participants se sont demandé jusqu'où aller dans la spécialisation des prises en charge. En effet, l'une des ambitions initiales de la psychiatrie de secteur était d'éviter toute spécialisation et potentielle relégation de certains patients. Le découpage territorial en secteurs géo-démographiques répondait à cette ambition : tout individu devait pouvoir être pris en charge par une équipe de soins, quelle que soit sa pathologie. La peur de certains professionnels est qu'une spécialisation à outrance engendre des trous dans la prise en charge et que les missions généralistes du secteur soient perdues de vue. A l'inverse, pour certains praticiens, la création de ces « filières » a permis l'arrivée de nouveaux patients, qui peuvent ensuite être redirigés vers une prise en charge plus générale.
- Concernant la coopération avec les établissements privés participant à la lutte contre les maladies mentales au sein des territoires de santé, le texte d'application prévu par l'article L.3221-1³⁹ du code de la santé publique n'a pas été publié.

³⁸ Rapport CNEH, Sénat – OPEPS, *Etat des lieux de la psychiatrie en France*, avril 2009

³⁹ « La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. A cet effet, les établissements de santé autorisés en psychiatrie exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé mentionnés à l'article L.1434-16 et dans les conditions prévues aux articles L.1434-7 et L.1434-9. »

L'hospitalisation à temps complet vue par les usagers

Le temps de l'hospitalisation

Aux yeux des usagers, la nécessité de l'hospitalisation est souvent comprise *a posteriori*. Elle est alors considérée comme un temps permettant de trouver un traitement adapté, de se reconstituer des repères, et de soulager la famille du malade.

L'hospitalisation peut permettre de trouver un traitement adapté

« Je suis resté à l'hôpital presque un an à temps plein. Ils ont mis longtemps pour trouver un traitement, la durée d'hospitalisation était très nécessaire. » (LR Groupe usagers)

L'hospitalisation, un relais pour la famille

« L'hospitalisation était nécessaire puisque je vis seul depuis très longtemps, ma sœur ne pouvait pas m'héberger dans cet état. » (LR Groupe usagers)

Mais la durée d'hospitalisation paraît souvent trop longue

Une durée d'hospitalisation trop longue peut rendre difficile la réadaptation du patient à vivre chez lui ou dans une structure dont l'encadrement est plus léger.

« L'hospitalisation complète il faudrait qu'elle soit prévue à temps pour que ça ne dégénère pas mais il faudrait l'écourter un peu. Ou l'étaler, revenir deux, trois jours chez soi, on se réhabitue, ça permet de reprendre pied. » (LR Groupe usagers)

La nécessité de limiter l'hospitalisation à temps complet

L'hospitalisation à temps complet, quelle qu'en soit la durée, constitue une rupture dans la vie du patient après laquelle il est difficile de se réadapter à la vie à l'extérieur de l'hôpital. La prise en charge du patient par l'hôpital de jour est à privilégier.

« C'est bien, c'est une bonne démarche. Parce que si on peut réussir à être suivi et soigné en restant dans la vie normale c'est moins difficile que quand on est hospitalisé. La première hospitalisation moi ça a duré deux mois. Quand on ressort on met un certain temps avant d'être à nouveau dans le système, on décroche.» (HN groupe Usager 1)

L'enfermement et la promiscuité

L'enfermement vécu comme un cadre rassurant

Pour certains patients, l'hospitalisation apparaît comme un séjour dans un cadre rassurant. C'est notamment le cas lorsqu'à l'unité de lieu et au sentiment de protection véhiculé par la fermeture s'ajoute une cohérence dans le suivi médical, effectué par une seule équipe.

« On dit qu'on est enfermé c'est vrai, mais moi quelque part ça m'a rassurée d'être enfermée. » (HN groupe Usager 2)

L'enfermement vécu comme un emprisonnement

Pour d'autres patients, l'enfermement inhérent à certaines structures hospitalières est vécu comme un enfermement préjudiciable. Ces patients plébiscitent ainsi davantage les structures dans lesquelles ils se sentent plus libres.

« On est enfermés, tout est fermé ! Vous voulez aller prendre une douche faut attendre d'aller trouver un infirmier qui ouvre et ferme. Vous pouvez pas téléphoner. » (HN groupe Usager 1)

Une promiscuité parfois difficile à vivre

La promiscuité qui règne au sein de l'hôpital pose deux sortes de problèmes aux patients interrogés. D'une part, la période d'hospitalisation est souvent synonyme d'impossibilité à se retrouver seul et du sentiment de ne pas être chez soi. Certains mettent ainsi en avant les avantages des chambres individuelles qui permettent de s'isoler et d'avoir un espace personnel. D'autre part, l'hospitalisation implique une promiscuité avec des patients souffrant de troubles plus graves que ceux des patients interrogés, susceptibles de leur renvoyer une image d'eux-mêmes difficile à accepter, voire angoissante.

Le quotidien à l'hôpital

Un manque d'activités

Inactivité, faible nombre d'activités proposées par l'hôpital, ennui, sont des ressentis fréquemment mis en avant par ceux qui ont connu l'hospitalisation.

« Là où j'étais il n'y avait que la télévision, pas de livres, pas de magazines, rien. » (HN groupe Usager 2)

« J'ai été hospitalisée à un endroit où il y avait un truc bien, c'est qu'il y avait un atelier de jour, où on pouvait aller dans la journée faire soit de la couture, du tricot... » (HN groupe Usager 2)

« Il faudrait qu'il y ait des activités, qu'ils ne laissent pas les gens déambuler toute la journée dans les couloirs. » (LR groupe Usager 2)

Le suivi médical à l'hôpital

Un manque de réactivité du service de psychiatrie

Les rendez-vous avec les psychiatres et psychologues sont très difficiles à obtenir en dehors des périodes de crise. Les patients interrogés souhaiteraient pouvoir avoir un contact beaucoup plus régulier avec leur médecin.

« Il faut toujours demander et demander pour voir le psychiatre, c'est un peu long au niveau contact avec le docteur. On n'arrive pas à le voir assez régulièrement et assez vite. » (HN groupe Usager 1)

« Moi pour voir le psychiatre c'était quand je me faisais du mal. Sinon pour le voir il avait toujours une urgence... Même après pour les rendez-vous en dehors de l'hôpital, des fois il venait pas parce qu'il avait trop de travail dans son service, donc bon il avait même pas le temps de me recevoir pour savoir où j'en étais par rapport au traitement... » (HN groupe Usager 2)

« J'ai réussi à voir un psychologue une ou deux fois mais c'est tout. Alors quand vous êtes là pendant trois semaines ou un mois ou un mois et demi c'est long. Et en plus vous cheminez dans votre tête, ça bouge, vous restez pas au même... » (HN groupe Usager 2)

Une prise en charge centrée sur le traitement médicamenteux et non sur la parole

La plupart des patients interrogés souhaiteraient voir une plus grande place accordée à la parole et à l'écoute dans leur traitement, et non à la stricte prise de médicaments.

« Ça c'est très dur parce qu'on arrive et on est plombé. La camisole tout de suite. Vous êtes convoqué dans un bureau avec toute l'équipe, on vous pose des questions, vous répondez oui et vous savez même pas si c'est oui. Seresta® trois fois par jours à fond comme ça dès qu'on rentre on est calme, et puis après ils voient ce qu'on a... Ça j'ai trouvé ça un peu... » (HN groupe Usager 2)

Des infirmières qui tendent à remplacer les psychologues dans leur rôle d'écoute

La surcharge de travail des psychiatres et psychologues semble souvent amener les infirmières à les remplacer dans leur rôle d'écoute des patients. Pour certains patients, une formation spécifique centrée sur la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques devrait être donnée aux infirmières concernées.

« Ce matin j'ai eu un entretien avec une infirmière, je la vois régulièrement en plus de la psychiatre, donc ça m'aide bien. Elle joue un rôle d'écoute, un peu comme un psychologue. Ça permet de faire le lien avec le médecin si c'est nécessaire, avec le psychiatre. » (HN groupe Usager 1)

« La psychiatre ne parle pas, ça manque, on a besoin de vider notre sac. Chez elle on ne reste pas longtemps, 10 15 minutes. L'infirmière sert un peu de psychologue. C'est parce qu'il n'y a pas de psychologue qu'elles jouent ce rôle. » (HN groupe Usager 1)

L'importance du rôle des assistantes sociales, trop peu nombreuses

Au même titre que les infirmières, les assistantes sociales apparaissent comme des acteurs centraux de la prise en charge des patients par l'écoute et le conseil.

« Les assistantes sociales font un travail formidable mais elles sont débordées. Il n'y en a pas assez. C'est vraiment important parce que c'est un lien entre la société, le malade et l'hôpital. C'est des questions sociales. Il faudrait renforcer ces postes là.» (LR groupe Usager 2)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers*. Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renauld (CREDOC – septembre 2011)

Si des données quantitatives sont disponibles pour rendre compte de la stabilisation du nombre de lits, il n'en va pas de même sous un angle qualitatif. Les éléments recueillis au cours de l'évaluation semblent toutefois démontrer que de gros progrès restent à faire en matière d'hospitalisation. Ainsi, la FNAPSY regrette que les projets de service soient trop souvent le reflet de la volonté d'un chef de service et non des besoins des patients. Elle ajoute que des progrès importants sont encore à réaliser en matière d'accueil. Face au constat de conditions de prise en charge largement perfectibles, l'association d'usagers affirme la nécessité de consacrer les moyens aux pathologies psychiatriques, au lieu de les répartir sur le vaste champ de la santé mentale.

Par ailleurs, si des postes ont bien été créés, ils n'ont pas forcément été pourvus. Cela pose la question de l'attractivité de la profession pour les jeunes diplômés. A ce propos, d'après l'Observatoire national de la démographie des professions de santé⁴⁰ (ONDPS), le nombre de psychiatres a progressé constamment depuis 1999, que l'on parle de la neuropsychiatrie, de la psychiatrie ou de la pédopsychiatrie (le taux de croissance atteint ainsi 3,5% pour la période ; 9,1% si l'on enlève la neuropsychiatrie). D'après le répertoire ADELI, au 1er janvier 2009, ils sont au nombre de 13 886. Près de la moitié des psychiatres exercent en milieu hospitalier.

Pour autant, les professionnels soulignent l'importance particulière du taux de vacance statutaire en psychiatrie, parmi les praticiens hospitaliers à temps plein. Ce taux est évalué à 26,5 % en 2010, selon le Centre national de gestion (CNG), alors que le pourcentage de vacance pour l'ensemble des postes à temps plein est de 22,3 %⁴¹. La difficulté, souvent soulignée par l'ONDPS est d'identifier, parmi les postes vacants au sens statutaire retenu par le CNG, la part des postes qui sont réellement vacants, c'est-à-dire non occupés par des personnels contractuels. Tous les secteurs et tous les modes d'exercice ne sont pas attractifs. Ainsi, l'étude de l'IRDES sur la typologie des secteurs réalisée sur les données 2003 montrait que les secteurs psychiatriques des hôpitaux généraux apparaissaient comme moins attractifs pour les psychiatres.

Au niveau des postes d'infirmiers en psychiatrie, la disparition déjà ancienne de la formation spécifique et les départs à la retraite ont fait perdre un savoir-faire et des compétences utiles à des prises en charge adaptées. La mesure du Plan visant à instaurer un tutorat de proximité des nouveaux personnels a pu limiter la déperdition des expériences mais s'est heurtée à des problèmes de mise en œuvre (cf. évaluation du tutorat infirmier lancée par la DGOS en 2009/2010 et publiée en septembre 2010).

⁴⁰ ONDPS, Compte rendu de l'audition des psychiatres, 19 mai 2010

⁴¹ CNG, *Éléments statistiques sur les praticiens hospitaliers statutaires – situation au 1^{er} janvier 2010*. Concernant le taux de vacance statutaire, le document précise que ces données sont à prendre avec précaution : il s'agit d'une photographie à un moment donné, le nombre de postes vacants variant de façon importante selon le moment où la statistique est produite. Les postes vacants peuvent être occupés par des temporaires. Le taux de vacance statutaire n'est donc pas le taux de vacance réel.

L'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge, le développement de l'offre médico-sociale et de la liaison avec ce secteur sont respectivement traités dans les chapitres consacrés à l'investissement, l'accompagnement social et médico-social et au décloisonnement.

DANS QUELLE MESURE LE PLAN A-T-IL PERMIS D'AMELIORER LE DISPOSITIF D'ACCUEIL ET DE PRISE EN CHARGE ?

Alors que le Plan mettait en évidence des difficultés plutôt organisationnelles de l'offre de soins psychiatriques, soulignant en particulier sa mauvaise répartition géographique et le cloisonnement entre les différents acteurs du secteur sanitaire et du secteur médico-social, les mesures qu'il a définies ont davantage visé une augmentation quantitative du nombre de postes et de places. En définitive, le Plan a fait peu de propositions concrètes quant à l'évolution des organisations et pratiques au sein ou entre des structures de soins. Aussi peut-on s'interroger sur l'adéquation des mesures avec les objectifs visés.

Ainsi, en matière de prise en charge ambulatoire, alternative et d'adaptation de l'hospitalisation complète, le Plan a certes permis :

- une augmentation des structures ambulatoires et de leur personnel, avec une répercussion visible sur l'activité des établissements, à travers notamment la plus grande ouverture vers la communauté via les interventions à domicile et le développement de la psychiatrie de liaison ;
- une amélioration qualitative des conditions d'accueil et d'hébergement dans les unités d'hospitalisation temps plein (cf. volet investissement)
- des opportunités de diversification dont certains acteurs se sont saisis pour développer leur offre de services (équipes mobiles de géronto-psychiatrie, psychiatrie précarité, ...)

Certains points centraux comme l'évolution des pratiques et des organisations des professionnels, n'ont pas fait l'objet de mesures.

Les conditions de l'accès au dispositif de soins psychiatriques sont encore loin d'être satisfaisantes. Elles restent un point noir du dispositif de soins psychiatriques.

La question de l'adressage vers le dispositif de soins psychiatriques et de la place des médecins généralistes dans le repérage des troubles et la prise en charge n'a pas été réglée. Les mesures prévues par le Plan pour rompre l'isolement des médecins généralistes ont peu ou pas été suivies et constituent l'un des gros points faibles du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008.

Ainsi, le Plan n'a, semble-t-il, pas permis de rendre le dispositif de soins psychiatriques plus lisible et l'entrée en psychiatrie, pour nombre de personnes, se fait souvent par la crise et l'urgence.

Bien que le dispositif français de soins psychiatriques ne soit pas dénué d'atouts, que ce soit en termes de démographie ou d'organisation territoriale, il apparaît qu'en 2011, nombre de faiblesses listées par le Plan sont encore d'actualité.

Les contraintes d'organisation conduisent aujourd'hui encore à une approche trop centrée sur les structures et insuffisamment sur les besoins des personnes, bien que le Plan ait impulsé une spécialisation de l'offre visant à trouver une solution adaptée à chaque cas, pour répondre à la spécificité de certaines populations, à certaines pathologies ou à certaines situations cliniques. Or, les pratiques professionnelles qui sont peu abordées par le Plan ont un impact majeur sur la qualité des prises en charge.

Cela pose plus globalement la question de l'organisation, en particulier territoriale, du dispositif de soins en psychiatrie. Les « secteurs » ont été créés pour assurer la continuité des prises en charge pour une population présentant essentiellement des pathologies psychiatriques sévères et durables, avec la mission d'organiser la prévention, le soin et l'insertion au sein d'une équipe pluri professionnelle. Ils doivent organiser des prises en charge diversifiées, associant hospitalisation, activité à temps partiel, consultations et accueil dans des CMP au plus près de lieux de vie des patients, et travail avec le social, le médico-social et la communauté en général.

Mais les secteurs se sont développés inégalement sur le territoire et l'évolution hétérogène des structures n'a pas permis d'obtenir une couverture équitable du territoire. Par ailleurs, les moyens n'ont pas toujours suivi l'évolution de la population concernée. De plus, le secteur est resté souvent très centré sur l'hôpital et il a parfois cherché à gérer seul (et gère encore parfois⁴²) la prise en charge globale du patient sans véritable collaboration avec les professionnels sociaux ou médicosociaux. Depuis les années 2000, on assiste au développement de dispositifs intersectoriels ou non, avec une spécialisation des équipes dans certaines pathologies, prises en charge ou populations spécifiques (EMPP, adolescents, géronto-psychiatrie...).

Deux textes ont amené une réforme très importante de l'organisation des soins en psychiatrie :

- Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, les secteurs n'ont plus d'existence géographique puisqu'ils exercent leurs missions dans le cadre des territoires de santé,
- La loi HPST du 21 juillet 2009 reprend et étend les principes d'organisation territoriale des soins. Elle inscrit dans les missions de tous les établissements de santé la coordination entre acteurs des soins, que ceux-ci exercent en ville ou en établissements et services sanitaires et médico-sociaux, dans le cadre défini par l'Agence régionale de santé et en concertation avec les Conseils généraux. Malgré ces réformes, la dimension géographique du secteur reste une référence pour un grand nombre d'acteurs de terrain notamment car elle correspond à un mode de fonctionnement que les équipes ont développé depuis de nombreuses années. Ainsi, pour les professionnels exerçant dans le champ de la psychiatrie publique, l'organisation territoriale est perçue comme peu claire, la notion de sectorisation n'ayant pas complètement disparu.

Si les limites des secteurs, en termes de déploiement des structures et de désinstitutionalisation ont été plusieurs fois évoquées, il est important d'en conserver l'esprit initial. Les notions de soins de proximité développés dans la communauté et non centrés sur l'hôpital qui en étaient le cœur restent d'actualité. Les secteurs doivent cependant être revisités et doivent s'inscrire davantage dans la collaboration et la complémentarité avec les autres acteurs du territoire, qu'il s'agisse des établissements privés ou publics non sectorisés, des professionnels libéraux (généralistes et psychiatres), des hôpitaux généraux, des services et structures de prise en charge médico-sociale, des élus, etc.

⁴² A ce sujet, on pourra se reporter à l'étude du CREDOC pour plus d'informations.

6 L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

En matière d'accompagnement social et médico-social, le comité d'évaluation a souhaité se prononcer sur deux aspects fondamentaux de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques persistants.

En quoi les dispositifs créés et/ou développés dans ce cadre contribuent-ils à l'autonomie et à l'amélioration de la vie sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques ?

En quoi ces dispositifs contribuent-ils à la continuité de la prise en charge des patients ?

Sur ce volet, c'est l'ensemble de l'objectif stratégique et des objectifs opérationnels visant à mieux accompagner qui sont ciblés :

- Développer les services d'accompagnement ;
- Créer des lieux d'entraide mutuelle sur l'ensemble du territoire ;
- Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté ;
- Mobiliser les dispositifs de travail protégé.

UN SECTEUR EN PLEINE EVOLUTION AU MOMENT DE L'ELABORATION DU PLAN

Au moment de l'élaboration et de la parution du Plan Psychiatrie et Santé mentale, un tournant majeur intervient pour la reconnaissance du handicap psychique avec la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Cette loi reconnaît les besoins d'accompagnement social et médico-social des personnes souffrant de maladies mentales et crée les conditions d'une évaluation personnalisée ainsi que d'une compensation de ces besoins. Ainsi, les personnes ayant un handicap psychique peuvent bénéficier d'un plan d'aide personnalisé après évaluation par les commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

La maladie perturbe l'autonomie dans la vie quotidienne, la qualité de vie, les relations sociales et l'insertion professionnelle. Au-delà du soin qui ponctue le parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques, il faut donc également les accompagner vers l'autonomisation de manière à les amener à vivre avec les autres dans la cité. La continuité des prises en charge dans ces maladies au long cours est essentielle.

Le Plan fait, en 2005, le constat d'une offre sociale et médico-sociale insuffisante tant en nombre qu'en qualité, pour apporter aux personnes handicapées en raison de troubles psychiatriques l'aide et l'accompagnement nécessaires.

Face à ce constat et conformément au Plan pluriannuel d'accompagnement des personnes handicapées psychiques, annoncé fin 2004, le Plan souhaite encourager le développement d'une offre diversifiée d'établissements et de services en matière d'accompagnement, de logement ou d'insertion professionnelle « avec une fluidité d'utilisation en fonction de l'évolution des besoins de la personne ».

UN EFFET LEVIER DU PLAN POUR LE RENFORCEMENT DE DISPOSITIF D'ACCUEIL ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL

L'accompagnement social et médico-social est logiquement un axe essentiel du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Le Plan affirme qu'il convient d'offrir une palette diversifiée de solutions apportant, outre les soins nécessaires, des réponses adaptées aux besoins, que ces derniers relèvent de la santé ou des conditions de vie. Il s'agit de permettre le maintien ou le retour des personnes en milieu ordinaire de vie ou de travail. Cette variété de réponses concerne aussi bien les services d'accompagnement que les formules d'hébergement allant de l'accueil temporaire à l'accueil à long terme en établissements médicosociaux spécialisés.

Le volet "Mieux accompagner" du PPSM manifeste la volonté de renforcer les objectifs et moyens prévus par le Plan pluriannuel d'accompagnement des personnes handicapées psychiques, qui faisait une priorité du handicap psychique.

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p style="text-align: center;">AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p style="text-align: center;">Mieux accompagner</p>	<p>Développer les services d'accompagnement</p>	<p>Proposer un accompagnement social ou médico-social, une réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, dans le milieu ordinaire de vie et de travail, voire, si nécessaire, dans un milieu protégé.</p>	<p>Création de 1900 places de SAMSAH destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques</p> <p>Formation des personnels d'accompagnement à la spécificité du handicap psychique</p>	<p>D'après le dernier bilan du Plan, plus de 1.600 places de SAMSAH spécialisées pour handicap psychique ont été autorisées et financées sur la période 2005 à 2007.</p> <p>L'annexe 14 du bilan du Plan indique que la promotion de la formation a été engagée mais le document n'en dit pas davantage. La mise en œuvre des formations au niveau régional semble avoir été plus difficile à engager (seulement 9 régions se sont engagées dans la réalisation de cette mesure).</p>
		<p>Créer des lieux d'entraide mutuelle sur l'ensemble du territoire</p>	<p>Assurer le développement, sur tout le territoire national, de groupes d'entraide mutuelle (clubs) s'adressant aux personnes handicapées psychiques et leur offrant, dans le cadre d'un accueil de jour, la possibilité de retisser le lien social par le biais de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives.</p> <p>Préserver la richesse et la variété des initiatives déjà existantes, ainsi qu'une grande souplesse d'organisation tout en proposant des modèles de fonctionnement facilitant la</p>	<p>Élaboration et diffusion d'un cahier des charges définissant la vocation des clubs et leurs principes de fonctionnement, avec les associations représentant les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs familles, les professionnels et des représentants des collectivités locales</p>	<p>Une circulaire sur les modalités de conventionnement et de financement des GEM a été adoptée par la DGAS le 29 août 2005 (circulaire n°DGAS/3B/2005/418)</p> <p>Le nombre visé de GEM (300) a été atteint dès 2007. En 2008, 23,5 M€ ont été délégués pour le financement de 333 GEM. Le bilan 2008 relatif aux GEM existants et financés en 2007 fait apparaître que ces derniers comptent 11 050 usagers ayant adhéré et enregistrent une fréquentation totale de plus de 10</p>

			<p>multiplication des opérations et le maillage progressif du territoire.</p>	<p>Signature d'une convention pluriannuelle d'objectifs entre l'État et un ou plusieurs associations nationales/têtes de réseau promouvant la création des clubs.</p>	<p>000 personnes. Cette année là, en métropole, un seul département se trouve encore dépourvu de cet outil (Ardennes).</p> <p>L'annexe 14 du bilan du Plan indique comme effective la conclusion d'une convention pluriannuelle avec les associations nationales,</p> <p>le bilan évoque, par ailleurs, une démarche d'évaluation interne des GEM engagée par la DGAS et la CNSA en liaison avec les organisations gestionnaires, en particulier la FNAPSY, l'UNAFAM et la fédération nationale d'appui en santé mentale Croix Marine.</p>
		<p>Favoriser l'accès à un logement ou à un hébergement adapté</p>	<p>Permettre l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à toute la gamme des solutions allant du logement indépendant ou collectif, avec les accompagnements nécessaires, jusqu'à des formules d'accueil et d'hébergement spécialisés</p>	<p>Réalisation d'une enquête recensant les données disponibles relatives à la population faisant l'objet d'un accueil inadéquat en long séjour en psychiatrie et identifier les solutions alternatives à proposer (sanitaires, sociales, médico-sociales, autres).</p> <p>Élaboration de méthodes et d'outils permettant d'articuler ou de conduire de manière concertée aux niveaux national (DGAS, DHOS, DGS, DSS, CNSA), régional (ARH, DRASS) et départemental (DDASS, départements) les exercices d'évaluation des besoins, de programmation des actions et d'élaboration des schémas d'organisation sur les aspects concernant les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales à apporter aux personnes souffrant de troubles psychiques.</p>	<p>L'enquête n'a pas été réalisée sur la période de mise en œuvre du Plan mais la MNASM a été missionnée par une circulaire du 9 avril 2009 pour réaliser un guide national visant à aider à la conduite du changement suite au repérage de patients pris en charge au long cours dans un CHS.</p> <p>Le bilan 2008 mentionne qu'une démarche pour le développement des articulations sanitaires, sociales et médico-sociales a été entreprise avec, dans un premier temps, une analyse approfondie menée avec les services de l'Etat et les ARH de deux régions (Haute-Normandie et Bourgogne), en associant les acteurs sanitaires et sociaux, ainsi que les élus locaux. Au final, 17 régions se sont engagées à développer des méthodes et outils d'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social.</p> <p>L'évaluation partagée des situations et des besoins des personnes avec un handicap d'origine psychique a fait l'objet d'une expérimentation spécifique pilotée par la CNSA, qui s'est déroulée en 2008, portant sur 122 situations d'enfants et adultes dans 15 départements associant un binôme constitué par la maison départementale des personnes</p>

				<p>Développement de réponses logement et hébergement adaptées aux personnes souffrant de troubles psychiques, en particulier celles sortant d'hôpitaux psychiatriques, dans les programmes appelant un financement public du logement et notamment dans l'élaboration des Plans d'actions pour le logement des personnes défavorisées.</p> <p>Signature de conventions entre les bailleurs, les réseaux associations et les services médicosociaux et psychiatriques pour prévoir l'accompagnement des personnes et le conseil aux organismes.</p> <p>Création dans chaque département d'au moins un ensemble d'appartements, individuels, collectifs ou regroupés, dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques, l'objectif étant de disposer, chaque année, sur la période 2005-2007, de 500 appartements supplémentaires.</p> <p>Financement de la construction de foyers logements neufs dédiés à des personnes handicapées psychiques via des crédits PLS et PLUS</p> <p>Diffusion de l'information sur les conditions et possibilité d'accès à des maisons relais/pensions de famille dans les maisons départementales des personnes handicapées et dans les hôpitaux psychiatriques.</p> <p>Financement de places en MAS et en FAM (400 places en 2005, 600 en 2006/2007, 1000 nouvelles places entre 2005 et 2007 dans le cadre du programme pluriannuel personnes handicapées)</p>	<p>handicapées et une équipe de psychiatrie.</p> <p>L'annexe 14 du bilan indique une meilleure prise en compte des besoins de logement dans les programmes à financements publics mais le bilan ne donne pas plus de précision sur l'effectivité des actions.</p> <p>Au regard des éléments de bilan, le développement de conventions bailleurs/réseaux associatifs, services médico-sociaux et psychiatrique s'est concrétisé dans une région, 19 autres se sont engagées dans cette voie.</p> <p>Le cahier des charges pour l'expérimentation des résidences accueil a été mis en œuvre fin 2006 (note d'information DGAS du 16 novembre 2006). Le programme, débuté en 2007 (avec 378 places), a été renforcé en 2008 (635 places). Fin 2008, un peu plus de 1000 places ont été financées et au 31 décembre 2008, 807 places étaient effectivement ouvertes.</p> <p>Fin 2008, 9 actions au niveau régional ont été entreprises pour le financement de foyers - logements dédiés neufs mais le bilan ne donne aucune indication chiffrée en termes de places ou de montants réalisés.</p> <p>Sur quatre ans, de 2005 à 2008, plus de 1.750 places nouvelles de maisons d'accueil spécialisé (MAS) et foyers d'accueil médicalisé (FAM) dédiées à l'accueil de personnes ayant un handicap d'origine psychique ont été effectivement autorisées et financées</p>
AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge	Mieux accompagner	Mobiliser le dispositif de travail protégé	Conforter le rôle des dispositifs de travail protégé et toute la gamme de leurs interventions (activités à caractère professionnel, accompagnement médico-social et	Création de 8 000 places nouvelles en ESAT prévue dans le programme pluriannuel personnes handicapées 2005 - 2007 Intégration des besoins spécifiques des	Pas d'éléments de réalisation sur les mesures de cet objectif. Mais, les éléments de l'enquête annuelle de la DGAS sur l'installation

			<p>professionnel, soutien en cas de mise à disposition auprès d'entreprises, appui aux anciens travailleurs embauchés en entreprises ordinaires) pour permettre une réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, si nécessaire dans le milieu protégé, mais également dans le milieu ordinaire de vie et du travail.</p>	<p>personnes handicapées psychiques, notamment au moyen de cahiers des charges et d'outils de bonnes pratiques dans la mise en place des nouvelles dispositions prévues par la loi pour l'égalité des chances pour le secteur du travail protégé</p>	<p>des places nouvelles d'ESAT font apparaître depuis quelques années une constante progression de la prise en charge des personnes handicapées psychiques dans ces structures. Ainsi, dans le cadre des 2000 places nouvelles allouées en 2008, 350 places ont été attribuées à des adultes handicapés psychiques, soit 18 % contre 13 % en 2007.</p>
--	--	--	--	--	--

Ces dernières années ont vu le développement conséquent des services d'accompagnement

Depuis une dizaine d'années, des services spécialisés dans l'accompagnement de personnes atteintes de pathologies psychiatriques ont été créés, dans un contexte politique soutenant fortement le maintien à domicile. En 2003, le rapport de Philippe CLERY – MELIN, Viviane KOVESS et Jean-Charles PASCAL⁴³ préconisait de donner un statut et une place à un accompagnement gradué et décloisonné.

C'est chose faite avec le décret du 11 mars 2005 qui donne un cadre juridique aux SAVS et permet à certains d'entre eux d'inclure des prestations médicales et paramédicales, sous l'appellation SAMSAH.

La création de 6 400 places de SAMSAH et SSIAD pour adultes handicapés était ainsi prévue sur la période 2005-2007, dont 1 900 places de SAMSAH dédiées au handicap psychique (dans le cadre du Plan Psychiatrie et Santé mentale). Les financements proviennent de l'Assurance maladie (87,4 M€ sur 3 ans), des conseils généraux pour le cofinancement des SAMSAH et pour le financement des SAVS.

Au total, 1 639 nouvelles places de SAMSAH spécialisées pour le handicap psychique ont été autorisées et financées entre 2005 et 2008, pour un total de 3 915 places (données FINESS au 1^{er} janvier 2008). L'objectif de 1 900 places est, par conséquent, atteint à 86%.

D'après le suivi qualitatif réalisé en avril 2008 par la CNSA sur la situation des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, 24% des SAMSAH autorisés sont spécialisés en direction du public souffrant de handicap psychique et 34% sont généralistes⁴⁴.

Le Cédias⁴⁵ a réalisé une étude, publiée en octobre 2010 qui analyse l'organisation et l'activité d'un échantillon de services et propose des pistes pour répondre aux besoins divers des personnes concernées. Cette étude conclut que :

- Les SAMSAH apparaissent mieux outillés que les SAVS grâce à la mobilisation d'une équipe pluridisciplinaire.
- Ils portent une attention particulière à la santé somatique, alors que cette dernière est souvent peu prise en compte.
- L'ensemble des services d'accompagnement procède à une évaluation globale et situationnelle des besoins de la personne en identifiant l'ensemble de ses compétences sociales dans les différents domaines de la vie quotidienne.
- La pluridisciplinarité des équipes des services d'accompagnement, leurs pratiques professionnelles et la palette des modalités d'intervention développées leur confèrent une expertise indéniable pour établir un lien de confiance et communiquer avec des personnes en situation de handicap psychique.
- Leur action intervient en complément et en articulation avec les autres services de santé, sociaux et médicosociaux ainsi qu'avec les dispositifs de droit commun.

L'étude réalisée par la CNSA sur le développement des services d'accompagnement médico-social note une reconnaissance progressive des SAMSAH en matière

⁴³ Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS, Jean Charles PASCAL, *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et de la promotion de la santé mentale*, 15 septembre 2003.

⁴⁴ Rapport de la CNSA *Suivi qualitatif des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SAMSAH et SSIAD*. – avril 2008. Cette étude se base sur les données FINESS du 1^{er} janvier 2008

⁴⁵ Cédias-CREAH I Île-de-France *Quels services d'accompagnement pour les personnes présentant un handicap psychique ?* Octobre 2010

d'accompagnement, mais souligne qu'ils exercent encore peu leur rôle matière de coordination. Reconnaissant l'intérêt de ces services, le Cédias remarque « *qu'une articulation pertinente entre la santé mentale et le médico-social ne pourra se faire qu'à la condition d'une acculturation réciproque* ». En effet, en l'absence d'espaces d'échanges entre les professionnels des deux champs, la reconnaissance des missions respectives est parfois difficile.

Par ailleurs, les financeurs (l'État et les conseils généraux) posent des interrogations fortes sur :

- la spécialisation ou non de ces services en fonction du profil du public ;
- l'intérêt de leur éventuelle médicalisation ;
- les modalités de leur participation à l'évaluation conduite par les Maisons départementales du handicap (MDPH).

Quant à la formation des personnels de l'accompagnement aux spécificités de la maladie mentale, elle reste à développer. En effet, le bilan de suivi du Plan indique qu'elle a été engagée sans plus de précisions. La mise en œuvre de cette action semble, cependant, avoir été difficile, puisque seules neuf régions s'y sont engagées. A l'heure actuelle, ces formations sont réalisées sur la base du volontariat et ne sont pas suffisamment organisées et systématiques. Or, il est essentiel de former les personnels à la prise en charge des troubles psychiatriques, y compris ceux des structures d'accompagnement spécialisées.

De nombreux lieux ou groupes d'entraide mutuelle se sont ouverts

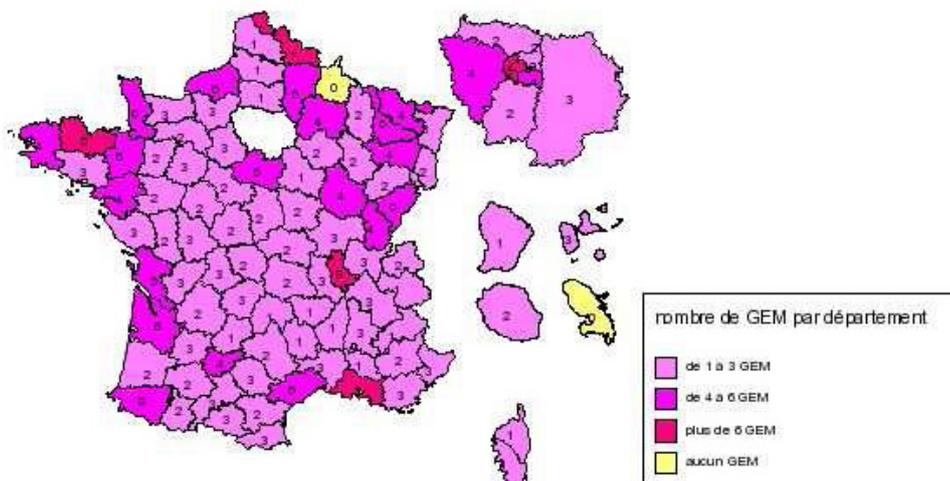
Les clubs ou groupes d'entraide mutuelle ont été reconnus par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Leur objet est d'offrir aux personnes souffrant de troubles psychiques la possibilité de tisser du lien social par le biais de rencontres et d'activités de loisirs, culturelles ou sportives. Jusqu'en 2005, ces services se sont développés de manière disparate.

La circulaire de la DGAS (aujourd'hui DGCS) du 29 août 2005 a précisé le cahier des charges et les modalités de conventionnement des GEM. Une circulaire du 30 mars 2007 et une instruction du 20 mai 2008 ont complété le cadre de fonctionnement. Fortement soutenus par la DGCS et la CNSA, les GEM ont été créés sur des crédits de la CNSA mais le PPSM a permis de consolider leur développement. Il s'agit aujourd'hui de dispositifs pérennes financés par la CNSA.

L'objectif énoncé dans le Plan de création de 300 GEM, a été atteint dès 2007. En 2008, 23,5 M€ ont été délégués pour le financement de 333 GEM. Des co-financements proviennent des communes, des conseils généraux ou d'autres collectivités. D'après le bilan établi en 2008 par la DGCS, les GEM en 2007 comptent 11 050 usagers et enregistrent une fréquentation totale de plus de 19 000 personnes. 64% d'entre eux sont alors dotés d'une association d'usagers créée ou en cours de création et plus de 72% ont signé une convention de parrainage. Ce bilan souligne que seuls 32% des GEM remplissent les conditions de fonctionnement prévues par la circulaire (existence d'une association d'usagers, signature d'une convention de parrainage et d'une convention de partenariat avec les secteurs de psychiatrie). Le nombre moyen d'animateurs par GEM s'élève à un peu plus d'1,5 ETP et les structures sont ouvertes en moyenne 30 heures par semaine (68,5% des GEM sont ouverts le samedi et/ou le dimanche).

Chaque département, à l'exception des Ardennes et de la Martinique, compte au moins un GEM en 2008 et sept départements en ont plus de six.

Nombre de GEM par département



Source : Bilan 2008 relatif aux groupes d'entraide mutuelle financés en 2007, DGCS

D'après le ministère des solidarités et de la cohésion sociale 334 GEM sont installés en septembre 2011.

D'après le dernier bilan de suivi du Plan (2009), une convention pluriannuelle avec les associations nationales a été signée. L'ANEGEM, association spécifique qui regroupe professionnels, gestionnaires et usagers a débuté un travail d'autoévaluation.

L'intérêt des GEM est largement reconnu par les acteurs institutionnels, les représentants de familles ou d'usagers. Ce dispositif permet aux usagers de la psychiatrie de se resocialiser, de trouver des conseils auprès de leurs pairs, de reprendre une vie grâce à cette entraide mutuelle, en s'impliquant davantage dans leur prise en charge. Outre l'amélioration de la situation des personnes par l'entraide, il semble modifier favorablement les rapports avec les équipes de psychiatrie avec lesquelles il existe des conventions et l'environnement social, comme cela a été souligné à l'occasion de la conférence évaluative.

Les GEM représentent des structures souples, réactives et très diversifiées, tant au niveau des moyens humains mobilisés qu'au niveau des activités proposées et doivent le rester (comme le souligne le rapport de l'IGAS⁴⁶ d'août 2011 sur la prise en charge du handicap psychique).

Dans l'ensemble ce dispositif semble donner toute satisfaction aux différents intervenants et utilisateurs. L'étude menée auprès des usagers par le CREDOC montre d'ailleurs l'intérêt des patients pour ce type de dispositif qui est cité comme une solution contre l'isolement et l'inactivité.

⁴⁶ AMARA Fadéla, JOURDAIN-MENNINGER Danièle, MESCLON-RAVAUD Myriam , LECOQ Gilles , *La prise en charge du handicap psychique*, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, Août 2011.

Les GEM ou structures apparentées : le point de vue des usagers

Le point de vue des usagers est exprimé dans l'étude réalisée par le CREDOC à la demande du HCSP. L'animation de deux focus groupes réunissant les usagers d'un CMP en Haute-Normandie et d'un CATT en Languedoc-Roussillon ont permis de recueillir ce point de vue.

« On est dans une association. On a un animateur et après c'est des patients. Parfois les infirmières viennent mais elles sont pas obligées. Je l'ai connu parce qu'avant qu'on parle de GEM les infirmières nous en parlaient en réunion. Comme on n'a pas pu avoir de GEM on s'est dit qu'on devait trouver une solution. La mairie nous prête une salle, avec le CCAS aussi, il y a un animateur du centre social qui fait l'activité avec nous le mardi. C'est lui qui s'est proposé. Des fois j'arrivais à aller vers l'extérieur avec la marche et la randonnée, je pouvais aller vers d'autres gens. Là avec l'association, c'est spécialement pour nous les malades psychiques et je trouve que c'est bien, on peut discuter ensemble, faire des activités ensemble. » (HN groupe Usager 1)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers.* Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renault (CREDOC – septembre 2011)

Il sera cependant nécessaire d'organiser une réelle évaluation de ces GEM à moyen et long termes pour analyser les modalités de fonctionnement dans la durée et surtout leur impact sur la qualité de vie et sur la réinsertion dans la vie sociale des usagers de ces structures.

Une évolution insuffisante de l'accès à un hébergement et/ou un logement adapté

Qu'il s'agisse de l'accès au logement ou de son maintien, le parcours des usagers est semé d'obstacles. En février 2007, la MNASM, dans sa Revue Pluriels⁴⁷, listait ces difficultés :

- les acteurs sanitaires manquent d'information sur les options disponibles en matière de logement et d'hébergement ;
- certaines institutions sociales vivent la présence d'usagers souffrant de troubles psychiatriques comme une source de dysfonctionnements. Elles sont, par conséquent, réticentes à les accueillir ;
- les gestionnaires des logements ont souvent une image négative de ce public ;
- la coordination et la continuité des interventions autour de l'usager se font difficilement ;
- des solutions d'hébergement diversifiées et des partenariats structurés sont nécessaires pour correspondre à la variété des publics.

Les résultats de l'enquête Écoute Famille réalisée par l'UNAFAM en 2009 laissent entrevoir des besoins persistants notamment dans le domaine du logement: Près de 40% des malades vivent dans un logement autonome et 27% chez leurs parents. 13% habitent avec un conjoint. Environ 9% des personnes sont hospitalisées.

Faute de logement et/ou de services d'accompagnement adaptés, nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques demeurent donc hospitalisées⁴⁸, à la charge de leur famille, voire sans solution d'hébergement ou de logement.

⁴⁷ Revue Pluriels, Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Les hébergements des patients psychiatriques, réflexion à partir des expériences en Ile de France*, Février 2007.

En ce qui concerne le logement, l'étude du CREDOC relève que les patients interrogés sont dans des situations de logement variées. Certains vivent seuls en étant locataires ou propriétaires, d'autres vivent en couple, en famille, parfois chez leurs parents. Dans la plupart des cas, le manque de moyens financiers et la difficulté à faire face à la solitude créent une forte demande pour les aides au maintien à domicile ainsi que pour les structures d'hébergement sur le modèle des résidences pour personnes âgées.

Vivre seul, une situation difficilement tenable financièrement et moralement

La première cause de difficulté à vivre seul pour une personne souffrant d'une maladie mentale est le manque de moyens financiers, dans la mesure où la plupart des malades ne sont pas en capacité de travailler. Lorsque vivre seul constitue une solution viable financièrement pour le patient, cela peut néanmoins lui poser d'autres problèmes. Il s'agit notamment de la difficulté à gérer seul un logement ainsi que toutes les tâches qui en découlent et de la difficulté à être seul.

« Je vis avec mon copain chez ma mère. J'aimerais bien un logement indépendant mais financièrement c'est pas évident. Moi je trouve pas. Je touche pas grand-chose et mon compagnon est intérimaire. J'ai pas demandé à l'assistante sociale du secteur psychiatrique, c'est vrai. » (LR Groupe usagers)

« Vivre seule, toute seule, je pourrais pas, j'aimerais pas. Il y a beaucoup de gens du CATTP qui ne pourraient pas, ne voudraient pas. » (LR groupe Usager 2)

« Comme j'ai du mal dans mon appart on m'avait dit qu'une conseillère en économie sociale et familiale pourrait peut-être m'aider pour savoir m'organiser. J'ai du mal à gérer ma maison. Il faut que je prenne un rendez-vous au centre social. » (HN groupe Usager 1)

Vivre chez ses parents, une situation parfois pesante

Pour un patient adulte, continuer à vivre chez ses parents peut représenter une situation pesante dont il est difficile de sortir dans la mesure où le patient n'est pas prioritaire par rapport aux patients dépourvus de toute solution de logement.

« Il y a deux ans j'ai fait une demande d'HLM mais on m'avait dit vous êtes pas prioritaire vous êtes pas dehors, vous êtes chez vos parents. » (HN groupe Usager 1)

Une forte demande pour la mise en place de résidences regroupant des appartements indépendants

Vivre seul dans un appartement indépendant mais au sein d'une structure collective avec la présence de surveillants ou d'infirmiers, sur le modèle des résidences pour personnes âgées, apparaît pour de nombreux malades comme la solution d'hébergement idéal.

⁴⁶ L'enquête prévue par le Plan qui devait permettre de mieux connaître les personnes faisant l'objet d'un long séjour « inadéquat » en psychiatrie et de déterminer quelles solutions étaient adaptées n'a pas été réalisée au niveau national. Seules quelques régions l'ont menée avec un protocole spécifique qui ne permet pas les comparaisons.

« J'aimerais bien le système de vivre dans une résidence où on peut se retrouver dans un lieu l'après-midi en ayant chacun notre appartement. Je crois que ça me rassurerait, mais c'est pour les personnes de 60 ans. » (HN groupe Usager 1)

« Dans ce que je vis en ce moment j'aimerais mieux trouver mon appartement mais avec une pièce où on pourrait se retrouver l'après-midi, un peu le style des résidences personnes âgées, mais des gens comme moi. [...] Voir quelqu'un à ce moment là ça m'aurait fait du bien. J'aimerais bien habiter une structure où y'aurait cette possibilité d'aide. » (HN groupe Usager 2)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers.* Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renaud (CREDOC – septembre 2011)

En matière de logement, l'enjeu ainsi est de permettre aux personnes souffrant de handicap psychique d'accéder à toute la gamme de réponses en fonctions de leurs besoins. Les mesures préconisées par le Plan étaient en ce sens multiples et couvraient une gamme allant du logement ordinaire à l'hébergement en établissement médico-social.

La question du logement, essentielle à l'autonomisation semble par ailleurs de plus en plus prise en considération dans les politiques publiques, qu'il s'agisse des Plans départementaux d'accès au logement pour les personnes défavorisées ou des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale. Néanmoins, les politiques qui soutiennent ces Plans relèvent de compétences différentes (État, Assurance maladie, conseils généraux, intercommunalités, communes) ce qui accroît la difficulté.

Chaque situation doit bénéficier d'une solution adaptée aux capacités de la personne, à son environnement familial et social. Comme le souligne l'IGAS⁴⁹, la coopération est essentielle entre les services d'accompagnement, les services de psychiatrie, les bailleurs, les services sociaux et les élus pour éviter les ruptures de soins.

L'accès aux maisons relais / pensions de famille s'est effectivement développé

Après une période d'expérimentation lancée en 2006, les résidences accueil, aujourd'hui seul dispositif de logement dédié aux personnes en situation de handicap psychique, ont été consacrées par la loi du 25 mars 2009⁵⁰. Un cahier des charges définit les modalités de fonctionnement et les caractéristiques du public accueilli.

Il faut souligner que ce dispositif relève non pas du secteur social ou médico-social mais du secteur du logement. Il n'a donc pas de moyens d'accompagnement en propre et le cahier des charges conditionne les résidences à la signature de conventions avec un ou des secteurs de psychiatrie et un SAVS ou SAMSAH. En outre, la structure doit développer des partenariats avec d'autres acteurs en fonction des besoins des résidents (GEM, CCAS, MDPH, centres sociaux,...).

Le dispositif de résidence accueil cible plus spécifiquement les personnes handicapées psychiques en situation d'exclusion ou d'isolement. D'après l'évaluation des résidences accueil réalisée pour la DGCS en 2010, l'accompagnement nécessaire est souvent plus

⁴⁹ AMARA Fadéla , JOURDAIN-MENNINGER Danièle , MESCLON-RAVAUD Myriam , LECOQ Gilles , *La prise en charge du handicap psychique*, Paris, Inspection générale des affaires sociales, août 2011.

⁵⁰ Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

important que ne le prévoyait le cahier des charges car les résidents ont besoin d'une assistance dans de nombreuses démarches (accompagnement chez le médecin, pour faire les courses, démarches administratives, lien avec le référent social,...). L'équilibre budgétaire est difficile à atteindre et, pour des raisons qui tiennent à la situation du logement en général, les constructions neuves sont rares.

Un programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, adopté sur la période 2008-2012, a poursuivi les efforts antérieurs.

Le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté au handicap tout au long de la vie, s'il n'est pas dédié au handicap psychique, fixe des objectifs en la matière : sur les 6 950 places à créer en Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou en Foyers d'accueil médicalisés (FAM), 2 000 doivent être dédiées au handicap psychique dont 65 en FAM. Le programme prévoit également la création de 3 750 places de SAMSAH destinées aux adultes souffrant de handicap psychique.

L'importance du logement dans l'insertion des personnes souffrant de maladies mentales et en situation de précarité s'est traduite récemment par l'expérimentation Housing First en France, inspiré d'un programme canadien⁵¹. Elle vise à favoriser l'accès et le maintien dans un logement ordinaire des personnes sans logement atteintes de troubles psychiatriques sévères. Elle a débuté dans 4 villes (Marseille, Lille, Toulouse puis Paris) et concerne 100 personnes. Le dispositif s'appuie sur les réseaux locaux d'associations de réinsertion et de psychiatrie et sur les collectivités territoriales et les communes

Toutes les initiatives ne sont pas recensées. Certaines peuvent avoir été prises par les départements ou des têtes de réseau associatif pour favoriser le logement et l'hébergement de personnes en difficulté. Pour illustration, on peut citer le dispositif de « Familles gouvernantes », créé par l'UNAF à destination d'adultes placés sous un régime de protection juridique.

Cependant les participants à la conférence évaluative s'accordent sur le manque de places en hébergement et la faiblesse du partenariat avec les bailleurs. D'une manière générale, les besoins sont énormes en matière de logement et les capacités des services d'accompagnement doivent encore être développées.

Peu d'informations sur les dispositifs de travail protégé et une absence de mesures sur l'insertion professionnelle en général

Comme le souligne l'étude déjà citée sur l'articulation des champs sanitaire, médicosociaux et sociaux⁵², travailler permet à la personne malade de conserver un contact avec la société et l'aide à se sentir bien. Mais travailler en milieu ordinaire pose un certain nombre de difficultés pour une personne souffrant de troubles psychiatriques. Il peut s'avérer difficile

⁵¹ La mise en place de l'expérimentation fait suite à une des recommandations du rapport de Vincent GIRARD, Pascale ESTECAHANDY, Pierre CHAUVIN, *La santé des personnes sans chez soi*, rapport à la ministre de la santé, Novembre 2009.

⁵² Évaluation du plan Psychiatrie et Santé mentale : *L'articulation des champs sanitaire, médicosocial et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers*. Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renaud (CREDOC – septembre 2011)

d'allier maladie mentale et logique d'entreprise. Un accompagnement personnalisé dans la formulation d'un projet professionnel et la recherche d'emploi peut s'avérer ainsi très bénéfique

Le travail : le point de vue des usagers

« Pour les gens encore jeunes c'est important le travail s'ils sont reconnus adultes handicapés et touchent la COTOREP, qu'ils aient un pied dans la société. Bénéficiaire de l'AAH et ne rien faire du tout ce n'est pas souhaitable. Avant on pouvait travailler et ne pas diminuer sa COTOREP. » (LR Groupe usagers)

Les patients évoquent les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) comme une solution permettant aux malades stabilisés de continuer à travailler tout en étant accompagné d'un soutien médical et social. Si certains formulent quelques craintes vis-à-vis de cette option qui implique des responsabilités et dont le nombre de places est très limité, il s'agit néanmoins d'une alternative à l'inactivité beaucoup plus accessible que le travail dans une entreprise ordinaire.

« J'avais voulu chercher du travail mais à chaque fois j'ai été refusée. Si ça va vraiment mieux je voudrais aller en ESAT. Je m'étais renseignée par l'assistante sociale. Le problème aussi c'est qu'il y a des listes d'attente, mais pour l'instant tant que je me sens pas mieux je veux pas prendre d'engagement.» (HN groupe Usager 1)

« Je me suis renseignée sur les ESAT mais l'assistante sociale n'a pas su bien m'expliquer exactement. Je me dis c'est un travail, même si c'est en milieu protégé c'est un travail quand même. Mais c'est vrai que j'ai pas eu les réponses que j'aurais voulu avoir plus en détail : savoir comment ça se passait, pouvoir aller visiter... Mais ils ont tellement de monde en attente... » (HN groupe Usager 2)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers.* Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renaud (CREDOC – septembre 2011)

L'insertion professionnelle est, en effet, un des éléments majeurs de l'autonomie de la personne. Des structures d'aide à l'insertion professionnelle se sont développées et ont acquis une expérience en matière d'évaluation et d'accompagnement vers l'emploi des personnes souffrant de handicap psychique.

Ainsi le réseau Galaxie⁵³, qui regroupe aujourd'hui 25 structures intervenant pour l'insertion des personnes souffrant de handicap psychique a, avec le soutien de la CNSA, expérimenté en 2008/2009 le concept d'Équipes spécialisées pour l'évaluation du handicap psychique (ESEHP) dans six départements en France. L'expérience ne semble cependant pas avoir été pérennisée.

Le maintien ou l'insertion en milieu ordinaire est difficile, les entreprises sont réticentes, et la situation de l'emploi n'est pas de nature à améliorer la situation. Cependant, là encore, des expériences et des recherches existent et doivent se développer et être mieux prises en compte⁵⁴.

⁵³ Roger Gayton, Yann Boulon *L'évaluation du handicap d'origine psychique et des besoins de compensation*, RFAS, *Handicap psychique et vie quotidienne*, La Documentation française, 2009.

⁵⁴ Claire Le Roy-Hatala *Le maintien dans l'emploi de personnes souffrant de handicap psychique, un défi organisationnel pour l'entreprise*, RFAS, *Handicap psychique et vie quotidienne*, La Documentation française, 2009

En ce qui concerne le travail protégé, s'il existe des soutiens financiers pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées, ils supposent que les bénéficiaires soient reconnus travailleurs handicapés, ce qui n'est pas toujours le cas.

Le Plan était quant à lui peu ambitieux sur la thématique du travail. Il visait uniquement le développement du travail protégé et il n'a pas intégré d'objectifs quantitatifs pour les établissements et services d'aide par le travail (ESAT). Cependant l'enquête annuelle de la DGAS sur les créations de places met en évidence une constante progression depuis quelques années du nombre de personnes en situation de handicap psychique travaillant dans ces structures. Ainsi, dans le cadre des 2 000 places nouvellement créées en 2008, 350 places ont été attribuées à des adultes handicapés psychiques, soit 18 % contre 13 % en 2007. Cependant, les ESAT ne sont pas toujours adaptés aux personnes ayant un handicap psychique car ils accueillaient traditionnellement des personnes présentant des déficiences mentales. Les demandes d'admission ne sont donc pas toujours suivies d'effet compte tenu des besoins.

Enfin, il serait dommage de réduire la question de l'emploi à la seule question du travail. En ce sens, les participants à la conférence évaluative ont rappelé que l'accès à la formation et la poursuite des études constituent également un enjeu.

EN QUOI LES DISPOSITIFS CREEES ET/OU DEVELOPPES DANS CE CADRE CONTRIBUENT-ILS A L'AUTONOMIE ET A L'AMELIORATION DE LA VIE SOCIALE DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES ?

EN QUOI CES DISPOSITIFS CONTRIBUENT-ILS A LA CONTINUTE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ?

La déclinaison de l'objectif "Mieux accompagner" couvrait les domaines indispensables pour faciliter l'intégration dans la communauté des personnes souffrant de troubles psychiatriques : soutien dans les actes essentiels de la vie quotidienne, de la vie sociale, le logement et le travail.

Les différentes données recueillies au cours de l'évaluation permettent de constater que le Plan a bien joué un rôle d'impulsion à la constitution d'une offre sociale et médico-sociale pour accompagner et faciliter l'insertion des personnes souffrant de troubles psychiatriques.

En matière d'accompagnement social, certains progrès sont notables : les services d'accompagnement comme les SAMSAH et les SAVS se sont développés, les GEM se sont multipliés. Si le PPSM a, bien sûr, bénéficié de la publication concomitante de la loi sur le handicap de février 2005 et du Plan d'accompagnement pluriannuel des personnes handicapées psychiques, il a sans doute eu un effet amplificateur. Ses mesures ont montré leur pertinence pour aider à l'insertion ou au maintien dans la communauté et donc pour améliorer la vie sociale des personnes souffrant de maladie ou handicap psychique.

Pour que ces avancées continuent à se développer, en apportant le meilleur service possible, plusieurs points devront être traités :

- mieux définir le rôle respectif des différentes structures d'accompagnement ;
- préciser les modalités de l'action commune des professionnels mais aussi des décideurs et des élus, en particulier locaux ;

- prendre en considération la participation des aidants non professionnels.

L'accès au logement ou à une structure d'hébergement est une manière de favoriser l'intégration, l'autonomie et de faire reculer la précarité. La sortie des structures de soins ne peut s'envisager sans logement, afin d'éviter les phénomènes de ré-hospitalisation et/ou de marginalisation. Si des places en MAS et FAM ont bien été créées, là encore surtout à la faveur du Plan pluriannuel d'accompagnement du handicap, la question du logement semble rester le point noir de ce volet du PPSM : même si des efforts ont été faits, notamment en direction des personnes souffrant de troubles psychiatriques et en situation de précarité, l'effet reste, pour l'heure, assez peu visible. Il y a probablement des réussites locales mais elles restent parcellaires et les éléments d'information, notamment sur les conventions avec des bailleurs, manquent.

Cependant une dynamique semble s'être enclenchée et l'accès au logement et à l'hébergement apparaît maintenant comme un élément incontournable de la continuité de la prise en charge. Mais les besoins sont tels qu'un long chemin reste à parcourir. Les intervenants dans ce domaine sont multiples et la coordination est loin d'être suffisante sauf dans quelques initiatives locales.

En ce qui concerne l'activité professionnelle et la poursuite des études pour les jeunes adultes, les ambitions du Plan étaient trop modestes par rapport à son rôle dans l'insertion dans la vie sociale.

Par ailleurs, si le Plan insiste sur la diversification de l'offre sociale et médico-sociale, adaptée à la personne et articulée avec l'offre de soins, il n'aborde pas la problématique de la réinsertion de la personne en tant que telle. Il n'a pas suffisamment pris en compte l'évolution possible des pratiques d'évaluation et de soutien à la réinsertion. En France, le cadre de référence dominant reste le cadre médical ou psychiatrique⁵⁵, alors que se sont développées par ailleurs des approches davantage centrées sur les ressources et facteurs permettant de surmonter le handicap. Le courant de la réhabilitation psychosociale en est un exemple puisqu'il « met l'accent sur les ressources de la personne et de son environnement pour dépasser les conséquences de la maladie et, en particulier, sur le changement préalable de point de vue et de posture de l'individu pour mobiliser ces ressources. [...] Il importe que ce modèle soit adopté par l'utilisateur lui-même pour être au principe du réenclenchement d'une dynamique »⁵⁶

Au-delà de ces éléments, essentiellement quantitatifs, il est donc difficile de répondre aux questions évaluatives posées : en effet, la création de ces diverses structures répond certainement pour une part aux besoins. Cependant la prise en charge décloisonnée, axe 1 du Plan, qui doit être sous-tendue par une articulation des acteurs du soin, du médico-social et du social est loin d'être une réalité sur tout le territoire comme en témoigne l'étude auprès des professionnels et des usagers sur l'articulation des champs sanitaire, médico-sociale et social citée à maintes reprises.

De plus l'amélioration de la continuité des prises en charge et, a fortiori, son influence sur l'autonomisation des personnes suivies ne peuvent être mesurées sans études sociologiques spécifiques. D'une manière générale et de même qu'en ce qui concerne le soin, le Plan n'a pas suffisamment pris en compte les différentes approches du handicap ni suffisamment promu les recherches et nouvelles pratiques qui mettent l'accent sur la réhabilitation psychosociale et la place des pairs aidants par exemple.

⁵⁵ Bernard PACHOUD, Alain LEPEGLE, Arnaud PAGNOL. *La problématique de l'insertion professionnelle des personnes présentant un handicap psychique*. Revue française des affaires sociales. *Handicap psychique et vie quotidienne* La Documentation Française 2009

⁵⁶ *Ibid.*

Ainsi, il est impossible d'évaluer précisément l'impact qu'ont eu les dispositifs mis en place sur la continuité des prises en charge et sur l'autonomie des personnes. Il est donc, à ce stade, nécessaire de mieux appréhender les besoins qui subsistent pour mobiliser des réponses adéquates en vue d'un nouveau plan.

7 L'ARTICULATION ENTRE LE SANITAIRE, LE SOCIAL ET LE MEDICO-SOCIAL

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale fait une place prépondérante au décloisonnement des prises en charge en insistant sur la complémentarité des acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. Les pathologies psychiatriques sont, en effet, souvent des maladies au long cours qui perturbent profondément la vie familiale, sociale et professionnelle des personnes qui en sont atteintes. En complémentarité avec les soins, un accompagnement est la plupart du temps nécessaire pour accéder à un logement ou à un hébergement, pour l'aide à la vie quotidienne et à la réinsertion dans la vie active. L'articulation des différents acteurs est donc essentielle aux trajectoires de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques. Le Plan considérait ainsi « qu'un enjeu important résidait dans le renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes ».

UNE COORDINATION NECESSAIRE COMPTE TENU DE L'EVOLUTION DES DIFFERENTS CHAMPS MAIS DIFFICILE A FAIRE EXISTER

La coordination entre les acteurs des champs sanitaire, social et médico-social, dont les cultures professionnelles sont très différentes, est rendue d'autant plus incontournable, que ces champs sont marqués par des évolutions profondes, depuis plusieurs décennies déjà :

- La volonté politique de réduire les prises en charge hospitalières a conduit à une diminution importante du nombre de lits dans les services psychiatriques,
- Les périmètres d'intervention ont des frontières moins tranchées : la mission du secteur sanitaire n'est pas réduite aux soins, tandis que le médico-social peut aller au-delà de l'accueil et de l'accompagnement social. Désormais, les acteurs hospitaliers et extra hospitaliers, s'ils restent déterminants, ne sont plus les acteurs exclusifs du soin psychiatrique.

Suite à la Loi HPST du 21 juillet 2009, les complémentarités entre les établissements de santé et les structures médico-sociales sont amenées à encore se renforcer. En effet, cette loi introduit un nouveau cadre : les établissements de santé « participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médicosociaux ».

Or, le développement des prises en charge ambulatoires ne s'est pas forcément traduit par le renforcement de l'accompagnement médico-social, ce qui peut avoir pour conséquence un recours à l'hospitalisation en service psychiatrique alors que les lits sont souvent suroccupés. Une étude du CEDIAS réalisée en octobre 2010 sur les services d'accompagnement dédiés aux personnes handicapées psychiques constate que l'accompagnement ne peut pas réussir sans soins psychiatriques et qu'à l'inverse que la prise en charge psychiatrique est insuffisante pour répondre à l'ensemble des besoins de ces patients.

Une démarche destinée à développer les articulations sanitaires, sociales et médico-sociales avait été entreprise, entre juin 2006 et mars 2007, dans le cadre du Plan. Après une analyse approfondie menée par les services de l'État, la MNASM, la CNSA et les ARH de deux

régions (Haute-Normandie et Bourgogne), en associant les acteurs sanitaires et sociaux, ainsi que les élus locaux, il s'agissait d'identifier les conditions favorisant le décloisonnement des acteurs et les écueils à éviter.

Cette analyse a donné lieu à un document⁵⁷ communiqué, fin 2007, aux correspondants régionaux du PPSM, à l'instance nationale de concertation ainsi qu'aux commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM). Il a, par ailleurs, été demandé à ces dernières d'enrichir la réflexion et d'apporter des exemples de réalisation illustrant les multiples aspects des collaborations et partenariats entre acteurs de santé, acteurs sociaux ou médico-sociaux, associations d'usagers et familles, et collectivités territoriales. Les remontées régionales ont ainsi notamment permis d'alimenter les travaux de la Commission sur les missions et l'organisation des soins de la psychiatrie et de la santé mentale. Elles devaient aboutir à la formalisation, au premier semestre 2008, d'un "cadre méthodologique global et concret au service du développement de la politique de coopération sanitaire, sociale et médico-sociale en santé mentale. Cela n'a, semble-t-il, pas été concrétisé.

La coordination des différents acteurs était également une préoccupation des participants à la conférence évaluative qui souhaitaient :

- Un premier niveau de coordination globale, de gouvernance institutionnelle permettant de définir, de programmer et d'organiser les mesures à réaliser.
- Un deuxième niveau opérationnel, qui doit faire travailler ensemble les acteurs de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale. Chaque acteur doit connaître et comprendre le fonctionnement de l'autre.

Concernant ce second niveau, comme mentionné plus haut dans le rapport, l'évaluation partagée des situations et des besoins des personnes avec un handicap d'origine psychique représente une étape primordiale à la mise en place d'une prise en charge efficace et adaptée à la situation de la personne en souffrance psychique.

Bien que la nécessité de clarifier le rôle des professionnels, des différentes structures sanitaires, sociales et médico-sociales soit souvent soulignée, le constat d'un manque de visibilité et de lisibilité du système de prise en charge reste d'actualité et la coordination des soins et, plus globalement, des prises en charge se heurte à des réflexes professionnels et institutionnels bien ancrés. S'il existe une appétence des acteurs pour le travail partenarial, il leur manque des outils d'organisation pour clarifier les modes de travail.

UNE ETUDE POUR CONNAITRE LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET DES USAGERS SUR LES TRAJECTOIRES DE PRISE EN CHARGE

Pour tenter de faire le point sur ces questions, le HCSP a décidé de mener de mener une étude auprès des professionnels et des usagers dont la réalisation a été confiée au CREDOC. Menée au premier semestre 2011 à partir d'entretiens dans les régions Haute-Normandie et Languedoc-Roussillon. Ces régions ont été retenues pour la diversité de leurs équipements et leur configuration géographique permettant d'avoir des secteurs urbains et ruraux. Les résultats complets des travaux sont publiés par ailleurs⁵⁸ et disponibles sur le site internet du HCSP.

⁵⁷ Il s'agit d'un document de 15 pages intitulé *Articulation des politiques sanitaire, sociale et médicosociale en psychiatrie et santé mentale*. Il présente les pistes de travail issues de l'analyse effectuée dans les deux régions.

⁵⁸ Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale : *L'articulation des champs sanitaire, médicosocial et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers*. Bruno MARESCA, Anne DUJIN, Laura COTTARD et Camille REINAULD (CREDOC – septembre 2011)

Un choix méthodologique centré sur les trajectoires de prise en charge

Ce travail évaluatif s'est concentré sur l'analyse des différents dispositifs institutionnels de prise en charge de la santé mentale en France et de leur articulation. Ces dispositifs fonctionnent comme des instances productrices d'énoncés et de discours, et conséquemment de représentations de la santé mentale. Elles sont aussi productrices de pratiques spécifiques, et sont le lieu de conception d'outils de prise en charge.

L'analyse s'est focalisée sur deux dimensions principales, le point de vue des professionnels d'une part qui est détaillé dans ce chapitre et celui des usagers d'autre part dont les résultats sont intégrés les chapitres concernés.

Le fonctionnement des différents professionnels appelés à intervenir dans la prise en charge de la psychiatrie et leur articulation a été appréhendé par :

- un entretien téléphonique approfondi avec le chef du secteur étudié, afin de caractériser le système d'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire concerné et d'identifier les principaux partenaires du secteur sanitaire ;
- un double entretien avec un médecin psychiatre et une assistante sociale de secteur, pendant lequel sont passés en revue trois à cinq dossiers de patients. On procède alors, sur la base du dossier, à une reconstitution du parcours de la personne. Sont décrites les différentes interventions mises en place sur le plan du soin, mais également du logement, du travail, de toute autre forme d'accompagnement. On identifie alors les partenaires mobilisés et le degré de réussite des mesures prises. Sont également évoqués les tentatives échouées ou les absences de solution sur certains aspects.
- enfin, un entretien avec un partenaire régulier du service dans le secteur médico-social ou le domaine de l'accompagnement, portant également sur un éventail de cas, et sur le même principe que l'entretien mené avec le psychiatre et l'assistante sociale.

Cette approche par entretiens sur dossiers permet ainsi de recueillir le jugement des professionnels sur la pertinence et la qualité des prises en charges mises en place au regard de leur appréciation des besoins. Elle permet également d'identifier les pratiques de travail commun entre secteur sanitaire et secteur social ou médico-social, mais également les nœuds de difficultés et de controverse chez les professionnels, sur les besoins et les prises en charges

Les cas évoqués sont librement choisis par les professionnels, pour illustrer les problématiques qui leur paraissent représentatives de leur travail quotidien, à la fois concernant les difficultés rencontrées que les réussites obtenues. Si le corpus de trajectoires ainsi réuni ne se veut pas représentatif de la population concernée par la prise en charge de la santé mentale, il illustre l'état du questionnement des différents professionnels sur les conditions actuelles de prise en charge. En cela, cette approche est pertinente au regard de l'évaluation du Plan.

Le regard de l'utilisateur sur sa prise en charge et son appréciation sur les grandes orientations promues par le Plan sont intégrés dans certains chapitres précédents (accueil et soins, accompagnement médico-social et social, place des patients et de leurs proches). Il a été procédé à l'animation de deux focus groupes réunissant les usagers d'un CMP en région Haute-Normandie, et d'un CATT en région Languedoc-Roussillon. Chaque groupe a été réuni deux fois, à 15 jours d'intervalle. La première séance a consisté à évoquer les mesures prévues par le Plan concernées par les questions évaluatives retenues et à recueillir le jugement des usagers sur leur pertinence, en se fondant sur leur expérience personnelle. La seconde séance a consisté à reprendre les jugements énoncés en première séance et à travailler sur les améliorations à apporter.

Comme tout dispositif méthodologique, cette approche opère des partis pris qui dessinent, en creux, quelques points aveugles. On en souligne ici trois principaux.

En premier lieu, cette approche s'attache aux fonctionnements institutionnels plus qu'aux « parcours de vie » des personnes. Si des trajectoires de prise en charge sont précisément décrites par les professionnels rencontrés, c'est au prisme du fonctionnement de l'institution qui les prend en charge, qui ne rend pas compte de leur expérience singulière de personne vivant avec un trouble psychiatrique. C'eût été là un tout autre choix méthodologique, certainement plus riche pour éclairer la situation des personnes concernées, mais moins pertinent au regard des besoins de l'exercice évaluatif.

Par ailleurs, parce qu'elle cherche à identifier et caractériser les pratiques de travail communes entre différents professionnels et, à l'inverse, les effets de cloisonnement dans la construction des prises en charge, cette approche a tendance à surreprésenter les cas de personnes qui ont un parcours institutionnel lourd, et dont les professionnels choisissent prioritairement de parler, car ils nécessitent de rechercher et mettre en place des solutions dans de nombreux domaines de vie (logement, travail, ressources...).

Enfin, cette approche n'a pas pu prendre en compte le point de vue des familles et des proches dans la mesure où le cadre de cette enquête ne permettait pas de procéder à des entretiens approfondis auprès des proches et des accompagnants. Il ne s'agit en aucun cas d'une méconnaissance de leur rôle, essentiel, dans le dispositif de prise en charge de la santé mentale. Mais le choix a été fait de se concentrer sur le recueil de la parole de celui qui en est l'utilisateur central et par rapport auquel le plan est conçu : la personne vivant avec un trouble psychiatrique.

Les grandes questions autour du parcours de prise en charge de la maladie mentale

Les entretiens menés auprès des différents professionnels font ressortir les grandes questions qui se posent aujourd'hui à eux pour mener à bien leur travail dans les conditions qu'ils jugeraient satisfaisantes. Ces questions expriment leurs difficultés à construire des prises en charge pertinentes ou plus largement leurs interrogations sur l'évolution en cours de la psychiatrie.

La configuration de ces questionnements fait émerger les points de débat, voire de désaccord, entre les professionnels sur les conditions de prise en charge de la santé mentale.

La perception d'un manque de places dans les établissements tant sanitaires que médico-sociaux

L'ensemble des structures du secteur sanitaire et du secteur médico-social est confronté à un nombre de demandes beaucoup plus élevé que le nombre de places disponibles.

Le manque de marge de manœuvre au sein de l'ensemble des structures entraîne cependant un repli des professionnels du secteur sanitaire comme du secteur médico-social sur ce qui relève strictement de leur cœur de métier. La fluidité des relations entre secteurs et par conséquent la fluidité des trajectoires des patients s'en voient ainsi réduites.

Selon les professionnels du champ sanitaire, l'hôpital resserre ses missions pour gérer l'urgence ...

Ce manque de moyens et de personnel limite les marges de manœuvres de la psychiatrie. Face à l'afflux des demandes de prise en charge, il devient incontournable de les hiérarchiser en traitant d'abord celles qui sont jugées les plus urgentes.

Cette situation entraîne par conséquent un recentrage des professionnels du secteur psychiatrique sur ce qu'ils considèrent être leur cœur de mission, c'est-à-dire sur le

traitement des situations d'urgence. Sont pris en charge en priorité les cas les plus aigus, les décompensations les plus graves. Cette situation tendue conduit les professionnels à adopter la vision la plus restrictive de leur rôle et du rôle de l'hôpital, centrée sur la gestion de la stabilisation.

La question de la sortie de l'hôpital psychiatrique devient un enjeu critique, avec souvent la nécessité de trouver un relais à l'extérieur dans des délais brefs, le nombre de lits étant limité, leur temps d'occupation doit l'être aussi. Les patients sont ainsi pris en charge moins longtemps, le temps disponible pour consolider la stabilisation est réduit, ce qui entraîne parfois des rechutes et un retour vers l'hôpital.

Les professionnels interrogés soulignent également que les difficultés rencontrées dans leurs relations avec les structures médico-sociales et sociales sont accentuées par leur manque de disponibilité. Le travail de partenariat, très chronophage, (rencontres, formations, construction de réseaux, conventions...) s'en ressent. Faute de temps disponible, les liens avec certaines structures médico-sociales se distendent, les visites sont plus rares, la confiance est moins présente.

« L'intensification du travail fait qu'on n'a plus beaucoup le temps, on a une augmentation considérable à tous les niveaux de la demande d'hospitalisation, et donc une tendance naturelle à se retourner vers le travail strict. Le travail de partenariat est mis à mal. Les demandes de consultation sont telles qu'on doit faire sauter les autres réunions. » (HN_S19)

...Et ils déplorent un manque de solutions dans les secteurs médico-social et social

Pour beaucoup de professionnels du sanitaire, les secteurs médicosociaux et sociaux se trouvent dans la même situation de surcharge que celle à laquelle ils sont eux-mêmes confrontés. Ainsi l'entrée dans une structure se fait presque systématiquement par inscription sur une liste d'attente, qui se prolonge souvent plusieurs années.

Contrairement à eux, les structures médico-sociales peuvent effectuer une sélection des personnes prises en charge et cette logique leur semble en effet jouer largement en leur défaveur. Peu de structures médico-sociales sont spécialisées dans l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiatriques, et les autres populations dépendantes leur paraissent prioritaires.

Les professionnels de la psychiatrie expliquent cette situation par un problème de méconnaissance de la maladie mentale, qui fait toujours peur. Il s'agit selon eux d'un problème de représentation, mais cela renvoie également à la difficulté réelle que représente la prise en charge de la pathologie psychiatrique : instabilité de l'état et incertitude quant à l'évolution, troubles du comportement, décompensations durant lesquelles la personne peut être dangereuse pour elle-même et les autres.

Selon les professionnels du champ médico-social le sanitaire n'est pas suffisamment réactif par rapport aux situations d'urgence ...

« L'hôpital psychiatrique, après une période d'internement abusif, est maintenant rentré dans une phase d'externement abusif. Il n'y a plus assez de lits : pendant que la population de Montpellier était multipliée par trois, les lits étaient divisés par dix... On les retrouve dans la rue ou en prison. » (LR Foyer 1)

Le manque de moyens de la psychiatrie se traduit avant tout par une réactivité moindre face aux demandes d'hospitalisation d'urgence. Le passage par les urgences, où les délais d'attente sont très longs, où la personne n'est pas connue et où il faut à nouveau tout expliquer, constitue une épreuve difficile. Quand il ne s'agit pas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers dont la prise en charge ne peut être refusée ou quand la situation n'est pas jugée comme une « urgence vitale », alors la personne n'est pas prise en charge. Dans les cas où la personne est hospitalisée, la durée du séjour est souvent trop courte. Par

ailleurs, la structure médico-sociale n'est pas toujours prévenue de la sortie de l'un de ses patients qui est hospitalisé. De manière générale, les professionnels du secteur médico-social ont le sentiment que tout est fait dans la précipitation et se sentent impuissants face aux rapports de force qui peuvent s'instaurer.

...D'où un repli sur la prise en charge des personnes les plus stables

Compte tenu de la surcharge du secteur sanitaire, les professionnels du secteur médico-social ont le sentiment de devoir gérer seuls des situations qui ne relèvent pas de leur responsabilité et de leur rôle en tant que structure et pour lesquelles ils ne possèdent ni les compétences ni les moyens. Certaines situations leur apparaissent même comme susceptibles de mettre en danger les autres personnes prises en charge dans leur structure.

Pour éviter ce genre de situations, ils tentent de minimiser les prises de risque en refusant la prise en charge de certains malades. Les professionnels du médico-social privilégient ainsi la prise en charge des personnes les plus stabilisées, des pathologies les moins lourdes et susceptibles de poser le moins de problèmes de comportement.

« On l'a pris en charge parce qu'on a considéré que ça valait le coup d'essayer en continuant à travailler avec l'hôpital, avec son médecin qui garantissait une reprise en quelques jours s'il y avait le moindre problème. Le psy de secteur nous a rassuré parce qu'il a donné son engagement : on ne serait pas seul. Ils ne nous ont pas caché sa pathologie, ils ont été très clairs. On peut continuer à le garder parce qu'on sait qu'ils viennent dès qu'il y a un problème. On peut tenir s'il y a une réactivité du suivi psy. » (LR Foyer 1)

La discontinuité des parcours est fréquente

Un manque de fluidité dans les passages entre structures sanitaires et médico-sociales

Pour les acteurs du médico-social, l'un des principaux problèmes réside dans la méconnaissance des projets des structures médico-sociales par les membres du secteur sanitaire qui suggèrent souvent la prise en charge de personnes qui ne correspondent pas au profil structurel des établissements.

La transition entre l'hospitalisation et la prise en charge médico-sociale se fait souvent de manière trop rapide, parfois même dans la précipitation. Une véritable transmission d'informations entre l'hôpital et l'équipe qui prend le relais du suivi serait nécessaire pour réunir les meilleures conditions d'une sortie réussie.

« La notoriété de l'association fait qu'on commence à préparer un petit peu la sortie pendant l'hospitalisation même s'il reste beaucoup à faire à ce sujet au niveau des équipes soignantes en intra : on nous appelle le vendredi soir pour nous dire : « il faut sortir la personne ». Ce ne sont pas les meilleures conditions pour réussir une sortie d'insertion par le logement. » (HN SAMSAH)

La famille, un acteur essentiel de la continuité des parcours, mais parfois un obstacle à la prise en charge en institution

La famille constitue un acteur clé de la continuité de la prise en charge. L'intervention d'une structure médico-sociale peut ainsi être partagée avec la famille en fonction du moment de la journée ou du type d'activité. Pour soulager les proches, il est possible d'organiser des séjours de rupture à l'hôpital, ou dans d'autres institutions.

A contrario, la famille peut être sollicitée comme solution de secours lorsqu'aucune place en institution n'est disponible, mais cette solution n'est pas forcément la meilleure pour le patient. En effet, la question de la distance à adopter avec la famille du patient se pose dans de nombreux cas pour les professionnels qui peuvent être amenés à trancher entre travailler avec la famille, l'accompagner, ou bien la mettre à l'écart du dispositif de soins.

Parfois le projet souhaité par la famille n'est pas celui voulu par le patient. L'équipe sanitaire ou médico-sociale doit alors se positionner entre les deux, rassurer la famille et écouter le patient.

« Il ya des familles qui ne veulent pas que les patients soient sous tutelle parce que ça enlève un revenu pour la famille. (...) Ce sont surtout des problèmes d'argent qui posent problème avec les familles, le retour à domicile, la rentrée en EPADH (l'hôpital leur fait des économies). Ils traînent dans les recherches d'une maison retraite : Il y a des résistances. » (C20)

Lorsque la volonté de la famille est de garder la personne malade hors institution, cela crée des situations de nécessité de prise en charge d'urgence, par exemple au moment d'une maladie ou du décès des parents.

« Cette trajectoire est représentative du problème des patients vieillissants, tenus par leur famille et hospitalisés sous contrainte quand la famille s'écroule : il a tenu jusqu'à 39 ans parce qu'il y avait ses parents. Il n'était pas diagnostiqué, il était suivi par un médecin traitant. Il avait des pathologies psychiatriques depuis 20 ans et isolé au sein du cocon familial sans encadrement médical ni social. Déficitaire. Pas d'accès à la culture ou l'alphabétisation. On les retrouve de toute façon à un moment donné. Il faut qu'il se réhabitue à voir des gens. Il aurait fallu un suivi psy plus précoce, surtout pas une hospitalisation mais un suivi psy régulier. » (S22)

Le vieillissement des parents ou les ruptures familiales provoquent l'arrêt de la prise en charge par les aidants naturels. Il en résulte un passage trop tardif en institution, souvent difficile à gérer.

Lorsque le parent qui prenait en charge la personne malade ne peut soudainement plus le faire et qu'aucune solution alternative n'a été prévue, l'hôpital joue souvent le rôle de recours d'urgence par défaut mais constitue souvent une solution inadaptée.

« La rupture familiale est souvent l'élément déclencheur du premier long séjour en hôpital. » (S17)

« Il y a eu rupture familiale par le décès du père. On était la seule structure apte à la prendre en urgence. Le mieux pour elle aurait été un foyer de vie, mais les listes d'attente pour foyer de vie sont d'au moins un an d'attente. Ca a engendré une hospitalisation inadaptée d'au moins un an et demi. » (S17)

Des pratiques et des outils d'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social

Les objectifs du Plan Psychiatrie et Santé mentale cherchent à promouvoir le décroisement des prises en charge qui passe par une meilleure circulation des personnes d'une institution à l'autre.

Les pratiques communes de travail pour favoriser la fluidité des trajectoires entre institutions ont été analysées au travers des entretiens : quels outils sont mis en place, avec quelle finalité, quels intérêts respectifs et quelles limites ?

La connaissance des personnes, des institutions et de leur culture est un préalable à l'articulation

La psychiatrie publique et les structures sociales et médico-sociales ont des logiques et des modes de travail différents. Leurs difficultés à travailler ensemble relèvent principalement du manque d'habitude de relations et de partenariats actifs.

« Le but c'est décloisonner, mais il y a un problème de résistance dû à la structuration et pas aux individus. Il y a des résistances historiques et administratives : les secteurs sanitaire et social ne sont pas les mêmes, ils ne parlent pas le même langage ! » (S20)

L'importance des connaissances interpersonnelles dans le processus de décloisonnement est soulignée par tous les acteurs. Les consultations de psychiatrie délocalisées dans les structures médico-sociales sont un exemple de partenariat actif; elles permettent aux acteurs des deux secteurs de nouer des liens et de construire une habitude de travail commun.

« Le SAMSAH avec lequel on a le plus développé de liens c'est parce que le médecin qui s'en occupe est de l'hôpital. » (S19)

Un besoin de formations complémentaires à la gestion de la maladie mentale pour les professionnels médicosociaux et à l'accompagnement social pour les professionnels du soin

Les professionnels intervenant au sein des structures sociales ou médico-sociales ne sont généralement pas formés à la gestion de la maladie mentale. Hormis quelques journées de formations, leur apprentissage se fait sur le terrain.

« On n'a pas de formations psy. On a eu des formations : sept ou huit journées avec la psychiatrie de Navarre. On apprend sur le terrain. » (HN Foyer de vie)

« Le champ médico-social historiquement avait peu de connaissance de la maladie mentale, on laissait ça au sanitaire » (LR Foyer 1)

La demande de formation et de partage d'expérience est très forte chez les acteurs des secteurs social et médico-social, et concerne aussi bien les professionnels qui se sentent insuffisamment formés que ceux qui souhaitent échanger sur leurs pratiques et sur les difficultés qu'ils rencontrent. Pour tous, l'enjeu est le bien-être des patients et la sécurité des professionnels.

La demande porte sur trois types de formation : les formations théoriques, les stages pratiques et les rencontres entre professionnels pour partager leurs expériences.

La formation théorique apparaît nécessaire pour approfondir ses connaissances et se tenir informé des évolutions juridiques et de la recherche.

Le stage pratique peut remplir un double objectif. Il s'agit d'une part de se confronter à la réalité du terrain, d'autre part d'appréhender les manières de travailler de chacun des services et de faire connaissance avec leurs équipes.

De la même manière, l'organisation de rencontres entre professionnels pour échanger sur les expériences de chacun a aussi bien pour objet d'évoquer les problèmes rencontrés et d'y trouver ensemble des solutions, que de tisser des liens professionnels.

« On est aussi une institution ressource (...). L'intérêt c'est vraiment la transversalité des travailleurs sociaux. Comprendre c'est une chose et pratiquer c'est pas du tout pareil. La formation est nécessaire entre professionnels pour discuter. Il y a des évolutions juridiques,

des pathologies nouvelles. En addictologie, ça a souvent posé des problèmes pour les personnes de la psychiatrie adulte. On est démunis par rapport à ça. Il ne faut pas que des cours théoriques mais se nourrir des expériences des autres : en ambulatoire, en intra, en psy... Se nourrir de ça pour continuer à exercer au plus proche des difficultés des gens. J'ai fait un stage pendant une semaine dans le secteur en psychiatrie. C'est une première expérience et ça permet aussi de visualiser les partenaires avec qui on travaille, de voir comment ça fonctionne. Il faudrait aller dans tous les services presque. Ils ont des politiques et des manières de bosser tellement différentes. Les problèmes sont nombreux. Une semaine c'est très court. J'ai pu assister à des entretiens pour envisager la sortie de patients, ça permet de voir comment ça se passe à l'intérieur. » (HN SAMSAH 2)

Les professionnels du secteur sanitaire connaissent relativement mal l'éventail des structures sociales et médico-sociales existantes et leurs particularités ce qui soulève des difficultés en termes d'orientation des patients après leur hospitalisation. Une mauvaise orientation peut en effet être préjudiciable pour le patient et pour l'ensemble des résidents de la structure d'accueil.

« Nous on essaye en priorité de faire passer notre savoir, notre accompagnement à nos partenaires médicaux (le CMP). Faire passer notre savoir faire pour qu'ils disent telle ou telle personne correspond à votre projet. Sinon on perd du temps s'ils ne savent pas comment nous on fonctionne. Si ça ils l'ont compris, ils savent que tel ou tel public rentre dans nos cordes. On est toujours en train de dire ce qu'on fait. » (HN Foyer de vie)

Les professionnels du secteur sanitaire ne formulent toutefois que peu de demandes de formation sur l'accompagnement médico-social. Si l'organisation de formations à destination du secteur sanitaire pour une meilleure appréhension de l'ensemble des structures existantes et de leur projet constitue une solution, certains envisagent également la création de pôles médico-psychologiques déconcentrés qui permettent de faire le lien entre le Centre médico-psychologique et les structures d'accueil.

« (...) Aujourd'hui quand un adulte a besoin d'un renouvellement d'ordonnance, il va au CMP [Centre médico-psychologique]. Ce serait intéressant d'avoir des pôles déconcentrés sur le territoire, moins connotés psychiatriques. Des unités déconcentrées du CMP où la rencontre avec la psychiatrie est moins connotée versant hospitalisation psy. Ça permettrait d'éviter la connotation folie, ils sont très sensibles à ça. (...) Ça amènerait une proximité qui permettrait aux psychiatres de comprendre comment la prise en charge sociale a évolué. Au niveau du CHS c'est... Ils n'ont pas du tout conscience de ce qu'on propose. Ils ont besoin de portes de sorties parce que les malades embolissent l'accueil. Mais en même temps il y a une méconnaissance assez importante de ce que sont devenues les structures d'accueil handicap. Certains psychiatres font les diagnostics sans savoir où vont les gens. L'humanisation et le partage des connaissances est nécessaire. Il faut un outil polymorphe qui permette la connaissance. » (HN Foyer de vie)

La constitution de réseaux peut être formalisée mais les partenariats informels sont également efficaces

La constitution de réseaux formalisés peut être perçue positivement par les décideurs ou par les acteurs, comme l'illustrent ces deux exemples

- EX 1 : le RRAPP - Réseau Régional d'Action Psychiatrie Précarité (Rouen)

« En 2009, création d'un réseau partenarial d'Action Psychiatrie Précarité et pour l'accès aux soins en Haute Normandie : le RRAPP. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire a souligné l'intérêt de constituer un réseau articulé autour d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie. Il s'agit de soutenir, selon les termes de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation,

la création de ce type de structures, d'organiser des liens en termes d'échanges et de formation, d'inscrire ce réseau régional dans des échanges avec d'autres régions et au niveau national, d'initier des réponses adaptées au contexte local de chacune des zones de la région pour les personnes en situation de précarité et d'exclusion et les équipes de professionnels qui interviennent dans ce champ. (...) Le RRAPP s'est constitué sous forme associative (loi 1901) et bénéficie du soutien de quatre grands établissements de Santé de la région.» (<http://www.rrapp.fr>)

- EX 2 : Conseil local de santé mentale

« C'est un dispositif mis en place sous l'égide du centre collaborateur OMS, pour impliquer les élus de la municipalité sur le plan de la politique santé mentale : l'accès à la culture, les loisirs, les soins, le logement, la sécurité... Cela me paraît être de nature à favoriser la lutte contre la stigmatisation et les discriminations en matière de maladie mentale, très importante. L'objectif est d'informer mais surtout de favoriser l'accès au logement. L'effet stigmatisation se fait énormément sentir, on a énormément de mal à trouver des bailleurs privés. Moi, le maire, les gens de mon secteur, les gens du CCAS, la gendarmerie, la police municipale et les pompiers, et l'action sociale. Tous les 15 jours, c'est tout à fait opérationnel, sous l'égide de l'OMS. On retrouve ça au niveau national. On fait un examen des situations individuelles posant un problème au niveau de la municipalité, cela suppose un secret professionnel partagé entre différents acteurs. On rencontre des difficultés diverses de toutes natures. » (S11)

Mais la mise en place de partenariats informels fondés sur les connaissances interpersonnelles est également reconnue par les professionnels, même si ce travail est moins visible.

« Petit à petit culturellement ça a bougé, d'une défiance de la psychiatrie et d'un refus de la psychiatrie de notre côté on est passé au partenariat. » (LR Foyer 1)

« On fait des réunions de synthèse, on va sur place dans les structures médico-sociales, on les reçoit ici... C'est tout un travail invisible. Il faut faire la présentation du patient, l'accompagnement du patient pour qu'il aille voir la structure, l'accompagner pour un laps de temps, on retourne le chercher...» (S5)

Le manque de temps et d'effectifs est perçu comme un frein à la mise en place de partenariats et la constitution de réseaux .

« Travailler avec le médico-social nécessite une continuité entre l'équipe soignante et entre équipes intersectorielles. Ça demande un investissement et une mobilisation des équipes. » (S5)

« On est prêts à développer plus de travail de réseau mais on butte sur les effectifs. En plus le développement ne coûte pas très cher, un temps médical en plus permet de prendre en charge 4 à 6 EPHAD, ce ne sont pas des équipes très lourdes. » (S19)

Les conventions entre les secteurs sanitaire et médico-social fonctionnent quand les pratiques précèdent les conventions

« Les conventions fonctionnent bien quand les pratiques précèdent les conventions. Elles ne remplacent pas les relations interpersonnelles. » (S5) Différentes pratiques sont citées par les professionnels.

Intervenir hors de leurs structures pour les équipes psychiatriques est la première possibilité ; ces interventions dans les structures médico-sociales se limitent souvent à de

simples consultations auprès des patients et non à un réel partenariat avec les professionnels de la structure.

« Quand vous me demandez des structures intéressantes à contacter je m'aperçois que nos relations avec les structures médico-sociales c'est de la consultation mais qu'on n'a pas engagé plus. » (S4)

Garantir le retour dans la structure médico-sociale après l'hospitalisation une fois la stabilisation du patient retrouvée est une difficulté souvent soulignée par le secteur sanitaire. S'il existe parfois des conventions tacites entre certaines structures et l'hôpital, de nombreux acteurs du sanitaire prônent la mise en place de conventions formelles dans le cadre desquels les structures médico-sociales s'engagent à reprendre leurs patients à la suite de leur hospitalisation.

« Quand un ESAT avec foyer se trouve en difficulté avec des personnes qui ont travaillé chez eux des années, ils les mettent en HDT chez nous et ils disent après qu'ils ne peuvent plus les reprendre. » (S4)

« Ce qu'on a du mal à faire avec toutes ces structures médico-sociales d'hébergement c'est arriver à signer des contrats pour qu'elles reprennent les gens qu'elles envoient chez nous. Elles envoient le patient au moment d'une crise majeure et ne veulent plus le reprendre après. On voudrait mettre sur pied une forme de règle dans le département. Ces établissements sont complets très vite, quand des patients en crise partent pour l'hôpital, d'autres poussent pour prendre leur place. » (S19)

Réserver des places dans des structures médico-sociales pour les patients atteints de maladies psychiatriques est une autre façon d'anticiper la sortie des patients souffrant de troubles psychiatriques est pour l'hôpital de mettre en place des conventions avec des structures médico-sociales sous la forme de lits réservés.

« Ce qui pose problème c'est de trouver des alternatives à l'hospitalisation, c'est l'accueil et le logement de nos patients. On a une convention avec une association qui gère une maison relais. Ils nous ont réservé des lits pour accueillir des patients avec des problématiques psy stabilisés. » (S6)

Les équipes mobiles de psychiatrie permettent de créer et d'entretenir un réseau de collaboration avec les structures des champs social et médico-social.

Les équipes mobiles précarité

« La mission de l'équipe est d'amener vers les soins les gens qui les refusent. Grâce à nos contacts avec des partenaires, il s'agit de remettre ces malades dans le circuit du soin. » (S 22)

- EX 1 : L'Unité Mobile d'Action Psychiatrique auprès des Personnes Précarisées (UMAPP)

« L'UMAPP est basée dans un lieu du centre-ville du secteur social où se retrouvent des associations. (...) C'est un lieu qui accueille les gens à la journée et les re dispatche ensuite. Il est géré par des associations. C'est un lieu de soin hospitalier dans un lieu géré par des associations : on a une équipe composée de médecins, de psychiatres, d'infirmiers. C'est un travail auprès des personnes précarisées, on fait des permanences dans des CHRS y compris un gros CHRS d'urgence, où les gens ne dorment qu'une nuit. Il y a un travail de réseau important avec le secteur socioéducatif. » (S19)

- EX : 2 : Equipe mobile précarité

« Avec l'équipe mobile précarité on s'adresse à la frange de patients les plus lourds et les plus précaires (...). On travaille beaucoup avec le CHRS de N. en particulier, ils accueillent des patients en précarité. On a moins de difficultés qu'avant, des liens plus étroits avec les structures d'accueil et d'hébergement d'urgence. L'équipe mobile répond aux besoins du territoire à la demande du CHRS. » (S6)

Les équipes mobiles de géro-psycho-geriatrie

- EX 3 : Equipe mobile géro-psycho-geriatrie

« On a une structure de géro-psycho-geriatrie (...) toute une unité qui travaille en partenariat avec des EPHAD, qui fait un travail de réseau très important. C'est une équipe mobile, qui fait des allers-retours. On a la possibilité d'hospitaliser le week-end, il y a tout un tas de montages possibles. On envoie des infirmières et médecins dans les EHPAD. C'est un travail très important, très développé. » (S19)

De manière générale, faire que les professionnels sortent de leur structure, notamment sanitaire est avancé comme une solution

« L'équipe mobile c'est la seule solution pour que les établissements gardent les patients et ne les renvoient pas au service. Tout le monde le fait et ce d'autant plus que les structures n'ont plus de psychiatres. Il faut être présent sur le terrain pour maintenir un patient dans un établissement et en faire accepter d'autres. » (S17)

Des structures intermédiaires d'aide à l'insertion peuvent améliorer la fluidité des parcours et empêcher les ruptures

Pour faciliter l'admission des patients dans une structure sociale ou médico-sociale, voire leur sortie et leur réadaptation à la vie en dehors de toute prise en charge, des structures ou des organisations ont parfois été spécialement créées. Il s'agit ainsi d'aider le patient à construire un projet et à l'accompagner dans la prise de contact avec l'extérieur. La première étape est la sortie de l'hôpital et peut être poursuivie par l'insertion dans le monde du travail.

Préparer l'admission des personnes stabilisées dans une structure médico-sociale adaptée est un objectif qui peut être mis en œuvre par l'intermédiaire de structures ou de modalités spécifiques, ceci afin d'éviter l'échec de l'intégration suivi de leur réhospitalisation

- EX 1 : Unité Sephora : une unité de transition entre l'hôpital et le foyer de vie

« On a adapté une espèce d'unité de transition entre l'hôpital et le foyer de vie. Ils sont entre deux, ils travaillent sur l'autonomie des personnes qu'on ne travaille pas du tout à l'hôpital. Ils les préparent à intégrer une unité de vie. Ce sont des personnes stabilisées depuis un certain temps, dans une sorte de projet. Ça fait une grosse différence par rapport aux autres services. (...) Ils ont une unité mobile qui leur permet d'accompagner vraiment sur le terrain, dans les structures (...) Ils ont un document de liaison récapitulant la situation de la personne, administrative, budgétaire, qui est le tuteur, est-ce qu'il y a un besoin d'accompagnement vers l'autonomie. Du jamais vu dans sanitaire. » (LR Foyer 1)

- EX 2 : PASS : Préparer l'admission dans une structure sociale ou médico-sociale

« Nous avons créé PASS, une structure d'aide à la sortie, dans le service. Nous avons un éducateur qui y travaille (c'est la première fois dans un service de psychiatrie adulte), un infirmier et une assistante sociale. Le but est de préparer le patient pour qu'il soit accueilli autre part. C'est une structure de préparation à la sortie. » (S20)

« On a des éducateurs qui sont à 80% dans ce pavillon. On est assez novateur, j'ai beaucoup travaillé en hôpital général, et je me suis dit il faut créer une unité pour les autonomiser avant. Pour qu'ils soient plus présentables auprès de ceux qui viennent d'autres services. Ce n'est pas le rôle d'un infirmier mais d'un éducateur.» (S20)

- Ex 3 : Equipe infirmière de médiation avec les établissements sociaux et médicosociaux

« Le modèle de travail en partenariat a parfois besoin d'un cadre infirmier ou psy qui ait du temps pour faire du réseau. » (S19)

« Ça date d'il y a deux ans. Face au constat de la sur-utilisation des lits du service avec des sorties dures à mettre en œuvre et du débordement de l'assistante sociale unique du service, le cadre du service m'a proposé de constituer cette petite équipe d'infirmières qui est chargée de faire un travail en coopération avec l'assistante sociale, tout en ayant plus de disponibilités.

On travaille avec les établissements médicosociaux par notre propre assistance sociale et nos équipes infirmières, dont une en particulier est plus spécifiquement réservée pour la médiation avec les équipes d'établissements médicosociaux et sociaux et qui prépare la sortie d'hospitalisation en travaillant en aval. Elle est en lien très étroit avec l'assistante sociale du secteur. L'équipe infirmière continue en général pendant un an d'aller visiter ce patient et de travailler avec l'institution accueillante.(...) oui c'est assez spécifique au service.(S17)

L'évaluation des compétences et la réadaptation au monde du travail peuvent également être facilitées par des organisations *ad hoc*

- Ex 1 : Mission MAIRE⁵⁹ : réadaptation au monde du travail

La mission MAIRE, mise en place dans les années 80 a vocation à favoriser la réadaptation au monde du travail des 16-50 ans. Cela implique une prise en charge du trajet vers un travail adapté protégé ou ordinaire, ainsi qu'un bilan d'orientation. L'évaluation des compétences avant de dresser le bilan d'orientation s'effectue pendant six semaines dans six ateliers différents. La prise en charge peut s'étendre de un à trois ans, jusqu'à ce qu'une place en ESAT se libère.

La mission Équipe Développement Insertion Travail (EDIT), émanation de MAIRE, prend plus spécifiquement en charge l'accompagnement vers un travail ordinaire et travaille en collaboration avec Pôle Emploi.

- EX 2 : Coordination insertion professionnelle

⁵⁹ Cette mission tient son nom du lieu dit où est située une structure de réinsertion

« Le groupe de travail Coordination Insertion Professionnelle travaille en lien avec l'hôpital, pôle emploi, Cap emploi, les acteurs locaux... Il y a des choses qui se font, mais c'est très parcellaire. Ca manque de lien. Il y a un poste de coordinateur qui va travailler à mettre en lien ce qui a été fait. On a l'accord pour une année expérimentale .L'infrastructure c'est notre association. Pour le poste c'est l'hôpital ».

EN CONCLUSION

Cette étude qualitative originale, menée auprès des professionnels de différentes structures intervenant auprès des personnes souffrant de troubles psychiatriques a tenté d'analyser la question du décloisonnement des prises en charge, qui constitue un axe central du Plan : que recouvre cette notion pour les professionnels de terrain ? Avec quelles finalités est-elle mobilisée ? Quelle est sa réalité sur le terrain ? Quels sont les outils mis en place pour la promouvoir et avec quels résultats ?

Ses apports permettent de mieux appréhender les évolutions et les freins au travail en commun des acteurs des différents champs concernés, ainsi que les points critiques pour aboutir à des parcours de prise en charge harmonieux.

Le décloisonnement est en soi une notion problématique dans la mesure où elle suppose un cloisonnement initial. Certains diront qu'en cela, elle entretient une vision hospitalo-centrée de la prise en charge des pathologies psychiatriques. Le travail de terrain mené dans le cadre de cette évaluation montre cependant que la notion a une pertinence pour une majorité de professionnels, parfois pour des raisons différentes. Pour les professionnels du sanitaire, le manque de lits et la difficulté à faire entrer de nouveaux patients en en faisant sortir d'autres plaide pour une meilleure « circulation » des patients vers le médico-social et le social de droit commun. Pour les professionnels du médico-social ou du milieu associatif, la prise en charge de la maladie mentale et la construction d'un projet de vie pertinent ont besoin de s'appuyer sur un hôpital disponible et réactif.

A la lumière de ce constat, deux conclusions majeures peuvent être tirées de ce travail :

1. Le débat qui opposerait une approche hospitalo-centrée à une vision alternative, moins institutionnalisée, des prises en charge, est mal posé. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation et la construction de partenariats entre le sanitaire, le médico-social et l'associatif pour favoriser le travail commun fonctionnent d'autant mieux que les partenaires peuvent s'adosser à l'hôpital public, pour gérer les crises ou faire appel à des compétences spécifiques.

2. Une tension très forte traverse le sanitaire autour de la philosophie même de la psychiatrie, qui engage la manière même dont le décloisonnement peut être pensé et mis en œuvre : une première tendance va vers une protocolisation de la prise en charge, cherchant à rapprocher la psychiatrie d'autres spécialités médicales selon un modèle « diagnostic, traitement, sortie ». Une autre tendance consiste à développer des approches thérapeutiques créatives qui passent par les activités d'épanouissement de soi, le logement, la vie sociale... Potentiellement, ces deux approches appellent la mobilisation de partenaires autres que sanitaires, mais selon des perspectives très différentes. Pour la première voie, il s'agit de mettre en place un passage de relais. Pour la seconde, il s'agit de constituer un espace de travail commun. Les outils et les pratiques effectives, et les finalités mêmes du décloisonnement ne sont alors pas les mêmes.

Deux conditions sont perçues dans tous les cas comme nécessaires au fonctionnement effectif de l'articulation entre secteurs sanitaire et médico-social. La première est l'existence de moyens suffisants. En effet, les services qui sont les moins sous tension ont une plus grande latitude pour la prise de risque, la gestion des essais - erreurs dans la construction des parcours de soin, le développement de partenariats qui prennent du temps etc. C'est à cette condition que peuvent se développer des pratiques de travail communes qui permettent d'améliorer la fluidité des parcours de soin. La seconde condition, qui fonctionne en lien étroit avec la première, est le développement d'une culture professionnelle commune entre les secteurs sanitaire et médico-social. Sur ce point, des outils (formations, réseaux, conventions...) existent et sont mobilisés dans de nombreux secteurs. Il s'agit là d'un levier majeur d'articulation entre les secteurs.

8 LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS

L'axe 4 du Plan prévoyait la mise en place de programmes spécifiques dont un axe sur le public des enfants et des adolescents ainsi que sur la périnatalité. Le programme 4.3 a été retenu comme prioritaire par les membres du comité d'évaluation.

Cette section doit ainsi permettre de répondre aux questions évaluatives suivantes :

Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le repérage et la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants ?

Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer la prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents ?

Sans exclure totalement le volet périnatalité, l'évaluation s'est concentrée sur les publics enfants et adolescents, étant entendu que la périnatalité est traitée dans le cadre d'un Plan spécifique, ayant lui-même déjà fait l'objet d'une évaluation. La présente évaluation tentera néanmoins de répondre à la question suivante qui entre dans le champ de la prévention : *"Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer la sécurité émotionnelle des parents, dans un but de prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants ?"*

LES CONSTATS A L'ORIGINE DU PLAN : LA NECESSITE D'UN MEILLEUR REPERAGE DES TROUBLES CHEZ LES ENFANTS ET D'UNE COORDINATION RENFORCEE ENTRE ACTEURS

En guise de diagnostic, le Plan Psychiatrie et Santé mentale rappelait les conclusions de l'expertise collective de l'INSERM, rendue publique en février 2003, sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant, qui établit qu'un enfant sur huit en France souffrirait de troubles mentaux communs (qu'il s'agisse d'autisme, d'hyperactivité, de troubles obsessionnels compulsifs, de troubles de l'humeur, d'anxiété, d'anorexie, de boulimie ou de schizophrénie, ces troubles peuvent avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant), alors que seule une minorité d'entre eux serait en contact avec des services spécialisés.

L'expertise de l'INSERM citée dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale alertait ainsi sur la nécessité de repérer plus précocement les signes d'appel afin d'identifier les troubles et permettre leur prise en charge sans retard préjudiciable au développement de l'enfant. En effet, un délai important, parfois de plusieurs années, peut exister entre l'apparition des premiers symptômes et leur diagnostic.

Si les professionnels dénoncent encore ce retard au diagnostic, il faut noter la croissance rapide de l'effectif des enfants et adolescents suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont la file active avait déjà augmenté de 68 % entre 1988 et 1997, l'effectif des moins de cinq ans étant celui qui avait augmenté le plus rapidement dans la même période (84%). Cette augmentation témoigne d'une sensibilisation croissante des adultes aux signes de troubles mentaux chez l'enfant et d'une certaine banalisation du recours aux services spécialisés de santé mentale infanto-juvénile, favorisant un accès aux soins plus précoce.

Ces faits sont à mettre en regard d'une réalité sensiblement différente vécue par de nombreuses institutions du champ social, médico-social, éducatif et judiciaire. Confrontées à des difficultés importantes du fait des troubles psychiques ou comportementaux des enfants et des jeunes qu'elles suivent ou qui leur sont confiés, elles signalent les difficultés que rencontrent ces publics tant pour accéder aux soins que pour bénéficier d'une continuité de soins au long des différentes étapes du développement.

Ces constats ont conduit à inscrire les objectifs suivants dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale:

- renforcer les capacités de repérage des enfants et des adolescents présentant des signes de souffrance ou des troubles psychiques ;
- favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents ;
- renforcer les moyens structurellement insuffisants du dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile ;
- renforcer les articulations entre les professionnels de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie générale, des services somatiques et plus largement du champ social, médico-social, éducatif et judiciaire.

DES REALISATIONS INSUFFISANTES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS FIXES QUE CE SOIT EN MATIERE DE REPERAGE, D'ACCES AUX SOINS OU DE COORDINATION DES ACTEURS

Les questions évaluatives ciblées par le comité d'évaluation se réfèrent à l'ensemble de l'objectif opérationnel "Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents". Cet objectif se décline en sous-objectifs et mesures ici rappelées :

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE 4 Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.3 "Périnatalité, enfants et adolescents"</p>	<p>Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents</p>	<p>Renforcer les capacités de repérage des enfants et des adolescents présentant des signes de souffrance ou des troubles psychiques Favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents</p>	<p>Élaboration par la FFP d'un outil de repérage précoce des troubles du développement des enfants et des manifestations de souffrance psychique des adolescents à l'usage des professionnels de santé. Proposition à l'ENSP d'utiliser cet outil en qualité de référentiel de formation des professionnels de soins primaires.</p>	<p>Élaboration par la FFP d'un référentiel de formation "<i>repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et adolescents</i>".</p> <p>7 sessions de formation de formateurs organisées sur la base de ce référentiel</p>
			<p>Renforcer les moyens structurellement insuffisants du dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile</p>	<p>Réalisation par les chercheurs cliniciens de l'INSERM d'un état des lieux des collaborations entre les équipes éducatives et les équipes de CMP/CMPP</p>	<p>Rapport de Mme Choquet (juin 2005) sur les collaborations entre équipes éducatives et les équipes de CMP/CMPP</p>
			<p>Renforcer les articulations entre les professionnels de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie générale, des services somatiques et plus largement du champ social, médico-social, éducatif et judiciaire</p>	<p>Expérimentation, par les Ministères de la santé et de l'éducation nationale, de procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels spécialisés des troubles et souffrances psychiques repérés en milieu scolaire ("dispositifs-contacts")</p>	<p>Engagement de l'expérimentation dans 15 régions. Mesure entièrement réalisée au terme du Plan dans 4 régions</p>
			<p></p>	<p>Réalisation d'une étude sur les troubles psychopathologiques, les facteurs de risques, les trajectoires institutionnelles et trajectoires de soin des mineurs sous main de justice</p>	<p>Réalisation d'une étude de faisabilité pour l'étude de la prévalence des troubles psychopathologiques chez les mineurs ayant fait l'objet d'une décision de protection de l'enfance par l'ASE ou la PJJ</p> <p>Financement du projet de recherche "<i>Adolescents difficiles et urgences psychiatriques qui sont-ils ? Quels sont leurs parcours ?</i>"</p> <p>Réalisation d'un état des lieux sur l'articulation entre les services de la PJJ et les équipes de psychiatrie.</p> <p>Rapport d'information sur "la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des mineurs placés sous main de justice.</p>

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE 4 Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.3 "Périnatalité, enfants et adolescents"</p>	<p>Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents</p>	<p>Renforcer les capacités de repérage des enfants et des adolescents présentant des signes de souffrance ou des troubles psychiques Favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents</p>	<p>Renforcement des moyens humains de la psychiatrie infanto-juvénile en faveur du développement des alternatives à l'hospitalisation, du renforcement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation complète</p>	<p>24 millions d'euros dédiés au renforcement des capacités de prise en charge ambulatoire et alternative (soit la moitié des crédits en la matière destinés à la psychiatrie infanto-juvénile)</p> <p>Allocation d'un quart des crédits accordés à la santé mentale au profit du développement des capacités de prise en charge des troubles psychiques des enfants / adolescents en hospitalisation complète</p> <p>40 millions d'euros alloués aux activités de pédopsychiatrie infanto-juvénile permettant la création de 91 postes médicaux et 693 postes non médicaux</p> <p>12 départements dépourvus de capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile 4 té dotés de possibilités de prise en charge.</p> <p>En 2008, 16 régions disposent d'une unité de prise en charge des troubles du comportement alimentaire des adolescents</p>
			<p>Renforcer les moyens structurellement insuffisants du dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile</p> <p>Renforcer les articulations entre les professionnels de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie générale, des services somatiques et plus largement du champ social, médico-social, éducatif et judiciaire</p>	<p>Renforcement, dans le cadre des SROS 3, des moyens d'intervention des équipes de pédopsychiatrie pour assurer la prévention et les soins nécessaires</p>	<p>Les réalisations citées dans le bilan du PPSM ne sont pas à imputer directement au Plan (création de 880 places d'ITEP, autorisation et financement de 1500 places en SESSAD). Aucune mesure propre au Plan n'est citée.</p>
				<p>Finalisation d'un cahier des charges des missions et des modalités de financement des maisons des adolescents</p>	<p>Elaboration d'un cahier des charges national en 2005. Le financement des maisons des adolescents intervenu en sus du PPSM a permis fin 2008 la mise en place de 68 structures proposant des soins pluridisciplinaires et une orientation des adolescents.</p>

Des avancées dans les actions de prévention très précoces à la maternité mais pas de mesure de l'impact

La mesure du Plan "Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité" reprend une mesure du Plan Périnatalité 2005-2007 et on peut se féliciter de cette cohérence.

Pour prévenir les troubles du développement psychoaffectif des enfants avant la naissance, des collaborations entre les professionnels de la naissance et ceux de la santé mentale sont nécessaires. Cette mesure a été portée par la diffusion d'une circulaire DHOS-DGS n°2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Fondées sur les travaux de Françoise MOLENAT, dont le rapport est annexé à la circulaire, les recommandations concernent :

- Premièrement, la mise en œuvre de formations interdisciplinaires pour constituer un esprit de réseau en augmentant la compétence des professionnels.

Un référentiel de formation a été rédigé à l'initiative de la DGS par la société française de médecine périnatale, la société francophone de psychologie périnatale et l'association de formation et de recherche sur l'enfant et son environnement (AFREE). Il s'agit d'apprendre à dépister les vulnérabilités sans aller sur le versant psychiatrique, en renforçant la compétence des parents. De nombreuses initiatives ont été mises en œuvre dans les régions notamment au travers des réseaux mais aussi des formations académiques sur ce thème : exemple du DIU de psychopérinatalité de Montpellier, Lyon et Paris

- Deuxièmement, la mise en place de l'entretien prénatal précoce (EPP), au quatrième mois de la grossesse.

Ces entretiens, qui sont spécifiques -réalisés par des sages-femmes formées à partir du référentiel de formation élaboré par la HAS, ont pour objet d'amener les parents à la confiance en leur permettant d'exprimer leurs attentes, leurs questions, leurs craintes - ne peuvent pas encore être comptabilisés dans les bases statistiques. On ne peut donc ni en apprécier la mise en œuvre, ni analyser les demandes de suivi spécialisé qui en résultent. L'UNAF en 2009, a interrogé des usagères volontaires et 66% d'entre elles ayant bénéficié de l'entretien prénatal précoce, en étaient satisfaites et s'en trouvaient rassurées.

Le Plan périnatalité relayé par le Plan Psychiatrie et Santé mentale, dans ce cadre, permis la création de 209 postes de psychologues recrutés dans les maternités.

L'évaluation du Plan Périnatalité, si elle n'a pas répondu à la question de l'effectivité de la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants apporte néanmoins des éléments : quantitatifs et qualitatifs :

- quantitatifs : les outils prévus ont été mis en place, notamment l'évaluation des pratiques professionnelles et la présence de psychologues dans les maternités,
- qualitatifs : les mères interrogées en focus groupes, estiment dans 59% des cas que les professionnels se sont coordonnés pour le suivi de leur grossesse, mais peu identifient l'existence d'un entretien spécifique au quatrième mois (EPP) ; elles ignorent ses finalités et de ce fait ne s'y préparent pas et n'en tirent pas bénéfice.

Les professionnels insistent sur l'apport des collaborations médico-psychologiques dans les situations difficiles : diagnostics anténatals, interruptions thérapeutiques de grossesse, grands prématurés, accouchements sous X, fin de vie des nouveau-nés, addictions, violences conjugales. Ces éléments ont été confirmés lors de la conférence évaluative.

Ainsi on peut estimer qu'il y a eu une contribution des Plans Périnatalité et Psychiatrie et Santé mentale au développement de la sécurité émotionnelle des couples sans pouvoir

apprécier aujourd'hui l'impact en termes de prévention des troubles du développement psychoaffectif des enfants. Dans l'avenir, la cohorte d'enfants suivis de la naissance à l'âge adulte "ELFE", mise en place récemment, permettra sans doute d'avoir des données en la matière.

Peu de réalisations en matière de promotion de la santé mentale chez l'enfant

Le chapitre "Mieux informer et prévenir" contenait une partie concernant la promotion de la santé mentale s'adressant notamment aux enfants et aux adolescents.

L'INPES devait conduire plusieurs actions : la réalisation d'un guide d'aide à l'action en promotion de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, un état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé en France ciblé sur ce même public et l'expérimentation d'actions au profit des enfants de milieu défavorisé.

Si ces actions n'ont pas été réalisées en tant que telles, l'INPES a néanmoins produit une réflexion scientifique sur la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé⁶⁰. Après un rappel des théories sur lesquelles s'appuient les interventions validées et une analyse du dialogue entre théorie et pratique, le travail propose une revue sélective d'interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale et analyse particulièrement les différents programmes qui visent à soutenir la parentalité.

A partir de là, l'INPES a soutenu une recherche action, le projet CAPEDP⁶¹ (2006-2011) retenu dans le cadre de l'appel à projets de recherche 2005-2006 et financé à hauteur de 290 000 € de subventions versées sur la période 2006-2009 pour l'évaluation quantitative, auxquels s'ajoutent 41 400 € en 2010 pour l'étude qualitative.

Il s'agit d'évaluer l'impact d'un programme de prévention des troubles psychologiques et de promotion de la santé mentale de la petite enfance en termes de dépression post-natale, compétences parentales et troubles psychologiques de l'enfant, dans des familles vulnérables en Île-de-France (pilote par l'Hôpital Maison Blanche). L'évaluation est quantitative (comparaison des résultats sur 440 femmes primipares de faible niveau d'éducation, réparties aléatoirement dans le programme d'intervention ou dans le groupe témoin) et qualitative (données recueillies par entretiens et focus groupe auprès de 50 familles).

Le résultat de cette recherche-action n'est pas encore disponible mais il permettra de valider ce type d'approche en promotion/prévention précoce. Des exemples de cette nature, interventions encadrées permettant une validation, doivent se multiplier si on veut aboutir à une promotion/prévention en santé mentale fondée sur les preuves.

Des réalisations favorisant le repérage des troubles mais insuffisantes pour atteindre les objectifs fixés

Des formateurs formés par l'EHESP mais pas de déploiement systématique dans les régions

Conformément à ce qui était prévu dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale, un référentiel d'observation pour « le repérage précoce des manifestations de souffrance psychique et des

⁶⁰ SHANKLAND R., LAMBOY B., Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé ; juin 2011 Pratiques psychologiques vol.17,p153-172

⁶¹ Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience

troubles du développement des enfants et adolescents » destiné aux médecins de premier recours en lien avec ces publics (médecins de PMI, de santé scolaire et pédiatres) a été élaboré par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP), afin d'aider au diagnostic précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des adolescents. Celui-ci présente, par tranche d'âge (petite enfance, âge scolaire, adolescence) les enjeux de la période, les principaux signes d'appel ainsi que des recommandations sur ce qu'il est possible de faire, cela en incitant à l'échange entre médecins de différents horizons.

Cet outil a été utilisé comme référentiel de formation, pour former des formateurs : sept sessions de formation de formateurs (quatre en 2005/2006 et trois en 2007) ont été organisées par l'École nationale de la santé publique (aujourd'hui École des hautes études en Santé Publique – EHESP) dans quatre inter-régions : Paris, Sète, Rennes et Lyon. D'après une enquête menée en 2008 et citée dans le bilan de suivi du Plan, ces sessions ont réuni environ 150 professionnels de santé (pour près de 20% des médecins de PMI, pour plus de 45% de psychiatres et pédopsychiatres, psychologues, 35% de médecins de l'éducation nationale) provenant de 20 régions et représentant 57 départements, qui sont devenus formateurs.

Parallèlement, des fiches cliniques plus développées ont été élaborées à l'intention des formateurs des médecins de première ligne.

Cependant, la mise en œuvre des formations sur le terrain a été extrêmement limitée et très variable selon les régions.

Par ailleurs, il était prévu que ces formations concernent à terme les médecins libéraux (pédiatres et généralistes) dans le cadre d'enseignements post-universitaires. Ceci n'a pas été fait.

Enfin, il est à remarquer que ce référentiel n'a pas fait l'objet d'une validation de la HAS et que cette dernière, probablement indépendamment du Plan et en suivant son programme de travail, a depuis diffusé des recommandations de bonnes pratiques de repérage dans certaines situations ou pour certaines pathologies : conduites à risques d'évolution psychopathique chez l'enfant 2006, anorexie mentale 2010, autisme et troubles envahissants du développement 2010.

Le Docteur Bernard DURAND pédopsychiatre de la Croix Marine dénonce ainsi, dans la revue Pluriels, cette diffusion très aléatoire de la formation des professionnels de première ligne *"l'objectif de former ensemble des pédopsychiatres, des médecins de l'Education Nationale et de PMI issus des mêmes régions, afin qu'ils constituent ensuite une équipe régionale qui démultiplie, dans leur propre territoire, ces formations jusqu'aux acteurs de première ligne, n'a malheureusement pas toujours été atteint. Le niveau très inégal d'implication des tutelles régionales n'a pas facilité la lisibilité des objectifs de cette action et l'effectivité de la démultiplication locale prévue initialement"* L'enquête de l'EHESP auprès des participants à la formation a confirmé cette donnée *« un tiers n'a pas relayé l'action sur le terrain pour des raisons d'isolement, de surcharge de travail et, surtout, l'absence d'appui des référents régionaux, ce qui fait que le "projet s'est perdu dans la masse des actions à mener"⁶².*

Les participants à la conférence évaluative, confirment également que le référentiel de formation de formateurs n'a pas fait l'objet d'une large mise en œuvre sur le terrain. Néanmoins, celui-ci sert de guide à un certain nombre de professionnels du champ de

⁶² Bernard DURAND, *Formation à un repérage plus précoce des troubles des enfants et des adolescents*, in Revue Pluriels, Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *L'école et la santé mentale des enfants : Prévention, dépistage, intégration pour tous à l'école : dynamique inclusive ou ségrégative*, n°76, novembre 2008.

l'Éducation nationale (notamment infirmiers, assistants et psychologues scolaires), celle-ci s'étant procuré ce référentiel auprès de la FFP.

A Paris, Jean-Pierre BARATAULT, conseiller auprès du recteur et Odile FAURE-FILASTRE, inspectrice en charge de la scolarisation des élèves en situation de handicap rapportent que les médecins scolaires ont été formés au repérage précoce des troubles psychopathologiques mais que les consultations pédopsychiatriques qui en découlent, sont encore souvent effectuées tardivement. Les facteurs limitants viendraient également de l'attitude des familles qui veulent seulement que l'on résolve les problèmes scolaires. C'est pourquoi ces responsables plaident pour un engagement des médecins scolaires dans les processus de repérage.

Une collaboration entre professionnels qui reste largement perfectible

Le repérage et le diagnostic précoce des souffrances psychique et des troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent nécessitent, outre la formation des professionnels, une collaboration entre les personnes en contact avec l'enfant et les professionnels de la psychiatrie en vue de favoriser la complémentarité des pratiques professionnelles dans le repérage et la prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques. C'est pourquoi la réalisation d'un état des lieux des collaborations entre les équipes éducatives et les équipes de CMP ou de CMPP a été prévue dans le Plan.

Ce travail conduit par l'Inserm (Marie Choquet et al.) à la demande des deux ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale et remis en juin 2005, fait apparaître que, d'une façon générale, il existe peu de collaborations structurées ou formalisées entre le champ éducatif et le champ sanitaire lorsqu'il s'agit notamment :

- de conduire des actions de prévention collective ;
- de favoriser un repérage précoce des troubles et souffrances psychiques ;
- de faciliter l'orientation des élèves vers les structures de soins spécialisées ainsi que les modalités d'échange entre équipes suite à une orientation vers le secteur sanitaire ;
- d'organiser en commun des réponses aux situations d'urgence ou de crise survenant en milieu scolaire ;
- de prendre en compte l'avis d'un CMP ou d'un CMPP dans les procédures d'orientation vers les structures spécialisées.

L'enquête souligne également les besoins de formation des professionnels de l'éducation nationale sur les problématiques du champ de la santé mentale. Dans le second degré, les thématiques de prévention du suicide, dépression et mal-être, l'information sur les troubles mentaux et les troubles des conduites alimentaires sont le plus fréquemment citées. La prévention des conduites addictives est mentionnée dans une moindre mesure. Dans le primaire, les besoins de formation pour les enseignants concernent principalement les modalités d'échange avec les parents sur ces problématiques.

Cette enquête met par ailleurs en évidence que l'existence de procédures de collaboration accroît le degré de satisfaction ressenti par les équipes éducatives lors de la résolution des crises et des situations d'urgence. C'est le cas notamment des établissements du second degré qui déclarent le plus grand nombre d'élèves concernés par le recours aux soins et qui ont organisé un plus grand nombre d'actions de prévention collective depuis deux ans. Ceux-ci font alors état de collaborations plus développées avec les équipes de soins spécialisées, et une meilleure appréciation des situations pour une plus juste orientation des élèves vers les CMP, CMPP ou autres structures de soins.

Une instruction conjointe⁶³ des ministères chargés de la santé et de l'éducation nationale a été adressée aux services déconcentrés afin d'une part de déployer des formations de repérage des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent et d'autre part de favoriser le déploiement des dispositifs de collaboration entre les établissements scolaires et les professionnels de soins spécialisés. Le Plan a permis de financer une expérimentation de procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels spécialisés des troubles et souffrances psychiques repérés en milieu scolaire ("dispositif contacts"). Conduite par les ministères de la santé et de l'éducation nationale, elle a été engagée dans 15 régions et entièrement réalisée à l'issue du Plan dans quatre régions seulement. A la date du bilan, il n'y avait pas d'informations sur les suites données à cette expérimentation. Il est donc difficile de tirer des conclusions globales sur ses apports.

Aujourd'hui en matière de repérage, les avancées restent insuffisantes

Le rapport du CESE de 2010⁶⁴ "La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge", souligne que *"le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent ont connu depuis quelques années d'indéniables progrès (...) ces troubles sont trop souvent mal connus et diagnostiqués tardivement (...) Les progrès dans la prise en charge de la maladie mentale des enfants et des adolescents doivent s'accompagner de progrès équivalents dans le dépistage afin d'orienter au mieux et le plus tôt possible. Or les études montrent que le dépistage des maladies mentales est souvent tardif en France."*

De plus, en matière de formation des professionnels aux problèmes de la pédopsychiatrie, le rapport du CESE conclut : *"médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires, pédiatres ne reçoivent pas une formation suffisante en psychiatrie"*.

Ces éléments ont été confirmés lors des auditions des responsables de l'Éducation nationale à Paris et de la présidente de la MNASM, ainsi que par des témoignages lors de la conférence évaluative.

Des avancées dans la prise en charge des enfants et des adolescents mais des disparités qui demeurent

Un renforcement de l'offre de soins insuffisant et inégal sur le territoire

Les acteurs interrogés dans le cadre de l'évaluation et notamment ceux qui ont participé à la conférence évaluative s'accordent pour souligner un certain nombre d'avancées en matière de prise en charge des enfants et des adolescents, notamment grâce au renforcement du financement des postes dans les secteurs de la pédopsychiatrie et du médico-social.

Le développement des capacités de prise en charge à temps complet a bénéficié d'une forte mobilisation des acteurs régionaux sur la période 2005-2008. Un quart environ des crédits accordés à la psychiatrie et santé mentale ont été ainsi alloués.

Pour renforcer les capacités de prise en charge sanitaire ambulatoire et alternative, la psychiatrie infanto-juvénile a été destinataire de la moitié des efforts consentis, recueillant à ce titre 24 millions d'euros de crédits.

⁶³ Circulaire Santé/Éducation nationale n° 2005-471 du 18 octobre 2005

⁶⁴ Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*, mars 2010

Ce sont au total 40 millions d'euros qui ont été attribuées aux activités de psychiatrie infanto-juvénile. Ce financement a donné lieu notamment à la création de 91 postes médicaux et 693 postes non médicaux (dont 117 postes de psychologues, 283 d'infirmiers, 27 d'assistants sociaux, 93 d'éducateurs, etc.). Ces chiffres sont à relativiser, comme le note l'IGAS⁶⁵ au regard du taux de vacances de certains postes hospitaliers, en particulier, des psychiatres, qui demeure élevé (20,4% selon l'ONDPS)

Le rapport du CESE souligne *"de fortes disparités entre les secteurs tant au niveau de leur activité que de leur organisation et de leurs moyens. Ces disparités sont pour partie liées au type d'établissement de rattachement. Ni la réduction du nombre de séjours ni la diminution du nombre de lits d'hospitalisation ne s'est effectuée de manière homogène sur le territoire, ce qui entraîne des variations importantes dans le nombre de patients pris en charge en ambulatoire et dans les délais d'attente selon les secteurs et les régions. Les disparités entre secteurs se retrouvent aussi dans les dotations en personnel dont ils disposent. Ces différences sont plus marquées en ce qui concerne le personnel infirmier (...) pour une première consultation avec un médecin (hors urgence), le délai minimum d'attente est d'un mois dans 55 % des secteurs et de plus de trois mois dans 16 % des secteurs"*.

Des capacités de prise en charge en hospitalisation à temps complet peu augmentées, avec des disparités régionales persistantes

Le Plan a cherché à dimensionner les capacités de l'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile de manière suffisante pour répondre à l'ensemble des besoins de prise en charge, notamment aux besoins des départements encore complètement dépourvus de telles unités. Ainsi, selon les comptes rendus de suivi du Plan, sur les 12 départements qui en étaient dépourvus en 2005, 4 ont été dotés de possibilités de prise en charge, soit au sein même du département, soit au niveau de la région ; en outre, deux départements avaient prévu de disposer de telles capacités d'ici 2010.

Le nombre de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile est passé de 2 085 lits en 2005 à 2116 lits en 2009 (source SAE), soit une augmentation de seulement 31 lits, mais cette augmentation fait suite à une diminution forte du nombre de lits depuis 2004. Ainsi les orientations nationales visant à créer des lits d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile ont été diversement suivies en région.

Plusieurs régions ont réduit leur nombre de lits (Pays de Loire, Bourgogne, Franche-Comté), tandis que d'autres l'ont augmenté (Champagne-Ardenne, Corse, Poitou-Charentes, Centre, Languedoc-Roussillon). Deux régions ultramarines n'ont pas de lits de psychiatrie infanto-juvénile (Martinique et Guyane). Les disparités sont fortes entre des régions largement dotées telles que l'Auvergne (35 lits pour 100 000 habitants de 19 ans ou moins) ou bien l'Aquitaine ou le Poitou-Charentes et des régions faiblement dotées (de 0 à 6 lits pour 100 000 habitant de 19 ans ou moins)⁶⁶. Il reste des départements qui sont dépourvus de lits d'hospitalisation psychiatrique pour les enfants et les adolescents : par exemple la Creuse, la Manche, l'Yonne, les Hauts de Seine..., le recours s'effectuant alors au niveau régional.

Pour les adolescents, des unités de prise en charge spécifiques ont été constituées, au niveau régional ou inter départemental, Pour l'année 2007, 9 régions ont ainsi soutenu un total de 12 projets visant à créer ou renforcer des unités de prise en charge des adolescents. Selon l'analyse des RAPSY 2008⁶⁷, 231 unités sont recensées et toutes les régions métropolitaines en disposent.

⁶⁵ AMARA Fadéla, JOURDAIN-MENNINGER Danièle, MESCLON-RAVAUD Myriam , LECOQ Gilles , La prise en charge du handicap psychique, Paris, Inspection Générale des Affaires Sociales, Août 2011.

⁶⁶ Source Drees pour la Cour des comptes

⁶⁷ Enquête administrative actuellement non exhaustive.

S'agissant des capacités d'accueil mère-bébé, l'analyse des mêmes RAPSY 2008 recense 27 unités dans 15 régions. Les organisations sont très variées et le rattachement des postes de psychologues créés s'est fait en faveur soit des établissements de psychiatrie, soit des services de maternité. Dans tous les cas et en particulier dans le cas fréquent où l'accueil mère-bébé se fait en maternité, il faut insister sur l'importance des collaborations entre équipes de psychiatrie et services de maternité.

Cette évolution limitée dans le champ de l'hospitalisation à temps complet était prévisible au vu des résultats de l'enquête réalisée dans le cadre du PPSM, en amont du lancement de l'appel d'offres pour l'investissement (2006 MAINH-CNEH hors unité mère-enfant). Parmi les 22 régions et 400 établissements totalement ou partiellement spécialisés en psychiatrie ayant répondu, 70% n'avaient pas de capacité d'accueil en psychiatrie infanto-juvénile et 80% d'entre eux n'avaient pas de projets pour en ouvrir.

Bien qu'au final, le nombre de lits soit quasiment stable, le nombre de journées d'hospitalisation a augmenté mais bien en deçà des objectifs inscrits dans les SROS III, qui visaient une augmentation des journées d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile comprise entre 31 684 journées pour les hypothèses basses et 265 598 journées supplémentaires pour l'hypothèse haute (sur une base de 409 112 journées). La SAE recense entre 2005 et 2009 seulement 8 527 journées d'hospitalisation supplémentaires sur la période, atteignant un total de 434 456 journées en 2009 (contre 425 929 en 2005).

La durée moyenne de séjour calculée à partir de la SAE en rapportant les journées d'hospitalisation aux entrées totales, fait apparaître une forte baisse entre 2005 et 2009 pour la psychiatrie infanto-juvénile, puisqu'elle est passée de 20 jours à 16 jours. Cependant le nombre de séjours en hospitalisation complète supérieure à un an a augmenté sur la durée du Plan et demande réflexion (229 en 2006 et 665 en 2009, source SAE). Selon les professionnels, ces hospitalisations correspondent le plus souvent à des enfants atteints de pathologies autistiques avec troubles du comportement pour des prises en charge complexes et longues. Des solutions plus adaptées devraient être développées pour ces patients, libérant ainsi des lits d'hospitalisation complète.

A la question de l'appréciation globale du manque de lits d'hospitalisation complète, le jugement des professionnels auditionnés ayant une vision nationale est plus nuancé. En effet, par principe, les pédopsychiatres estiment qu'il faut limiter au strict nécessaire les hospitalisations complètes qui créent des ruptures avec la famille, l'environnement social et les structures médico-sociales qui les accueillent ; dans cette perspective, une réflexion sur les besoins et les pratiques d'hospitalisation à temps complet est nécessaire. Les professionnels entendus notamment au cours de la conférence évaluative font essentiellement état de difficultés pour hospitaliser les patients en urgence, en période de crise. Ceci ramène à la question du repérage et de l'orientation plus précoces en pédopsychiatrie ainsi qu'au développement de la collaboration entre les professionnels des différents champs, qui pourraient limiter les hospitalisations en urgence.

Des alternatives à l'hospitalisation qui doivent s'intégrer dans un parcours de soins

En psychiatrie infanto-juvénile le nombre de places d'hôpital de jour et de nuit était à la baisse jusqu'en 2006 ; le Plan semble avoir impulsé la création de places, puisque leur nombre est passé de 8 739 en 2006 à 9 202 en 2009 pour l'hospitalisation de jour, et de 88 à 106 pour l'hospitalisation de nuit (source SAE).

La Cour des comptes note cette même évolution (+ 5,1% entre 2003 et 2009), mais souligne là encore des disparités régionales importantes.

La manière dont le parcours de soins s'est transformé à la faveur de la diminution des hospitalisations à temps complet et de l'augmentation des journées d'hospitalisation à temps partiel n'a pas été analysée de manière qualitative. Une étude du type de celle que le Crédoc a faite dans le cadre de ce rapport pour la prise en charge des adultes aurait été nécessaire.

Un dispositif de prise en charge ambulatoire saturé et donc insuffisamment réactif

Les CMP sont considérés comme la porte d'entrée du dispositif de soins en psychiatrie. Il en existe au moins un dans chacun des 321 intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile et parfois plusieurs. Le premier résultat de l'analyse des RAPSY⁶⁸ en dénombre 1568 en 2008, alors qu'il en existait 1560 en 2003 selon l'analyse des rapports de secteur.

A cette légère augmentation du nombre de structures, s'ajoute la création de postes médicaux et non médicaux dans le cadre du Plan devant permettre de mieux répondre à la demande et de diminuer le délai d'attente pour un premier rendez vous.

Par ailleurs, le nombre des recours au CMP a pratiquement doublé sur 10 ans, et les délais d'attente posent toujours problème : les rapports de secteurs de 2003 montraient que dans 37% des cas l'obtention d'un premier rendez-vous avec un médecin prenait d'une semaine à un mois et dans 16% des cas plus de 3 mois. Les chiffres 2008, fondés sur l'analyse des RAPSY, montrent une légère amélioration puisque qu'une première consultation avec un médecin prend d'une semaine à un mois dans 42% des cas et plus de 3 mois dans 14,3% des cas. 60% des structures de psychiatrie infanto-juvénile déclarent avoir une liste d'attente pour un premier rendez vous (contre 30% en psychiatrie générale)

Les témoignages des professionnels de la psychiatrie et de la pédiatrie sont concordants pour constater ces délais. En 2009⁶⁹, le Dr ISSERLIS, pédopsychiatre au CH de Versailles et présidente de la MNASM, faisait état d'une enquête en Ile de France montrant qu'il faut en moyenne 88 jours pour un premier rendez-vous puis 85 jours pour la mise en place effective de la prise en charge qui se fait donc au bout de six mois.

Dans certains secteurs, des organisations sont expérimentées pour réduire ces délais :

- Au pôle de psychiatrie publique de l'EPSM de Lille métropole pour enfants et adolescents, le Dr GARCIN a profondément réorganisé l'accueil des nouvelles demandes en le confiant aux infirmiers qui assurent l'évaluation de la situation clinique. Celle-ci est discutée en réunions de synthèse et le projet thérapeutique est établi, définissant si un rendez-vous médical est nécessaire, si un bilan complémentaire doit être envisagé (orthophonie, psychomotricité, psychométrie) ou si le suivi direct par infirmier ou psychologue est adapté et suffisant. En cas de crise, une équipe mobile se déplace au domicile dans les 24H. Ce type d'organisation nécessite un partage complet des agendas des professionnels et une vision nouvelle des tâches de chacun. Il interroge également sur le temps de travail des psychologues auprès des patients ainsi que sur la durée totale nécessaire de la prise en charge et le moment optimal de l'arrêt de celle-ci.
- De même à Bourges⁷⁰ la mise en place d'un accueil pluridisciplinaire (infirmiers, assistants sociaux, psychologues, éducateurs spécialisés ou psychiatres) suivi d'une régulation collégiale a permis de répondre dans des délais raisonnables, puisqu'un rendez-vous dans les 15 jours et dans les 48 heures en urgence peut être proposé.

En dehors des quelques expériences innovantes, les trop longs délais pour une première consultation conduisent, selon les professionnels entendus en audition ou lors de la conférence évaluative, à des situations dommageables avec des retards à la prise en charge ou une aggravation des troubles qui se traduit parfois par une situation de crise.

Ainsi, la réduction de ces délais apparaît comme un véritable enjeu, dans un contexte où, de manière globale, la file active des enfants et adolescents suivis en psychiatrie infanto-

⁶⁸ Drees « Document de travail » série statistique, *Cartographie générale de l'offre de soins en santé mentale* - avril 2011, exhaustivité estimée à 80% des établissements de santé

⁶⁹ *Réduire les délais d'attente en psychiatrie : une nécessité absolue Pluriels*, 2009 ; 79 : 12 pages

⁷⁰ *Accès aux soins en psychiatrie infanto-juvénile : répondre dans des délais raisonnables* ; la revue *Prescrire* , Avril 2011 ; tome 31 n°330, p308

juvénile a poursuivi son augmentation passant de 433 478 en 2007 à 502 687 en 2009 (source SAE). Selon les premières analyses des RAPSY fournies par la Drees, la proportion des enfants de moins de cinq ans dans la file active n'a pas augmenté (15% en 2003 et 14% en 2008) contrairement à celle des 15-19ans (13% en 2003 et 16% en 2008).

La démographie des professionnels de la psychiatrie infantile-juvénile est difficile à analyser et les différents métiers nécessitent une redéfinition

Les pédopsychiatres sont difficiles à recenser car ceux-ci ne ressortent pas d'une spécialité médicale identifiée et sont comptés avec l'ensemble des psychiatres. De plus, dans les établissements, les pédopsychiatres peuvent exercer dans différents services et notamment en maternité. La conférence évaluative a souligné cette difficulté à bénéficier d'une vision claire sur la situation démographique de la pédopsychiatrie ; elle a également mis en lumière la difficulté à recruter. Ainsi les postes de pédopsychiatres sont parfois effectivement pourvus par des professionnels non spécialisés en psychiatrie. Il s'agit généralement de médecins généralistes ayant bénéficié d'une formation sous forme d'un diplôme universitaire par exemple.

Cependant, le nombre de pédopsychiatres, estimé à environ 1000 en France est nettement supérieur à celui des pays comparables. Viviane KOVASS, directrice du département « Épidémiologie et recherche clinique » à l'EHESP souligne la densité importante des psychiatres en France en comparaison avec les autres pays européens. Les pratiques sont différentes en France où les psychiatres voient cinq fois plus leurs patients que dans les autres pays, ayant une conception différente de leur rôle propre dans la prise en charge thérapeutique (par exemple les psychothérapies sont souvent assurées en France par les médecins eux-mêmes).

La place des psychologues cliniciens doit également être repensée : d'une part, en pratique publique dans les établissements de santé où leur statut pose la question de la quotité de temps passé auprès des malades ; en effet 30% de leur temps de travail est statutairement destiné à la formation, l'information et la recherche ; d'autre part en pratique privée où leurs actes ne sont pas remboursés.

Des interrogations émergent ainsi sur la place respective des pédo-psychiatres, des psychologues, des infirmiers à qui pourrait être ouverte une qualification supérieure après une formation renforcée mais aussi des orthophonistes, dans la prise en charge des troubles psychiques des enfants et des adolescents.

Ces difficultés nourrissent un besoin grandissant de "définition des métiers". La conférence évaluative a ainsi conclu à la nécessité de repenser la prise en charge des patients en cohérence avec une redistribution des tâches des professionnels.

Un renforcement de l'accompagnement médico-social et social peu lié au Plan

Le PPSM dans son volet psychiatrie infantile-juvénile avait peu d'objectifs en matière d'accompagnement médico-social. Seul était évoqué le renforcement des articulations entre les professionnels du soin (psychiatrique et somatique) et plus largement avec le champ social, médico-social, éducatif et judiciaire. C'est donc en dehors et en plus des mesures du PPSM, à la faveur de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées que les structures médico-sociales ont été renforcées : d'après le dernier bilan du Plan, 880 places d'ITEP et 1 500 places en SESSAD spécialisés pour les troubles du caractère et du comportement ont été autorisées et financées entre 2005 et 2008. De même, les capacités en CMPP ont augmenté (passant de 355 à 450 entre 2001 et 2006).

De plus, sur la période 2008 – 2012, le programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap prévoit : la création de 400 places en SESSAD et 1 500 places en établissements pour enfants et adolescents souffrant d'un syndrome autistique ou de troubles envahissants du développement ; 20 millions d'euros supplémentaires pour la création d'environ 20 CMPP, afin d'obtenir une meilleure desserte du territoire et 1 550 places en ITEP et 1 450 places en SESSAD spécialisés. La programmation doit être faite en liaison avec les équipes de pédopsychiatrie, de l'Éducation nationale, de la PJJ et de la Protection de l'enfance (conseil général).

Dans les structures médico-sociales (CAMSP, SESSAD, IME, CMPP, ITEP), le recensement des enfants atteints de troubles neuropsychologiques qui y sont pris en charge est difficile car rares sont les enquêtes qui différencient les types de handicap accueillis.

Néanmoins l'analyse peut être menée pour les CMPP et les ITEP qui sont plus spécifiques.

Les CMPP assurent le diagnostic et le traitement en cure ambulatoire d'enfants et de jeunes de 3 à 18 ans souffrant spécifiquement de troubles neuropsychologiques ou de troubles du comportement.

Ces structures à finalité diagnostique et thérapeutique, dont le financement est assuré uniquement par l'assurance maladie mériteraient comme cela été dit à maintes reprises d'être mieux différenciées des CMP. Le Dr ISSERLIS souligne que la définition des missions et la coordination des pratiques des CMP et des CMPP sont essentielles et que ceci doit être mis à la connaissance des professionnels de santé de première ligne ainsi qu'aux personnels éducatifs pour une bonne orientation des malades dans le parcours de soins.

Les ITEP accueillent un public d'enfants, d'adolescents ou d'adultes jeunes présentant des difficultés psychologiques ou des troubles du comportement qui perturbent leur socialisation et leurs acquisitions et leur offrent soins, éducation et hébergement partiel ou complet. Les enquêtes ES 2001 et 2006 réalisées par la DREES objectivent une augmentation du nombre de ces structures (de 342 à 362) mais une diminution du nombre de places installées et de personnes présentes d'environ 8%. Ces données demandent à être confirmées par l'enquête ES 2011.

Une coordination encore insuffisante des acteurs

La coordination de la psychiatrie infanto-juvénile avec l'Éducation nationale est essentielle mais souvent difficile

Priorité du Plan Psychiatrie et Santé mentale, cette question de coordination se pose de manière accrue dans le domaine de la pédopsychiatrie. En effet, ce dernier est marqué par un niveau de complexité supplémentaire par rapport à la psychiatrie adulte du fait de l'intrication du médical, du social, du médico-social, du sociétal, de l'éducatif et du pédagogique. Les enfants et adolescents souffrant de troubles psychiatriques sont ainsi en contact avec un nombre important et varié de professionnels aux statuts et missions multiples (médecins généralistes, pédiatres, médecins de l'Éducation Nationale, infirmiers, psychologues, pédopsychiatres, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes, éducateurs spécialisés, assistants sociaux, acteurs éducatifs...).

Le paragraphe sur la prévention et le repérage précoce montre que le Plan avait pris en compte la nécessité de cette coordination mais que les avancées ont été insuffisantes.

Lors de la conférence évaluative le constat a été fait de la difficulté persistante à mettre en place des relations de travail suffisantes entre professionnels de santé et Éducation Nationale. La nouvelle configuration des ARS qui inclut la prise en charge sanitaire et

médico-sociale mais exclut la médecine scolaire renforce la difficulté du travail conjoint et complexifie les moyens de collaboration entre le secteur sanitaire et l'Éducation Nationale.

Par ailleurs, une tension entre le statut d'enfant ayant besoin de soins et celui de handicapé bénéficiant de droits en matière d'éducation est soulignée par les acteurs de terrain. Certains parents d'enfants ou d'adolescents souffrant des troubles du comportement ou d'attention demandent la reconnaissance du statut de handicapé pour leur enfant. Ce statut leur permet une prise en charge financière et éducative, notamment par la mise à disposition d'un auxiliaire de vie scolaire (AVS), justifiant à leurs yeux cette procédure. Les enfants peuvent ressentir ce statut comme une forme de stigmatisation. Par ailleurs, les participants à la conférence évaluative soulignent la nécessité d'offrir à ces enfants un accompagnement à la fois éducatif et thérapeutique, notamment dans le cas d'enfants souffrant de troubles du comportement.

Les constats du rapport du CESE vont dans le même sens *"la multiplicité des intervenants et des structures dans le domaine des troubles mentaux des enfants et des adolescents crée des effets de cloisonnement préjudiciables à une prise en charge globale des malades. En particulier, le cloisonnement entre secteur sanitaire et secteur socio-éducatif demeure patent. Il fait l'objet de plaintes répétées et importantes de la part des jeunes et de leur famille qui souffrent ensemble du manque de coordination voire de l'absence de transmission des informations les concernant entre les différents professionnels auxquels ils ont affaire. Un cloisonnement existe aussi, à l'intérieur même du secteur sanitaire, entre l'hôpital et les CMPP, entre les CMPP et les professionnels exerçant en libéral. L'insuffisant travail en réseau des professionnels est parfois dû à un manque de moyens et d'effectifs qui rend quasi impossible d'effectuer les tâches de coordination, celles-ci n'étant en outre pas correctement prises en charge d'un point de vue financier. Mais il est également parfois dû à une culture de l'exclusivité du côté des psychiatres, culture héritée du modèle asilaire qui offrait en son sein une prise en charge totale du malade, dans l'ensemble des aspects de son existence"*.

Le partenariat Santé-Justice n'a pas porté tous ses fruits

Dans le cadre du contrat cadre de partenariat en santé publique / justice conclu le 12 décembre 2007, une étude sur les troubles psychopathologiques, les facteurs de risque, les trajectoires institutionnelles et trajectoires de soins des mineurs sous main de justice a été prévue. Trois actions particulières ont été mises en place afin d'améliorer la prise en charge des jeunes relevant de la Protection judiciaire de la jeunesse concernant notamment les pratiques éducatives des services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) et de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) à l'égard des « jeunes en difficultés sociales » et les pratiques de partenariat entre l'ASE, la PJJ et la psychiatrie infanto-juvénile.

- La réalisation d'une étude de faisabilité sur la prévalence des troubles psychopathologiques chez les mineurs ayant fait l'objet d'une décision administrative ou judiciaire de protection de l'enfance par l'ASE ou à la PJJ a été retardée. Achevée en 2010, non publiée à ce jour, cette étude de faisabilité a été menée dans les structures de milieux ouverts et d'hébergement pour estimer la prévalence des troubles psychiatriques dans la population générale suivie par la PJJ. Elle est actuellement suivie de l'étude épidémiologique complète qu'elle a nourrie. Les résultats devraient être disponibles d'ici 2013.
- Le financement conjoint d'un projet de recherche intitulé "Adolescents difficiles et urgence psychiatrique, qui sont-ils ? Quels sont leurs parcours ?".
- La réalisation d'un état des lieux sur l'articulation entre les services de la Protection judiciaire de la jeunesse et les équipes de psychiatrie. Ce travail animé par une mission d'appui doit permettre l'examen plus détaillé du fonctionnement des articulations mises en place (à ce jour, 3 régions ont été évaluées) et celui des

Le député Michel ZUMKELLER, en conclusion des travaux d'une mission d'information présidée par M. Jean-Luc WARSMANN, a présenté un rapport d'information intitulé « La prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des mineurs placés sous main de justice » enregistré à la Présidence de l'Assemblée Nationale le 2 décembre 2009.

Ces travaux centrés sur les mineurs délinquants, soulignent également la nécessité du renforcement des partenariats santé-justice, initiés par le contrat cadre de 2007 et conduisent à des recommandations concrètes telles que la révision de l'ordonnance de 1945 sur les mineurs délinquants pour y ajouter l'obligation d'un suivi sanitaire somatique et psychique et y intégrer la notion de continuité des soins.

Les maisons des adolescents bien qu'hétérogènes constituent une avancée substantielle en matière de prise en charge coordonnée

Mesure annoncée lors de la conférence de la famille en juin 2004 et reprise par le PPSM en 2005, il s'agit d'assurer la généralisation des maisons des adolescents sur l'ensemble du territoire (une par département), en intégrant la participation des équipes de psychiatrie, au sein d'équipes pluridisciplinaires et pluriprofessionnelles (santé, justice, aide sociale à l'enfance,...). Elles doivent travailler à la mise en réseau des acteurs autour du jeune.

Un cahier des charges national existe depuis 2005. Le programme de création de « maisons des adolescents », dont le financement est intervenu en plus de celui du Plan Psychiatrie et Santé mentale (5,2 M€ annuels ont été alloués à cette fin depuis 2006) avait permis la mise en place fin 2008 de 68 structures sur l'ensemble du territoire, proposant des soins pluridisciplinaires et une orientation des adolescents.

Une étude a été conduite en 2008 à la demande de la DGOS, par le conseil général des établissements de santé, sur les 68 structures recensées en vue de procéder à un nouvel appel à projets. Fin 2008 seulement la moitié d'entre elles étaient ouvertes. L'analyse conclut à l'intérêt de ces structures dans la prise en charge des adolescents ; le cahier des charges initial convient en ce qu'il est simple avec suffisamment de latitude ; il est cependant souligné que ces structures doivent conserver leurs spécificités : accueil des adolescents (années collège et lycée), de leur famille et des professionnels amenés à intervenir auprès d'eux. Ces structures doivent s'assurer la participation de plusieurs institutions permettant une offre de services dans tous les champs qui intéressent les jeunes (santé et prévention, éducation, champ juridique...) et leurs équipes doivent être pluridisciplinaires et assurer une prise en charge globale. La pluridisciplinarité n'était effective que dans la moitié des cas en 2008. Le rapport souligne qu'il paraît fondamental que le réseau ainsi constitué puisse permettre à l'adolescent d'accéder à une hospitalisation si nécessaire. Il confirme l'objectif d'une maison des adolescents par département en souhaitant un investissement plus grand des collectivités territoriales.

Le Plan « Santé des jeunes » publié en février 2008 a repris cette mesure en préconisant toujours une MDA par département avec pour priorités les quartiers urbains en difficulté et les zones rurales. Le Plan prévoyait un financement par l'État et l'Assurance maladie (apport de 5,2 M€) et une participation de la Fondation Hôpitaux de Paris - Hôpitaux de France.

Ce type de structure, quand son offre est complète, permet effectivement un travail en commun des différents professionnels autour de l'adolescent, ainsi que la transition et la continuité des soins. Cependant le cahier des charges des MDA élaboré en 2005 conformément à la mesure du PPSM prévue en ce sens, n'a pas permis d'homogénéiser ces structures (tant dans leur fonctionnement que dans leur financement). Alain FUSEAU, Président de l'association nationale des maisons des adolescents, souligne qu'il existe aujourd'hui *"autant d'organisations différentes que de maisons des adolescents"*⁷¹. De plus, si le Plan a apporté des financements "d'amorçage", le relais n'a pas toujours été pris par les Conseils généraux et/ou d'autres financeurs.

Une évaluation des MDA, préconisée par le rapport COUTY⁷² devait être conduite en 2009, 3 ans après la date prévue de leur mise en place. Le délai de mise en place effective des structures, dont certaines n'ont pas encore complètement abouti, a sans doute conduit à repousser cette évaluation qui demeure néanmoins nécessaire.

La transition entre l'enfance et l'âge adulte : une question non abordée dans le Plan

Pour toute maladie chronique, la question de la transition de la prise en charge à certains moments clés tels que le passage à l'âge adulte est centrale, souvent mal préparée. Ce passage nécessiterait une coordination entre les équipes de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte et celles des secteurs médico-sociaux et éducatifs.

Aux âges frontières, par exemple entre l'enfance et l'âge adulte, il existe des effets de seuil qui rendent difficile la continuité de la prise en charge. Les structures sociales ou médicosociales refusent parfois de prendre en charge des personnes qui approchent de ces âges frontières parce qu'elles devront rapidement quitter l'institution.

Une absence de continuité

Pour les patients qui sont suivis depuis enfance, il n'y a pas de continuité entre les institutions.

« On a des patients qui posent problèmes de plus en plus au sortir de la pédopsychiatrie, qui ne trouvent pas de solutions dans le médicosocial. » (S3)

« On travaille avec deux IME. Deux partenaires principaux qui prennent le relais, accompagnent jusqu'à maximum 24 ans. (...) les structures ont l'obligation d'accompagner les malades jusqu'à 24 ans. S'il n'y a pas de structure, la famille récupère l'enfant. S'il n'y a pas de famille, le placement ou l'orientation vers un pays étranger comme la Belgique est obligatoire. » (HN Foyer de vie)

« C'est encore un cas qui est sorti du dispositif médico-social sans possibilité d'accéder à un autre dispositif à l'âge adulte. Ce qui est dommageable c'est quand il y a une rupture avec le médico-social. Normalement les personnes qui sont prises en IME elles sont prises en CAT ou en foyer ouvert et là le dossier est resté en plan. On a dit aux parents : « débrouillez-

⁷¹ Alain FUSEAU, "Les maisons des adolescents sont-elles utiles ?", in Rhizome, Bulletin national Santé mentale et précarité, "Pourquoi les adolescents inquiètent-ils les adultes?", n°38, avril 2010.

⁷² Rapport COUTY, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Janvier 2009

vous ». C'est à la porte de la psychiatrie en dernier lieu qu'on est venu taper en disant « il faut que vous nous trouviez tout de suite une solution ». Quand il rate le passage de l'adolescence à l'état d'adulte, c'est très grave. Quand on est dans un dispositif médico-social par rapport à un handicap, il ne faut pas rater le passage à 18 ans dans une autre structure. Quand on le rate, on se retrouve à l'hôpital psychiatrique à un moment ou à un autre. » (S3)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers.* Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renauld (CREDOC – septembre 2011)

DANS QUELLE MESURE LE PLAN A-T-IL PERMIS D'AMELIORER LE REPERAGE ET LA PREVENTION DES TROUBLES PSYCHOAFFECTIFS DES ENFANTS ?

DANS QUELLE MESURE LE PLAN A-T-IL PERMIS D'AMELIORER LA PRISE EN CHARGE COORDONNEE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS ?

A l'issue du Plan, il existe une réelle prise de conscience des acteurs, de la nécessité d'agir précocement chez l'enfant présentant des troubles mentaux ou du comportement.

Pourtant, si le Plan a permis d'expérimenter différentes démarches en matière de repérage et de prise en charge précoce, il semble que les outils élaborés ont été insuffisamment diffusés pour permettre une réelle évolution des pratiques en la matière et que seuls, ils étaient insuffisants pour atteindre les objectifs escomptés. L'atteinte de ces objectifs ne pouvait d'ailleurs pas être mesurée puisqu'aucun dispositif n'a été mis en place pour connaître, par exemple, l'âge au repérage et à la prise en charge, ou encore le devenir des enfants dépistés... La perception reste que les avancées sont limitées.

La controverse issue des conclusions de l'expertise collective de l'Inserm relative aux troubles des conduites a favorisé l'attentisme. Le refus de dépistage, issu d'une confusion entre prise en charge précoce et répression de la délinquance doit être dépassé dans l'optique d'une intervention précoce dont tous les acteurs s'accordent à penser qu'elle permet, grâce à une prise en charge adaptée, une évolution favorable permettant les acquisitions nécessaires à cet âge.

Outre le repérage précoce, en matière de promotion/prévention en santé mentale aux différents âges (naissance, enfance, adolescence), on ne connaît pas ou peu aujourd'hui les stratégies validées scientifiquement pour être efficaces dans le contexte français.

En matière de prise en charge, le Plan n'a pas pris en compte tout le panel des possibilités de prise en charge des enfants et des adolescents. Il apparaît ainsi aujourd'hui nécessaire de faire évoluer la pédopsychiatrie afin de rendre celle-ci davantage à l'écoute des demandes des parents, mais également plus active sur les aspects éducatif et pédagogique. Les maisons des adolescents dans leur forme aboutie permettent pour les adolescents un accueil non stigmatisant et une prise en charge coordonnée.

Ainsi, le Plan Psychiatrie et Santé mentale ne semble pas avoir pris toute la mesure des problématiques traversant le champ de la pédopsychiatrie. Les mesures prévues ne pouvaient permettre à elles seules d'atteindre les objectifs définis. L'analyse fine des besoins et l'équilibre à trouver entre structures de proximité répondant aux besoins généralistes des enfants et adolescents (secteur ou territoire de santé) et structures spécialisées de référence (par exemple pour répondre aux troubles du comportement alimentaire), à un niveau géographique plus large reste à faire.

L'évaluation des différents dispositifs mis en œuvre (maisons des adolescents, CMP et CMPP...) et leur utilisation dans le parcours de soins, de même qu'une meilleure appréciation des besoins fondées notamment sur des études épidémiologiques et de sciences sociales sont nécessaires et restent à faire pour disposer d'éléments d'analyse approfondis permettant de faire évoluer le paysage de la pédopsychiatrie.

9 LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION

Au même titre que les enfants et les adolescents, les personnes vulnérables font l'objet d'un programme spécifique au sein du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Deux catégories de population sont concernées : les personnes en situation de précarité et d'exclusion, d'une part, et les personnes âgées, d'autre part.

Il a été décidé d'approfondir l'analyse sur la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

L'objectif central de ce programme est de développer un service médico-social alternatif adapté à la spécificité de ces usagers, afin d'assurer leur accès aux soins et de prévenir une dégradation de leur état de santé psychique mais également de faciliter leur prise en charge dans le système de droit commun.

Ce programme spécifique visant l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité et d'exclusion fait référence au rapport du Professeur Philippe-Jean PARQUET sur la souffrance psychique et l'exclusion sociale⁷³

Le Plan a prévu l'amélioration de la prise en charge psychiatrique via quatre mesures correspondant à 4 objectifs :

- l'une vise principalement à améliorer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des personnes sans domicile fixe présentant des troubles psychiques. Elle correspond à la création et au renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées sur la base d'un cahier de charges.
- pour améliorer la continuité des soins lorsque l'état de santé des personnes exige du repos et des soins, le Plan préconise la participation des services de psychiatrie publique au dispositif de « lits halte soins santé ».
- concernant l'apport méthodologique à des programmes locaux pluri-partenariaux de prise en charge de personnes en situation de précarité et d'exclusion, le Plan prévoit la diffusion par l'ONSMP d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri-partenariales adaptées à ces usagers.
- enfin, concernant la sensibilisation des travailleurs sociaux, le Plan prévoit la réalisation et la diffusion d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrance psychique, troubles de la santé mentale : le rôle et la place de travailleurs sociaux »

Ces mesures doivent permettre de mettre en œuvre la logique d'action préconisée par le rapport du Professeur PARQUET, qui prévoit de :

- créer un projet thérapeutique compatible avec le mode de vie du patient en situation d'exclusion ;

⁷³ Rapport sous la direction de Philippe-Jean PARQUET, *Réflexion sur une meilleure prise en charge de la souffrance psychique chez les personnes en situation d'exclusion sociale*, Septembre 2003.

- développer les compétences des équipes sociales pour identifier les troubles mentaux chez les personnes en exclusion ;
- développer une collaboration entre les acteurs sociaux et les acteurs de la santé mentale.

En vue de questionner l'efficacité de ces mesures, le Comité d'Évaluation a formulé la question évaluative suivante :

Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins (diagnostic et orientation) et la continuité des prises en charge des troubles psychiques des personnes en situation de précarité et d'exclusion ?

Il est clairement admis que la précarité et l'exclusion sont des facteurs de risque de décompensation de pathologie mentale et, inversement qu'une pathologie mentale sous-jacente peut mener à des situations d'exclusion et de précarité. Comme le rappelait Philippe CLERY-MELIN dans son rapport⁷⁴ de 2003, « s'il n'est pas établi que les difficultés sociales produisent systématiquement des problèmes de santé mentale, il est largement démontré cependant que leur présence rend la guérison beaucoup plus improbable, une fois que ces problèmes sont constitués. Enfin la présence d'un trouble psychiatrique grave et durable peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu, même si une prise en charge adéquate, médicale et sociale, permet parfois d'en éviter la marginalisation. »

Le Plan dans le cadre du programme national du renforcement de la lutte contre les exclusions et suite au comité interministériel de lutte contre l'exclusion (CILE) de juillet 2004 reprenait à son compte l'attention particulière à porter à ces problèmes.

⁷⁴ Philippe CLERY-MELIN, Viviane KOVESS, Jean Charles PASCAL *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et de la promotion de la santé mentale*, 15 septembre 2003.

DES OBJECTIFS ASSEZ LARGEMENT ATTEINTS TOUT AU MOINS POUR LE REPERAGE ET L'INITIATION DE LA PRISE EN CHARGE

La question évaluative rappelée ci-avant couvre l'ensemble des objectifs et mesures visant une amélioration de la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE 4 Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme « Populations vulnérables »</p>	<p>Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion</p>	<p>Améliorer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des personnes sans domicile fixe présentant des troubles psychiques en allant au-devant d'elles</p> <p>Améliorer la continuité des soins lorsque l'état de santé des personnes, sans nécessiter leur maintien à l'hôpital, exige du repos et des soins</p> <p>Apporter un soutien méthodologique à des programmes locaux pluripartenariaux de prise en charge de ces publics</p> <p>Sensibiliser les travailleurs sociaux à leur rôle dans le champ de la santé mentale face aux publics en souffrance psychique</p>	<p>Création ou renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées dont le cahier des charges sera élaboré par un groupe de travail</p> <p>Participation des services de psychiatrie publique au dispositif des Lits Halte Soins Santé accueillant des personnes souffrant de troubles somatiques ou psychiques</p> <p>Diffusion par l'ONSMP d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri partenariales adaptées à ces publics</p> <p>Réalisation (à partir d'un groupe de travail et d'une enquête auprès des travailleurs sociaux) et diffusion (par les fédérations responsables de la formation des travailleurs sociaux) d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du travailleur social »</p>	<p>Une circulaire définissant le cadre d'action des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie a été publiée le 23 novembre 2005 (Circulaire DHOS/O2/DGS/6c/DGAS/1A/1B n°2005-521)</p> <p>11,3 M€ ont été accordés entre 2005 et 2008 pour le financement d'EMPP</p> <p>92 équipes ont été créées ou renforcées. Chaque région a pu bénéficier du financement d'au moins un de ses projets (jusqu'à 9 équipes dans les régions les plus touchées par la précarité).</p> <p>Ces 92 équipes représentent 200 ETP (dont 25 ETP de médecins, 118 ETP d'infirmiers et 37 ETP de psychologues)</p> <p>670 lits créés entre 2005 et 2008 au sein du dispositif LHSS.</p> <p>Organisation par l'ONSMP de quatre journées inter régionales sur la thématique « psychiatrie et précarité »</p> <p>Réalisation et diffusion de la plaquette à l'attention des travailleurs sociaux en 2005</p>

Un développement des équipes mobiles psychiatrie précarité et des permanences d'accès aux soins de santé spécifiques à la psychiatrie

Concernant les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, l'objectif initial a été dépassé puisque 92 équipes mobiles ont été créées ou renforcées de 2005 à 2008 sur la base d'un cahier des charges défini dès 2005 par voie de circulaire (circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/AB n°2005-521 du 23 novembre 2005). Cette dernière fixe les principales directives de ce dispositif et leurs objectifs opérationnels prioritaires, à savoir :

- aller vers les publics ;
- aider les intervenants de première ligne à reprendre le dialogue avec les personnes sans logement exprimant une souffrance psychique ;
- soutenir les intervenants sociaux dans le repérage précoce des troubles psychiques chez les personnes sans logement et dans leur orientation vers les dispositifs adéquats ;
- identifier les pathologies psychosociales ;
- identifier les situations aiguës pour lesquelles une intervention se révèle vitale.

La planification et la mise en place des d'équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ont été réalisées au niveau régional et leur création prévue dans les SROS. Les régions ayant les indicateurs de précarité les plus élevés ont pu mettre en place de 4 à 9 équipes. Les équipes étaient installées mi-2009 après une phase de recrutement et de mise en place de partenariat avec le secteur social.

La création d'EMPP s'est ensuite poursuivie : en janvier 2011, le nombre d'équipes mobiles atteint 126 d'après l'enquête menée par le Dr Alain MERCUEL du Centre hospitalier Sainte Anne.

Une association des équipes mobiles psychiatrie précarité a, par ailleurs, été créée, afin de favoriser les initiatives institutionnelles et de promouvoir les activités des ces équipes dans le champ de la psychiatrie, de la réflexion clinique, de la recherche et de la formation.

Une première Journée nationale des EMPP a été organisée au Centre Hospitalier Sainte-Anne, en mars 2007. Trois autres journées ont été animées depuis. Elles permettent aux équipes d'échanger sur leurs pratiques et les difficultés auxquelles elles sont confrontées. Leur fréquentation est en augmentation et les professionnels semblent extrêmement motivés, malgré des interrogations sur les relations avec les équipes des secteurs psychiatriques ainsi que sur leur positionnement par rapport aux permanences d'accès aux soins de santé (PASS) psychiatriques nouvellement créées.

Le bilan présenté lors de la 4^{ème} journée nationale des EMPP (14 mars 2011), à partir de l'enquête citée ci-dessus, montre une bonne activité puisque 270 personnes en moyenne sont prises en charge par EMPP dans l'année, soit 33 000 au total, au niveau national. Le nombre de secteurs desservis par une même EMPP est passé de 6 en 2007 à 4,5 en 2011. Le ratio de personnel par équipe n'a pas varié entre 2007 et 2011 (3,6 équivalents temps plein) mais la composition a un peu évolué : la participation des psychiatres et des infirmiers a légèrement baissé (passant respectivement de 0,4 ETP à 0,3 ETP et de 2 ETP à 1,9 ETP), celui des psychologues et des éducateurs spécialisés a un peu augmenté, tandis que celui des assistants socioéducatifs et des cadres de santé restait stable. Les postes d'infirmiers restent largement prédominants. Les équipes interviennent dans la rue pour la moitié d'entre elles, préparent l'hospitalisation pour 96 % d'entre elles et la sortie de l'hospitalisation et l'accès à des soins somatiques pour 78%. 74% d'entre elles sont rattachées à un centre hospitalier, 12% à un centre hospitalier régional universitaire et 14% à un établissement de santé privé d'intérêt collectif. 60% ont un local dédié.

Les interventions des EMPP sont jugées positives et novatrices par les interlocuteurs auditionnés dans le cadre de la présente évaluation. Certaines ont mis en place des permanences de juristes, d'autres un suivi à la sortie de la maternité des femmes immigrées vivant à l'hôtel. Le dispositif est hétérogène et assez dépendant du maillage social et des liens que ces EMPP entretiennent avec le secteur social. Elles semblent souvent plus proches des associations que des équipes psychiatriques, qui manquent parfois de souplesse dans certaines situations.

De plus, les hospitalisations des personnes dites en situation de précarité suscitent souvent des difficultés : elles sont mal vécues, elles sont parfois écourtées, en particulier dans certains secteurs où il y existe un déficit de lits, d'alternatives et de personnel en psychiatrie. Une étude a été récemment confiée à des sociologues (Ana MARQUES et Livia VELPRY) pour comprendre le positionnement des soignants par rapport à cette population. Les résultats devraient apporter des éléments de réponse qui permettront peut-être de surmonter ces difficultés.

Ainsi, malgré la diversité des organisations, certaines interrogations sont communes aux équipes mobiles, notamment sur leurs relations avec le secteur. Les relations avec les services du secteur sont, dans l'ensemble, assez compliquées bien que les professionnels de ces équipes soient souvent en temps partagé entre les EMPP et le secteur. Les équipes mobiles ont fréquemment des permanences dans les CMP mais malgré cette proximité, les demandes d'hospitalisation et les demandes d'intervention à domicile pour des personnes en situation de précarité peuvent créer des tensions avec les équipes psychiatriques.

Les EMPP bénéficient de moyens relativement faibles au regard de leurs missions et l'obtention de financements partagés entre les Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS) et les ARS peut parfois s'avérer délicate.

Le rapport sur la santé des personnes sans chez soi (Vincent GIRARD ⁷⁵ et all) avait d'ores et déjà souligné ces faiblesses. Il remarquait le caractère assez novateur de cette pratique de la psychiatrie qui va à la rencontre des personnes dans la rue, mais relevait aussi le manque de guide ou de formation des équipes. Un des problèmes majeurs repéré était l'ampleur de la tâche pour des moyens humains relativement modestes. Le rapport notait le manque d'information sur les EMPP, le défaut d'évaluation. Il signalait également des difficultés avec certains secteurs de psychiatrie qui refusent de se déplacer dans la rue ainsi que la difficulté à hospitaliser ou obtenir un rendez vous dans les CMP autres que les CMP de rattachement. Enfin la prise en charge somatique des personnes sans chez soi présentant des troubles psychiatriques sévères apparaissait également comme une question non résolue, même si la création de permanences d'accès aux soins de santé (PASS) devait permettre d'améliorer l'accès à ces soins.

La création de PASS en psychiatrie n'est pas inscrite dans le cadre du Plan. Néanmoins, il semble important d'évoquer ce dispositif, expérimenté suite au rapport de 2008 d'Etienne PINTE sur l'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées⁷⁶.

Les PASS ont vocation à permettre de s'assurer que les personnes présentant des difficultés d'accès aux soins de santé sont prises en charge pour l'ensemble des problèmes qu'elles rencontrent, y compris « en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la

⁷⁵ Rapport GIRARD, *La santé des personnes sans chez soi*, Vincent GIRARD- Pascale ESTECAHANDY- Pierre CHAUVIN, Novembre 2009

⁷⁶ Rapport d'Etienne Pinte : *Propositions pour une relance de la politique de l'hébergement et de l'accès au logement*, Bibliothèque des rapports publics - La Documentation française, 2008

poursuite de leur traitement. A cette fin, elles orientent les patients sortants ne disposant pas de telles conditions d'existence vers des structures prenant en compte la précarité de leur situation. »

Parallèlement à ce dispositif généraliste, Etienne PINTE a proposé d'instaurer, à titre expérimental, des PASS spécialisées en psychiatrie afin de coordonner non seulement le suivi des soins, mais aussi les modalités d'hébergement des personnes à la sortie d'une hospitalisation en psychiatrie.

Les expérimentations ont été prévues dans le cadre d'une circulaire⁷⁷. Un bilan a été réalisé par la DGOS, pour qui *les PASS psychiatriques ont été créées pour compléter l'interface médicale qu'offrent les équipes mobiles psychiatrie précarité, afin de mieux organiser la prise en charge sociale des personnes défavorisées au moment de leur entrée dans les soins psychiatriques. Par leur action, les PASS permettent : (1) d'accélérer la mise en place des soins par une démarche d'ouverture des droits sociaux ; (2) de renforcer la compétence des services sociaux des établissements de psychiatrie dans la connaissance des publics en situation de grande précarité et de leurs droits ; (3) de renforcer les liens entre les établissements de psychiatrie et établissements MCO pour la prise en charge des patients précaires*. En début 2011, 35 PASS psychiatriques étaient en activité et 5 devaient se mettre en place. La proximité avec l'EMPP est dans la plupart des cas inscrite dans l'organisation. Il est courant que du personnel partage son temps entre l'EMPP et la PASS. Symétriquement, des liens étroits peuvent être noués avec la PASS généraliste.

Les PASS trouvent un partenaire privilégié en l'équipe mobile psychiatrie précarité sur leur territoire. Néanmoins, alors qu'elles ont un objectif commun, le rôle respectif de ces deux dispositifs n'est pas encore très clair. Pour Alain MERCUEL, la répartition des tâches est simple : les EMPP interviennent dans la rue ou dans les lieux d'hébergement temporaires et les PASS dans les établissements de santé pour faciliter l'accès aux soins et aux droits sociaux.

EMPP et PASS se heurtent également à un même problème, celui de trouver une réponse adaptée pour accueillir la personne une fois la première prise en charge effectuée. En effet, la relation au temps des personnes en situation de précarité nécessite une prise en charge rapide une fois qu'elles ont décidé de se soigner. Or, les bons relais ne sont pas toujours aisés à identifier.

Peu d'informations sur les relations entre les Lits halte soins santé et le dispositif de psychiatrie

Les Lits Halte Soins Santé (LHSS) ont été créés en 2005, à la suite du Comité interministériel de lutte contre les exclusions de 2004, pour proposer une réponse aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion présentant des pathologies ne relevant pas de l'hôpital mais incompatibles avec la vie à la rue. Ils font suite à l'expérimentation des « lits infirmiers », réalisée à partir de 1993. Relevant du secteur médico-social, ils accueillent des personnes en difficulté nécessitant une prise en charge et une surveillance particulière de manière ponctuelle et offrent un hébergement, des soins médicaux et paramédicaux, un suivi thérapeutique, un accompagnement social, des prestations d'animation et d'éducation sanitaire. Un médecin généraliste assure quotidiennement une consultation médicale. Les travailleurs sociaux présents dans chaque centre réalisent le suivi social de toutes les personnes hébergées en LHSS excepté les courts séjours (24 à 48 h).

⁷⁷ Circulaire n°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2009 de novembre 2009

670 lits ont été créés durant la période 2005-2008 d'après le suivi réalisé par la DGCS (1 171 lits en 2011). En 2006, elle recensait 271 lits répartis dans 14 structures d'accueil⁷⁸. D'après l'enquête réalisée en 2009, chaque structure compte entre 1 et 20 lits. Les publics reçus sont très majoritairement des hommes (84%), âgés de 46 à 50 ans. La collaboration entre les hôpitaux et les LHSS est particulièrement active. Ainsi l'hôpital est l'organisme qui adresse le plus de malades aux LHSS puisqu'il oriente 44,22% des personnes accueillies. La durée moyenne des séjours est de 67 jours. Le manque de liens touche presque les trois quarts des individus reçus (74%), le manque de papiers administratifs et d'ouverture de droits frappant environ la moitié des bénéficiaires des LHSS (respectivement 58,45 % et 48,77 %). Contrairement à l'objectif énoncé des LHSS, les pathologies entraînant l'admission paraissent être pour une large part dues à des affections de longue durée (63%). Cependant il est constaté que 58 % des individus atteints d'une maladie chronique sont également atteints d'au moins une pathologie ponctuelle. D'après cette étude, les pathologies psychiatriques représentent plus de 11 % des pathologies observées.

Le bilan ne fait pas mention des relations qu'entretiennent les équipes psychiatriques avec ce dispositif. Toutefois, les conventions avec le secteur psychiatrique sont préconisées par la circulaire de 2006 relative aux LHSS. La FNARS, pour sa part, estime que les liens existent davantage avec les équipes de soins somatiques. Il semble, néanmoins, que les EMPP fassent souvent l'interface entre LHSS et équipes de psychiatrie.

Il n'existe donc pas d'informations précises sur la participation des services de psychiatrie publique au dispositif Lits Halte Soins Santé. D'après le Dr Alain MERCUEL, la DDASS de Paris a demandé à tous les secteurs psychiatriques de passer convention avec les LHSS, l'EMPP jouant souvent le rôle d'interface entre les secteurs et les LHSS. L'objectif du Plan de faire participer les secteurs à ce dispositif semble donc être en partie atteint tout au moins à Paris mais plutôt par l'intermédiaire des EMPP.

Favoriser la multidisciplinarité au niveau local : des échanges mais encore peu d'outils concrets

Les mesures du Plan visant à soutenir les pratiques multi partenariales locales par la diffusion d'éléments méthodologiques n'étaient pas très précises : il s'agissait de demander à l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) de proposer des éléments de méthode. Quatre journées régionales sur la psychiatrie et la précarité ont ainsi été organisées par les DRASS de différentes régions (Auvergne, Bretagne, Picardie et PACA), en collaboration avec la FNARS et le concours de l'ONSMP :

- 13 novembre 2007, Journée interrégionale Haute Normandie, Picardie, Nord-Pas de Calais, « Santé mentale et précarité » : « Les mal lotis du Logement ? Trajectoires et partenariats »
- 29 novembre 2007, Journée interrégionale Bretagne - Pays de la Loire, « Santé mentale et précarité » : « soigner et prendre soin en contexte de précarité : une préoccupation de la santé mentale et du travail social à l'échelle des territoires »
- 26 juin 2008, Journée interrégionale Rhône-Alpes, Auvergne : « Comment habiter dans la cité ? Difficultés, partenariat, accompagnement »
- 13 mars 2009, Journée interrégionale Provence Alpes Côte d'Azur, Languedoc Roussillon et Corse : « Changer de regards pour changer de pratique »

⁷⁸ Source : DGCS 2009, Première synthèse de l'étude réalisée auprès des LHSS créés en 2006.

Divers intervenants y ont participé : représentants des DRASS, des ARH, élus, psychiatres hospitaliers, responsables d'associations professionnelles, patients, etc. L'objectif de rassembler les différents acteurs du soin psychiatrique et du suivi social auprès des personnes précaires ayant des pathologies psychiatriques semble, par conséquent, atteint. De même, ces journées ont permis un échange sur les expériences de chacun, ainsi que sur leurs difficultés comme sur leurs succès. Les différents intervenants ont soulevé les principales lacunes du système actuel comme les sous-effectifs médicaux dans les régions, le manque de moyens tant humains que financiers, la complexité de l'organisation du système de prise en charge, les disparités entre territoires de santé, le manque d'efficacité des politiques publiques, le manque de formation des élus face à certaines situations, etc. Ils ont également fait le constat d'évolutions positives au cours des dernières années telles l'instauration d'un dialogue et d'une coopération plus fréquents entre acteurs du soin, l'interaction avec les patients, la mise en place des équipes mobiles et enfin, la prise de conscience par l'État du caractère prioritaire des thématiques de la santé mentale et de la psychiatrie.

En revanche, l'émergence d'une méthodologie propre à impulser ou soutenir des projets semble assez lacunaire. Les différents intervenants de cette journée sont restés attachés au caractère très spécifique des cas rencontrés et n'ont pas inclus dans leur synthèse de consignes ou conseils permettant de dépasser la spécificité des expériences.

Au final, de nombreux espaces de rencontres ont vu le jour, souvent à l'initiative de collectivités locales (communes ou agglomérations), compte tenu de la préoccupation que représente aujourd'hui la santé mentale pour les élus locaux et un certain nombre de professionnels. Il s'agit là d'une première étape d'échanges réussie, mais un large soutien institutionnel et politique (en particulier des ARS) est nécessaire pour aller au-delà.

Un guide sur la souffrance psychique élaboré et diffusé auprès des travailleurs sociaux

Concernant le rôle et la place des travailleurs sociaux, un document de 30 pages *Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleurs social* a été réalisé par la DGS et la DGAS après une enquête menée auprès de professionnels du champ social, ainsi qu'auprès d'équipes de psychiatrie. Il se veut une aide au repérage des troubles psychiatriques et à la conduite à tenir. Un CD Rom, ainsi qu'un document papier et numérique ont été diffusés et utilisés par les organismes de formation des travailleurs sociaux, sans que des données précises soient disponibles à ce sujet. La plaquette a été rééditée à 10 000 exemplaires pour répondre à la demande des collectivités territoriales, notamment.

En décembre 2010, la FNARS a également conçu un guide intitulé « Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques ». Résultat du travail d'un groupe national Précarité et santé mentale de la FNARS, de séances d'échange de pratiques entre acteurs du social et de la psychiatrie et de contributions nombreuses d'acteurs du terrain, ce guide a été réalisé en réponse à la forte demande des associations et des travailleurs sociaux. Son objectif central est de faire connaître aux professionnels de la santé et du social, les principaux dispositifs du secteur social et psychiatrique qui s'occupent de la prise en charge du public précaire en souffrance psychique, afin de mieux les accueillir et les orienter. Une partie du guide vise également à donner des éléments de repère sur l'organisation et les principaux dispositifs qui croisent actions de « santé » et du secteur « social » tels que : PASS, EMPP, ASV, etc.

Ces deux démarches répondent aux besoins des travailleurs sociaux d'acquérir des compétences et des connaissances pour accueillir au mieux les personnes présentant des troubles ou des souffrances psychiques.

Cependant des besoins qui persistent en 2009

Une enquête conduite en 2009 par l'Observatoire du Samu Social de Paris⁷⁹ auprès de 840 personnes sans logement personnel souligne que l'effort doit être poursuivi :

- Les troubles mentaux et les addictions sont surreprésentés par rapport à la population générale, en particulier dans leurs formes les plus sévères et les plus handicapantes.

Un tiers de la population sans logement personnel souffre de troubles psychiatriques sévères. La schizophrénie représente la pathologie la plus grave et la plus fréquente dans cette population comparée à la population générale, soit une prévalence huit fois supérieure.

La tentative de suicide et le risque suicidaire sont trois fois plus élevés qu'en population générale (21,8% des personnes déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie, versus 5,0% de la population générale⁸⁰).

- Par rapport au recours aux soins, l'enquête soulève les points suivants :

Seules 18% des personnes avec un trouble psychiatrique diagnostiqué par un psychiatre, déclarent être suivies au moment de l'enquête. Parmi ces personnes, celles ayant un trouble psychotique (schizophrénie, troubles délirants, etc.) ont un suivi significativement plus fréquent.

Les personnes déclarant être en cours de prise en charge au moment de l'enquête consultent principalement dans le système de soins publics : 37% dans les centres médico- psychologiques et 23% à l'hôpital ; mais aussi de façon non négligeable dans les cabinets de ville (25%), moins de 10% sont suivies dans les associations ou centres d'hébergement.

Chez l'ensemble des personnes présentant des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur ou anxieux, 71% sont en rupture de soins. Le fait de présenter un trouble psychotique (schizophrénie, troubles délirants, etc.) est associé à un risque moins élevé de rupture, même si le taux de rupture reste très élevé (42%).

Cette enquête réalisée sur l'Île de France témoigne en outre de la nécessité d'améliorer l'accès au logement ou le maintien dans un logement des personnes ayant des troubles psychiatriques. Elle rejoint les préoccupations exprimées dans le chapitre sur l'accompagnement social et médico-social de ces personnes.

DANS QUELLE MESURE LE PLAN A-T-IL PERMIS D'AMÉLIORER L'ACCES AUX SOINS (DIAGNOSTIC ET ORIENTATION) ET LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITÉ ET D'EXCLUSION ?

Si les mesures prévues ont été en partie mises en œuvre, il est encore une fois difficile d'évaluer leur impact sur la prise en charge psychiatrique des personnes en situation de précarité. Il est vraisemblable que le développement des EMPP qui vont au devant des personnes en situation d'exclusion facilite le repérage des troubles psychiatriques. La continuité des prises en charge s'améliore sans doute également compte tenu de l'interface

⁷⁹ Enquête sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île de France (SAMANTA), Anne LAPORTE, membre de l'Observatoire du Samu Social de Paris, Pierre CHAUVIN, membre de l'INSERM, 2009.

⁸⁰ Selon le Baromètre Santé de 2005

que le personnel des EMPP et des PASS psychiatriques créent avec le dispositif de soin et d'hébergement. Néanmoins, il n'existe pas d'éléments suffisamment solides pour conclure de manière univoque sur le sujet.

En intégrant un programme spécifique en faveur des personnes en situation d'exclusion, le Plan a contribué au rapprochement des acteurs du champ de la lutte contre les exclusions et du handicap psychique.

Il a permis une avancée dans le repérage et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité. Des progrès ont également sans doute été observés dans le diagnostic et l'orientation des personnes sans logement présentant des troubles psychiatriques. Mais les rapports sur ce thème mettent en évidence des manques dans la prise en charge liés peut-être à la faiblesse des moyens des équipes et au manque de souplesse des secteurs qui ont parfois du mal à s'adapter pour accueillir sans délais ces personnes. Ceci mène parfois les EMPP à se substituer à eux, en particulier pour les interventions à domicile. La création des PASS psychiatriques, qui améliorent l'interface avec les établissements psychiatriques et facilitent l'accès aux droits sociaux, est positive dans la mesure où elle permet de compléter le dispositif des EMPP.

La spécialisation des équipes mobiles dans le domaine de la psychiatrie et de la précarité est sujette à débat : certains estiment qu'il serait préférable qu'elles soient généralistes de façon à répondre à davantage de besoins. Pour d'autres, cela n'est pas réaliste d'autant plus, qu'à l'heure actuelle, malgré leur spécialisation, elles ne parviennent pas à répondre à la demande. Cette question rejoint le débat plus général sur l'équilibre à trouver entre dispositifs spécialisés et généralistes dans le domaine de la psychiatrie.

La continuité des prises en charge est particulièrement difficile à tenir dans la population des personnes en situation précaire, surtout quand elles sont sans logement comme en témoignent les résultats de l'enquête Samanta. Cela tient au manque de solutions adaptées que ce soit en termes d'hébergement ou de logement mais aussi de soins. Les séjours dans les services spécialisés en psychiatrie ne peuvent pas se prolonger ; les informations dont on dispose ne permettent pas de dire si les lits halte soins santé permettent d'assurer la continuité des prises en charge à la sortie. En ce qui concerne le logement et l'hébergement, les besoins sont marqués. L'expérimentation en cours dans plusieurs villes « le logement d'abord (Housing first) » (voir chapitre sur l'accompagnement médico-social et social) est peut-être une des pistes qui permettra de favoriser cette continuité grâce à la réinsertion dans la cité. Mais cette expérimentation ne peut constituer la seule approche pour permettre un accès à l'hébergement ou au logement adaptés à la situation de la personne.

Par ailleurs, si le Plan a facilité les échanges locorégionaux et pluripartenariaux indispensables pour améliorer l'intervention publique auprès de ces populations, les efforts doivent se poursuivre pour amener les différentes collectivités à s'investir dans ces programmes.

10 L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC ET DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES MALADIES MENTALES ET LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE

L'information du grand public et des professionnels ainsi que la promotion de la santé mentale sont deux moyens que le Plan souhaitait voir mis en œuvre, afin de participer à décloisonner les prises en charge (Axe 1 du Plan).

L'information du grand public et des professionnels sous-tend des enjeux forts, que ce soit en termes de lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiatriques ou d'accès aux soins.

La question évaluative suivante a été formulée:

Dans quelle mesure le grand public et les médecins généralistes sont-ils aujourd'hui mieux informés des maladies mentales, des troubles du comportement et de leurs possibilités de prise en charge ?

Le volet "prévention" n'a pas fait l'objet d'investigations particulières, car, selon les informations disponibles, il n'a donné lieu qu'à peu d'actions. Il est traité pour partie dans la section consacrée à l'amélioration de la prise en charge psychiatrique des enfants et des adolescents.

LES CONSTATS A L'ORIGINE DU PLAN : CHANGER LE REGARD DE LA SOCIETE SUR LES MALADIES MENTALES, UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

L'importance donnée à cet objectif dans le Plan est justifiée par l'existence d'un consensus sur l'enjeu d'une meilleure information du public et des professionnels de santé :

- "Les relations entre maladie mentale, déni du trouble et exclusion sont étroites, la maladie générant trop souvent la stigmatisation et l'exclusion familiale et sociale. Celle-ci, amplifiée par le déni, entrave, à son tour, l'accès aux soins" (extrait du PPSM).
- "Les représentations attachées aux maladies mentales, aux structures d'accueil et parfois même aux professionnels spécialisés dans le traitement de ces troubles, demeurent très négatives dans l'opinion publique et peuvent constituer un frein à la démarche de recours aux soins. Les maladies mentales sont souvent vécues comme honteuses et font peur, retardant ainsi l'accès aux soins des malades et la prescription de prises en charge spécialisées par leurs médecins traitants. Elles renvoient, à des degrés divers, à un caractère de dangerosité, d'incurabilité et à l'exclusion qui menace les personnes qui en seraient atteintes"(extrait du PPSM).

Aussi, en 2005, dans une déclaration sur la santé mentale pour l'Europe, les ministres de la santé des États membres de la Région européenne de l'OMS, se donnent, en particulier, comme priorité pour la prochaine décennie de "*lutter contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité*" et de "*mieux faire comprendre l'importance du bien être mental*". L'OMS et "l'International Consensus Group on Depression and Anxiety" recommandent, donc, de mener des campagnes d'information sur les troubles eux-mêmes, les différentes

options thérapeutiques et leurs avantages, les chances de guérison et les droits des malades. Les organismes nationaux et internationaux recommandent également de travailler en amont des troubles (programmes de promotion de la santé mentale dans les écoles, entreprises, prisons...) et d'adapter les programmes de prévention à l'ensemble des populations.

Dans la droite ligne de cette déclaration, un objectif visant à mettre en œuvre des campagnes grand public, c'est-à-dire à faire connaître au grand public les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes et leurs traitements, de manière à modifier les perceptions et améliorer, à terme, le suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux, est inscrit dans le PPSM, alors qu'aucune campagne nationale d'information n'avait été menée jusqu'alors.

UNE CAMPAGNE D'INFORMATION SUR LA DEPRESSION RELATIVEMENT EFFICACE MAIS DONT L'IMPACT RESTE A DEMONTRER

Le Plan ambitionnait un large éventail d'information, qui irait de la dépression aux pathologies sévères et durables. Le champ couvert en réalité a été beaucoup plus réduit. Si des éléments précis sont disponibles pour décrire la campagne réalisée sur les troubles dépressifs, il est, toutefois, aujourd'hui difficile d'identifier l'impact de telles actions. C'est en ce sens que sont développés les paragraphes suivants.

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE1 Une prise en charge décloisonnée</p>	<p>1.1. Mieux informer et prévenir</p>	<p>Mettre en œuvre des campagnes grand public</p>	<p>Faire connaître au grand public les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes, leurs traitements, de manière à modifier les perceptions et améliorer, à terme, le suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux.</p>	<p>Lancement du premier volet de la campagne centrée sur les troubles dépressifs et leurs possibilités de traitement</p>	<p>Une campagne médiatique grand public a été conduite en novembre 2007 par l'INPES sur la thématique des troubles dépressifs. Elle s'est appuyée sur plusieurs supports : spots radio, film d'animation diffusé sur les chaînes de télévision nationales à une heure de grande écoute, ligne téléphonique, site Internet dédié permettant l'accès à des informations plus complètes, élaboration d'un guide « la dépression, en savoir plus pour en sortir ».</p> <p>Cette campagne médiatique grand public a été précédée par une campagne d'information des professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatres, psychologues) : encarts dans la presse professionnelle, mise à disposition de dépliants pour les salles d'attente, conférence de presse.</p>
				<p>Lancement des volets suivants de la campagne grand public consacrés à d'autres pathologies et notamment à des pathologies lourdes telles que la schizophrénie.</p>	<p>Non mis en œuvre</p>

Une campagne d'information partiellement mise en œuvre, ponctuelle et à l'efficacité difficilement évaluable

Comme le rappelle le tableau précédent, le PPSM prévoyait le lancement d'une campagne de communication à long terme en différents volets :

- Un premier volet prévu pour 2006, consacré à une campagne centrée sur les différents troubles dépressifs (épisode dépressif majeur et trouble bipolaire) et leurs possibilités de traitement. Ce 1er volet devait prendre la forme d'un programme d'information orienté vers le grand public (Mesure 1) et les médecins généralistes (Mesure 2) à partir des données de la littérature, des recommandations de bonnes pratiques et d'un état des lieux de l'existant en France (rédaction de livrets d'informations, de conseils et de ressources / réalisation de dispositifs de promotion des livrets auprès des médecins généralistes / dispositif média auprès du grand public).
- Les volets suivants (qui devaient se concrétiser entre 2007 et 2009) devaient être consacrés à d'autres pathologies et notamment à des pathologies sévères et durables telles que la schizophrénie.

Le bilan de suivi du Plan réalisé en 2009 fait état d'une seule action d'information concrétisée : la campagne de communication sur la dépression confiée à l'INPES lancée à l'automne 2007.

Cette campagne s'est appuyée sur trois médias : la télévision avec la diffusion d'un spot télé du 29 octobre au 18 novembre 2007, la radio avec la diffusion de 4 spots radios du 3 au 21 novembre 2007 et enfin le média Internet avec la diffusion de bannières du 29 octobre 2007 au 8 janvier 2008.

Elle définissait la dépression comme une maladie, qui peut toucher chacun d'entre-nous. Elle en présentait les principaux symptômes par le biais d'un spot d'animation (télé) ou de témoignages (radio) et incitait les personnes souhaitant en savoir plus à commander un livret d'information gratuit par le biais d'un numéro de téléphone ou d'un site Internet.

L'objectif premier de la campagne était de promouvoir des outils d'information (livret et site Internet). L'objectif secondaire était d'informer le grand public sur les symptômes et les traitements de la dépression afin de faciliter, le cas échéant, le dialogue avec l'entourage et les professionnels de santé, d'améliorer les connaissances, de faire évoluer les attitudes et les comportements vis-à-vis de la dépression et in fine, de contribuer à l'amélioration du recours aux soins.

Les autres volets de la campagne d'information (information concernant d'autres pathologies notamment la schizophrénie) n'ont pas été mis en œuvre, sans que le bilan n'en donne les raisons. Il ressort des informations recueillies au cours des auditions que les controverses au sein du milieu psychiatrique sur la pertinence de la campagne dépression ne sont sans doute pas étrangères à l'ajournement des autres actions prévues (et, pour commencer, à la non rediffusion de la campagne sur la dépression). Pourtant, pour l'UNAFAM et la FNPASY la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale passe par une information du grand public sur les maladies les plus graves et ayant un impact durable sur la vie des personnes qui en sont atteintes.

Ainsi, pour la présidente de la FNAPSY (audition du 12 janvier 2011), *"il faut rappeler à la population que ces maladies existent et qu'elles font partie de tout être humain, la seule*

différence entre les malades et les autres étant que les premiers gèrent certaines situations de façon inadaptée".

En dehors de ces actions ciblées sur l'information, des mesures associées à d'autres objectifs du Plan ont potentiellement pu contribuer à l'atteinte de l'objectif "Mieux informer et prévenir". Ainsi, les actions de promotion de la santé mentale auprès de publics ciblés (enfants et adolescents) avaient un objectif de prévention, mais également une dimension informative. De même, les actions visant à "renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé" ont certainement eu pour effet de renforcer la visibilité sociale de ces associations et ont pu influencer sur les représentations sociales de la maladie mentale.

L'INPES a procédé à l'évaluation⁸¹ de l'impact de sa campagne d'information par le biais d'une enquête en face à face réalisée par l'Institut BVA entre le 22 et le 24 novembre 2007. Les spots radio et TV ayant été diffusés entre le 29 octobre et le 11 novembre de la même année, les délais entre la campagne et l'évaluation ont été extrêmement courts, ce qui ne permet pas l'identification d'impacts durables.

D'un point de vue méthodologique, l'Institut a cherché à identifier les effets à plusieurs niveaux :

- la réception et la perception immédiates du message par ses destinataires,
- l'apport d'informations plus élaborées par le site Internet et le livret,
- les attitudes et comportements.

En outre, à chacun de ces niveaux, ont été distingués :

- l'impact sur le grand public et les malades,
- l'impact sur les professionnels.

Il ressort de l'évaluation que la campagne a été appréciée (82% des 1000 personnes interrogées ont déclaré avoir aimé la campagne), et efficace en termes de communication, dans la mesure où elle a permis de promouvoir le site Internet (503 274 visites en 3 mois) et le livret (255 229 commandes, en plus des 350 000 du Plan de diffusion). Néanmoins, 21 % des enquêtés l'ont trouvée démoralisante et 11 % stigmatisante.

Le message délivré par la campagne d'information a davantage touché les personnes déprimées que la population générale. Les personnes ayant été elles-mêmes directement confrontées à la dépression sont plus nombreuses à avoir remarqué la campagne (72% contre 59% en moyenne), à l'avoir aimée, à en avoir parlé avec leur entourage, à s'être procuré le livret ou avoir déclaré vouloir le faire (24% contre 14% en moyenne).

Pour près de la moitié des médecins interrogés, l'augmentation modérée des consultations a été majoritairement le fait de personnes effectivement dépressives. Près d'un tiers des professionnels considèrent que la campagne a incité certains patients à leur poser des questions sur la dépression et à demander une orientation vers une psychothérapie ou un traitement.

83% des professionnels interrogés (médecins généralistes, psychiatres libéraux et hospitaliers, psychologues libéraux et hospitaliers), qui avaient été destinataires du guide "La

⁸¹ Source : INPES-BVA, Post – test de la campagne dépression, décembre 2007

dépression, en savoir plus pour en sortir", sont globalement en accord avec les contenus du guide. C'est davantage le cas pour les médecins généralistes que pour les psychiatres.

31% des médecins généralistes interrogés déclarent "une évolution de leur pratique" suite à la campagne. Il peut s'agir d'une recherche d'information sur les critères de diagnostic de la dépression, sur les traitements antidépresseurs, les psychothérapies ou un rapprochement vers d'autres professionnels de la santé mentale.

L'étude s'est attachée à analyser l'effet sur les attitudes vis-à-vis de la dépression. La perception des personnes dépressives semble s'être modifiée ("vraie maladie", "absence de complaisance par rapport à son état dépressif"). Toutefois, il semble toujours aussi risqué de parler de sa dépression en dehors des personnes de sa famille. Les médecins généralistes restent perçus comme non compétents pour soigner les problèmes psychiques alors que l'efficacité des psychothérapies comme des antidépresseurs est jugée de manière plus favorable.

Au total, il ressort de l'évaluation de l'INPES que la campagne de communication a eu un impact positif et largement conforme aux objectifs du Plan. Pour autant, considérant la méthodologie utilisée, il n'est pas possible de connaître son effet à long terme. Plusieurs experts (médecins et sociologues) se montrent d'ailleurs sceptiques sur la pertinence et l'intérêt de cette campagne d'information.

Leurs interrogations portent, d'abord, sur la durabilité des résultats observés. Il est peu vraisemblable qu'une campagne ponctuelle suffise à modifier durablement les attitudes et les comportements vis-à-vis de la dépression.

A cela s'ajoute une critique plus fondamentale sur le contenu même de la campagne. Face à un problème aussi complexe et multiforme que la dépression, les spécialistes doutent de l'intérêt d'un message à destination du grand public qui, par la force des choses, ne peut être que simplificateur.

DANS QUELLE MESURE LE GRAND PUBLIC ET LES MEDECINS GENERALISTES SONT-ILS AUJOURD'HUI MIEUX INFORMES DES MALADIES MENTALES, DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET DE LEURS POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE ?

Il existe des raisons de penser que le regard de la société sur les maladies mentales évolue positivement à moyen terme, au moins à certains égards. Il est vraisemblable que l'on assiste à une élévation du niveau de connaissance sur les troubles psychiques et à une régression des attitudes et comportements fondés sur la peur, le jugement moral et la stigmatisation. Les personnes souffrant de troubles psychiatriques sont davantage considérées comme des malades accessibles à un traitement. Ces progrès paraissent découler logiquement des grandes tendances de l'évolution sociale et culturelle : élévation du niveau d'éducation, développement des moyens d'information (Internet), diffusion de valeurs telles que le respect des différences, etc. Pour Frantz SAMY-KOHL⁸², : les attitudes d'empathie du grand public vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiatriques sont "*fortement liées au niveau d'éducation des personnes interrogées*". Ces progrès résultent également sans doute de l'évolution des prises en charge thérapeutiques liées à la désinstitutionnalisation et au rôle accru des familles.

⁸² *Les représentations sociales de la schizophrénie*, Masson 2006

Cela ne doit pas masquer l'ampleur du chemin qui reste à parcourir, ni la complexité du sujet (le fait, par exemple, que les attitudes sociales diffèrent sensiblement selon les types de pathologie). Inversement, il convient d'être attentif à la montée d'attitudes sécuritaires qui conduisent à surestimer la dangerosité des personnes en situation de handicap psychique. Globalement, on peut toutefois supposer que l'évolution des représentations sociales des maladies mentales peut faciliter leur prise en charge précoce, même s'il est difficile d'étayer empiriquement cette hypothèse.

Compte tenu des informations disponibles, il n'est pas possible aujourd'hui de conclure à l'impact du Plan sur l'évolution du regard de la société et la connaissance du grand public sur les maladies psychiatriques.

Si l'évaluation produite par l'INPES après la campagne souligne des effets plutôt positifs, leur portée peut en revanche être relativisée, cette évaluation ayant été conduite très peu de temps après la diffusion des outils de communication. De plus une campagne ponctuelle n'a pas de sens : ses effets s'effritent avec le temps et elle n'est pas de nature à modifier les perceptions et pratiques des professionnels. Outre le mode de communication, on peut s'interroger sur la pertinence du champ ciblé par la campagne : n'aurait-il pas été plus opportun de développer des campagnes d'information sur des pathologies plus sévères ?

En outre, il n'est pas certain que des campagnes d'information grand public soient à elles seules des moyens adaptés pour atteindre des objectifs de changement de regard de la société et d'élévation du niveau des connaissances du public, des malades et des professionnels sur les maladies mentales.

Il existe, en effet, d'autres moyens d'information que les campagnes grand public. Des initiatives telles que celles réalisées par le Psycom75⁸³, qui vise à mieux faire connaître les troubles psychiques, leurs traitements et l'organisation des soins psychiatriques par la diffusion de documents simples pourraient être étendues. En apportant une information claire et accessible, de telles initiatives permettent sans doute de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales, des professionnels et des structures, et facilitent ainsi l'accès à une prise en charge adaptée.

Par ailleurs, porter à la connaissance du public les pronostics favorables en matière de troubles pourrait également contribuer à lutter sérieusement contre la stigmatisation de la maladie mentale.

Les enjeux liés aux messages à faire passer auprès des différents publics et acteurs sont nombreux, complexes et parfois difficiles à concilier : lutter contre les discriminations et la stigmatisation, inciter les personnes qui en ont besoin à consulter de manière précoce, contribuer à l'éducation thérapeutique des malades, élever le niveau de connaissance des professionnels, etc., tout en évitant une surinformation susceptible de générer dans la population des inquiétudes et des recours aux soins inutiles.

Dans cette perspective, la communication auprès du grand public doit s'intégrer dans un ensemble d'actions d'information ciblées, cohérentes et inscrites dans la durée (renvoi sur des sites ou lieux ressources spécialisés, etc.). L'objectif de ces actions serait de donner accès à une information à la fois plus complète et plus différenciée sur les troubles mentaux et leur prise en charge globale (sanitaire, médico-sociale, sociale).

⁸³ Le Psycom75, organisme qui regroupe 5 établissements publics de santé mentale parisiens, réalise par exemple des documents d'information à destination des patients et de leur entourage, du grand public et des professionnels sanitaires et sociaux.

11 LA PLACE DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

Le renforcement du droit des usagers et des familles est inscrit dans l'axe 2 du PPSM "Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs".

Il s'agit d'un des deux objectifs stratégiques de cet axe, l'autre visant à améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale.

Trois questions évaluatives ont été retenues pour évaluer la place des patients et de leurs proches dans le dispositif de psychiatrie et de santé mentale :

Dans quelle mesure les associations ont-elles bénéficié des mesures de soutien prévues par le Plan ?

La participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation a-t-elle été améliorée ?

Quels sont les effets de la participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation, sur la prise en charge des patients ?

Ces questions concernent deux des quatre objectifs opérationnels :

- Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation,
- Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé,

Les deux autres objectifs opérationnels (élargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, devenues en 2011 les commissions départementales des soins psychiatriques, et réformer le dispositif d'hospitalisation sans consentement), sans avoir été totalement ignorés, n'ont pas fait l'objet d'une évaluation à cause de l'évolution législative en cours⁸⁴.

UN ROLE AFFIRME DES USAGERS ET DE LEURS PROCHES MAIS AVEC DES MOYENS ENCORE INSUFFISANTS

La place des usagers et de leurs proches en tant qu'acteurs des politiques de santé s'affirme depuis peu en psychiatrie, comme dans les autres domaines de la médecine. Plusieurs textes, consacrent cette place.

En 1978, l'OMS définit, dans sa déclaration dite d'Alma Ata sur les soins primaires, une conception du soin centrée sur la personne plus que sur la maladie - c'est le leitmotiv de toutes les politiques de santé publique. Cette conception implique une continuité de l'assistance à la personne tout au long de sa trajectoire de vie : le rapport au sujet et le rapport au temps sont entièrement liés. On l'a souvent souligné, "ces nouvelles conceptions de la santé et de la maladie ont exercé une influence nette sur l'évolution des politiques de

⁸⁴ La loi n°2011-803 relative aux droits et à la protection des personnes bénéficiant de soins psychiatriques a été publiée le 5 juillet 2011. Elle réforme le dispositif d'hospitalisation sans consentement qu'il s'agisse de la procédure à la demande d'un tiers ou de l'hospitalisation d'office. Elle substitue à la notion d'hospitalisation celle de soins sans consentement.

santé mentale”⁸⁵. Dans le prolongement de la déclaration d’Alma Ata, la première Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en 1986, adopte une charte insistant notamment sur la nécessité de recentrer les services de santé “ sur la totalité des besoins de l’individu considéré dans son intégralité”⁸⁶

En 2000, une charte de l’usager en santé mentale est signée par l’État, la FNAPSY et la Conférence des présidents des commissions médicales d’établissements (CME) des centres hospitaliers autorisés en psychiatrie. Cette charte prévoit notamment dans son article 4 que l’usager est une « *personne qui participe activement aux décisions la concernant* » et, dans son article 8, que l’usager est « *une personne citoyenne, actrice à part entière de la politique de santé et dont la parole influence l’évolution des dispositifs de soins et de prévention* ». La contribution des usagers aux réflexions et aux décisions doit être recherchée à tous les niveaux : au niveau local, dans les conseils d’administration des établissements ou les CDSP, au niveau régional, dans les différentes instances régionales de concertation existantes, au niveau national, au sein de la conférence nationale de santé.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades reconnaît ensuite la place et le rôle institutionnel des associations d’usagers. Plus concrètement, elle prévoit que malades et familles soient représentés au sein des CDSP. D’autres lois ont également vocation à replacer les usagers et leurs proches au centre des préoccupations et des prises en charge. Peuvent être citées les lois du 2 janvier 2002 rénovant l’action sociale et médico-sociale, du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et du 11 février 2005 pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Toutes prévoient des dispositions visant à rendre les patients et leurs familles acteurs de leur prise en charge.

Le PPSM reprend la thématique de l’approche centrée sur la personne : « L’approche visant à prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable, et prenant en compte les besoins multiples, sanitaires et sociétaux, de la personne constituent le principe fondateur du nouvel élan donné à la psychiatrie et à la santé mentale, en dépassant une approche jusqu’alors souvent centré sur les structures au profit d’une approche centrée sur les besoins ». C’est dans ce contexte qu’il constate que les associations disposent de moyens trop réduits pour réaliser leurs missions, que les capacités de représentation et d’action des associations d’usagers et de familles auprès des pouvoirs publics restent insuffisamment reconnues et soutenues. Il prend des mesures pour renforcer le rôle des associations d’usagers et de familles dans le soutien des personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que dans leur contribution à la construction d’une offre de services auprès des professionnels et des administrations.

⁸⁵ M. Berthod-Wurmser, (dir.), *La Santé en Europe*, Paris, La Documentation française, 1994, p. 306.

⁸⁶ www.cres-paca.org/declaration_Ottawa.fr

UNE MISE EN ŒUVRE NON ACHEVÉE DES MESURES DU PLAN

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
Axe 2 : Des patients, des familles et des professionnels	Renforcer les droits des malades et de leurs proches	Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation	Accroître et soutenir le rôle d'acteur des usagers, de leurs familles et de leurs proches dans les processus de concertation et de décision liés à la politique d'organisation des soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale	<p>Publication du décret d'application de l'ordonnance de simplification administrative relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement des CRCSM, des conférences sanitaires et des CROS</p> <p>Association des usagers et de leurs proches à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre du SROS (conformément aux circulaires du 5 mars et du 25 octobre 2004)</p> <p>Intégration des usagers et de leurs proches dans un comité régional des usagers pérenne</p> <p>Identification au sein de chaque ARH/ARS d'un référent pour répondre aux interrogations des associations</p> <p>Incitation au développement d'instances de concertation de proximité (conseils de secteurs, conseils locaux de santé mentale)</p> <p>Mise en œuvre, dans chaque région, d'actions de formation adaptées pour les représentants des usagers et de leurs proches.</p>	<p>Les dispositions réglementaires pour la participation des usagers et/ou de leur famille dans les instances de concertation ont été publiées le 6 mai 2005</p> <p>D'après le dernier bilan, l'implication des associations d'usagers dans les processus de concertation et de décision en matière de soins en psychiatrie est inégale selon les régions et reste assez modeste.</p> <p>A l'issue du dernier bilan du PPSM, la moitié des régions (13) ont effectivement mis en place un comité régional pérenne des usagers</p> <p>Fin 2008, 14 régions disent avoir identifié un référent usagers dans les ARH. En 2011, d'après les données de la DGOS, chaque ARS a désigné un référent.</p> <p>Le champ de la santé mentale compte encore peu d'associations (6 sont agréés au niveau national et 14 au niveau régional)</p> <p>Peu d'action de formation ont finalement été organisées à l'attention des représentants des usagers ou de leurs proches. (seules 8 régions ont réalisé cette action, 9 s'y sont engagées)</p>
		Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé	<p>Soutenir le développement d'associations d'usagers en santé mentale sur le territoire national</p> <p>Soutenir, par des subventions accrues, les actions menées par les associations d'usagers et de familles</p> <p>Développer avec les associations d'usagers une action d'information, alternative à celle diffusée par les laboratoires pharmaceutiques sur les médicaments</p>	<p>Soutien des missions d'écoute et d'accueil des familles frappées par la maladie menées par les associations</p> <p>Soutien des études et des recherches menées par les associations</p> <p>Soutien dans le cadre de l'engagement des associations pour le développement des clubs (ou GEM)</p> <p>Action de sensibilisation des acteurs de la psychiatrie sur les usagers et leur famille</p> <p>Renforcement de la formation des bénévoles des associations</p> <p>Implication des associations d'usagers à la validation et la diffusion de fiches d'information sur les psychotropes</p>	<p>Sur les 4 années du Plan, les principales associations d'usagers et de famille (FNAPSY, UNAFAM, Croix Marine, France dépression) ont reçu près de 3 M€ (soit 600 000€ de plus que ce qui était prévu).</p> <p>Sans éléments précis sur les réalisations effectives, le bilan indique que ce soutien financier a dû permettre de proposer des formations aux bénévoles, de soutenir la création d'antennes locales, de déployer des actions d'information sur les maladies mentales et les dispositifs d'aide et de prise en charge et enfin, de participer à des actions de défense des droits des malades.</p> <p>En revanche, la diffusion de fiches d'information sur les psychotropes n'a pas été effectuée.</p>

Il existe quelques associations d'envergure nationale représentant les usagers et leurs proches. Comme indiqué dans le tableau, 6 seulement sont agréées au niveau national. Parmi elles, on peut citer l'UNAFAM (qui dispose d'une délégation dans chaque région et département et regroupe environ 15 000 familles), la FNAPSY (qui regroupe 65 associations locales et représente 7 000 usagers) et la Fédération Croix Marine (composée de 300 associations et 130 établissements des secteurs de la psychiatrie adulte ou infanto-juvénile mais aussi des secteurs sociaux et médicosociaux). Ces associations jouent un rôle de représentation mais également d'accueil, d'information et d'écoute des familles (UNAFAM), d'information et de lutte contre la stigmatisation, elles contribuent à la recherche et à la formation. Elles participent également activement à l'élaboration des politiques de santé dans le domaine de la psychiatrie.

Ces associations peuvent proposer des améliorations des pratiques professionnelles et des évolutions en matière de politique de psychiatrie aux pouvoirs publics. Elles portent un intérêt fort à la formation des professionnels (infirmiers, assistants sociaux, psychologues, ergothérapeutes, aides maternelles, etc.) et des bénévoles. Elles contribuent aux échanges d'expériences, notamment en organisant des journées nationales.

Un soutien aux associations resté ponctuel et surtout limité aux structures d'envergure nationale

Lors des auditions, il est apparu que le Plan a favorisé le soutien aux associations, mais l'aide apportée n'a pas été suffisante pour consolider un tissu associatif qui reste faible, reposant sur l'investissement d'un nombre limité de bénévoles. Les financements accordés ont été trop ponctuels. Par exemple, la FNAPSY a déclaré avoir, grâce au Plan, bénéficié pendant deux ans d'une subvention complémentaire de 200 K€, qui lui a permis de recruter un salarié, mais la fin des financements supplémentaires en 2009 a abouti à son licenciement. Actuellement, elle dispose d'un seul salarié mis à disposition par l'ARS Ile de France. De son côté, l'UNAFAM compte 8 salariés dans son équipe.

Les subventions destinées notamment à la formation des bénévoles et au recrutement de professionnels, se sont élevées à près de 3 millions d'euros pour les 4 années du Plan (2,4 M€ étaient prévus). On ne dispose pas d'éléments de comparaison avec les années antérieures. Les auditions suggèrent qu'il y a eu augmentation des financements et une amorce de renforcement des associations, mais que celles-ci restent fragiles.

Le Plan semble avoir privilégié les associations d'envergure nationale au détriment des associations locales d'usagers et de familles.

En termes de formation, le bilan de suivi du Plan indique que les actions ont tardé à être réalisées dans les régions. Il n'y a pas de précisions sur les organismes de formation, sur l'objet des formations, sur le nombre de bénévoles formés...

Concernant le soutien aux études et aux recherches à l'initiative d'associations, aucun document ne permet d'en préciser le nombre ou l'objet.

Quelques initiatives pour faciliter la participation des usagers de la psychiatrie et de leur famille mais une implication quasi inexistante dans les processus locaux de décision

La participation des patients, des familles et des associations de patients et de familles de patients représente l'une des grandes transformations des systèmes de santé en général. Elle présente des spécificités dans le champ de la psychiatrie notamment parce qu'il existe une stigmatisation de ces maladies et des personnes qui en souffrent. Elle est un élément important dans la démarche d'*empowerment*⁸⁷ des usagers, notamment parce qu'elle peut les aider à sortir de leur solitude et de leur isolement.

En ce qui concerne les familles, qui jouent souvent un rôle important dans la prise en charge des patients, leur implication dans les associations est rapidement devenue essentielle pour leur permettre de s'impliquer dans les choix politiques en ce domaine.

L'information et le soutien des familles : le point de vue des usagers

Le point de vue des usagers est exprimé dans l'étude réalisée par le CREDOC à la demande du HCSP. Il a été procédé à l'animation de deux focus groupes réunissant les usagers d'un CMP en Haute-Normandie et d'un CATTP en Languedoc-Roussillon.

Des relations entre le malade et sa famille qui peuvent être difficiles

La maladie mentale fait souvent peur à la famille du patient et peut entraîner des ruptures des liens familiaux au moment où ceux-ci peuvent être essentiels pour le malade.

« L'hospitalisation fait peur à la famille. Quand on commence à rentrer là dedans. Je ne pense pas qu'elles sont suffisamment informées. » (LR Groupe usagers)

« J'ai eu des relations avec la famille, pour les fêtes. Ça a fait une cassure, comme si j'étais monté dans un train qui ne s'est jamais arrêté. Quand on rentre là dedans on te colle une étiquette. » (LR Groupe usagers)

« Je pense qu'il faut pas trop compter sur la famille parce qu'ils ne comprennent pas. Ils savent pas ce qu'est la dépression, la folie. » (LR Groupe usagers)

« Ma mère était médecin donc pour elle... Elle connaît un peu. Mais elle ne comprend pas que sa fille soit comme ça, c'est dur à gérer. Heureusement que je les ai parce que sinon je serais retournée à l'hôpital. Quand t'es angoissée et pas soutenue tu te dis « tiens pourquoi pas retourner à l'hôpital au moins j'ai quelqu'un qui s'occupe de moi ». »

Une demande forte d'information de la part de la famille

La demande d'information sur la maladie et les manières de la soigner ou de la gérer est très importante de la part des familles, plus encore que de la part des patients. L'entourage de la personne malade est en effet souvent sujet à un sentiment d'incompréhension et d'impuissance. Les patients comme leurs familles suggèrent ainsi que l'information des proches sur la maladie et sur la meilleure façon pour l'entourage du malade de l'accompagner et de le soutenir fasse partie intégrante de la prise en charge du patient.

⁸⁷ Habilitation, mise en capacité, en pouvoir

« Il faudrait que les familles soient mieux informées. Pour qu'on ne prenne plus cette maladie là comme une honte, il faudrait que ça soit expliqué. Surtout que maintenant avec les médicaments et tout ça on arrive à juguler. Au moment de l'hospitalisation déjà il faudrait qu'il y ait une personne, pas forcément spécialisée mais quelqu'un qui soit à l'écoute des familles et qui leur explique. Même si ce n'est pas un psychiatre. » (LR groupe Usager 2)

« Au CMP il y avait eu il y a quelques années des réunions d'accueil des familles, sur les malades et leur famille, des discussions autour de la bipolarité etc. Ils invitaient les malades et les familles des malades. On le fait bien pour le cancer, pourquoi on ne le ferait pas pour la psychiatrie ? » (LR groupe Usager 2)

Un besoin de soutien pour la famille

En plus d'être informées, les familles ont parfois besoin d'être aidées, notamment dans la gestion du foyer lors de l'hospitalisation d'un parent.

« Certaines familles auraient besoin d'être soutenues. Par exemple quand la maman quitte le foyer il faut des aides pour le ménage etc. Il faudrait le proposer directement, pas attendre que la personne qui souvent est assez désemparée fasse la démarche auprès de l'assistante sociale. » (LR groupe Usager 2)

« Au CMP il n'y a rien de directement organisé pour la famille mais on peut demander un rendez-vous avec des infirmières avec ses enfants et ses parents, avec les proches. » (HN groupe Usager 1)

Source : *L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers de la trajectoire des patients : le point de vue des professionnels et des usagers.* Anne Dujin, Bruno Maresca, Laura Cottard et Camille Renauld (CREDOC – septembre 2011)

Si la particularité de certaines pathologies psychiatriques (schizophrénies, paranoïa, anorexie mentale, etc.) est le déni de la maladie par le patient, leur savoir profane sur la maladie est un fait reconnu, au moins chez les chercheurs en sciences sociales et en épidémiologie travaillant sur le sujet. A partir des années 1980, le savoir profane fait l'objet d'une attention soutenue (notamment aux États-Unis), dans la foulée de la « désinstitutionnalisation », et d'un regard plus optimiste sur la maladie mentale : la schizophrénie est une maladie dont on guérit, au moins au sens d'une guérison « sociale », dont les critères sont, par exemple, la possibilité de mener une vie autonome ou d'avoir et de réaliser des projets personnels, ces résultats sont appuyés par des travaux empiriques, notamment engagés à l'initiative de l'OMS dans les années 1970⁸⁸. C'est bien souvent le manque de services aux personnes malades qui les enfoncent dans la chronicité. Lors de la conférence ministérielle européenne sur la santé mentale de janvier 2005 à Helsinki, l'OMS reconnaît l'expérience et l'expertise des patients et des aidants et recommande de s'en inspirer largement dans la planification et l'élaboration des services.

Un autre élément est que l'on commence à considérer le patient souffrant de troubles psychiatriques comme les autres patients : la dimension de dangerosité et de protection de la société a reculé au profit des droits du patient. Notons néanmoins une régression ces

⁸⁸ K. Hopper, Rethinking social recovery in schizophrenia: What a capability approach might offer? *Social Science and Medicine*, 65, 2007, 868-879. « Convergent findings from the 11 world studies of 20–30 + years from first admission have consistently shown that persons labeled with prolonged and episodic forms of schizophrenia have a strong possibility of favorable long-term outcomes if given half a chance », écrivent L. Ciompi, C. M. Harding et K. Lehtinen, *Deep Concern, Schizophrenia Bulletin*, vol. 36 no. 3 pp. 437–439, mai 2010, p. 437.

toutes dernières années avec « une rupture de l'équilibre » entre menace à l'ordre public et droits aux soins⁸⁹ qui va à l'encontre de l'esprit du PPSM.

Le Plan a permis de mettre en lumière, voire d'institutionnaliser certaines pratiques, mais l'incitation à la création d'instances consultatives n'est pas récente. Dès 1972, une circulaire recommande l'instauration de conseil de santé mentale de secteur intégrant les représentants des usagers et de leurs proches.

Si l'intérêt des conseils locaux de santé mentale (CLSM) est reconnu à plus d'un titre, leur création ne doit rien au Plan. Ces dispositifs ont souvent été prévus dans le cadre des Ateliers Santé Ville, dispositif de la Politique de la Ville, destiné à être le lieu de coordination des acteurs territoriaux en vue de l'élaboration d'un diagnostic partagé des problèmes à traiter et du plan local de santé publique. L'inscription d'un axe « Santé » depuis les contrats de ville 2000 – 2006, repris dans les contrats urbains de cohésion sociale 2007 – 2009, a donné une nouvelle impulsion aux CLSM. Plus concrètement, la création des CLSM a été impulsée par le Centre collaborateur français de l'OMS (CCOMS) dans le cadre d'une mission d'appui confiée par l'ex Délégation interministérielle à la Ville, puis par l'Agence nationale pour l'égalité des chances et la cohésion sociale, sur la période 2007 -2010. Cette mission a été reconduite en 2011.

Le CCOMS recense, en mai 2011, 47 conseils locaux de santé mentale ou apparentés intervenant dans 97 villes. 25 CLSM sont, par ailleurs, à cette date, en cours d'élaboration ou en projet. Le territoire de référence des CLSM est variable : il peut correspondre à un arrondissement, une ville, plusieurs communes, à un secteur de psychiatrie ou à plusieurs. En termes de composition, les CLSM comptent, parmi leurs membres, des élus locaux, des services municipaux (santé, handicap, logement, culture, tranquillité publique, insertion,...), des services déconcentrés de l'État, des bailleurs, des associations d'usagers, des GEM et les équipes de psychiatrie. Les professionnels médicaux et paramédicaux du secteur libéral sont plus inégalement représentés, de même que les acteurs intervenant auprès des enfants et des adolescents. D'après le bilan des CLSM réalisé en mai 2011 par le CCOMS, le mouvement de constitution des conseils locaux de santé mentale a vu globalement son centre de gravité se déplacer dans les 20 dernières années, du monde des professionnels de la psychiatrie vers celui des élus et des usagers des services de santé mentale, sous l'impulsion notamment de la politique de la ville.

Pour le CCOMS, la création des CLSM fournit un cadre pour reconnaître le rôle, l'expérience et l'expertise des usagers et de leur entourage dans la planification et le développement des services, intégrer les services de psychiatrie dans la cité, lutter contre l'exclusion, la discrimination et la stigmatisation des citoyens présentant des troubles psychiques.

Cependant, comme le rappelle la revue *Pluriels*⁹⁰, il n'existe qu'un cadre réglementaire incitatif pour la création d'instances de concertation. Le dynamisme des Conseils locaux de santé mentale et la place laissée aux usagers sont, par conséquent, particulièrement dépendants des bonnes volontés des acteurs locaux, qui doivent, en outre, s'entendre sur l'échelle territoriale appropriée pour réaliser cette concertation et déterminer les priorités.

Outre le niveau local, le rôle d'acteurs des usagers, de leurs familles et de leurs proches dans les processus de concertation et de décision devait être renforcé au niveau régional, niveau de planification de l'offre de soins en réponse aux besoins en santé mentale. En effet,

⁸⁹ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, p. 2.

⁹⁰ Revue *Pluriels*, *Les conseils locaux de santé mentale* n°87-88, janvier – février 2011.

les instances de concertation de proximité, à savoir les CROSM et les conférences sanitaires, ont vocation à faire émerger, au niveau local, un diagnostic partagé des besoins et de l'offre ainsi que des évolutions souhaitables, sur le plan sanitaire mais également social, médico-social, éducatif, judiciaire. Conformément à ce que prévoyait le Plan, le décret du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaire précise le rôle, la composition et le fonctionnement des instances de concertation, à l'exception de la conférence sanitaire dont les missions sont fixées par la Loi. Néanmoins, peu d'informations sur l'implication réelle des usagers et des familles dans les processus de décision sont à ce jour disponibles.

En ce qui concerne l'élaboration des SROS III, les éléments de bilan du Plan indiquent que 17 régions ont associé les usagers et leurs proches ou leurs représentants.

Une note de mai 2005 de la Fédération Hospitalière de France rédigée par le Délégué général adjoint laisse penser que cette implication des usagers et de leurs représentants est restée limitée : *"Dans les régions, la démarche SROS III est déjà bien engagée. Les ARH par crainte de ne pas respecter les délais de réalisation initiaux (automne 2005) ont démarré les travaux du Schéma sur la base d'une réflexion classique, le plus souvent descendante. [...] C'est ainsi que des comités d'experts et des groupes de travail en fonction des thématiques ont été mis en place. [...] Il est à noter la faible implication des élus jusqu'à présent dans la démarche. Les usagers sont pour l'instant peu concernés [...]."*

La FNPASY confirme le constat établi par la Fédération Hospitalière de France. Il s'avère, par ailleurs, que l'implication des usagers dans l'élaboration des schémas nécessiterait qu'ils soient formés, de manière à comprendre les finalités de ces documents de planification, leurs modalités d'élaboration et le positionnement qu'ils doivent adopter.

En bref, la participation des usagers et de leurs proches aux processus de planification de l'offre de soins et de décision reste minime. Aussi, certaines limites ont-elles été soulignées lors de la conférence évaluative :

- la participation des usagers dans les institutions est effective « par obligation réglementaire » mais n'est pas toujours véritablement animée par les acteurs locaux ;
- les usagers et leurs représentants ont le sentiment d'une parole peu audible ;
- l'absence de préparation (« formation ») des usagers à cette participation peut limiter fortement leur rôle et les cantonner à une présence formelle.

En outre, la représentation des usagers de la psychiatrie est limitée de fait depuis la création en 1996 du collectif inter-associatif sur la santé (le CISS) à qui a été confié un rôle exclusif de représentation. A ce sujet, si la FNAPSY est membre de ce collectif, elle estime, par ailleurs, que, compte tenu des spécificités de la psychiatrie, seul un de ses usagers est à même de contribuer aux réflexions sur les évolutions des dispositifs de ce secteur particulier de la santé publique.

Néanmoins, au-delà des mesures prévues strictement sur ce volet, d'autres actions soutenues par le Plan ont contribué à promouvoir la place des personnes souffrant de troubles psychiatriques comme acteurs de la politique de psychiatrie et de santé mentale.

- A travers le développement des services d'accompagnement. En effet, comme le rappelle une étude du CEDIAS⁹¹, la différence fondamentale entre l'accompagnement proposé par un service d'accompagnement et l'action d'un autre dispositif sanitaire ou social porte fondamentalement sur la place accordée à la

⁹¹ CEDIAS, *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique?*, octobre 2010.

personne : ni patient ni usager d'une prestation ou d'un équipement, mais d'abord citoyen. L'accompagnement part des demandes de la personne, de sa parole telle qu'elle est exprimée. Si les demandes sont décalées par rapport à la réalité, l'accompagnement consistera à mettre cette parole à l'épreuve de la réalité pour l'aider à évoluer.

- A travers le développement des GEM, outil concrétisant la participation des usagers à leur prise en charge. Selon le CCOMS, bien qu'ils n'aient pas initialement été prévus à cette fin, les GEM permettent aujourd'hui une certaine représentation locale des usagers.

Enfin, en dehors du Plan, deux autres projets, en particulier, encouragent ce positionnement des usagers :

- les projets « médiateurs de santé pairs »⁹².
- les programmes d'*empowerment* : Cette notion qui recentre l'utilisateur sur sa participation active à sa prise en charge et sur son positionnement en tant que citoyen à part entière est mise en œuvre dans plusieurs programmes comme celui qui associe la Commission européenne et l'OMS depuis 2009⁹³ et repose sur des associations d'utilisateurs et de familles. D'autres expériences ont été lancées au niveau européen avec un projet localisé à Paris⁹⁴ ou dans d'autres villes.

Ces différentes approches se développent en France mais certainement trop lentement et ne font pas suffisamment l'objet de recherches permettant l'évolution des pratiques.

DANS QUELLE MESURE LES ASSOCIATIONS ONT-ELLES BENEFICIE DES MESURES DE SOUTIEN PREVUES PAR LE PLAN ?

LA PARTICIPATION DES USAGERS ET DES FAMILLES A L'ORGANISATION DES SOINS, AUX INSTANCES DE CONCERTATION A-T-ELLE ETE AMELIOREE ? QUELS EN SONT LES EFFETS ?

Le Plan a eu manifestement des effets très limités concrètement, mais il a eu le mérite d'avoir rendu cette participation incontournable. La représentation des usagers et de leur famille et leur participation aux instances diverses constituent un véritable enjeu de santé publique et doivent être fortement encouragées. Il apparaît ici nécessaire de préciser qu'utilisateurs et familles ne se substituent pas l'un à l'autre. Bien au contraire, ils ont chacun leurs représentations de la maladie et leurs problématiques liées à la prise en charge psychiatrique. Les pouvoirs publics se doivent ainsi de trouver un juste équilibre pour la prise en considération de ces deux situations.

⁹² Il s'agit d'un programme expérimental 2010-2013, financé par la CNSA et conduit conjointement par le CCOMS, la FNAPSY et le Ministère de la Santé. Ce programme, mené dans trois régions (Nord Pas de Calais, Ile de France et PACA) consiste en l'intégration de trente médiateurs de santé dans les services de psychiatrie et d'insertion sociale par le biais d'une formation. Ces médiateurs ont fait l'expérience de troubles psychiques par le passé et sont aujourd'hui « rétablis ». Ils correspondent à un nouveau type de professionnels rémunérés comme tels. Pour plus d'informations on se reportera à : Claude Finkelstein, Jean-Luc Roelandt et Nicolas Daumerie. *Le programme des médiateurs de santé –pairs développés par le centre collaborateur OMS*. Pluriels. Novembre 2010.

⁹³ La définition donnée dans ce cadre est la suivante : « l'*empowerment* fait référence au niveau de choix, de décisions, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie... »

⁹⁴ *Emilia : un programme d'empowerment en santé mentale*, La santé de l'homme, mai juin 2011.

Si les moyens financiers consacrés au soutien des associations ne sont pas nuls, ils méritent d'être davantage pérennes. Aussi, le Plan a semble-t-il négligé le soutien aux associations locales. En termes de résultats, on manque d'éléments sur les formations réalisées à l'intention des bénévoles, alors que ce volet d'action est essentiel, puisque ces acteurs constituent les forces vives des associations.

Au final, certes les usagers et leurs proches font davantage partie de la composition des instances de concertation, mais leur participation reste généralement symbolique, en réponse à une obligation réglementaire. Par ailleurs, l'absence de préparation et de formation des usagers à leur rôle de représentation peut générer chez eux un certain malaise. S'il est raisonnable de supposer qu'une évolution favorable est en cours, en lien avec la tendance générale à l'affirmation des droits des patients (le statut du patient psychiatrique se rapproche de celui du patient en général) et du rôle des patients dans le système de santé, ce changement reste fragile pour toutes les raisons évoquées plus haut et du fait des représentations sociales encore attachées à la maladie mentale.

Plus largement, la part relativement réduite des malades et des proches adhérant à une association dans le champ de la psychiatrie souligne les progrès restant à faire pour donner une véritable place à ces acteurs.

12 L'IMPACT DES OPERATIONS D'INVESTISSEMENT

Un rapport d'enquête du ministère de la santé datant de septembre 2000 et portant sur une évaluation du patrimoine immobilier des établissements publics et privés participant au service public hospitalier à vocation principalement psychiatrique faisait le constat de la dégradation importante de l'offre de soins en psychiatrie et concluait que cette situation ne permettait pas aux patients d'être accueillis dans des conditions confortables et dignes. La qualité de certains équipements ne permettait pas à tous les établissements de remplir les objectifs de soins qui leur étaient assignés.

Le PPSM dans son volet a donc prévu de renforcer l'investissement pour soutenir l'offre de soins en psychiatrie. Trois axes ont été privilégiés :

- renforcer la qualité de l'offre de soins et des équipements ;
- améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement ;
- favoriser l'adéquation entre qualité et sécurité des conditions d'exercice des professionnels.

Le Plan a prévu un soutien pluriannuel de 2006 à 2010 pour accompagner l'évolution de cette offre dans le cadre de la mise en œuvre des SROS III. L'objectif était un effort de 750 millions d'euros de soutien durant cette période permettant de générer 1,5 milliards d'investissements supplémentaires.

Le Plan Hôpital 2007 mis en place en 2003 qui prévoyait une aide financière afin d'accélérer l'investissement des hôpitaux n'avait pu améliorer considérablement la situation en raison, notamment, du faible budget (1.2 milliards d'euros), réparti de surcroît sur l'ensemble des hôpitaux du pays. En effet, il n'était pas spécifique aux établissements autorisés en psychiatrie, même si certains avaient pu en bénéficier.

Le HCSP s'est chargé, non pas d'analyser dans son ensemble l'effort d'investissement qui a résulté des mesures prises dans le cadre de l'objectif 2.2.2, mais a tenté d'évaluer l'impact des investissements sur la prise en charge des patients et les conditions de travail des personnels (voir ci-après la démarche adoptée).

La question évaluative était la suivante :

Quels sont les effets des efforts d'investissement sur l'accueil et la prise en charge dans les établissements et structures de soins psychiatriques ?

UNE SITUATION DEGRADEE DANS UN GRAND NOMBRE D'ETABLISSEMENTS

Afin de permettre un ciblage précis de l'attribution des investissements, le CNEH a mené en 2006, à la demande de la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (Mainh), une enquête auprès des établissements et des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH). 426 établissements, répartis sur 24 des 26 régions françaises, ont participé à cette enquête. Elle a confirmé la situation dégradée d'un grand nombre d'établissements. Les questionnaires retournés dénotaient pour une partie d'entre eux une nécessité d'amélioration du confort, de modernisation des sites, de réduction du nombre de lits par chambre et d'optimisation des installations sanitaires et des conditions de sécurité. De plus, les structures de prise en charge de courte durée et d'urgence et celles de pédopsychiatrie

semblent quantitativement insuffisantes. Enfin, une majorité d'établissements déclarait ne pas avoir de fonds disponibles pour investir et la plupart n'avait pas la capacité de recourir à l'emprunt pour investir.

Au niveau national, 27% des sites étaient équipés de chambres à trois lits ou plus et plus souvent dans les établissements publics ou PSPH que dans les établissements privés à but lucratif. Le fait que l'établissement soit spécialisé n'influaient pas sur cette proportion. Dans certaines régions, comme en Alsace et en Haute-Normandie, la part des chambres de 3 lits et plus atteignait 50% des lits.

52% des établissements participant se déclaraient non satisfaits des installations sanitaires. Le taux le plus bas de satisfaction était de 20%, en Haute-Normandie. Les établissements publics témoignaient d'encore moins de satisfaction que les établissements privés à but lucratifs.

LE PROGRAMME D'INVESTISSEMENT A EU UN IMPACT NON NEGLIGEABLE SUR LES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE MAIS IL A PRIS UN RETARD CONSIDERABLE

Afin de procéder à la sélection des projets pouvant prétendre bénéficier d'un investissement du PPSM, un cahier des charges a été élaboré. Il récapitulait les conditions d'éligibilité et spécifiait la procédure à suivre pour les établissements prétendants.

Les conditions d'éligibilité des projets

La première condition d'éligibilité des projets était leur cohérence avec les objectifs développés dans le volet "Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie" et les Schémas régionaux d'organisation sanitaires de troisième génération (SROS III). Ainsi, ils devaient être la traduction d'un projet médical conforme à la politique générale de santé mentale développée dans le PPSM et dans la circulaire n°507/DHOS/O2 du 25 octobre 2004⁹⁵ relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III.

Tous les établissements de santé ayant des services autorisés en psychiatrie étaient visés par ce volet investissement qu'ils soient de statut public ou privé. Toutefois, les opérations présentées devaient être distinctes de celles concernées par l'accompagnement lié au Plan Hôpital 2007.

Les projets médicaux prioritaires étaient ceux qui avaient pour objectifs l'adaptation de l'hospitalisation complète, la création et le renforcement de dispositifs ambulatoires et d'alternatives à l'hospitalisation ou l'amélioration de la réponse psychiatrique à la crise et à l'urgence.

En outre, les projets devaient permettre de renforcer l'accessibilité du site, d'améliorer la qualité des conditions d'accueil et/ ou de prendre en compte l'impératif de sécurité.

⁹⁵ Cette circulaire vise à rappeler les orientations prioritaires au niveau national en matière de psychiatrie et de santé mentale et expose les principes d'élaboration des volets Psychiatrie et Santé mentale des SROS III.

Les modalités de mise en œuvre et de suivi

70% des fonds ont été distribués aux régions en fonction du ratio de la population. Les 30% restant ont été attribués en tenant compte des besoins plus spécifiques des régions, découlant d'une analyse de l'état des lieux réalisé par chaque ARH, conformément à la lettre de la DHOS du 25 août 2005 et des réponses des établissements à l'appel à projets.

Un calendrier définissant le processus d'élaboration des Plans régionaux d'investissement en santé mentale a été défini. Il prévoyait que l'ensemble du processus d'adoption des Plans régionaux de santé mentale (PRISM) et de validation des projets des établissements candidats se déroule entre août 2005 et avril 2006.

Un appel d'offres a été lancé et les projets présentés à un comité national de validation composé de représentants de la Mainh, de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM). Le comité s'est prononcé sur la conformité des projets avec le cahier des charges et a disposé de l'allocation de la réserve des 30% de moyens prévus.

La réalisation du programme d'investissement

Le démarrage tardif, dû aux nombreuses opérations à réaliser avant le lancement des travaux, a étalé ces investissements de 2006 à 2010 et, dans les faits, l'ensemble des opérations ne sera achevé qu'en 2017. Le taux de réalisation fin 2009 restait faible puisque 22% des opérations avaient été livrées. Les autres opérations devraient être livrées sur la période 2009-2017, soit pour certaines plus de dix ans après le lancement du Plan.

Le montant initial prévu sera sans doute dépassé et pourrait atteindre 1,7 milliard d'euros. D'après les données de la DGOS, les établissements auront autofinancé plus de la moitié de cette somme. 351 opérations étaient prévues dans le programme dont 6 opérations antérieures au PPSM. 270 ont concerné des établissements publics de santé, spécialisés ou non en psychiatrie (soit 77% des opérations). Les établissements publics de santé mentale (EPSM) ont été les grands bénéficiaires des investissements avec 50 % du montant total des opérations.

Répartition prévisionnelle par établissements au 31 décembre 2008

Catégories	Nombre d'opérations	Montant total (M€)	Part montant total	Taux de subvention	Investissement moyen (M€)
EPSM	111	897	51%	44%	8,1
CH - CHR	137	536	30%	48%	3,9
CHU	22	79	4%	40%	3,6
Sous-total	270	1512	86%	45%	5,6
ESPIC	36	159	9%	41%	4,4
Établissements privés	40	76	4%	19%	1,9
SIH, maison santé	4	13	1%	42%	3,2
Total	350	1760	100%	44%	5M€

Source : Anap 2011- Cour des comptes

Les investissements ont surtout bénéficié à l'hospitalisation complète qui représente 75% du montant des opérations. Les structures ambulatoires qui représentaient plus du quart des projets ont finalement été destinataires de 12 % des financements.

Répartition prévisionnelle par types de dispositifs au 31 décembre 2008

Type de dispositifs	Nombre d'opérations	Montant total (M€)	Part montant total	Investissement moyen (M€)
Hospitalisation complète	171	1314	75%	7,6
Dispositifs ambulatoires ou alternatifs à l'hospitalisation	96	206	12%	2,1
Pédopsychiatrie	43	90	5%	2,1
Opérations mixtes	20	81	5%	4
Réponse aux crises et urgences	20	69	4%	3,4
Total	350	1760	100%	5M€

Source : Anap 2011 – Cour des comptes

UNE ETUDE DE L'IMPACT SUR CINQ PROJETS

Pour connaître l'impact des projets réalisés grâce à l'investissement sur les conditions de prise en charge des patients et les conditions de travail des professionnels des services concernés, cinq études de cas ont été réalisées au cours de l'évaluation. Elles s'appuient sur :

- l'observation directe du projet par une visite sur site,
- l'analyse documentaire des différentes sources d'informations sur le projet,
- la réalisation d'entretiens qualitatifs avec les acteurs clés du projet.

Pour la sélection des cas étudiés, les régions Languedoc-Roussillon et Haute-Normandie ont été retenues. Elles présentent, en effet, la particularité de proposer une géographie et des secteurs psychiatriques particulièrement variés, qualitativement comme quantitativement. Elles ont, en outre, été retenues, à ce titre, dans l'étude confiée par le HCSP au CREDOC dans le cadre de l'évaluation du PPSM.

Les cinq cas ont été sélectionnés à partir des informations fournies par le bilan des PRISM⁹⁶ en 2009 réalisé par l'Agence nationale d'appui aux performances des établissements sanitaires et médicosociaux (ANAP – qui a remplacé la Mainh). Pour être retenus pour cette étude, les projets devaient être terminés et mis en service depuis suffisamment longtemps pour que leur impact puisse être analysé. Enfin, les projets devaient correspondre à différentes priorités du PPSM : humanisation de l'hospitalisation à temps complet, prise en charge pédopsychiatrique, accueil des urgences, développement des alternatives à l'hospitalisation notamment.

Présentation des cinq cas étudiés

En fonction de ces différents éléments, les sites suivants ont été retenus :

- *L'unité de psychiatrie à temps complet du CHU de Montpellier (34)*

Le CHU de Montpellier a élaboré en 2000 un projet médical à l'origine d'un vaste Plan de construction - reconstruction de ses services de psychiatrie, financé par un contrat d'objectifs et de moyens signé par l'établissement en 2001. Le projet consistait en la construction de

⁹⁶ Revue PRISM- bilan en décembre 2009

nouveaux bâtiments pour accueillir le service de psychiatrie adulte qui était auparavant installé dans des bâtiments anciens et fortement dégradés (usure des peintures, barreaux aux fenêtres, mobilier usagé). La capacité est restée la même mais l'accueil a été fortement humanisé. Plusieurs bâtiments anciens ont ainsi été désamiantés et détruits et sept bâtiments d'hospitalisation ont été construits (reconstruction de 7 unités sectorisées) ainsi que deux terrains de sport et un bâtiment dédié aux activités sportives, à l'ergothérapie et aux techniques de médiation, dans le but d'adapter l'offre de soin aux normes sanitaires et sécuritaires et d'améliorer le confort d'hébergement et de traitement des patients, ainsi que de travail des professionnels.

Le dernier bâtiment construit a pu bénéficier des crédits du volet investissement du Plan PPSM à une hauteur d'environ 12 millions d'euros. Il accueille l'unité de psychiatrie adulte temps complet composée de deux services modulables de dix lits chacun (10 chambres individuelles), l'un fermé, l'autre ouvert, et de deux chambres d'isolement. Sa configuration est allongée, avec d'un côté l'aile fermée, de l'autre l'aile ouverte, séparée entre elles par le hall d'accueil et des portes verrouillées du côté du secteur fermé.

- *Le centre médico-psychologique pour enfants et adolescents de Lunel (34)*

Le projet décrit dans l'appel à projets transmis à l'ANAP consiste en la création d'une structure pour un CMP de pédopsychiatrie à Lunel. Il s'agissait d'acquérir un bâtiment ou un terrain à bâtir pour accueillir les enfants consultant alors dans le CMP de Lunel situé dans une villa partagée avec le CMP pour adultes.

Les anciens locaux étaient dégradés, non climatisés et mal isolés. De plus, la coexistence des deux CMP, pour adultes, d'une part, enfants et adolescents d'autre part, pouvaient parfois présenter un risque pour la sécurité de la population infanto-juvénile. Afin de le limiter, les horaires de consultation étaient alternés, réduisant ainsi l'offre de soins.

Le nouveau CMP a été installé depuis 2008 dans un bâtiment de 240 m² en location qui accueille également un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) et un centre d'accueil médicosocial précoce (CAMSP). Il est ouvert du lundi au vendredi et dispose dans son équipe d'un psychiatre et de deux psychologues.

Le projet du CMP de Lunel, dépendant du CHU de Montpellier, était inscrit dans le projet médical de l'établissement depuis 2000. Il s'agissait de l'achat d'un bâtiment ou d'un terrain à bâtir. Il n'avait jusque là pas pu être financé, faute de crédits. Le montant total du projet s'élevait à 485 000 euros dont 194 000 euros par emprunt, ce qui n'aurait pas permis sa création telle qu'elle était envisagée. Celle-ci a été rendue possible par l'association de trois organismes : la direction départementale des affaires sanitaires et sociales qui a accepté de financer le projet du CAMSP et du CMPP si le CMP était présent dans la même structure. Toutefois, le financement n'a pas permis l'acquisition des locaux, comme le projet en avait été formulé dans l'appel à projets d'investissement.

- *Les services psychiatriques du CH de Dieppe (76)*

Le projet a correspondu à la construction d'un bâtiment neuf pour accueillir deux unités de psychiatrie de 24 lits chacune, installées précédemment dans des locaux anciens et inadaptés, avec une extension de 24 lits dans une unité intersectorielle fermée et les consultations. 4 chambres d'isolement complètent le dispositif. Les unités de psychiatrie pour adultes du CH de Dieppe ont ainsi été installées depuis octobre 2010 dans un bâtiment neuf. Celui-ci a bénéficié d'une sécurisation et d'une humanisation de ses locaux particulièrement moderne et réfléchi. Avec 24 lits en plus, l'offre de soins a donc été augmentée, dans une région où le taux d'équipement est particulièrement faible.

Le projet de rénover les services de psychiatrie adulte qui étaient situés dans les mêmes locaux que les autres spécialités médicales existait depuis près de 20 ans. Les locaux étaient tout à fait inadaptés à la psychiatrie mais l'absence de financements suffisants empêchait jusque là de réaliser ce projet, d'autant que l'ensemble de l'établissement méritait d'être rénové. Dans le cadre du PPSM, le CH a bénéficié de 13,4 millions d'euros pour la construction auxquels se sont ajoutés des financements issus de fonds propres de l'établissement. Les investissements du PPSM ont ici été déterminants.

La nouvelle structure a bénéficié, par ailleurs, de la création de 21 postes alloués par l'agence régionale de santé pour un montant de 800 000 euros.

- *L'unité d'accueil et d'orientation du Centre hospitalier du Rouvray à Rouen (76)*

Le projet était de construire une unité intersectorielle de 12 lits dédiée à l'accueil, l'évaluation et l'orientation de tout patient se présentant au CH du Rouvray spécialisé en psychiatrie. L'unité a d'abord été créée dans un ancien bâtiment puis transférée dans le nouveau en novembre 2010. Elle est actuellement composée de 12 chambres individuelles et de trois chambres d'isolement. Les patients sont accueillis pour une durée maximale de 48 heures.

Le projet de l'UNACOR fait partie du projet médical adopté par le conseil d'administration en octobre 2003. Le coût total de la construction du nouveau bâtiment représente 4,1 millions d'euros. 2,4 millions ont été pris en charge dans le cadre du PPSM, le reste par l'établissement. Le PPSM a représenté une opportunité financière pour la réalisation du projet.

Le personnel a été redéployé, essentiellement à partir du secteur porteur du projet et quinze postes ont été créés pour un total de 609 000 euros par an.

- *L'unité d'hospitalisation pour adolescents du Groupe Hospitalier du Havre (76)*

L'implantation au Havre d'une unité d'hospitalisation pour les adolescents a été considérée comme une priorité au sein de la région Haute Normandie. Avant la création de l'unité, les adolescents étaient hospitalisés à Rouen (une heure en train depuis Le Havre) dans l'unité interrégionale d'hospitalisation pour enfants et adolescents de 3 à 16 ans d'une capacité de dix lits pour les deux départements de Haute Normandie.

L'unité Équinoxe accueille ainsi depuis 2007 des jeunes de 12 à 17 ans présentant des problèmes d'ordre psychiatrique. Elle possède une capacité d'accueil de huit lits en chambre individuelle ainsi qu'une chambre d'isolement. Elle abrite également un CATTp de 4 places.

Par ailleurs, une enveloppe de 1 090 000 euros a été allouée pour le personnel. Le montant de l'enveloppe budgétaire n'a pas permis de recruter d'emblée le personnel expérimenté souhaité mais l'équipe est maintenant stabilisée.

Une sécurisation et une humanisation évidentes des structures concernées

La sécurisation et l'humanisation des structures d'hospitalisation étaient les priorités de ce volet investissement du Plan, avec l'adaptation de l'offre de soins.

Renforcer la sécurité

Au CHU de Montpellier, dans l'unité d'hospitalisation, la sécurité a été renforcée tout en améliorant la liberté d'aller et venir des patients. La nouvelle configuration des bâtiments permet, en effet, de séparer les secteurs fermés des secteurs ouverts alors que, dans les

anciennes unités, les patients "libres" et "sous contraintes" se trouvaient dans des bâtiments communs sans séparation. Cela avait pour conséquence "l'enfermement" de tous les patients, y compris les patients "libres" qui jouissent désormais de leur liberté d'aller et venir.

Les chambres, les pièces communes ont bénéficié d'un matériel garantissant une certaine protection contre les risques de blessures accidentelles ou volontaires et d'un système de cloisonnement des différentes parties de la structure fermées à clé. Un système d'alarme a également été installé dans les chambres d'isolement. Ces éléments positifs sont tempérés par des défauts liés à l'architecture des lieux. En effet, l'organisation des locaux, isole le bureau infirmier et impose une répartition du personnel entre eux (structure en long avec le bureau infirmier à un bout et les chambres d'isolement à l'opposé) ce qui diminue la densité de personnel. Ainsi, si les normes de sécurité sont mieux respectées, les soignants sont plus dispersés.

A Lunel, le principal ajout en matière de sécurité a été la séparation des CMP adultes et enfants. Les enfants ne croisent ainsi plus les adultes venus consultés, dont certains pouvaient avoir été condamnés dans des affaires de mœurs. De plus, l'ouverture de la porte d'entrée du CMP est pourvue d'un système de sécurité qui empêche son ouverture par un enfant. Toutefois, il semble manquer une personne pour surveiller les enfants notamment lorsque leurs parents les laissent seuls en salle d'attente pour s'entretenir avec le personnel soignant dans les bureaux dédiés.

L'UNACOR et le service pour adolescents du Havre sont des créations et non des reconstructions d'unités plus anciennes. Elles ont intégré les normes de sécurité les plus récentes. Le mobilier, la configuration et les systèmes de verrouillage des portes sont étudiés de manière à limiter le risque de fugue et d'accident. Les unités d'hospitalisation psychiatrique de Dieppe sont installées dans un bâtiment neuf et leurs capacités ont été augmentées. Les conditions d'accueil sont sans commune mesure avec celles de l'ancienne unité, dont l'état de délabrement ne permettait pas de garantir les règles de sécurité nécessaires à la protection du patient (mobilier inadapté, lieux vétustes) et des personnels. La nouvelle structure est, en revanche, particulièrement bien adaptée. Outre un mobilier et une architecture pensés pour garantir des normes optimales de sécurité, elle a intégré un système de fermeture par badges et non par clés manuelles, ce qui allie sécurité et facilité d'utilisation.

La sécurité, tant concernant les risques de blessures que d'agressions, a été au cœur des préoccupations des architectes des projets. Par exemple, les chambres d'isolement ont été prioritairement placées de manière à être facilement contrôlées de visu et complétées par un système de vidéo surveillance comme à Dieppe ou au Havre. Cependant, la sécurité tient à la fois aux équipements et au personnel disponible.

Humaniser les structures

L'humanisation des locaux est évidente dans les services du CHU de Montpellier. Les locaux étaient vétustes, les peintures défraîchies, les fenêtres en partie grillagées. En outre, les chambres accueillait jusqu'à quatre lits, les salles de bains étaient communes et l'intimité des patients n'était pas respectée. Le confort des patients a été amélioré grâce à la création de chambres individuelles avec salles de bain au lieu des anciens dortoirs. Cela a en outre permis de renforcer l'intimité des patients lors de l'administration des soins. Un grand effort a été consenti dans les nouveaux locaux. Les chambres individuelles avec salles de bain sont particulièrement appréciées des patients et leurs droits sont garantis par la séparation des services fermés et ouverts. Aussi, chaque partie du bâtiment comprend un salon et une salle à manger ainsi que des espaces extérieurs (de type patio pour le secteur fermé : jardin / terrasse). On peut néanmoins relever que la nouvelle configuration des lieux et ses

contraintes (répartition de l'ancienne équipe entre les unités fermées et ouvertes alors qu'elle était réunie dans les anciens locaux) a tendance, selon l'équipe elle-même, à isoler les patients des soignants qui peuvent plus difficilement leur accorder du temps.

A Lunel, si le changement n'est pas aussi important, les nouveaux locaux sont toutefois appréciés de l'équipe soignante et des usagers du fait de leur caractère neuf. Là aussi, le contraste est important avec les anciens locaux aux peintures écaillées et à l'isolation thermique quasi inexistante. De plus, le CMP est désormais plus facilement accessible aux usagers (meilleure desserte des transports en commun et axe plus emprunté).

Une enquête auprès des familles réalisée par le CMP met ainsi en évidence que les familles se déclarent majoritairement satisfaites des conditions d'accueil et de confort des lieux et de la situation géographique du CMP. Ils dénoncent toutefois l'important délai d'attente. L'isolation phonique n'est pas optimale, ce qui ne garantit pas toujours la confidentialité des consultations.

L'humanisation des lieux est particulièrement marquée à Dieppe en raison de la médiocrité du confort de l'ancienne structure qui était tout à fait inadaptée à la prise en charge de malades présentant des troubles psychiatriques. L'unité pour adolescents du centre hospitalier du Havre et l'UNACOR du Rouvray ont également répondu aux normes les plus récentes de qualité d'hébergement et de respect de la dignité du patient. Elles sont équipées d'un mobilier agréable et sûr afin de permettre au patient de se sentir bien. Les chambres sont individuelles et dotées de salles de bain avec sanitaires. En outre, le service de Dieppe et celui du Havre proposent un certain nombre d'activités de loisirs et thérapeutiques (accès au jardin, bibliothèque, jeux, salle de sport, cuisine thérapeutique, etc.) participant à cette humanisation des lieux. Les jardins sont également accessibles aux patients en hospitalisation sous contrainte.

Améliorer les conditions de travail : autre impact recherché et observé des opérations d'investissement

Dans l'ensemble des structures observées, l'adaptation du personnel aux locaux tient une place primordiale dans la satisfaction de l'équipe vis-à-vis de la nouvelle organisation de l'espace et sans doute dans la qualité de la prise en charge.

La satisfaction exprimée par les équipes travaillant dans les nouvelles structures est souvent en rapport direct avec leur implication dans l'élaboration du projet. A Dieppe, l'équipe avait été étroitement liée à l'élaboration du projet et a pu contribuer à en faire un lieu bien adapté à son usage. Ainsi, le bureau infirmier se trouve au milieu de la structure, avec une bonne vision des chambres et une proximité appréciable avec les chambres d'isolement. A l'inverse, une concertation apparemment moindre entre la direction du CHU, l'architecte du projet et l'équipe soignante a abouti à Montpellier à des défauts de conception. La forme allongée du bâtiment et la disposition du bureau infirmier, très éloigné des chambres d'isolement sont à l'origine de situations moins sécurisantes et d'une organisation complexifiée. La taille des établissements est sans doute un facteur limitant pour l'implication des équipes dans l'élaboration du projet.

En ce qui concerne le dimensionnement des équipes, plusieurs cas de figure se rencontrent. Dans certains cas, comme dans les services de psychiatrie de Dieppe, les équipes ont pu bénéficier d'un financement supplémentaire qui leur a permis de s'adapter (taille, spécialité, expérience) à la nouvelle structure. Il en ressort une grande satisfaction des personnels qui peuvent s'occuper de manière optimale des patients et profiter de l'ensemble des services offerts par la structure. Dans d'autres cas, une enveloppe limitée, selon l'équipe, a été réservée pour l'embauche de personnel. C'est le cas notamment au Rouvray où l'équipe estime être en sous-effectif, notamment suite au départ d'un assistant spécialiste difficile à

remplacer du fait de son statut et de l'accroissement de la file active due au succès de l'unité. Au Havre, l'enveloppe budgétaire n'a pas permis l'embauche de personnel ayant l'expérience requise pour les postes proposés, provoquant plusieurs départs prématurés le temps d'ajuster l'équipe. Enfin, certaines structures peuvent fonctionner avec la même équipe, lorsque la capacité n'a pas varié. C'est le cas pour l'unité de psychiatrie adulte de Montpellier. Toutefois, l'équipe ne se juge plus adaptée aux nouveaux locaux, qui présentent une configuration nouvelle avec la séparation entre unités fermée et ouverte et une offre de soins plus diversifiée (terrain de sport, balnéothérapie) nécessitant un personnel encadrant spécifique. Ces possibilités de prise en charge ne sont donc pas utilisées et le personnel semble insatisfait de ses nouvelles conditions de travail.

Au CMP de Lunel où l'équipe a plutôt eu tendance à diminuer, l'offre de soin reste insuffisante, les délais d'attente pour une prise en charge s'étendant de trois à six mois. Malgré tout, l'équipe rencontrée souligne les effets positifs du déménagement, les locaux étant jugés particulièrement agréables.

Un impact plus inattendu sur les relations avec les autres acteurs dans et à l'extérieur de la structure

La rénovation ou la création de ces unités a eu un impact direct plus ou moins fort sur les relations des équipes avec les différents acteurs du soin, les usagers et les partenaires institutionnels.

Au CHU de Montpellier, ce sont en particulier les relations avec les usagers et leur famille qui ont été modifiées. Selon les membres de l'équipe interrogés, ce rapport s'est distendu du fait de la mobilisation plus importante de l'équipe due à des questions d'organisation des locaux. De plus, les soignants interviennent tantôt dans l'unité fermée tantôt dans l'unité ouverte et ont l'impression de ne plus voir évoluer les patients de manière continue. De même, les relations avec les familles des patients en unité ouverte semblent moins fréquentes car elles ne se signalent plus aux soignants lorsqu'elles arrivent.

Au CMP de Lunel, les liens de l'équipe avec ses partenaires institutionnels ont été fortement modifiés par le déménagement. Les locaux partagés avaient permis la création d'échanges importants avec leurs collègues du CMP pour adultes. Désormais, ces liens se sont étiolés mais les relations avec les équipes du CAMSP et du CMPP se sont renforcées. Des rencontres, formelles ou non, ont ainsi lieu entre les trois équipes. Des réunions sont organisées régulièrement et abordent différents sujets : le fonctionnement et la gestion de la structure, la coordination médicale mais aussi des thématiques plus particulières. Des échanges sur les pratiques et des partenariats peuvent s'instaurer, notamment lorsque des membres d'une même fratrie sont vus par différentes équipes. Cette coopération reste toutefois limitée. Des aspects réglementaires, techniques et informatiques peuvent en effet freiner certains projets, comme celui de la mutualisation du secrétariat.

Au CH de Dieppe les nouveaux locaux ont, semble-t-il, considérablement fait évoluer les relations des services avec les médecins de ville. Les généralistes et les psychiatres libéraux adressent désormais facilement leur patient à l'hôpital lorsqu'un séjour s'avère nécessaire, car ils savent que les conditions hôtelières sont confortables. Cela a d'ailleurs eu un impact sur les types de pathologies prises en charge : les dépressions graves y sont davantage traitées qu'auparavant. Au sein de l'hôpital, la coopération entre unités somatiques et psychiatriques est désormais satisfaisante. Les équipes psychiatriques sont présentes aux urgences et un psychiatre est en permanence à la disposition des cliniciens somaticiens.

Au Rouvray, le projet de l'UNACOR ne s'est pas construit sans tension. Les différents secteurs du CH avaient peur d'être desservis des admissions qu'ils faisaient chacun pour leur territoire. Par ailleurs, ils ont pu percevoir à un moment donné l'UNACOR comme les

contraignant à hospitaliser des patients dans un contexte de suroccupation des lits. Cependant, ces tensions semblent s'être apaisées devant le constat de bonne gestion de la file active de la part de l'unité et l'aide apportée par l'observation préalable à l'admission dans le service.

La création de la structure a de plus clarifié le lieu d'accueil des urgences psychiatriques : les médecins, les services de pompiers, d'ambulanciers ou de policiers amènent directement les patients en crise ou ayant déjà été hospitalisés au CH du Rouvray. Il faut signaler qu'une unité de consultations non programmées a été ouverte à proximité du CHU et qu'elle permet à tout patient une consultation psychiatrique dans des délais inférieurs à une semaine. Cette unité a également pour objectif de suivre des patients à risque suicidaire. Cette organisation, complétée par la psychiatrie de liaison aux urgences du CHU de Rouen, a amélioré les relations avec les partenaires hospitaliers et extra hospitaliers.

Au Havre, l'unité psychiatrique pour adolescents a su construire des liens solides avec différents partenaires. Son partenaire historique est la maison des adolescents en raison des liens anciens entre les deux équipes et de leurs habitudes de travail en commun depuis quatre ans. De plus, des réunions de synthèse ont lieu régulièrement avec, suivant les cas, les professionnels de santé à l'origine de l'hospitalisation, l'aide sociale à l'enfance (ASE), la protection judiciaire de la jeunesse, l'éducation nationale, les instituts médico-éducatifs (IME) etc. L'éducation nationale a mis à la disposition de l'unité une enseignante qui y dispense des cours et une assistante sociale est chargée de prendre contact avec les professeurs de l'adolescent hospitalisé dès que celui-ci peut être scolarisé à l'extérieur. Les relations restent complexes avec l'ASE qui ne fait pas assez souvent appel avant les crises et peine à reprendre en charge rapidement les jeunes une fois leur hospitalisation achevée.

QUELS SONT LES EFFETS DES EFFORTS D'INVESTISSEMENT SUR L'ACCUEIL ET LA PRISE EN CHARGE DANS LES ETABLISSEMENTS ET STRUCTURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES ?

Malgré ses limites qui tiennent essentiellement au nombre restreint de cas étudiés, cette étude tend à montrer que l'impact de la réalisation des projets sur la prise en charge, les droits et la dignité des patients ainsi que sur les conditions de travail des personnels est dans l'ensemble extrêmement positif. En outre, la modernisation des équipements semble avoir un effet sur l'évolution des pratiques des équipes tant en intra qu'en extra hospitalier de même que sur leurs relations avec les autres partenaires. En effet, à l'aune des informations collectées, les bénéfices secondaires pour le dynamisme des équipes et l'évolution des pratiques sont considérables, notamment parce que ces opérations permettent souvent d'instaurer de nouvelles relations au sein même des établissements mais aussi avec les autres structures ou professionnels libéraux.

Les anciens services de psychiatrie, qui n'avaient parfois pas bénéficié d'investissements depuis plusieurs décennies respectent désormais les normes actuelles de même que les constructions nouvelles. Dans ces bâtiments, les droits et la dignité des patients sont respectés, les conditions de travail des personnels facilitées. L'étude n'a pas permis de recueillir l'avis des usagers des services et de leur famille, mais l'amélioration des conditions d'accueil semble de nature à les satisfaire.

Il semble légitime d'extrapoler à la plupart des projets concrétisés ces résultats positifs sur les conditions d'accueil et de prise en charge des patients, de même, en ce qui concerne les conditions de travail des personnels des structures concernées.

De nombreux établissements spécialisés en psychiatrie ont ainsi bénéficié de l'effort d'investissement dont ils avaient évidemment besoin. La manière dont a été réalisé l'appel

d'offres de la MAINH a cependant pu favoriser les établissements les plus dynamiques ou les mieux pourvus en personnel et capables d'y répondre dans des délais brefs au détriment des autres.

Cet effort d'investissement doit se poursuivre dans les établissements et structures de soins psychiatriques dont les équipements sont longtemps restés à l'écart de la modernisation. Il s'agit à terme d'assurer sur tout le territoire un accueil et des soins dans de bonnes conditions. S'il est clair qu'il faut poursuivre la rénovation et la mise à niveau de l'offre de soins psychiatriques, un nouvel état des lieux paraît donc nécessaire pour déterminer les priorités.

Bien sûr, on peut penser que la naissance d'un projet doit souvent beaucoup à l'équipe qui le porte et que c'est son investissement personnel qui fait évoluer les pratiques ; cependant certaines équipes, non convaincues au départ de l'intérêt d'un projet, ont pu évoluer. Par ailleurs, l'étude a également mis en évidence l'importance de l'implication des équipes tout au long de la réalisation du projet afin qu'il soit adapté à ses conditions de travail autant qu'aux besoins des usagers.

13 LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

L'axe 3 du Plan portait sur le développement des bonnes pratiques, l'amélioration de l'information en psychiatrie et le développement de la recherche (axe 3.3). Ce dernier a été retenu comme prioritaire par les membres du comité d'évaluation et cette section doit permettre de répondre aux questions évaluatives suivantes :

Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis un développement de la recherche clinique en psychiatrie ?

Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis un développement de la recherche en psychiatrie et santé mentale en épidémiologie et en sciences sociales ?

LES CONSTATS A L'ORIGINE DU PLAN : UNE RECHERCHE INSUFFISAMMENT DEVELOPPEE ET CLOISONNEE

Le Plan Psychiatrie et Santé mentale soulevait les insuffisances de la recherche dans le domaine de la psychiatrie, notamment pour ce qui concerne la recherche clinique, l'épidémiologie et les sciences humaines et sociales. Par ailleurs il faisait le constat d'un manque d'interfaces entre les domaines « plus fondamentaux » et ceux restant à développer.

Les constats étaient les suivants:

- Les grands pays occidentaux disposent tous d'un institut de recherche spécifique en psychiatrie, comme le Karolinska (S), le Max Planck(A), le London Institute of Psychiatry (UK) ou le NIMH (USA) où exercent de nombreux chercheurs. Par exemple, il y a deux fois plus de chercheurs et d'hospitalo-universitaires à l'Institut de Psychiatrie de Londres que de chercheurs et de PU-PH en psychiatrie dans toute la France alors que la densité de psychiatres y est quatre fois plus importante.
- C'est par la recherche clinique et psychopathologique que les progrès en neurobiologie peuvent trouver leurs applications en psychiatrie. Elle est donc l'interface nécessaire entre la pratique médicale et la recherche fondamentale. C'est la raison pour laquelle l'INSERM a créé des comités d'interface avec les sociétés savantes de différentes disciplines (la Fédération Française de Psychiatrie pour la Santé Mentale) afin de faire émerger des orientations préférentielles pour la recherche.
- Si la recherche en sciences dites « dures » nécessite de gros investissements matériels, la recherche clinique a surtout besoin de collaborateurs. Or, il y a une désaffection des psychiatres en formation pour la recherche et un investissement modeste des psychologues pour cette activité, alors que, dans les pays anglo-saxons, les publications en psychiatrie résultent autant des docteurs en médecine (MD) que des universitaires (PhD). Il y a donc des difficultés croissantes à trouver des professionnels impliqués et/ou formés à la recherche en psychiatrie pourtant très consommatrice de temps (plusieurs heures pour le moindre entretien semi-structuré).

Ces constats, qui portaient essentiellement sur la recherche clinique, ont conduit à inscrire les objectifs suivants dans le Plan Psychiatrie et Santé mentale:

- promouvoir la recherche clinique en psychiatrie ;
- développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale, et notamment :
 - rompre l'isolement des professionnels concernés par la santé publique appliquée à la santé mentale ;
 - coordonner les ressources en épidémiologie psychiatrique ;
 - favoriser la complémentarité des expertises, autorisant une approche multidisciplinaire.

On notera que la recherche en sciences humaines et sociales, alors qu'elle était présentée comme une priorité dans le Plan, n'a donné lieu à aucun objectif ni mesure précis.

UN EFFET LIMITE DU PLAN SUR LA SITUATION DE LA RECHERCHE EN FRANCE

Les questions évaluatives ciblées par le comité d'évaluation se réfèrent à l'ensemble aux objectifs "Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie » et « développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale ». Ces objectifs se déclinent en sous-objectifs et mesures ici rappelés :

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
AXE 3 Développer la qualité et la recherche	3.3. Développer la recherche	Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie	Non spécifiés	Soutien, par les ministères de tutelle, de l'INSERM, qui a mis en place une intercommission "psychiatrie, psychopathologie, santé mentale" chargée de faire des propositions sur les moyens de développer et de structurer la recherche dans le domaine. Cette intercommission recrutera 3 chercheurs en 2005.	4 chercheurs recrutés entre 2004 et 2008. Intercommission non maintenue
				Inscription, par le ministère de la santé, dès 2005, d'un axe prioritaire "psychiatrie-santé mentale" dans l'appel d'offre national du PHRC afin de financer des recherches et au sein de la thématique "neurosciences" de l'Agence Nationale de Recherche	Le ministère en charge de la santé a, de 2005 à 2008, inscrit un axe prioritaire « psychiatrie-santé mentale » dans l'appel d'offre national du PHRC. Dans ce cadre, 31 projets ont été retenus et financés au cours de la période (soit 5 en 2005, 17 en 2006, 5 en 2007 et 4 en 2008). Le financement total alloué pour ces travaux de recherche s'est élevé à 2,55 millions d'euros. L'Agence nationale de recherche (ANR) a lancé un appel à projet « Maladie Neurologiques et psychiatrie » pour les années 2008-2009-2010
				Mise en place d'un groupe de travail, avec les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, afin de favoriser l'orientation des internes vers des cursus de recherche.	Mesure non réalisée

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
<p>AXE 3 Développer la qualité et la recherche</p>	<p>3.3. Développer la recherche</p>	<p>Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale</p>	<p>Rompres l'isolement des professionnels concernés par la santé publique appliquée à la santé mentale</p> <p>Coordonner les ressources en épidémiologie psychiatrique afin d'améliorer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La surveillance épidémiologique de l'évolution de la prévalence des troubles mentaux - La veille sanitaire sur les phénomènes psycho-pathologiques émergents - Une évaluation des besoins pour la planification sanitaire - L'identification des facteurs de risque pour une action de prévention sur déterminants de la santé - La formulation d'hypothèses pour la recherche fondamentale - L'évaluation des stratégies thérapeutiques et des politiques de prévention ; - L'observation des consommations addictives (tabac, alcool, drogues...) - Les données psycho-pharmaco-épidémiologique - La certification des méthodes de soin non médicamenteuse (psychothérapie) <p>Favoriser la complémentarité des expertises, autorisant une approche multidisciplinaire.</p>	<p>Dans les établissements de santé, mobilisation des médecins des départements d'information médicale (DIM), pour favoriser la recherche épidémiologique en psychiatrie (instruction aux ARH à l'attention des directeurs d'établissements et des présidents de CME)</p>	<p>Mesure non réalisée</p>
				<p>Soutien, par le niveau national, des initiatives locales des professionnels et des établissements dans des projets relatifs à la recherche épidémiologique et clinique</p>	<p>Soutien à la création de la Fédération régionale de recherche en santé mentale GIP Nord Pas de Calais créée en 2006 pour développer et animer la dynamique de recherche en santé mentale dans la région Nord - Pas-de-Calais.</p> <p>Soutien financier de travaux d'épidémiologie et de recherche clinique au niveau national :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plusieurs études, initiées pendant la durée du Plan dans le champ de la santé mentale dans les domaines des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent, des troubles envahissants de développement, du suicide, de la précarité et santé mentale, de l'hospitalisation sous contrainte, des traitements anti-androgènes. - Un réseau de recherche clinique dénommé « réseau de recherches fondées sur les pratiques psychothérapeutiques » développé en 2008 en partenariat avec l'INSERM et la fédération française de psychiatrie.
				<p>Création d'un GIS (Groupement d'Intérêt scientifique en épidémiologie psychiatrique) afin de fédérer les personnes et les institutions travaillant dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique tout en respectant leurs particularités (chercheurs isolés et structures ayant pour mission la recherche ou la surveillance épidémiologique)</p>	<p>Un groupement d'intérêt scientifique (GIS) en « recherche clinique épidémiologique et sociale en psychiatrie », a été créé en 2005 pour 4 ans associant le ministère chargé de la santé, l'INSERM, le CNRS, l'InVS, l'INPES, l'IRDES, la FNORS, l'OFDT, la fondation MGEN et le CH Ste Anne. La mission générale du GIS était de coordonner et susciter la recherche en psychiatrie et d'effectuer une veille scientifique dans le champ.</p> <p>Au terme des quatre ans le GIS a mis fin à ses activités et le renforcement de la recherche en santé mentale a été confié à l'IReSP.</p>

La commission Recherche du Plan s'est peu réunie

En matière de pilotage du volet recherche, la commission n° 5 « recherche » pilotée par la DREES - MIRE n'a pas perduré (comme d'ailleurs la plupart des commissions thématiques). Une note du comité national de suivi d'avril 2006 indique qu'elle « s'est réunie deux fois, dont une fois avec trois participants. S'interrogeant sur ses missions, elle a souhaité que les commissions thématiques soient mises à l'ordre du jour d'un prochain comité technique national de suivi.»

En effet, dès la première réunion, les participants de cette commission ont soulevé des remarques et interrogations quant à leur rôle (CR de la réunion du 2/12/2005). Certaines d'entre elles recoupent fortement les conclusions de l'évaluation du Plan :

« La commission a noté que dans l'introduction de l'axe « Développer la recherche » du Plan Santé Mentale, il était inscrit que « la recherche clinique, l'épidémiologie et la recherche en sciences humaines et sociales ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet d'un soutien prioritaire ». Pourtant si des mesures sont ensuite préconisées pour les deux premiers champs, aucune mesure n'est ensuite préconisée pour la recherche en sciences humaines et sociales. La commission recommande que ce domaine fasse l'objet de recommandations au même titre que les deux autres. »

Des avancées de la recherche clinique en psychiatrie

Sur le plan de la recherche en psychiatrie on peut, par simplification, distinguer la recherche fondamentale ou « en neurobiologie » (ou encore « en neurosciences » au sens large du terme), la recherche en épidémiologie et la recherche en sciences humaines et sociales.

Si le Plan énonçait une distinction entre recherche fondamentale et recherche clinique, les champs disciplinaires respectifs de ces deux domaines de recherche ne sont pas faciles à dissocier. On perçoit aisément qu'une partie de la recherche neurobiologique est clairement dédiée à l'analyse des mécanismes cellulaires et moléculaires impliqués en pathologie psychiatrique (gènes, neurones, synapses, réseaux, modèles animaux, mais aussi comportements et fonctions cognitives). Il faut, cependant, noter qu'une autre partie se confond avec la recherche clinique via des études faisant appel à la génétique, aux biomarqueurs, à la neuro-imagerie, à l'innovation thérapeutique...

Aussi, demeure-t-il artificiel de trop séparer recherche fondamentale et recherche clinique. Dans ce sens, le PPSM faisait ressortir que « c'est par la recherche clinique et psychopathologique que les progrès en neurobiologie peuvent trouver leur application en psychiatrie ».

Cette remarque s'applique, par ailleurs, pour partie, à la recherche épidémiologique. A ce sujet, le PPSM indiquait que les ressources en épidémiologie devaient engendrer la formulation d'hypothèses pour la recherche fondamentale.

La recherche en psychiatrie à visée clinique dans le cadre du PPSM, s'est essentiellement appuyée sur le Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC).

Dans l'appel d'offres (AO) national, de 2005 à 2008 (et au-delà, jusqu'en 2011), il est fait mention d'orientations visant la psychiatrie et la santé mentale, et ce, en relation avec le PPSM⁹⁷. Les thématiques ciblées ont été :

⁹⁷ Avant 2005, l'appel à projets national du PHRC ne présentait pas d'axe dédié à la psychiatrie et à la santé mentale.

- La dépression et la prévention du suicide ;
- Le traitement et la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles ;
- L'autisme ;
- Les addictions.

Ainsi, 32 projets à visée « psychiatrique » ont été retenus sur un total de 379 projets sélectionnés, soit 8 %, pour un montant total de 12,334 M€. Le montant moyen par projet était donc de 400 K€, ce qui paraît adapté. La moitié des projets retenus a été proposée par des équipes parisiennes.

Dans le même temps, 32 projets relevant d'appels d'offres régionaux ou interrégionaux ont été sélectionnés par les DRCI correspondantes pour un montant de 3 434 480 € soit un montant moyen de 107 K€ par projet. Ces appels d'offres étaient indépendants du PPSM.

Enfin, dans la plupart des CHU existe, chaque année, un appel d'offres interne (AOI) à visée incitative pour les projets de recherche clinique déposés par de jeunes médecins (internes, chefs de clinique,...). Certains (difficiles à répertorier) ont pu concerner la psychiatrie, leur montant moyen est de l'ordre de 50 à 70 K€.

La recherche en psychiatrie à visée fondamentale s'appuie sur la neurobiologie élémentaire et intégrative et les neurosciences cognitives, et ce, en situation normale et/ou pathologique. Cette démarche a été soutenue, au Plan public, presque exclusivement par l'ANR au travers de l'appel d'offres "*Neurosciences, neurologie, psychiatrie*". Cet appel d'offres a couru de 2005 à 2007. En 2008 et 2009, il a pris l'appellation "*Maladies neurologiques et psychiatriques*". Il s'est déroulé en dehors de toute incitation se référant au PPSM.

En prenant l'exemple de l'appel d'offres de 2007, la répartition des sous-axes thématiques fait ressortir un pourcentage faible, soit 4%, de projets retenus ayant un lien direct avec la psychiatrie. Toutefois, si l'on inclut le sous-axe thématique "*cognition, comportement et psychologie*" impliquant souvent la pathologie psychiatrique via des "modèles naturels" de dysfonctionnement cognitivo-comportemental et/ou émotionnel (TOC, dépression), le pourcentage des projets retenus atteint plus de 20 %. Plus à distance, il est pertinent de prendre en considération d'autres projets classés dans "*développement, génétique, analyse cellulaire...*" qui mettent en avant le décryptage de mécanismes élémentaires pouvant intervenir dans diverses pathologies mentales : autisme, schizophrénie, dépression, syndrome de l'X fragile...

Néanmoins, il faut ramener à leur juste niveau ces actions de financement. En effet, le nombre annuel de projets soutenus dans l'appel d'offres de l'ANR "*Neurosciences, neurologie, psychiatrie*" oscille entre 40 et 47 ; le nombre annuel de projets retenus vraiment liés à la psychiatrie est de l'ordre de 4 à 5 pour un financement moyen de 400 à 500 K€ par projet.

Cette situation de faiblesse du financement de la recherche clinique et surtout fondamentale en psychiatrie est illustrée par son poids dans le budget de la recherche biomédicale, soit 2 % (25 M€)⁹⁸ contre 20 % en neurosciences hors psychiatrie ou 20 % pour le cancer... (Source : FondaMental).

⁹⁸ L'effort de recherche est particulièrement faible par rapport au coût de ces maladies pour la société française (107 Md€, soit 1/3 des dépenses de l'Etat). Le coût de ces pathologies pour l'Europe est de 295 Md€ sur 386 Md€ pour les maladies du système nerveux.

Dans le cadre de "l'Alliance pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN)", l'Institut thématique multi organisme (ITMO) "*Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie*" a conduit une démarche fortement incitative auprès de l'ANR afin qu'un appel d'offres soit lancé pour la recherche en psychiatrie. Ce sera le cas dès 2011, et ce, jusqu'en 2013 via l'appel d'offres "SAMENTA" (santé mentale et addictions).

Une démarche similaire a été entreprise auprès d'un programme européen "ERANET Neuron" où la France est représentée par le CNRS et l'Inserm. En 2010, l'ERANET Neuron a lancé un AO "*Mental disorders*". Sur les quinze projets consortium retenus, trois chercheurs français sont coordinateurs et l'ensemble implique une dizaine d'équipes françaises. Le montant moyen alloué à un projet consortium est de 800 K€ à 1 M€.

Dans la classification nosographique française, la maladie d'Alzheimer (MA) et les syndromes apparentés jouissent d'un "statut propre" différent de grandes pathologies psychiatriques. Cependant, tant le "*Plan Alzheimer*" que l'AO spécifique MA de l'ANR doivent être mentionnés eu égard aux financements très substantiels d'études neurobiologiques et/ou cliniques portant sur des troubles cognitivo-comportementaux (dépression, agressivité, anxiété,...).

D'autres actions structurantes ou de soutien pour la recherche méritent d'être ici mentionnées, telles que la création du réseau de recherche translationnelle et de soin (RTRS) "Fondamental". Même si cette opération n'est pas directement liée au PPSM, elle s'avère un outil majeur pour la recherche dans l'ensemble du champ de la santé mentale mais avec un intérêt particulier pour la recherche fondamentale en neurobiologie et physiopathologie en clinique. Le réseau "Fondamental" regroupe 25 services hospitaliers publics ou privés et 39 formations de recherche publique (CNRS, Inserm, Universités) et privée. Il a mis en place 22 centres experts (troubles bipolaires, schizophrénie, syndrome d'Asperger,...). Il s'agit d'une opération à forte valeur fondamentale et translationnelle.

D'autres initiatives sont en lien plus direct avec le PPSM. Il en est ainsi de la mise en place, à l'Inserm, d'une Intercommission "Psychiatrie, psychopathologie, santé mentale" qui devait faciliter le recrutement de chercheurs (scientifiques ou médecins) dans le champ de la psychiatrie biologique. De 2004 à 2008, quatre chercheurs ont été recrutés. Cependant, l'Intercommission n'a pas été maintenue.

L'Inserm a également mis en place un comité d'interface avec la Société française de psychiatrie.

Enfin, il est important d'indiquer que plusieurs fondations caritatives (Fondation pour la Recherche Médicale, Fédération pour la Recherche sur le Cerveau,...) soutiennent ponctuellement des projets de recherche en psychiatrie, aident à l'installation de jeunes chercheurs ou à l'achat d'équipement.

Des initiatives intéressantes en matière de recherche épidémiologique en psychiatrie, stoppées prématurément

Un domaine de recherche qui reste morcelé

Depuis ses débuts, la recherche en psychiatrie se nourrit d'une part de travaux réalisés sur le cerveau et d'autre part de travaux issus de l'observation de sujets, soit dans leur singularité (études qualitatives) soit en termes statistiques (études quantitatives).

La recherche en épidémiologie psychiatrique (observation quantifiée et statistique de phénotypes psychiatriques considérés dans leur contexte) obéit à la même logique : la génétique, les neurosciences cognitives aussi bien que les sciences humaines et sociales sont des champs disciplinaires utilisés quotidiennement par les épidémiologistes pour construire leurs études.

Ainsi, la recherche en épidémiologie est présente dans de différents lieux de recherche non spécifiquement dédiés à cette discipline. Si l'unité INSERM U669 (santé mentale et santé publique) a une thématique essentiellement épidémiologique, de nombreuses unités ou équipes réalisent des travaux dans ce domaine, par exemple :

- Pierre CHAUVIN (U707, Recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins),
- France LERT, Maria MELCHIOR (U1018, Épidémiologie des déterminants professionnels et sociaux de la santé),
- Karen RITCHIE (U888, Pathologies du système nerveux : recherche épidémiologique et clinique),
- Philip GORWOOD (U894, Vulnérabilité aux troubles psychiatriques et addictifs),
- Marion LEBOYER (U955, Psychiatrie génétique),
- Marie-Odile KREBS (U894, Physiopathologie des maladies psychiatriques),
- Bernard BEGAUD, Hélène VERDOUX (U657, Phamacoépidémiologie et évaluation de l'impact des produits de santé sur les populations),
- Jean-Pierre LEPINE (U705, Variabilité de la réponse aux substances psychoactives: facteurs intra- et inter-individuels),
- Catherine ARNAUD (U558, Épidémiologie périnatale, développement et santé de l'enfant),
- Emmanuel LAGARDE (U897, Prévention et prise en charge des traumatismes),
- Viviane KOVESS (EA 4069: Épidémiologie, évaluation et politiques de santé),
- Tim GREACEN (Laboratoire de recherche de l'EPS Maison-Blanche),
- Jean-Luc ROELANDT (Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale)
- Bruno FALISSARD (Directeur de l'unité INSERM U669, santé publique et santé mentale)

Plusieurs institutions nationales réalisent également des travaux en épidémiologie psychiatrique, c'est le cas notamment de l'INPES, de l'InVS et de l'OFDT.

Le morcellement n'est pas que géographique. Il est aussi institutionnel : les équipes mentionnées ci-dessus n'appartiennent à aucune structure fédérative. Bien au contraire, elles sont associées à l'INSERM (dans des instituts thématiques différents (neuroscience ou santé publique), à des universités ou à des institutions séparées du monde académique.

Enfin, il se traduit au niveau des financements : le PHRC, les fondations (Fondation de France, Fondation pour la Recherche Médicale, FondaMental, Fondation pour la Recherche

en Psychiatrie et en Santé mentale, Fondation Pierre Deniker, Fondation Wyeth, Fondation Nestlé, etc.), la direction générale de la santé, l'IRESP, la MILDT, l'INPES financent à des niveaux différents des programmes de recherche en épidémiologie psychiatrique.

Des initiatives impulsées par le Plan pour faire évoluer la recherche française en épidémiologie

L'axe 3 du Plan Psychiatrie et Santé mentale mentionne explicitement le développement de la recherche en épidémiologie.

Plusieurs actions de dynamisation et de rassemblement de la recherche française en épidémiologie sont possiblement à rattacher à ce Plan :

1. Un affichage régulier, depuis 2006, de la thématique psychiatrique dans le PHRC. Cet affichage a été un réel succès. Il a permis de stimuler l'esprit d'entreprise dans le domaine de la recherche clinique et épidémiologique (épidémiologie clinique essentiellement). Cet affichage devrait être maintenu.
2. Dans le cadre du Plan, un GIS en "recherche clinique épidémiologique et sociale et psychiatrie" est créé en 2005 pour une durée de quatre ans sans être renouvelé.

Les partenaires étaient : le Ministère chargé de la santé représenté par les directeurs de la DGS, de la DHOS, et de la DREES ; l'Inserm ; le CNRS ; l'InVS ; l'INPES ; l'IRDES ; la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé ; l'OFDT ; la Fondation MGEN et le Centre Hospitalier Sainte-Anne.

Ce GIS poursuivait les objectifs suivants :

- favoriser le développement de la recherche, notamment clinique et épidémiologique en psychiatrie et en santé mentale, en lien avec les instances européennes ou internationales ; Susciter la conception de programmes d'études en épidémiologie descriptive, en épidémiologie analytique, en épidémiologie évaluative pour les stratégies de soins ou de prévention, en pharmaco-épidémiologie ainsi que des études longitudinales ;
- permettre une meilleure coordination et une valorisation des travaux réalisés par les équipes de recherche et les différentes institutions concernées ;
- favoriser l'émergence de réseaux de collaborations thématiques notamment à propos des statistiques sanitaires et plus généralement des problématiques de santé publique et l'étude de phénomènes émergents en santé mentale ;
- favoriser, autour de ces objectifs, la diversité des approches et des méthodes, et la mobilisation de toutes les disciplines concernées de la biologie aux sciences humaines et sociales.

Ce GIS a été initié, mis en place et dirigé par Frédéric ROUILLON. Ce dernier s'est investi considérablement pour fédérer les forces de recherche et de recours à l'épidémiologie psychiatrique en France. Lors de son audition par le comité d'évaluation du PPSM, il a regretté avec vigueur l'échec de ce GIS (qui n'a pas été renouvelé mais dont les missions ont été confiées à l'IRESP), ainsi que son sous financement (30 000 € par an pendant 3 ans)

3. La création en 2004 d'une intercommission INSERM "psychiatrie et santé mentale", déjà évoquée dans le paragraphe relatif à la recherche clinique. Parmi les chercheurs recrutés, se trouvait une chargée de recherche en épidémiologie psychiatrique. L'intercommission a également donné lieu à la constitution d'équipes et d'unités de recherche dans ce domaine. On ne peut donc que regretter la disparition prématurée

La recherche en sciences humaines et sociales : la grande absente du Plan. Une situation qui reste misérable

La santé mentale désigne un spectre de problèmes extrêmement large qui va des troubles graves (comme le groupe des schizophrénies et celui des syndromes autistiques) au développement personnel et à la santé mentale positive. Sans entrer dans une analyse rendant compte de ce spectre, l'une des raisons tient à ce que la santé mentale possède ceci de particulier qu'elle concerne bien sûr la santé, comme d'autres domaines de la pathologie, mais également la socialité de l'homme, sa vie de relations (si, par exemple, le cancer peut concerner la vie de relations du malade, celle-ci n'est pas un élément du diagnostic). En conséquence, la santé mentale relève, d'un côté, d'un domaine pathologique spécifique et, de l'autre, des problèmes de socialisation.

La recherche en sciences sociales⁹⁹ contribue au domaine de la santé publique, notamment aux politiques publiques sanitaires et sociales, et plus globalement, à la façon dont les individus vivent non pas tant dans leur environnement que par le moyen de leur environnement. Elle étudie les formes de prise en charge, les trajectoires des patients, l'organisation des soins, le travail des professionnels, etc. Elle contribue à tout ce qui concerne l'évaluation des politiques publiques et des pratiques.

Un faible nombre de chercheurs en sciences humaines et sociales spécialisés en psychiatrie et santé mentale

Il existe très peu de chercheurs et d'équipes de recherche spécialisés dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. A l'exception du domaine des addictions, l'émergence d'un milieu scientifique en France s'est faite à partir de la fin des années 1990, d'abord autour d'un groupement de recherche du CNRS, puis du CESAMES à partir de 2001 et de quelques chercheurs dispersés sur le territoire français.

En première approximation, il existe aujourd'hui un petit groupe directement impliqué en économie de la santé et santé publique à l'IRDES (M. COLDEFY et J. MOUSQUES), dans l'équipe santé mentale du CERMES3 (Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale, Société, Paris Descartes, EHESS, CNRS, INSERM)¹⁰⁰. Sur la région parisienne, il faut mentionner également l'IRIS (EHESS/INSERM/CNRS), autour de Richard RECHTMANN, psychiatre et anthropologue et le Groupe de sociologie morale et politique (EHESS/CNRS), autour de Nicolas DODIER, sociologue. L'INED développe depuis peu cette thématique sur des aspects très spécifiques (les détenus et l'anorexie notamment).

Quelques thèses ont été réalisées dans d'autres universités françaises (à Bordeaux sur les internes en psychiatrie, à Lyon sur les majeurs protégés, etc.) et quelques unités de recherche mènent ici et là des recherches sur la psychiatrie et la santé mentale.

Des recherches sont également conduites, en grande partie hors d'un cadre universitaire, à Lyon avec l'ORSPERE (surtout sur précarité/santé mentale), à Lille avec le CCOMS, dans la région PACA avec l'ORS.

⁹⁹ Dont l'économie et la gestion des systèmes de santé.

¹⁰⁰ L'ancien CESAMES qui, malgré une double reconnaissance par le Cnrs et l'Inserm, a considéré qu'il n'était pas assez développé pour conserver son autonomie.

L'environnement institutionnel de la recherche en sciences sociales : l'émergence récente de quelques appels à projets

S'il existe un morcellement des financements pour les neurosciences, la clinique et l'épidémiologie, il n'existe aucune incitation de la part des institutions de recherche en sciences sociales. Ce domaine en souffre d'autant plus que les chercheurs n'ont pas accès aux fondations médicales (Fondation pour la recherche médicale, Mérieux, etc.).

La MIRE a lancé deux appels à projets pluridisciplinaires pendant le PPSM qui s'adressaient aux sciences sociales et aux cliniciens, au-delà de l'appel à projet permanent lancé par la DREES – MIRE - CNSA. Préalablement, elle avait déjà lancé en 2000 un programme dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie¹⁰¹. Ces programmes, tout en étant dédié aux sciences humaines et sociales, ont favorisé leurs liens avec d'autres disciplines impliquées dans le champ de la santé mentale. Il faut noter qu'ils n'avaient aucun lien avec le PPSM.

Le premier appel d'offres de recherche, lancé en 2005, était intitulé "Handicap psychique et maladies psychiatriques". 36 projets avaient alors été reçus et 10 financés pour un montant de 335 821 euros. Ils couvraient trois grandes orientations :

- recenser et caractériser les incapacités et le désavantage social qu'elles entraînent (recherches épidémiologiques),
- explorer les liens entre troubles cognitifs, incapacités et désavantage social,
- analyser les effets de l'environnement sur l'apparition et l'intensité des handicaps (approches de type sociologique et anthropologique).

Le bilan réalisé par la DREES - MIRE en novembre 2008 indique que *"les recherches sélectionnées relevaient surtout de l'axe 2, même si certaines abordaient de manière marginale les autres axes"*.

Le second appel à projets, lancé en 2008 par la DREES - MIRE, en partenariat avec la CNSA, la DGAS, l'IRESP et l'UNAFAM a mis l'accent sur les points qui avaient peu ou pas donné lieu à des propositions en 2005. En effet, d'après le bilan réalisé par la DREES - MIRE en novembre 2008, plusieurs éléments justifiaient ce second appel à projets :

- plus du 1/3 des projets reçus en 2005 traitaient uniquement de la maladie et/ou d'un trouble de la fonction psychique, sans aborder véritablement les incapacités et les restrictions qu'elles entraînent dans la participation sociale, ce qui témoignait du manque de compréhension de la notion de handicap psychique par une partie du milieu de la recherche.
- des pans entiers du champ du handicap psychique apparaissaient encore peu étudiés comme, par exemple, les moyens de compensation, la coordination entre le sanitaire et le social ou encore les questions économiques et juridiques. »

Ce deuxième appel d'offres a fait émerger 38 projets. 9 ont été sélectionnés pour un montant de 799 327 euros. Ils traitaient des champs suivants :

- les conditions de la genèse et de l'émergence du handicap psychique (1 projet)
- la description, l'analyse, l'évaluation du handicap, axées sur l'approche cognitive (3 projets)
- les moyens de compensation (2 projets analysant des structures telles que les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), les structures d'aide médico-sociale pour les

¹⁰¹ Revue française des affaires sociales- *Psychiatrie et santé mentale : Innovations dans le système de soins et de prise en charge*. La documentation française 2004.

adultes handicapés (SAMSAH) ou les Services d'aide à la vie sociale (SAVS) et 2 projets abordant la question du travail chez les personnes handicapées sous l'angle du droit social et des conditions de réinsertion)

- la coordination entre acteurs du champ social, médico-social, sanitaire et les familles (1 projet visant l'élaboration de référentiels avec la HAS).

D'autres initiatives plus récentes peuvent être citées :

- l'ANR (SHS) vient d'émettre un appel à projets "Émotion, cognition, comportement", mais qui concerne seulement les approches cognitives et ne jouera sans doute aucun rôle sur la stimulation de la recherche en sciences sociales. L'ANR a, préalablement, lancé un appel à projets "Vulnérabilité" qui a partiellement concerné la santé mentale.
- l'IRESP a lancé un appel sur la santé mentale en 2010 permettant de financer des équipes émergentes et des projets scientifiques (5 projets sur les 15 retenus concernent la santé mentale) et en a relancé un sur la même thématique en juin 2011 visant à financer cette fois l'aide au montage de projets et réseaux et à soutenir des manifestations scientifiques, des projets de recherche exploitant des bases de données existantes et l'aide à la valorisation.

Les maigres apports du Plan en matière de sciences humaines et sociales

Un milieu scientifique existe (si on compare la situation d'aujourd'hui à celle du début de la précédente décennie, avec notamment une jeune génération de chercheurs ayant soutenu une thèse de sciences sociales dans le domaine de la santé mentale depuis 2005), mais il est loin d'atteindre la masse critique nécessaire et ne dispose d'aucune incitation spécifique. Malgré quelques progrès indépendants du Plan, la situation reste donc médiocre et implique de la part des quelques seniors un véritable militantisme, ce qui est anormal pour des problèmes aussi centraux de nos sociétés.

L'un des problèmes majeurs est empirique : il n'existe pas de recherches systématiques permettant de d'approcher la vie réelle des patients et des proches autant que des professionnels (sociologie des secteurs, de services hospitaliers, de la psychiatrie infantile-juvénile, mesures de la qualité de vie, de la satisfaction...).

Cette absence de recherches sur le terrain joue très concrètement dans les difficultés à évaluer l'impact du PPSM. Elle est également ressentie par les professionnels, médecins généralistes, psychiatres ou élus qui sont demandeurs de connaissances sur les pratiques et leurs patientèles, l'évaluation des dispositifs de soins, etc.

DANS QUELLE MESURE LE PLAN A-T-IL PERMIS UN DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE CLINIQUE EN PSYCHIATRIE ?

DANS QUELLE MESURE LE PLAN A-T-IL PERMIS UN DEVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE EN EPIDEMIOLOGIE DE LA PSYCHIATRIE ET EN SCIENCES SOCIALES ?

Le bilan en matière de développement de la recherche apparaît pour le moins mitigé.

En effet, des actions intéressantes et pertinentes ont été entreprises parmi lesquelles le développement des PHRC faisant mention d'orientations visant la psychiatrie et la santé mentale, la création d'une intercommission INSERM et la création d'un GIS épidémiologie.

Pourtant, plusieurs de ces initiatives ont été abandonnées (GIS et intercommission). Par conséquent, la situation de la recherche en santé mentale n'a pas évolué autant que nécessaire. Il convient de poursuivre l'affichage régulier de la thématique psychiatrique dans le PHRC pour encourager la recherche en épidémiologie clinique surtout.

Le PPSM, qui a à peine mentionné la recherche en sciences sociales, n'a rien changé à la situation des sciences sociales de la santé mentale.

Ainsi, même si une certaine prise de conscience quant à l'importance de la recherche en psychiatrie semble avoir vu le jour ces dernières années, le PPSM n'a pas eu d'effet majeur sur la situation de la recherche qui reste encore fragile.

14 LE SYSTEME D'INFORMATION DE L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE

Le système d'information de l'activité en psychiatrie n'a pas fait l'objet d'une question évaluative en tant que telle. Néanmoins, au cours de la phase de collecte et d'analyse de l'information, il est apparu important d'apporter une appréciation sur ce système puisque les jugements évaluatifs apportés dans les précédents chapitres se fondent notamment sur ces données.

UN CHAPITRE CONSACRE PAR LE PLAN A L'AMELIORATION DU SYSTEME D'INFORMATION

Ce chapitre est justifié dans le Plan par l'absence d'un recueil généralisé d'informations médico - économiques à vocation d'allocation budgétaire en 2005. Il fait référence à l'expérimentation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), lancée en 2002 au sein de 172 établissements. Au final, cette expérimentation devait permettre de finaliser le contenu et la forme du recueil d'information et préfigurer la mise en place du financement des établissements par la valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP).

Par ailleurs, le Plan met en évidence la multiplicité des sources d'information pour connaître le système de soins, d'une part, et d'accompagnement médico-social ou social, d'autre part. Il cite, ainsi, la SAE, les rapports annuels de secteurs, les données sur les professionnels de santé hospitaliers et libéraux, les données de l'Assurance Maladie,... Il constate, enfin, que l'organisation du système d'information ne permet pas de mesurer les articulations des pratiques sanitaires et médico-sociales.

Dans ce contexte, le Plan se donne pour objectif de généraliser le recueil d'informations médico – économiques dans des conditions acceptables pour les établissements et de consolider le système d'information en vue de proposer des renseignements pertinents pour l'élaboration et le suivi des politiques de santé.

DES REALISATIONS CONCRETES MAIS QUI N'ONT PAS ENCORE PERMIS D'ATTEINDRE LES OBJECTIFS

Les mesures prévues par le Plan visent, d'une part, à rapprocher le suivi de l'activité de la psychiatrie avec celui du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), en mettant en place les conditions nécessaires à la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie et, d'autre part, à prendre acte au niveau du système d'information des interventions coordonnées qui peuvent exister entre le secteur du soin et le secteur du médico-social.

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Sous objectifs	Mesures prévues par le Plan	Principales réalisations
Axe 3 Développer la qualité et la recherche	Améliorer l'information en psychiatrie	Généraliser le recueil d'informations médico – économiques en psychiatrie	Généraliser le recueil d'informations médico – économiques dans des conditions acceptables pour les établissements	Finalisation des travaux menés par le ministère de la Santé avec l'ATIH et les représentants des professionnels sur la construction de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP)	Dans les bilans de suivi, la DGOS indique que les subventions du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés qui contribuent à la réalisation de trois volets du Plan, ont été allouées dans leur intégralité. 100 millions d'euros ont ainsi été délégués dans l'objectif de renforcer les savoirs infirmiers en psychiatrie au cours des quatre années successives, 30 millions d'euros au bénéfice du programme de relance de l'investissement hospitalier en psychiatrie (10 millions ayant été alloués en sus en 2009) ainsi que 48 millions d'euros en faveur du projet de valorisation des activités en psychiatrie (VAP). Les travaux de construction de la VAP sont toujours en cours en 2011, ils ont été régulièrement interrompus puis repris.
				Déploiement de la VAP par l'attribution à chaque établissement qui n'a pas été financé dans le cadre de l'expérimentation relative au PMSI, des subventions permettant de financer l'infrastructure du réseau informatique et d'acheter du matériel et des logiciels	
		Consolider le système d'information de l'activité en psychiatrie	Permettre l'élaboration et le suivi des politiques de santé en mettant à disposition des décideurs des informations pertinentes sur la répartition et l'évolution de l'offre de soins au regard des caractéristiques de la population	Rapprochement des sources d'information en psychiatrie par l'harmonisation des systèmes d'information et leur exploitation conjointe	La DREES indique, au 30 avril 2009, que le rapprochement des sources d'information et leur exploitation conjointe sont effectifs.
				Élaboration d'un tableau de bord décliné au niveau national, régional, départemental et infra – départemental qui permette de confronter les activités de soins, les moyens en personnels et les budgets consommés avec les caractéristiques de la population couverte. Élaboration de ratios et d'indicateurs permettant des comparaisons.	D'après le dernier bilan, à l'échelle infra nationale, quatre régions ont élaboré un tableau de bord conformément à la mesure prévue par le Plan et 12 ont engagé l'action. Des ratios et indicateurs auraient également été élaborés, selon la DREES.
				Dans un deuxième temps, enrichissement du tableau de bord avec les données du champ médico-social et social.	Cette dernière mesure n'a pas été mise en œuvre

Au cours de la mise en œuvre du Plan, des évolutions significatives ont eu lieu dans le suivi de l'activité en psychiatrie, sans que le lien de cause à effet puisse être établi. Ainsi :

- Concernant le RIM-P, les données sont collectées par l'ATIH et actuellement disponibles pour 2007, 2008 et 2009. Ce système d'information a été généralisé.

Cette généralisation ne s'est pas faite sans heurt, bien que, suite à l'expérimentation du PMSI, le système ait été allégé et des variables supprimées. Désormais, des départements d'informations médicalisées (DIM) ont été installés dans tous les CHS, les établissements ont pris l'habitude de remonter les données et le taux de renseignement augmente. Mais il est difficile de savoir si l'information est exhaustive (notamment pour l'activité ambulatoire). Par ailleurs, la collecte d'information et la fiabilité des données doivent faire face à plusieurs difficultés spécifiques au champ de la psychiatrie : notamment pour l'activité réalisée dans les services d'urgence et la psychiatrie de liaison, mais également, la prise en charge psychiatrique se faisant dans plusieurs lieux de soins de plus ou moins grande taille, situés en dehors de l'enceinte hospitalière (CMP, CATTP, équipes mobiles, appartement thérapeutiques, accueil familial thérapeutique...). Cette dispersion des lieux des soins pose des difficultés de collecte de l'information (et notamment d'informatisation du recueil pour l'ensemble des activités). Par ailleurs, une part non négligeable de la population suivie en psychiatrie n'est vue qu'une seule fois, il est alors difficile de poser un diagnostic pour l'équipe soignante.

La mise en place du RIM-P ne s'est pas accompagnée de la mise en place d'un financement des établissements par la valorisation de l'activité en psychiatrie. Les établissements fonctionnent toujours sous dotation globale. En effet, plusieurs groupes de travail avaient été mis en place pour participer à la construction de la VAP, mais ces groupes ont régulièrement été interrompus. La VAP apparaît difficile à mettre en place dans le domaine de la psychiatrie, compte tenu de la variabilité des prises en charge proposées, l'importance des caractéristiques individuelles des patients dans les actes réalisés (notamment son isolement), mais aussi le poids des structures existantes dans les prises en charge proposées.

- La SAE a, par ailleurs, été modifiée en 2007 pour intégrer un bordereau spécifique à la psychiatrie permettant de suivre annuellement l'évolution de l'offre de soins et de l'activité en psychiatrie, notamment dans le cadre de la mise en place de réformes liées à l'évolution du champ. Sont recueillies auprès de l'ensemble des établissements de santé des données annuelles synthétiques sur les capacités, l'activité et le personnel, selon différentes modalités de prise en charge. Des informations sont également spécifiquement recueillies pour suivre certaines évolutions liées à des réformes, telles que la participation des établissements à un réseau de santé mentale, aux urgences de l'hôpital général, l'existence d'équipes mobiles ou d'unités spécialisées dans la prise en charge de certaines populations. Cette enquête exhaustive permet d'alimenter des tableaux de bord, nationaux, régionaux ou départementaux utiles au suivi des politiques de santé mentale. Par ailleurs, la SAE a pris en compte la généralisation et les évolutions du RIM-P en adaptant le questionnement aux informations collectées dans le cadre du RIM-P et en précisant comment calculer les indicateurs demandés dans la SAE. En parallèle, le guide méthodologique du RIM-P présente une correspondance avec la SAE, montrant la recherche d'une cohérence des systèmes d'information en psychiatrie.
- Des travaux ont été engagés à compter de 2007 afin de faire évoluer les rapports de secteur. Ils ont abouti à l'élaboration du RAPSY (rapport d'activité en psychiatrie), rapport spécifique à la discipline. Le RAPSY étend le suivi de l'activité aux cliniques privées et aux établissements non sectorisés. L'objectif est de disposer d'une description de l'offre de soins en psychiatrie relativement fine par son niveau géographique et par l'utilisation d'indicateurs qualitatifs. Les données collectées

L'enquête a principalement abordé les thèmes suivants : équipement et personnel, activité et modalités de prise en charge des patients, organisation des soins et pratiques professionnelles, réseaux et interventions dans la communauté.

L'élaboration des rapports de secteur puis des RAPSY correspond à une évolution positive, puisque, auparavant, seuls les établissements sectorisés renseignaient les rapports d'activité de secteurs. Aussi, l'activité et l'organisation des soins des établissements privés ou non sectorisés n'était pas connue (ou de manière très succincte à partir de la SAE). Par ailleurs, la complète refonte du recueil par rapport aux rapports d'activité de secteur visait à mieux prendre en compte l'activité réalisée au sein des établissements (le recueil précédent privilégiait notamment le lieu de l'acte à l'acte réalisé, les dispositifs intersectoriels étaient mal recensés et qualifiés...) tout en intégrant la mise en place du RIM-P et son recueil de l'activité (relativement fortement modifié par rapport à la fiche patient initialement recueillie dans les établissements sectorisés). Enfin, l'interrogation au niveau des différentes structures de prise en charge (et non seulement au niveau du secteur ou de l'établissement dans son ensemble) devait permettre de disposer de données à différentes échelles possibles (celles des territoires de santé, des secteurs, des établissements, des départements et des régions), et d'observer comment les besoins de soins étaient pris en charge à un niveau territorial. Là encore nous pouvons souligner un effort de consolidation du système d'information et de mise en cohérence des différents recueils.

Début 2011, le taux de réponse national de ce premier recueil s'élevait à 80% des établissements.

Sur leur deuxième axe d'intervention, visant à rapprocher les systèmes d'information, la DREES a souhaité coordonner les différentes sources (SAE, PMSI, RIM-P, RAPSY), sans alourdir la tâche des producteurs de données. Ainsi, le questionnaire visant à constituer le RAPSY a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail réunissant des représentants des différentes directions du ministère de la santé (DREES, DGOS, DGS, DGCS), de l'ATIH et de la MNASM.

Chaque source d'information a sa spécificité et donc sa justification :

- La SAE concerne l'ensemble des établissements de santé. Elle permet de recueillir des données simples. Des indicateurs spécifiques à la psychiatrie ont été ajoutés en 2007. Ce secteur ne faisait pas l'objet d'information spécifique au préalable.
- Les RAPSY permettent de collecter une information plus ponctuelle sur l'organisation des services, sur l'accueil des patients et les prises en charge. Ils répondent également à la nécessité de détenir une information fine des structures (et pas seulement des établissements), depuis la mise en place des SROS 3 et des territoires de santé. Ainsi, les RAPSY ne proposent plus seulement d'avoir une vision par secteur, l'existence géographique de ce dernier ayant disparu avec l'ordonnance du 4 septembre 2003, qui prévoit que l'offre hospitalière en psychiatrie soit organisée au sein des territoires de santé, afin de mieux articuler, d'une part, les soins psychiatriques et somatiques et, d'autre part, les interventions psychiatriques et celles des acteurs sociaux et médico-sociaux.

- Le RIM-P est spécifique à la psychiatrie. Il permet de décrire toute l'activité réalisée au bénéfice de malades par les établissements de santé, en hospitalisation complète ou partielle comme en ambulatoire. Les données sont transmises chaque trimestre par les établissements à l'ATIH. Des données sociodémographiques peuvent être renseignées mais cela reste facultatif. La qualité de l'information s'en ressent par conséquent.
- Un rapprochement a été opéré entre ces différentes sources d'information. Néanmoins, des progrès restent à faire. Pour exemple, les hospitalisations d'office sont comptabilisées à la fois dans les RAPSY, dans les SAE et par les CDSP mais pas de la même manière. Pour illustration, l'identification des jours de sorties n'est pas homogène dans tous les établissements, voire dans toutes les structures.

UN SYSTEME D'INFORMATION ENCORE PERFECTIBLE

Le système d'information sur le volet sanitaire des prises en charge psychiatriques, bien qu'encore imparfait (en termes d'exhaustivité pour les recueils récemment mis en place), a le mérite d'exister et de permettre de fournir des informations indispensables au suivi des politiques de santé mentale. Il est relativement complet permettant à la fois la publication de données synthétiques annuelles, une description ponctuelle très fine de l'organisation des soins et un recueil de l'activité similaire à celui effectué pour le MCO, le SSR. Ce n'est pas le cas avec les données du secteur médico-social, qui ne dispose pas d'outil homogène de recueil de données. Ainsi, les capacités, personnels, activités des services et établissements accueillant des personnes souffrant de handicap psychique restent mal connus. Il est impossible de connaître actuellement les trajectoires des patients entre ces deux pans de la prise en charge. De même, les données de l'Assurance Maladie continuent d'être collectées sans lien avec celles du secteur hospitalier. Et l'appariement des données de l'Assurance Maladie avec le RIM-P comme cela vient d'être réalisé pour le MCO n'est pas encore envisagé alors que cet appariement s'avérerait un outil utile d'analyse des trajectoires des patients, des liens entre médecine de ville et hôpital pour le repérage et le suivi des patients.

Outre les problèmes de collecte de l'information évoqués préalablement, des axes d'amélioration sont perceptibles au niveau de l'exploitation et de la diffusion des données. Ainsi, la diffusion des résultats des exploitations statistiques arrivent souvent très tardivement par rapport à l'année du recueil, notamment pour les RAPSY et la SAE, ne permettant pas toujours aux utilisateurs (notamment les ARS) de disposer des informations utiles à la planification en temps voulu. Pour diverses raisons, la richesse des informations recueillies est insuffisamment exploitée et les sources de données sont rarement croisées pour mettre en regard l'offre de soins et l'activité réalisée, ou encore les variations des pratiques avec l'environnement sanitaire, social et économique des populations suivies. Par ailleurs, rares sont les équipes extérieures à exploiter ces données (cf. absence de réponse à certains appels d'offre de la MiRe pour l'exploitation secondaire de ces données). De même, les données du RIM-P n'ont, jusqu'alors, pas été exploitées au niveau national alors qu'elles pourraient fournir pour la première fois une description des populations suivies en psychiatrie. Seuls des tableaux de données brutes sont disponibles sur le site de l'ATIH. Les données de l'Assurance Maladie sont par ailleurs difficilement accessibles. De plus la majorité des ARS connaît mal le système d'information en psychiatrie et se pose souvent des questions à propos des indicateurs à utiliser dans la planification de l'offre de soins.

15 SYNTHÈSE DES CONCLUSIONS DE L'ÉVALUATION

Les difficultés et limitations rencontrées dans le travail d'évaluation - liées principalement à la multiplicité des objectifs et mesures du Plan, à la diversité des acteurs impliqués dans leur mise en œuvre et aux lacunes de l'information disponible, laquelle porte, dans le meilleur des cas, sur les pratiques et la perception qu'en ont les acteurs et non sur leurs effets réels – font que les réponses apportées aux questions d'évaluation ne sont pas aussi complètes et précises qu'on pourrait le souhaiter. Ceci étant rappelé, les constats et analyses rassemblés par le comité d'évaluation lui ont permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui peuvent être résumées comme suit.

La conception générale du Plan était pertinente

- Les objectifs stratégiques reflétaient bien les grands enjeux de santé publique en matière de psychiatrie et de santé mentale.
- Les objectifs opérationnels du Plan étaient pour la plupart pertinents, et bien que très nombreux comportaient quelques lacunes sur des sujets majeurs (insertion par le travail en milieu ordinaire, transition entre la prise en charge par la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte) ou orientations pratiques inopérantes (la création de réseaux formalisés en santé mentale n'est pas le seul moyen adapté pour développer la collaboration entre les professionnels).
- Le Plan s'est avéré un bon outil de mobilisation et de mise en synergie des acteurs, tant au niveau régional qu'à celui des administrations en charge du pilotage national.
- Il présentait également une bonne cohérence avec les autres lois et dispositifs concernant la santé mentale.
- Pour l'avenir, le HCSP souligne toutefois que la loi HPST oblige à revoir la conception d'un futur Plan au niveau national.

La plupart des mesures prévues par le Plan ont été concrètement mises en œuvre, de manière au moins partielle

- Les exceptions les plus notables concernent la promotion de la santé mentale et, surtout, les actions en direction des médecins généralistes (correspondant à l'objectif « Rompre l'isolement des médecins généralistes »).
- Les moyens financiers prévus par le Plan ont été mobilisés sur les différents axes prévus
- Il convient toutefois de préciser que ce constat global repose sur des données parfois imprécises, certaines mesures relevant des projets régionaux de santé dont l'état de réalisation n'est qu'imparfaitement connu.
- Cependant certaines mesures étaient trop transversales pour pouvoir aboutir dans le cadre du seul Plan Psychiatrie et Santé mentale (démographie médicale, par exemple)

Le Plan s'est traduit par un effort significatif d'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins

- Le programme d'investissement dans les établissements, dont les finalités étaient de renforcer la qualité de l'offre de soins et des équipements, d'améliorer les conditions d'accueil et d'hébergement et de favoriser l'adéquation entre qualité et sécurité des conditions d'exercice des professionnels, a été mis en œuvre dans des conditions satisfaisantes, sous réserve des inévitables délais de réalisation des travaux (22% des opérations programmées livrées fin 2009). Le montant de travaux initialement prévu (1,5 M d'euros, dont la moitié financée par l'État) sera sans doute dépassé. Il ressort des 5 études de cas que l'impact sur les conditions de prise en charge, notamment en termes d'humanisation et de sécurité, a été significatif.
- Le Plan a également permis un renforcement de la prise en charge ambulatoire (CMP, psychiatrie de liaison, interventions à domicile...) davantage cependant pour la psychiatrie générale que pour la psychiatrie infanto-juvénile. Les délais d'attente pour une première consultation restent importants. Ce volet du Plan a été inégalement mis en œuvre selon les régions.
- Le développement des structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet semble avoir été moins important.

Des progrès significatifs enregistrés mais une offre de soins qui reste à adapter aux besoins

- En termes quantitatifs, les besoins étaient importants et ils n'ont été que partiellement comblés par le Plan, tant pour la remise à niveau des conditions d'hospitalisation que pour le développement des soins ambulatoires. Il reste beaucoup à faire pour que l'accueil et la prise en charge sur l'ensemble du territoire se fassent dans des conditions correctes, et rien ne permet d'affirmer que le Plan a réduit significativement les inégalités territoriales.
- En termes d'organisation et de fonctionnement du système de soins, le diagnostic préalable au Plan pointait un certain nombre de difficultés qui n'ont pas été véritablement traitées. Les mesures du Plan, essentiellement quantitatives (augmentation du nombre de postes et de places) ne répondent pas à la question du cloisonnement entre les différents acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social. Plus généralement, le Plan comporte peu d'éléments de nature à faire évoluer les organisations, les pratiques de soins et la coopération entre les structures. Cependant certaines mesures ciblées comme la généralisation des maisons des adolescents a certainement permis le rapprochement des acteurs dans la prise en charge des adolescents.
- En particulier, le Plan n'a eu qu'un impact limité sur le rôle des médecins généralistes, encore loin d'avoir trouvé leur place dans l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. Or, il existe un consensus sur le fait que les médecins généralistes ont un rôle essentiel à jouer dans le repérage, l'orientation, la prise en charge des patients présentant des troubles anxio-dépressifs et le suivi des patients porteurs de troubles psychiatriques sévères et durables.

En matière d'accompagnement social, certains progrès sont notables

- les services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés (SAMSAH) et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) se sont

développés (1639 places de SAMSAH entre 2005 et 2008 pour un objectif initial de 1900 places) ;

- les Groupes d'entraide mutuelle (GEM), dont la création est antérieure au PPSM, sont l'une des innovations récentes les plus prometteuses dans les pratiques sociales de prise en charge des troubles mentaux. Les GEM se sont multipliés pendant la durée du PPSM (300 groupes créés dès 2007), en partie grâce à l'aide financière mise en place dans le cadre du Plan.
- Il convient de souligner que les avancées constatées en matière d'accompagnement social s'expliquent largement par la publication concomitante de la loi sur le handicap de février 2005 et du Plan d'accompagnement pluriannuel des personnes handicapées psychiques, même si le PPSM a eu un effet amplificateur.

La question du logement est un point noir du volet social du PPSM

L'accès au logement ordinaire ou à une structure d'hébergement est en effet une condition de l'intégration et de l'autonomie ; or il reste problématique. La sortie des structures de soins ne peut s'envisager sans logement, sous peine de déboucher sur une ré-hospitalisation et/ou une marginalisation.

Le bilan est globalement décevant pour les mesures de prévention concernant les enfants et adolescents

- Le Plan a certes permis d'expérimenter différentes démarches en matière de repérage et de prise en charge précoce, mais il semble qu'elles aient été insuffisamment diffusées pour permettre une réelle évolution des attitudes des différents acteurs et de leurs pratiques.
- La controverse issue de l'expertise collective de l'Inserm relative aux troubles des conduites a favorisé l'attentisme, freinant la mise en place de ces démarches. Une intervention précoce est pourtant nécessaire pour permettre une prise en charge dont tous les acteurs s'accordent à penser qu'elle peut déboucher sur une évolution favorable, en permettant au jeune d'acquérir les bases cognitives et affectives sur lesquelles il pourra construire son développement.

Le bilan est en revanche plus positif pour les actions en faveur des personnes en situation d'exclusion

- Tout d'abord, par le seul fait qu'il intégrait un programme spécifique en faveur de cette population, le Plan a contribué au rapprochement des acteurs du champ de la lutte contre les exclusions et de la psychiatrie.
- Il a permis une avancée dans le repérage et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité.
- Des progrès ont également été faits dans le diagnostic et l'orientation des personnes sans logement présentant des troubles psychiatriques, bien que les rapports sur ce thème mettent en évidence des manques dans la prise en charge. Ceux-ci paraissent liés à la faiblesse des moyens des équipes et au manque de souplesse des secteurs, qui ont parfois du mal à s'adapter pour accueillir sans délais ces personnes.

Les actions prévues en matière d'information du public et des professionnels ont connu un début de mise en œuvre, mais le HCSP porte un jugement mitigé sur cette opération

- Bien qu'une évaluation de l'impact produit sur les destinataires ait démontré l'efficacité immédiate de la campagne, il y a lieu de penser que ses effets sur les représentations de la maladie et les comportements ont été superficiels et temporaires.
- Il semble en outre plus utile de communiquer sur les pathologies plus sévères, pour lesquels l'enjeu d'un changement de regard de la société est plus important - ce qui était d'ailleurs envisagé initialement et n'a finalement pas été fait.
- Compte tenu des interrogations plus fondamentales exprimées par certains acteurs sur les objectifs et la faisabilité d'une communication sur les troubles mentaux destinée au grand public, le HCSP souligne le besoin d'une réflexion approfondie sur cette question.

Des avancées ont eu lieu dans le renforcement des droits des malades et de leurs proches, mais leurs effets concrets paraissent limités

L'un des objectifs stratégiques du Plan était le renforcement des droits des malades et de leurs proches. En ce domaine, le Plan a instauré la représentation des usagers et de leur famille dans les diverses instances de concertation sur la santé mentale - commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) et commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM). Même si la portée de cette réforme est pour l'instant surtout symbolique – à cause notamment du retard pris dans la formation des usagers – elle participe d'une tendance générale à l'affirmation des droits des patients. Au-delà de la question de cet enjeu démocratique, la participation des malades aux débats les concernant constitue un véritable enjeu de santé publique.

- Des moyens financiers ont été accordés aux associations, sans que l'on sache dans quelle mesure cette aide les a renforcées et si elle leur a permis d'agir plus efficacement dans l'intérêt des malades.

En matière de recherche et de systèmes d'information, l'effet d'impulsion du PPSM est resté limité

- La volonté affichée par le Plan de développer la recherche en psychiatrie et santé mentale a trouvé sa principale concrétisation dans les orientations des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC).
- Deux autres initiatives importantes ont été prises dans le cadre du Plan, la création d'une intercommission INSERM et la création d'un GIS épidémiologie, mais elles ont été toutes les deux abandonnées avant d'avoir produit leurs effets.
- Le cas de la recherche en sciences sociales sur la santé mentale mérite une mention particulière. À peine évoqué par le PPSM, ce champ de recherche reste sous-développé dans notre pays, malgré ses enjeux reconnus.
- En matière de système d'information sur l'offre de soin et l'activité des établissements, des progrès ont été constatés en cohérence avec les orientations du Plan. Les insuffisances actuelles concernent surtout le secteur médico-social, qui ne dispose toujours pas d'un outil homogène de recueil de données.

16 PISTES DE PRECONISATION

Les préconisations présentées ci-après ne couvrent pas l'ensemble des besoins repérés en matière de psychiatrie et de santé mentale, mais les champs sur lesquels le HCSP estime que l'accent doit être mis.

Elles concernent l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

PRINCIPE N°1 : ASSURER LA CONTINUITE DES PRISES EN CHARGE

Argumentaire :

La prise en charge d'une personne souffrant de troubles psychiatriques vise à lui permettre de se rétablir et de mener sa vie de la manière la plus autonome possible. Cela nécessite bien sûr de lui proposer un traitement et un suivi mais aussi de l'accompagner pour l'aider dans chacune des dimensions nécessaires à son insertion sociale : vie quotidienne, emploi ou études, logement ou hébergement, relations sociales, loisirs ... Émerge ici la notion de projet de vie auquel doit répondre un plan personnalisé de prise en charge. Compte tenu de la diversité des domaines composant un projet de vie, le plan personnalisé concerne nécessairement différents acteurs.

Dans un souci de prise en charge adaptée et continue, la conception élargie de la prise en charge thérapeutique doit ainsi être généralisée.

Propositions :

- Dans la mesure où il est reconnu que la prise en charge sanitaire est essentielle mais non suffisante pour permettre au patient de se rétablir et de retrouver son autonomie, les équipes de psychiatrie doivent élaborer un plan personnalisé impliquant les services d'accompagnement qui prennent le relais à la sortie de l'hôpital ou qui aident une personne à retrouver un logement, ou tout simplement à vivre quotidiennement avec les autres.

Ces plans doivent s'appuyer sur des outils tels que des protocoles de sortie d'hôpital, des conventions de reprise en cas de crise... Cela nécessite, en outre, de préciser les rôles et la répartition des tâches de chacun des professionnels (soin, médico-social et social) dans le suivi des personnes.

- Sous l'angle des pratiques professionnelles, la mise en place de formations communes pour l'ensemble des intervenants est souhaitable pour élargir les compétences des personnels des structures sanitaires, sociales et médico-sociales.
- Par ailleurs, il apparaît important de développer les pratiques de réhabilitation psychosociale et d'*empowerment* permettant à la personne de jouer un rôle actif dans sa prise en charge. Le soutien par les « pairs aidants » semble constituer une initiative intéressante, sous réserve d'une évaluation.
- La continuité de la prise en charge doit également être assurée dans le temps. Deux moments de la vie sont particulièrement sujets à des ruptures (lieux et équipe de prise en charge, statut de la personne...). Il s'agit du passage de l'adolescence à l'âge adulte, d'une part, et du vieillissement, d'autre part. Il est nécessaire de les anticiper et de les organiser.

PRINCIPE N°2 : AMELIORER L'ACCES AUX SOINS

Argumentaire :

Les conditions de l'accès au dispositif de soins psychiatriques sont encore loin d'être satisfaisantes. Les délais pour l'obtention d'un rendez vous dans un CMP sont souvent trop longs. Certains acteurs ont développé des organisations innovantes en la matière, mais les recommandations de bonnes pratiques sur l'organisation font défaut. Quant à l'offre de soins, ni le Plan ni les SROS n'ont permis de réduire l'inégale répartition des structures.

De plus, les réalisations du Plan ont surtout concerné l'organisation du dispositif de soins hospitalier et beaucoup moins les acteurs de première ligne, en particulier les médecins généralistes. L'isolement des médecins généralistes a sans doute peu évolué pendant la période du Plan et la coopération avec le dispositif de psychiatrie, si elle s'est modifiée, reste le fait de volontés individuelles. Un constat similaire peut être fait pour les spécialistes libéraux et les psychologues.

L'amélioration de l'organisation du dispositif de soins ne renvoie pas uniquement aux professionnels et à leurs pratiques. Elle concerne également les locaux où sont accueillis les patients. Les efforts d'investissement consentis par le Plan ont eu des effets positifs, tant du point de vue des conditions d'accueil (respect des droits et de la dignité des patients), que du point de vue des conditions de travail des personnels.

Propositions :

- Globalement, l'amélioration de l'accès au dispositif de psychiatrie implique de réaffirmer la nécessité d'une pratique en réseau. Les principes qui ont conduit à la création de la sectorisation doivent être rénovés et élargis aux acteurs des champs sanitaires, sociaux, médicosociaux et associatifs, qu'ils soient publics ou privés.

Concernant les professionnels de première ligne, il est indispensable d'organiser une interface locale entre médecins libéraux et dispositif de soins en psychiatrie, via un numéro unique de téléphone, par exemple.

La psychiatrie de liaison et les équipes mobiles généralistes ou spécialisées sont des moyens qu'il faut continuer à développer : leur pertinence est unanimement reconnue.

L'amélioration de l'accès aux soins passe également par une meilleure visibilité de l'organisation de la psychiatrie publique et de l'organisation des soins sur un territoire. Cela suppose de mieux informer le grand public, les proches des malades, mais également l'ensemble des professionnels qui peuvent y avoir recours dont les structures sociales.

- Si l'organisation du système de soins a bénéficié de l'essentiel des réalisations du Plan, elle peut encore faire l'objet d'améliorations. Trois objectifs méritent en particulier une mobilisation certaine pour être atteints :
 - Pour faciliter l'accès dans des délais raisonnables aux consultations, avis et conseils, un accueil en première intention par des professionnels préalablement formés, comme des infirmiers ou psychologues, est une des solutions. Il peut être utile de proposer aux équipes des recommandations de bonnes pratiques pour les aider à mieux organiser l'accueil des personnes.
 - La place des psychologues dans la prise en charge des maladies mentales doit également faire l'objet de réflexions, tant en ce qui concerne leur intervention dans le secteur public (CMP, par exemple), qu'en secteur libéral.

Tant que leurs consultations privées ne seront pas remboursées, leur rôle ne pourra qu'être limité.

- Une attention particulière doit être portée par les ARS à la réduction des inégalités infrarégionales d'accès aux soins.
- Il est indispensable de poursuivre les efforts en matière d'investissements. La définition d'orientations précises quant aux opérations d'investissement à financer implique la réalisation préalable d'un nouvel état des lieux, afin de savoir ce qui a été fait et ce qui reste à faire pour l'amélioration des conditions de prise en charge.

Pour que les investissements aient un meilleur impact sur l'accueil des usagers et des familles, sur les conditions de travail et sur les pratiques des personnels, il est souhaitable que les associations d'usagers et de proches ainsi que les professionnels participent à l'élaboration et au suivi des projets.

PRINCIPE N°3 : FAVORISER LA PREVENTION ET L'INTERVENTION PRECOCE DES LA PETITE ENFANCE

Argumentaire :

C'est dans un contexte sensible que le Plan envisageait des actions de prévention et de promotion de la santé mentale en direction des enfants et des adolescents. Quelques unes ont été mises en place mais peu ont eu une diffusion importante.

Or, l'intervention précoce a fait ses preuves. Elle couvre d'ailleurs en France une grande variété de programmes qui sont largement acceptés dans la mesure où ils sont ouverts à tous et reposent sur la participation volontaire des intéressés.

Il importe de développer une intervention et une prévention précoces en direction des populations qui présentent des risques pour éviter des conséquences dommageables. Mais il faut les développer dans le respect de la liberté de chacun, en complémentarité avec les dispositifs universalistes, qui sont rejoints dès que possible par les bénéficiaires, avec la libre participation des parents, y compris dans l'évaluation scientifique des programmes.

Propositions :

Les structures telles que les haltes-garderies, les crèches et les écoles maternelles sont reconnues pour favoriser la socialisation des jeunes enfants. Il est nécessaire de faciliter l'accès au dispositif universel en faveur de la petite enfance. De même, l'intervention précoce en maternité, ainsi que le suivi pré et post-natal, en particulier par la PMI, participent de la prévention des troubles psychiques.

Il importe de favoriser conjointement l'intervention thérapeutique précoce et l'accompagnement pédagogique. Ceci passe notamment par un renforcement des capacités de repérage des signes de souffrance ou de troubles psychiques des enfants et des adolescents par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires.

Au-delà des interventions auprès de l'enfant, il convient d'accompagner les familles en les écoutant et en les impliquant dans les décisions.

Enfin, les efforts entrepris pour inciter les acteurs à coopérer (professionnels du soin, du secteur social, de l'éducation) doivent être poursuivis.

PRINCIPE N°4 : MIEUX INTEGRER LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE DANS LA CITE

Argumentaire :

Au-delà des pratiques professionnelles qui font l'objet du principe n°1 « assurer la continuité des prises en charge », l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux dans la Cité suppose le développement d'une diversité de services adaptés dans tous les domaines de la vie quotidienne. A ce sujet, le Plan a effectivement contribué à développer l'offre sociale et médico-sociale pour accompagner et faciliter l'intégration sociale des personnes souffrant de troubles psychiatriques. En effet, celle-ci est une dimension essentielle du soin et participe à l'amélioration de la qualité de vie de ces personnes. Or, les personnes qui ont besoin de soins à intervalles réguliers et qui vivent dans la cité ont souvent des liens sociaux réduits et participent peu à la vie sociale ordinaire.

En outre, le regard de la société trop souvent négatif sur les maladies mentales constitue un frein à l'intégration.

Propositions :

- L'accès et le maintien en hébergement ou dans le logement constituent un préalable indispensable pour mener une vie sociale (préparation à la sortie d'hospitalisation, liens avec les bailleurs, liens avec les élus, création de places de logement et d'hébergement,...). Il convient donc de multiplier les initiatives telles que la préparation à la sortie d'hospitalisation, les conventions avec les bailleurs et la création de places de logement et d'hébergement adaptées.

L'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux, que ce soit en milieu ordinaire ou en milieu protégé, constitue également un enjeu essentiel. Il convient donc de développer les initiatives comme le soutien des entreprises lors de l'accueil de ces personnes. Chaque personne qui en exprime le besoin doit pouvoir accéder à une évaluation de ses compétences.

Plus généralement, il importe de promouvoir les pratiques de réhabilitation psychosociale.

- L'intégration de la psychiatrie et de la santé mentale dans la cité passe également par une lutte contre la stigmatisation. Il est nécessaire d'organiser une réflexion rigoureuse sur les démarches à adopter pour améliorer l'image de la maladie et des personnes atteintes (réflexion sur les outils et vecteurs de communication à développer, adaptation des messages aux différents publics : enfants, professionnels, grand public...)

Les associations de familles et d'usagers assurent par ailleurs un rôle fondamental d'information, de représentation et d'aide des personnes souffrant de troubles mentaux et de leurs proches. Il convient de les soutenir, notamment au niveau local. La formation doit se développer car elle facilite une participation plus active des usagers dans les différentes instances.

Les conseils locaux de santé mentale ont fait leur preuve pour la mobilisation de l'ensemble des acteurs locaux (professionnels, institutions, élus, usagers). Leur développement doit être soutenu.

PRINCIPE N°5 : AMELIORER LA CONNAISSANCE DES BESOINS ET DES PRATIQUES

Argumentaire :

Les choix opérés dans le cadre du Plan 2005 – 2008 ne se sont pas appuyés sur une vision globale et hiérarchisée des besoins, ces derniers restant mal connus faute d'un développement suffisant des études sur la santé mentale et la psychiatrie.

Ce manque de connaissance a d'ailleurs été, tout au long de la démarche d'évaluation, un frein à l'identification de l'impact du Plan sur la santé. Il est également préjudiciable à la planification d'orientations et d'actions pertinentes, notamment en termes de pratiques à promouvoir.

A ce niveau, un lien peut être établi entre l'insuffisance des recherches en sciences sociales et en épidémiologie sur la santé mentale et la psychiatrie et le manque de connaissance des besoins et des pratiques.

Le bilan du Plan en matière de développement de la recherche est très mitigé. Il a eu peu d'impact sur la recherche épidémiologique et a négligé les sciences sociales. La situation de la recherche n'a pas évolué autant que nécessaire et les faiblesses pointées initialement en 2005 persistent pour une grande part.

Propositions :

- Il existe de nombreuses expériences innovantes dans divers domaines (prise en charge ambulatoire, accompagnement social...) et dispersées sur tout le territoire. Il serait utile de les repérer, de les capitaliser et de les diffuser après évaluation.
- L'identification des besoins sur les territoires passe par le développement d'études épidémiologiques et d'analyses économiques et sociologiques des organisations, des pratiques et des politiques publiques de la psychiatrie et de la santé mentale. Les données utiles à la planification des services et structures devront être aisément accessibles aux ARS.
- En matière de recherche en santé mentale et en psychiatrie, il convient d'accentuer nettement les efforts de soutien, particulièrement dans les domaines des sciences sociales et de l'épidémiologie. Cet effort passe par la mobilisation de moyens pour atteindre un nombre suffisant de chercheurs et le fléchage de ces domaines dans certains appels d'offres.

Le maintien et le renforcement des financements, via les PHRC et l'ANR, tant sur la recherche neurobiologique élémentaire que sur la recherche translationnelle et épidémiologique est souhaitable. Une réorganisation des liens entre recherche et soins en psychiatrie passe par la création de véritables plateformes de recherche clinique, translationnelle et épidémiologique.

Une réflexion sur la pertinence d'un Institut National réunissant l'ensemble des disciplines travaillant sur la santé mentale (épidémiologie, sciences sociales et recherche clinique) doit être conduite. Dans un tel institut, comme dans la recherche en général, la place des usagers doit être reconnue.

PRINCIPE N°6 : METTRE EN OEUVRE LES PRINCIPES D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE

Argumentaire :

La vocation d'un Plan est de mobiliser les acteurs d'une politique à travers l'affichage de grandes priorités et le ciblage des moyens financiers consacrés au domaine. Le PPSM a eu l'intérêt de jouer effectivement un rôle de catalyseur, tant vis-à-vis des professionnels de la plupart des champs concernés que vis-à-vis des administrations.

A l'aube d'un nouveau Plan, il semble incontournable de continuer dans cette voie, voire d'aller plus loin dans l'élaboration partenariale du document d'orientations.

Pour autant, la Loi HPST du 21 juillet 2009 qui a créé des ARS très autonomes en matière de planification, de programmes et d'attribution des financements nécessite de prendre en considération la régionalisation de la politique de santé. Si la santé mentale est l'un des cinq domaines stratégiques que les ARS doivent traiter dans le cadre de leur projet régional de santé, ne serait-il pas contraire à l'esprit de la loi de mettre en place un dispositif de pilotage national de la politique publique de santé mentale ? Ceci amène à créer de nouveaux modes de relations entre le niveau régional et le niveau central, mais ne doit pas faire obstacle à une réflexion nationale sur les objectifs, le cadre normatif et les moyens de la politique en matière de psychiatrie et de santé mentale.

Propositions :

Il convient de définir un cadre national visant notamment la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins, tout en laissant aux régions la liberté de déterminer des priorités locales tenant compte des principes d'action définis nationalement.

Par ailleurs, il est nécessaire de prévoir l'évaluation dès l'élaboration du Plan en termes de calendrier, de méthode et de mesure des impacts. Une évaluation à mi-parcours permettra de réajuster si nécessaire les orientations du Plan.

17 GLOSSAIRE

Acsé : Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

AGAPSY : Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

AICS : Auteur d'infraction à caractère sexuel

ALT : Allocation logement temporaire

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (aujourd'hui intégrée à la HAS)

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

ANEGEM : Association nationale d'expertise des groupes d'entraide mutuelle

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCOMS : Centre collaborateur français de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale

CDHP : Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (devenue CDSP)

CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques

CERMES3 : Centre de recherche, médecine, sciences, santé, santé mentale, société

CESE : Conseil économique, social et environnemental

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CILE : Comité interministériel de lutte contre les exclusions

CISS : Collectif inter-associatif sur la santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

CME : Commission médicale d'établissement

CMP : Centre médico psychologique

CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique

CNCPH : Conseil national consultatif des personnes handicapées

CNG : Centre national de gestion

CNRS : Centre national de la recherche scientifique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNUMP : Comité national de l'urgence médico-psychologique

CODEV : Comité d'évaluation

CRCSM : Commission régionale de concertation en santé mentale

Croix Marine : Fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine

CROSM : Comité régional de l'organisation sanitaire et médico-sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale (ex-Direction générale de l'action sociale - DGAS)

DGOS : Direction générale de l'offre de soins (ex-Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins – DHOS)

DGS : Direction générale de la santé

DHUP : Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages (Ministère du Logement)

DIM : Département d'informations médicalisées (dans les centres hospitaliers)

DIV : Délégation interministérielle à la ville

DRCI : Département de la recherche clinique et de l'innovation (dans les centres hospitaliers)

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRSP : Direction régionale des services pénitentiaires

EHESP : École des hautes études en santé publique

EHESS : École des hautes études en sciences sociales

EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité

ENSP : École nationale de santé publique

FFP : Fédération française de psychiatrie

FNAPSY : Fédération nationale des patients en psychiatrie

FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale

FRM : Fondation pour la recherche médicale

GEM : Groupe d'entraide mutuelle

GIS : Groupement d'intérêt scientifique

GRSP : Groupement régional de santé publique

GSPM : Groupe de sociologie politique et morale

HAS : Haute autorité de santé

HCSP : Haut Conseil de la santé publique

HPST : référence à la Loi « hôpital, patients, santé et territoires »

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INED : Institut national d'études démographiques

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INVS : Institut National de Veille Sanitaire

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

IRESPP : Institut de recherche en santé publique

IRIS : Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux

LHSS : Lits halte soins santé

MCO : Médecine, Chirurgie, Gynécologie - Obstétrique

MDA : Maison des adolescents

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

MiRe : Mission recherche de la DREES

MNASM : Mission nationale d'appui en santé mentale

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

ONDPS : Observatoire national de la démographie des professionnels de santé

OQN : Objectif quantifié national (relatif aux activités de psychiatrie exercées par les établissements de santé privés)

ORSPERE – ONSMP : Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion - Observatoire national en santé mentale et précarité

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PHRC : Programme hospitalier de recherche clinique

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PRSP : Plan régional de santé publique

PSPH : Établissements de santé privés participant au service public hospitalier

PU-PH : Professeur des universités – praticien hospitalier

RAPSY : rapport d'activité de psychiatrie (enquête DREES)

RIM-P : Recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie

SAE : Statistique annuelle des établissements (enquête DREES)

SAMSAH/SAVS : Service d'accompagnement médico-sociale pour les adultes handicapés / service d'accompagnement à la vie sociale

SMPR : service médico-psychologique régional

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

SROS : Schéma régional de l'organisation des soins

SSR : Soins de suite et de réadaptation

UHSA : Unité hospitalière spécialement aménagée

UMD : Unité pour malades difficiles

UNAFAM : Union nationale des amis et familles de malades ou handicapés psychiques

UNAPEI : Union nationale des associations de parents, et amis de personnes handicapées mentales

URML : Union régionale des médecins libéraux

VAP : Valorisation de l'activité en psychiatrie

18 ANNEXES

LES MEMBRES DU CODEV ET DU GROUPE D'APPUI IMPLIQUES DANS L'ÉVALUATION

Les membres du Comité d'évaluation :

- **Bernard BIOULAC**, membre du HCSP, chercheur en neurosciences au CNRS Paris/CHU de Bordeaux, co-pilote du CODEV,
- **Bernard PERRET**, membre du HCSP, ingénieur des ponts des eaux et des forêts, membre du Conseil Général de l'environnement et du développement durable, chercheur en socioéconomie et évaluation des politiques publiques, co-pilote du CODEV,
- **Magali COLDEFY**, géographe de la santé, chercheur à l'IRDES,
- **Alain EHRENBURG**, sociologue, directeur de recherche au CNRS,
- **Bruno FALISSARD**, psychiatre, professeur de santé publique à la faculté de médecine Paris-Sud, directeur de l'unité INSERM U669 (santé publique et santé mentale),
- **Patrice VAN AMERONGEN**, psychiatre, praticien hospitalier retraité, membre de l'UNAFAM,
- **Renée POMARÈDE**, médecin de santé publique, secrétaire générale du HCSP,
- **Lucie REDONNET**, stagiaire, secrétariat général du HCSP
- **Brigitte HAURY**, médecin de santé publique, secrétariat général du HCSP, chargée de la coordination.

Les membres de la société Itinere conseil

- **Elise CROVELLA**, consultante
- **Elise PICON**, consultante

Les membres du Groupe d'appui :

- **Marie-Claude BARROCHE**, présidente, fédération Agapsy
- **Emmanuelle BAUCHET**, chef de bureau « Santé Mentale », DGS
- **Christine BRONNEC**, chef de bureau, DGOS

- **Jean CANNEVA**, président, association UNAFAM
- **Christine CHAN CHEE**, médecin épidémiologiste, InVS
- **Claude FINKELSTEIN**, présidente, FNAPSY
- **Laurence FOND-HARMANT**, enseignante – chercheur, HCSP
- **Pierre JUHAN**, directeur d'hôpital, permanent de la MNASM
- **Isabelle LEROUX**, chargée d'études, DREES
- **Claire MEHEUST**, directrice des éditions et des stratégies de diffusion, INPES
- **Patrice PERROTEAU**, chargé de mission, DGCS
- **Patrick RISSELIN**, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, DGCS
- **Evelyne SYLVAIN**, directrice des établissements et services médicosociaux, CNSA

LES PERSONNES AUDITIONNEES

- **Jean-Pierre BARATAULT**, conseiller, mission académique pour la scolarisation des élèves handicapés à l'académie de Paris, Éducation nationale
- **Marie-Claude BARROCHE**, présidente, Fédération Agapsy
- **Jean-Yves BARREYRE**, directeur du CEDIAS
- **Bernard BASSET**, directeur de projet, SG des ministères sociaux
- **Emmanuelle BAUCHET**, chef de bureau « Santé Mentale », DGS
- **Philippe BOISNAULT**, médecin généraliste, Société française de médecine générale
- **Michel BOTBOL**, psychiatre, administration centrale de la protection judiciaire de la jeunesse, ministère de la Justice
- **Xavier BRIFFAULT**, chercheur, CNRS
- **Christine BRONNEC**, chef de bureau, DGOS
- **Jean CANNEVA**, président, association UNAFAM
- **Pascal CLERC**, médecin généraliste, Société française de médecine générale
- **Frédérique COLLOMBET-MIGEON**, chargée de mission, DGOS
- **Bernard DURAND**, médecin, président de la Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix Marine

- **Odile FAURE-FILASTRE**, inspectrice spécialisée dans la scolarisation des élèves en situation de handicap à l'académie de Paris, Éducation Nationale
- **Lise FENDER**, chargée de mission Santé & Réfugiés-migrants, Fnars
- **Claude FINKELSTEIN**, présidente, FNAPSY
- **Michel GENTILE**, responsable du service zonal de défense, ARS d'Ile de France
- **Yvan HALIMI**, président de la Conférence des présidents de CME de CHS
- **Catherine ISSERLIS**, pédopsychiatre, permanente à la MNASM
- **Serge KANNAS**, praticien hospitalier, coordinateur de la MNASM
- **Marion LEBOYER**, professeur à l'Université Paris Est Créteil, INSERM et praticien hospitalier au CHU de Créteil,
- **Alain LOPEZ**, coordonnateur du suivi du Plan Psychiatrie et Santé mentale entre 2005 et 2007, IGAS
- **Anne-Noëlle MACHU**, conseiller technique, DGOS
- **Alain MERCUEL**, psychiatre praticien hospitalier, responsable des Équipes d'appui en santé mentale et exclusion sociale, hôpital Saint Anne,
- **Julien MOUSQUES**, chercheur en économie appliquée, IRDES
- **Frédéric ROUILLON**, professeur de psychiatrie à l'université Paris-Descartes, chef de service à l'hôpital Sainte-Anne
- **Marianne STOROGENKO**, chargée de mission, DGCS
- **Evelyne SYLVAIN**, directrice des établissements et services médicosociaux, CNSA
- **Marie-Claire TRAMONI**, médecin inspecteur de la santé publique, ARS Rhône-Alpes
- **Professionnels rencontrés lors des études de cas relatives à l'impact des opérations d'investissement :**
 - **CHU de Montpellier**
 - Véronique BOISSEL, infirmière
 - Claude ELDIN, directeur délégué
 - Catherine SEYLER, cadre de santé,
 - M. STRUB, infirmier
 - **CMP de Lunel**
 - Michèle MAURY, chef du service de pédopsychiatrie CHU St Eloi
 - Pierre RAYSSE, praticien hospitalier psychiatre

Catherine GRAS, cadre puéricultrice

Fanny TOUREILLE, psychologue

Diane GALVAN, psychologue

Sandrine SABATIER, secrétaire

○ **CH de Dieppe**

Yves BLOCH, directeur

Didier FERAY, praticien hospitalier, psychiatre

Et l'équipe du secteur 11 présente ce jour-là

○ **Unacor du CH du Rouvray**

Mathieu FOLLET, praticien hospitalier psychiatre

Véronique HAMON, directrice

Sadeq HAOUZIR, praticien hospitalier, psychiatre

Mathieu MOREL, cadre supérieur de santé

Pauline POULAIN, cadre de santé

○ **Unité d'hospitalisation pour adolescents du CH du Havre**

Béatrice CORON, praticien hospitalier, psychiatre, responsable de l'unité

Alain FUSEAU, praticien hospitalier, psychiatre, responsable de la maison des adolescents et du pôle psychiatrie

William DUROCHER, directeur adjoint des affaires financières

Elise LEROUX, cadre supérieure de santé

Christiane JOUANNE, cadre de santé

LISTE DES STRUCTURES AYANT PARTICIPE A L'ENQUETE DU CREDOC SUR L'ARTICULATION DES DIFFERENTS CHAMPS : LE POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS ET USAGERS

Centres hospitaliers
Languedoc-Roussillon
Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier
Association Audoise Sociale et Médicale (ASM) de Limoux
Centre Hospitalier de Narbonne
Centre Hospitalier d'Uzès
Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes

Centre Hospitalier de Thuir
Haute-Normandie
Centre Hospitalier du Havre
Centre Hospitalier du Rouvray
Centre Hospitalier Intercommunal Eure et Seine
Centre Hospitalier de Dieppe
Structures médicosociales
Languedoc-Roussillon
Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) UNAFAM
Espace d'accueil de jour de Gard Espoir
Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) de Ceylar
Établissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) de Lastours
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) de l'ADAPEI 66
Association Centre Henri Wallon (foyer hébergement, foyer occupationnel, SAMSAH)
Association Sésame Autisme (Hébergement, Centre médico-psychologique)
Communauté de La Celle (Hébergement et lieu de vie)
Maison relais ADOMA "Pension de Famille"
Établissement d'Hébergement pour Personnes âgées Dépendantes (EHPAD) de Prades
Clinique privée de post-cure psychiatrique de Saint-Clément de Rivière
Haute-Normandie
Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM) Sarepta
Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) Ligue Havraise
Association Côté Cours (Logement)
Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) La Clé
Unité Mobile d'Accompagnement Psychiatrique pour Personnes Précarisées (UMAPPP)
Foyer de vie Saint-Martin
Établissement Public Départemental de Grugny (EHPAD et Centre médico-psychologique)
Association Œuvre Normande des Mères (ONM)

LES SOURCES DOCUMENTAIRES

Plan et documents de suivi

- PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE - 2005-2008

- PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE - 2005-2008 - *BILAN DE LA PREMIERE ANNEE DE MISE EN ŒUVRE* - Juin 2005-Juin 2006. Comité technique national de suivi du Plan « Psychiatrie et Santé mentale », Alain LOPEZ, membre de l'IGAS.
- PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE - 2005-2008 - *BILAN DE LA DEUXIEME ANNEE DE MISE EN ŒUVRE* - Juin 2006-Juin 2007. Comité technique national de suivi du Plan « Psychiatrie et Santé mentale », Alain LOPEZ, membre de l'IGAS.
- PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE -2005-2008 - *BILAN FINAL DE MISE EN ŒUVRE et ses 14 annexes*

Etudes réalisées pour l'évaluation du PPSM

- Bruno MARESCA, Anne DUJIN, Laura COTTARD, Camille REINAULD (CREDOC),

L'articulation des champs sanitaire, médico-social et social à travers la trajectoire des patients : Le point de vue des professionnels et des usagers, septembre 2011

- Lucie REDONNET, Brigitte HAURY, Élise CROVELLA,

L'impact des investissements sur les conditions de prise en charge des patients en psychiatrie, septembre 2011

Rapports nationaux

- Rapport CNEH, Sénat – OPEPS, *Etat des lieux de la psychiatrie en France*, avril 2009
- Office parlementaire d'évaluation des politiques de la santé, *La prise en charge psychiatrique en France*, Alain MILON, mai 2009
- Rapport d'Edouard COUTY, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*, Janvier 2009

Documents thématiques

- Sur l'accompagnement social et médico-social :
 - UNAF, *Le handicap psychique dans les politiques publiques*, Gilles SERAPHIN, Août 2008
 - CNSA, *Suivi qualitatif du développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés : SSIAD et SAMSAH*, Avril 2008,
 - CEDIAS, *Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ?* octobre 2010
 - Revue Pluriels, Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Evaluation et handicap psychique : la coordination des acteurs*, n°81, Avril 2010
 - Revue Pluriels, Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Les hébergements des patients psychiatriques, réflexion à partir des expériences en Ile de France*, Février 2007

- *Programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie*, 2008
- DGAS, *Bilans 2007, 2008 et 2009* des GEM

- Sur la psychiatrie infanto-juvénile :
 - Rapport ZUMKELLER, *La prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des mineurs placés sous main de justice*, décembre 2009
 - Rapport du Conseil Economique, Social et Environnemental (CESE), *La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge*, mars 2010
 - Revue Pluriels, *Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, Pédopsychiatrie, quatre unités pour adolescents*, n°72, Avril 2008
 - Revue Pluriels, *Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, L'école et la santé mentale des enfants : Prévention, dépistage, intégration pour tous à l'école : dynamique inclusive ou ségrégative ?* n°76, Novembre 2008
 - Rhizome, *Bulletin national Santé mentale et Précarité, Pourquoi les adolescents inquiètent-ils les adultes ?* n°38, avril 2010

- Sur la prise en charge psychiatrique des personnes en situation d'exclusion
 - Rapport GIRARD, *La santé des personnes sans chez soi*, Vincent GIRARD-Pascale ESTECAHANDY- Pierre CHAUVIN, Novembre 2009
 - Circulaire DHOS/ O2/DGS/6C/DGAS/1A/AB n°2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.
 - Observatoire du SAMU Social de Paris, *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France*, sous la direction d'Anne LAPORTE et de Pierre CHAUVIN, Janvier 2010.
 - Revue Pluriels, *Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, Equipes mobiles spécialisées en psychiatrie et précarité. Un bilan et des perspectives*, n°67, Juin 2007.
 - FNARS, *Guide "Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques"*, 2010
 - GRSP Midi-Pyrénées, *Bilan des actions de prévention santé financées dans le cadre de la mise en œuvre des programmes thématiques prioritaires du GRSP en 2008*, Avril 2009.
 - DGOS, *Bilan des PASS psychiatriques*, avril 2011

- DGCS, *Évaluation du dispositif « Lits Halte Soins Santé », Première Synthèse de l'étude réalisée auprès des structures LHSS créées en 2006, 2009*

- Sur la campagne d'information réalisée par l'INPES dans le cadre du Plan :
 - Évaluation de l'impact du livret dépression : synthèse, INPES. septembre 2008
 - Synthèse des premiers résultats de l'évaluation de la campagne et des outils d'information sur la dépression auprès du grand public, INPES, janvier 2008
 - Synthèse de l'évaluation de la campagne et des supports d'information sur la dépression auprès du grand public et des professionnels de santé, INPES, septembre 2008
 - Opinion et usage du site Internet info-dépression, résultats de l'enquête BVA, novembre 2007.
 - Post-test de la campagne dépression, résultats de l'enquête BVA, décembre 2007.
 - Étude auprès des personnes ayant commandé le guide dépression, enquête BVA, juin 2008

- Sur la place des associations et des usagers dans la psychiatrie et la santé mentale :
 - Revue Pluriels, Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, *Les conseils locaux de santé mentale*, n°87/88, Janvier - Février 2011
 - Articles de la revue Actualités Sociales Hebdomadaires :
 - *"Pour l'UNAFAM, le projet de réforme de la psychiatrie est incomplet"*, ASH n°2667 du 9/07/2010
 - *"Le maintien en hospitalisation sans consentement sur demande d'un tiers au-delà de 15 jours sera décidé par un juge"*, ASH n°2685 du 3/12/2010
 - Circulaire du 4 octobre 2005 relative à l'entrée en vigueur de certaines dispositions du code de la santé publique prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 concernant l'organisation sanitaire, les instances de concertation et le régime d'autorisation.
 - Résultats de l'enquête Écoute Famille de l'UNAFAM de 2009

- Sur la recherche
 - Appels à projets nationaux du PHRC de 2003 à 2011
 - Appels à projets de l'ANR de 2005 à 2010

- Documents de programmation de l'ANR 2011 / 2013
- Bilans d'activités de l'ANR 2005 à 2009
- Appel à projets 2008 lancé en 2008 par la DREES-MIRe et la CNSA en collaboration avec la DGAS, le GIS-IRESP et l'UNAFAM, intitulé "handicap psychique, autonomie, vie sociale" et liste des projets retenus
- Appels à projet de la fondation pour la recherche en psychiatrie et en santé mentale et dossier de présentation des 9 projets retenus
- Site internet du GIS – IreSP
- Site internet de la fondation FondaMental
- Site internet de l'UNAFAM
- Site internet de la fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de Recherche en santé mentale

LES SOURCES STATISTIQUES

- SAE, 2006 à 2009
- Rapports d'activité de psychiatrie, 2008
- RIMP-P, 2008

TABLEAU SYNTHETIQUE DES OBJECTIFS OPERATIONNELS ET MESURES DU PLAN

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures		
<p>AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p>Objectif 1.1 Mieux informer et prévenir</p>	<p><i>Objectif 1.1.1</i> <i>Mettre en œuvre des campagnes grand public</i></p>	<p>Lancement d'une campagne de communication à long terme et en différents volets :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} volet : campagne centrée sur les différents troubles dépressifs et leurs possibilités de traitement - Volets suivants consacrés à d'autres pathologies et notamment à des pathologies lourdes telles que la schizophrénie 		
				<p>Réalisation du 1^{er} volet consistant en un programme d'information orienté vers le grand public et les médecins généralistes : rédaction de livrets d'information, de conseils et de ressources et promotion de ces livrets</p>	
				<p>Mise à disposition de matériels pédagogiques et de manuel d'intervention ayant fait leurs preuves dans le champ de la promotion de la santé mentale</p>	
				<p>Réalisation d'un guide d'aide à l'action en promotion de la santé mentale chez les enfants et adolescents par l'INPES</p>	
				<p>Conception et diffusion d'un CD-Rom d'aide à la constitution d'un fonds documentaire et pédagogique en promotion de la santé mentale par l'INPES</p>	
				<p>Mise en œuvre d'études évaluatives standardisées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale</p>	
		<p><i>Objectif 1.1.2</i> <i>Promouvoir la santé mentale</i></p>		<p>Réalisation, par l'INPES, d'un état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé mentale chez les enfants et les adolescents en France</p>	
				<p>Expérimentation de la faisabilité d'actions de prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale de l'enfant en milieu défavorisé</p>	
			<p>Objectif 1.2 Mieux accueillir et mieux soigner</p>	<p><i>Objectif 1.2.1</i> <i>Rompre l'isolement des médecins généralistes</i></p>	<p>Incitation au développement de partenariats médecins généralistes –psychiatres - psychologues, qu'ils exercent en libéral ou en CMP/hôpital ainsi qu'au développement de réseaux en santé mentale avec participation de tous les partenaires impliqués.</p>
					<p>Amélioration de la formation initiale en psychiatrie des médecins généralistes en liaison avec le ministère de l'éducation nationale</p>
		<p>Augmentation du nombre de postes offerts, pour les stages optionnels en psychiatrie</p>			
			<p>Amélioration de la formation permanente par le biais d'une évaluation de pratiques professionnelles et de la formation médicale continue</p>		

<p>AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p>Objectif 1.2 Mieux accueillir et mieux soigner</p>	<p><i>Objectif 1.2.1</i> <i>Rompre l'isolement des médecins généralistes</i></p>	<p>Sollicitation de la HAS pour l'élaboration et la diffusion de guides de bon usage des soins ou de recommandations de bonnes pratiques</p>
			<p>Développement de travaux auprès des sociétés savantes en psychiatrie et en psychologie, et auprès de l'INSERM, pour améliorer les formations dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale</p>
			<p>Amélioration de l'usage du médicament (cf. mesures liées à l'objectif 3.1.2)</p>
			<p>Développement d'un "centre ressource santé mentale" destiné aux médecins généralistes, sur la base d'une étude de faisabilité</p>
		<p><i>Objectif 1.2.2</i> <i>Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète.</i></p>	<p>Consolidation du maillage territorial et du rôle des CMP dans l'accès aux soins de proximité</p>
			<p>Développement d'organisations fédératives entre plusieurs CMP permettant de mutualiser des moyens</p>
			<p>Intensification de la création d'alternatives à l'hospitalisation et de la diversification des réponses proposées (hospitalisation de jour et de nuit et de modes de prise en charge tels que les interventions et l'hospitalisation à domicile, les équipes mobiles, la psychiatrie de liaison) dans le secteur financé sous dotation globale</p>
			<p>Dans le secteur privé relevant de l'QCN de psychiatrie, développement de l'hospitalisation de jour et de nuit à partir de la tarification de ces activités,</p>
		<p><i>Objectif 1.2.3</i> <i>Adapter l'hospitalisation complète</i></p>	<p>Développement d'organisations mutualisées et fédératives de ces équipements au sein des territoires de santé.</p>
			<p>En psychiatrie infanto-juvénile, création des lits, en priorité dans les départements qui en sont dépourvus</p>
			<p>En psychiatrie infanto-juvénile, renforcement des coopérations entre les services de pédiatrie et les équipes de psychiatrie</p>
			<p>En psychiatrie infanto-juvénile, intégration de l'hospitalisation complète dans une filière de prise en charge des enfants et des adolescents renforcée par la poursuite de la diversification de l'offre de soins et par le développement des coopérations et complémentarités à l'intérieur du champ sanitaire et avec les champs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires</p>
			<p>En psychiatrie générale, amélioration de la réponse à la crise et à l'urgence par le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général et par le développement de prises en charge psychiatriques de courte durée au sein de ces services</p>
<p>En psychiatrie générale, rapprochement des unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent,</p>			

<p>AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p>Objectif 1.2 Mieux accueillir et mieux soigner</p>	<p><i>Objectif 1.2.3</i> <i>Adapter l'hospitalisation complète</i></p>	<p>En psychiatrie générale, développement d'organisations fédératives et mutualisées des moyens des secteurs pour permettre une plus grande diversification voire différenciation des réponses aux besoins d'hospitalisation complète</p>
			<p>En psychiatrie générale, création des conditions d'un renforcement des coopérations avec les établissements privés participant à la lutte contre les maladies mentales</p>
			<p>En psychiatrie générale, amélioration, sur le plan architectural, les conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie</p>
			<p>En psychiatrie générale, développement d'une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie par défaut de réponses sociales et médico-sociales</p>
		<p><i>Objectif 1.2.4</i> <i>Faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux</i></p>	<p>Augmentation du nombre de places ouvertes à l'examen national classant en psychiatrie au moins proportionnelle à l'augmentation du numerus clausus</p>
	<p>Proposition de mesures incitatives qui bénéficieront aux psychiatres qui prendront des fonctions dans des établissements qui connaissent actuellement des taux de vacance élevés.</p>		
	<p>Aide à l'installation aux spécialistes qui s'engagent à s'installer et à exercer pour une zone préalablement définie</p>		
	<p><i>Objectif 1.2.5</i> <i>Développer les réseaux en santé mentale</i></p>	<p>Élaboration d'un cahier des charges sur les réseaux en santé mentale</p>	
		<p>Incitation à une couverture large du territoire</p>	
	<p>Objectif 1.3 Mieux accompagner</p>	<p><i>Objectif 1.3.1</i> <i>Développer les services d'accompagnement</i></p>	<p>Création, en 3 ans, de 1900 places de SAMSAH destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques</p>
<p>Amélioration de la formation des personnels d'accompagnement à la spécificité du handicap psychique.</p>			
<p><i>Objectif 1.3.2</i> <i>Créer des lieux d'entraide mutuelle (« clubs ») sur l'ensemble du territoire</i></p>		<p>Élaboration et diffusion d'un cahier des charges définissant la vocation des clubs et leurs principes de fonctionnement, avec les associations représentant les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs familles, les professionnels et des représentants des collectivités locales pouvant être concernés ;</p>	
		<p>Veille au maillage du territoire par l'implantation de ces clubs dans tous les départements : co-financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de 2 à 3 clubs en moyenne par département, soit un objectif de création de 300 clubs ;</p> <p>Conclusion d'une convention pluriannuelle d'objectifs entre l'État et une ou plusieurs associations nationales têtes de réseau promouvant la création des clubs.</p>	

<p>AXE 1 ; Décloisonner la prise en charge</p>	<p>Objectif 1.3 Mieux accompagner</p>	<p><i>Objectif 1.3.3</i> <i>Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté</i></p>	<p>Réalisation d'une enquête et regroupement des données existantes permettant de cerner la population faisant l'objet d'un accueil « inadéquat » en long séjour en psychiatrie</p>
			<p>Mise en place de méthodes et de procédures permettant d'articuler ou de conduire de manière concertée aux niveaux national (DGAS, DHOS, DGS, DSS, CNSA), régional (ARH, DRASS) et départemental (DDASS, départements) les exercices d'évaluation des besoins, de programmation des actions et d'élaboration des schémas d'organisation</p>
			<p>Prise en compte des besoins de logement et d'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques, en particulier celles sortant d'hôpitaux psychiatriques, dans les programmes appelant un financement public du logement (ex : PDALPD)</p>
			<p>Développement de conventions entre les bailleurs, les réseaux associatifs, les services médico-sociaux et psychiatriques pour prévoir l'accompagnement des personnes et le conseil aux organismes.</p>
			<p>Création dans chaque département d'au moins un ensemble d'appartements associatifs, individuels, collectifs ou regroupés, dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques</p>
			<p>Création de foyers-logements dédiés neufs</p>
			<p>Veille à l'accès des personnes handicapées psychiques aux maisons - relais / pensions de famille</p>
			<p>Développement de l'accueil en établissement médico-social, pour les personnes dont l'état nécessite une prise en charge au sein d'établissements adaptés proposant un accompagnement quotidien et un suivi des soins en liaison avec les équipes de psychiatrie ou des praticiens d'exercice privé (FAM) ou une prise en charge lourde pour les actes essentiels de la vie et pour une surveillance médicale et des soins constants (MAS).</p>
		<p><i>Objectif 1.3.4</i> <i>Mobiliser les dispositifs de travail protégé</i></p>	<p>Création de 8 000 places nouvelles en ESAT</p>
			<p>Prise en compte des besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques dans la mise en place des nouvelles dispositions prévues par la loi pour l'égalité des chances pour le secteur du travail protégé (modalités de soutien, organisation du travail, accompagnement au sein d'entreprises)</p>

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures
<p>AXE 2 :</p> <p>Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs</p>	<p>Objectif 2.1</p> <p>Renforcer les droits des malades et de leurs proches</p>	<p><i>Objectif 2.1.1</i></p> <p><i>Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation</i></p>	<p>Publication du décret d'application de l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement de la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM), des conférences sanitaires et du comité régional d'organisation sanitaire (CROS)</p>
			<p>Association des usagers et de leurs proches à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en œuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS)</p>
			<p>Intégration des usagers du dispositif de santé mentale et de leurs proches dans un comité régional des usagers pérenne.</p>
			<p>Identification au sein de chaque agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'un référent pour répondre aux interrogations des associations sur le système de soins, les orienter et les accompagner tout au long du processus de concertation relatif au SROS</p>
			<p>Incitation au développement d'instances de concertation de proximité : conseils de secteurs sous le pilotage des psychiatres responsables, conseils locaux de santé mentale au niveau communal, intercommunal ou d'une agglomération.</p>
			<p>Mise en œuvre, dans chaque région, d'actions de formation adaptées pour les représentants des usagers et de leurs proches.</p>
		<p><i>Objectif 2.1.2</i></p> <p><i>Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé</i></p>	<p>Soutien des missions d'écoute et d'accueil des familles frappées par la maladie menées par les associations (FNAPPSY (Service Écoute santé mentale), UNAFAM (Service Écoute Famille)...) </p>
			<p>Soutien des études et des recherches menées par les associations</p>
			<p>Soutien dans le cadre de l'engagement des associations pour le développement des clubs</p>
			<p>Actions de sensibilisation des acteurs de la psychiatrie sur les usagers et leur famille</p>
			<p>Renforcement de la formation des bénévoles des associations dans le double but de remplir pleinement leur rôle d'aide et dans celui de favoriser leur mission de représentation au sein des instances institutionnelles (conseil d'administration des hôpitaux,...)</p>
			<p>Implication des associations d'usagers dans la validation et la diffusion de fiches d'information sur les psychotropes.</p>

<p>AXE 2 :</p> <p>Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs</p>	<p>Objectif 2.1</p> <p>Renforcer les droits des malades et de leurs proches</p>	<p>Objectif 2.1.3</p> <p><i>Renforcer les garanties individuelles</i></p> <p><i>Élargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques</i></p>	<p>Diffusion et mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité en Santé sur les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux</p>
			<p>Révision, avec les organisations concernées, de la charte de l'utilisateur en santé mentale signée en 2000</p>
			<p>Rédaction et diffusion des protocoles de soins en psychiatrie sur des pratiques mettant en jeu les libertés individuelles avec l'aide de la Haute Autorité en Santé</p>
			<p>Élaboration avec des partenaires et diffusion par le ministère de la santé d'une brochure à l'intention des personnes hospitalisées sans leur consentement</p>
			<p>Élargissement de la compétence des CDHP aux situations portant atteinte à la liberté individuelle (placement en chambre d'isolement, contention, placement en service fermé pour les personnes en hospitalisation libre).</p>
			<p>Recommandations aux DDASS et aux directeurs des établissements de santé disposant d'un service de psychiatrie, de développer la collaboration entre la CDHP, la commission de conciliation des établissements hospitaliers et la commission des relations avec les usagers sur les droits des personnes</p>
	<p>Modification des dispositions réglementaires afin d'améliorer le fonctionnement des CDHP</p>		
	<p>Objectif 2.1.4</p> <p><i>Expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement</i></p>	<p>Analyse par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) des conditions et modalités d'une réforme de la loi de 1990.</p>	
	<p>Objectif 2.2</p> <p>Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale</p>	<p>Objectif 2.2.1</p> <p><i>Renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers</i></p>	<p>Engagement de travaux entre le ministère de la santé (DGS/DGAS) et le ministère de l'Éducation nationale visant l'intégration dans le cursus des travailleurs sociaux et assistantes sociales d'une formation orientée sur le fonctionnement psychique, la relation et le comportement.</p>
			<p>Amélioration de la formation des médecins généralistes (cf. mesures associées à l'objectif 1.2.1)</p>
<p>Révision prioritaire de la maquette de formation des psychiatres pour une formation en 5 ans, comprenant un semestre optionnel de stage hors filière.</p>			
<p>Création de deux DESC de niveau 1 concernant la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et les activités médico-légales</p>			
<p>Création d'un mastère de psychologie clinique et thérapeutique, sur la base d'une réflexion à mener conjointement avec les représentants nationaux des psychologues, des psychiatres et des universitaires.</p>			

<p>AXE 2 : Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs</p>	<p>Objectif 2.2 Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale</p>	<p><i>Objectif 2.2.1</i> <i>Renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers</i></p>	Création de projets de psychologie clinique dans les établissements de santé,
			Dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) application des instructions ministérielles (circulaire DGS/DHOS du 10 juillet 2003) sur la mise en œuvre des enseignements concernant la santé mentale
			Réalisation en 2005, sous l'égide du ministère de la santé, d'une enquête visant à établir un bilan national de l'application de ces orientations et de la qualité des contenus pédagogiques en psychiatrie et en santé mentale dans le cadre de la formation initiale en soins infirmiers
			Lancement d'une concertation, sous l'égide du ministère de la santé, entre professionnels et représentants des conseils régionaux, sur les conditions de mise en œuvre d'une procédure d'accréditation des IFSI
			Lancement, en 2006, par le ministère de la Santé, d'une réflexion sur la réorganisation des stages de fin de formation initiale en soins infirmiers
			Proposition, en lien avec les universités et les instituts de recherche (INSERM, CNRS notamment), d'un mastère de recherche recouvrant la psychiatrie sociale, la recherche évaluative, l'épidémiologie psychiatrique.
			Dans le cadre de la formation continue, proposition aux conseils nationaux et notamment au conseil national de formation continue des médecins hospitaliers, d'inscrire au titre de 2005 la formation en psychiatrie parmi les orientations nationales.
			Mise en œuvre de la circulaire du 8 juillet 2004 afin que les établissements publics de santé organisent, à partir de 2005, une formation complémentaire de mise en situation professionnelle adaptée à tous les infirmiers nouvellement affectés en service de psychiatrie
			instauration d'un tutorat de proximité des nouveaux infirmiers dans les services de psychiatrie et fondé sur le principe de la transmission des expériences.
			Élaboration d'un cahier des charges national portant sur la définition des objectifs prioritaires en matière d'organisation et d'implantation géographique de l'offre de soins ainsi que des clauses architecturales adaptées sur le plan des conditions d'accueil, d'hébergement et des conditions d'exercice des professionnels

<p>AXE 2 :</p> <p>Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs</p>	<p>Objectif 2.2</p> <p>Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale</p>	<p><i>Objectif 2.2.2</i></p> <p><i>Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie</i></p>	<p>Appel à projets national qui permettra de désigner les demandes éligibles à ce soutien à l'investissement sur la base d'une programmation pluriannuelle</p>
			<p>Allocation d'aides en capital, au titre du Fonds de Modernisation des Établissements de santé publics et Privés (FMESPP) en soutien à l'effort d'investissement des établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SROS 3</p>
			<p>Allocation d'aides en fonctionnement pour le remboursement de l'emprunt au titre de l'ONDAM hospitalier en soutien à l'effort d'investissement des établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SROS 3</p>
			<p>Au niveau national, sur proposition du ministre de l'Intérieur, signature d'un protocole (avril 2005) avec le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille visant à renforcer leur coopération en matière de prévention de la violence et d'aide aux personnels hospitaliers</p>
			<p>Au niveau déconcentré, déclinaison de cette coopération sous l'égide du représentant de l'État dans le département et désignation systématique d'un correspondant issu du service de police ou de gendarmerie de la zone concernée, pour être l'interlocuteur quotidien du directeur de l'établissement de santé pour les problèmes de sécurité</p>

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures
<p>AXE 3 : Développer la qualité et la recherche</p>	<p>Objectif 3.1 Favoriser les bonnes pratiques</p>	<p><i>Objectif 3.1.1</i> <i>Soutenir l'élaboration de bonnes pratiques</i></p>	<p>Développement de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec l'INPES, pour ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé mentale, et avec la Haute Autorité de Santé pour le domaine du soin.</p>
			<p>Conclusion de partenariats entre le ministère de la santé et des équipes de chercheurs de la fédération française de psychiatrie pour favoriser le développement de recommandations de bonnes pratiques.</p>
			<p>Mise en place d'une stratégie active de diffusion et de mise en application des résultats de ces recommandations et leur intégration dans les logiques de certification et d'évaluation des professionnels.</p>
			<p>Accélération de la mise en œuvre et développement de la certification dans les établissements de santé dans le champ de la psychiatrie, particulièrement en ce qui concerne la sécurité des personnels soignants et des patients.</p>
			<p>Développement de l'évaluation des stratégies thérapeutiques.</p>
			<p>Incitation à plus de formalisation des modes d'interventions et des stratégies thérapeutiques</p>
		<p><i>Objectif 3.1.2</i> <i>Favoriser le bon usage du médicament</i></p>	<p>Sollicitation de la Haute Autorité en Santé (HAS) pour élaboration et validation de référentiels et guides de bonnes pratiques en santé mentale et psychiatrie (notamment chez l'enfant et l'adolescent) sous la forme de fiches pratiques</p>
			<p>Sollicitation de la HAS pour remise systématique de ces fiches pratiques validées aux médecins prescripteurs par les visiteurs médicaux lors de la présentation de psychotropes,</p>
			<p>Diffusion et communication sur ces référentiels et guides, en direction des professionnels de santé, quel que soit leur mode d'exercice</p>
			<p>Lancement de campagnes d'information et de communication en direction d'une part, des médecins et, d'autre part, du grand public (cf. mesures liées à l'objectif 1.1.1)</p>
<p>Promotion auprès de l'assurance maladie de la poursuite de son objectif de maîtrise médicalisée sur les psychotropes</p>			

AXE 3 : Développer la qualité et la recherche	Objectif 3.2 Améliorer l'information en psychiatrie	<p><i>Objectif 3.2.1</i> <i>Généraliser le recueil d'information médico-économique en psychiatrie</i></p>	<p>Finalisation des travaux menés par la ministère de la Santé avec l'ATIH et les représentants des professionnels sur la construction de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP).</p> <p>Déploiement de la VAP par l'attribution, à chaque établissement qui n'a pas été financé dans le cadre de l'expérimentation relative au PMSI, des subventions permettant de financer l'infrastructure du réseau informatique et d'acheter du matériel et des logiciels</p>
		<p><i>Objectif 3.2.2</i> <i>Consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie</i></p>	<p>Rapprochement des sources d'information en psychiatrie par l'harmonisation des systèmes d'information et leur exploitation conjointe</p> <p>Élaboration d'un tableau de bord décliné au niveau national, régional, départemental et infra départemental (territoires de santé par exemple), qui permette de confronter les activités de soins, les moyens en personnels et les budgets consommés avec les caractéristiques de la population couverte. Élaboration de ratios et d'indicateurs permettant des comparaisons.</p> <p>Dans un deuxième temps, enrichissement du tableau de bord avec les données du champ médico-social et social.</p>
	Objectif 3.3 Développer la recherche	<p><i>Objectif 3.3.1</i> <i>Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie</i></p>	<p>Soutien, par les ministères de tutelle, de l'INSERM, qui a mis en place une intercommission « psychiatrie, psychopathologie, santé mentale » chargée de faire des propositions sur les moyens de développer et de structurer la recherche dans le domaine</p>
			<p>Inscription, par le ministère de la santé, dès 2005, d'un axe prioritaire « psychiatrie - santé mentale », dans l'appel d'offre national du PHRC afin de financer des recherches et au sein de la thématique « Neurosciences » de l'Agence Nationale de Recherche</p> <p>Mise en place d'un groupe de travail, avec les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale, afin de favoriser l'orientation des internes vers des cursus de recherche</p>
		<p><i>Objectif 3.3.2</i> <i>Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale</i></p>	<p>Dans les établissements de santé, mobilisation des médecins des départements d'information médicale (DIM), pour favoriser la recherche épidémiologique en psychiatrie</p>
			<p>Soutien, par le niveau national, des initiatives locales des professionnels et des établissements dans des projets relatifs à la recherche épidémiologique et clinique</p> <p>Création d'un GIS (Groupement d'intérêt scientifique eu épidémiologie psychiatrique) afin de fédérer les personnes et les institutions travaillant dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique tout en respectant leurs particularités : chercheurs isolés et structures ayant pour mission la recherche (INSERM et CNRS) ou la surveillance épidémiologique (InVS, DREES...).</p>

Axes	Objectifs stratégiques	Objectifs opérationnels	Mesures
<p>AXE 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.1 Dépression et Suicide</p>	<p><i>Objectif 4.1.1</i> <i>Améliorer la prise en charge de la dépression</i></p>	<p>Organisation d'une campagne média grand public (INPES) dont le premier volet sera centré sur l'identification des différents troubles dépressifs (cf. mesures liées à l'objectif 1.1.1)</p>
			<p>Élaboration de guides d'aide à l'action de promotion de la santé mentale chez les jeunes afin de faciliter le travail des professionnels de terrain.</p>
			<p>Développement des lieux d'écoute pour les jeunes, notamment au sein des maisons des adolescents, dont le développement sera encouragé (cf. mesures liées à l'objectif 4.3.2).</p>
			<p>Implication des médecins du travail dans la prévention des déterminants professionnels de la dépression par une formation adaptée portant sur l'amélioration des conditions de travail et sur le repérage des personnes à risques</p>
			<p>Incitation à l'appropriation et à l'utilisation par les professionnels de santé des méthodes d'écoute permettant de repérer la dépression devant un symptôme banal, ainsi que des outils de screening et de diagnostic de la dépression</p>
			<p>Inscription du dépistage de la dépression dans le contenu des consultations de prévention prévues par la loi relative à la politique de santé publique,</p>
			<p>Saisine de l'HAS pour réactualiser les recommandations de bonnes pratiques, en lien avec l'AFSSAPS, sur les traitements de la dépression (choix des antidépresseurs et/ou des psychothérapies, posologies, durée du traitement, associations,...) – (cf. mesures liées à l'objectif 3.1.2)</p>
			<p>Développement, sur la base de ces recommandations, des référentiels de formation et des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) permettant l'amélioration du repérage, du diagnostic et du traitement de la dépression</p>
			<p>Accompagnement et soutien budgétaire par le ministère de la santé de la promotion de programmes d'éducation thérapeutique des patients déprimés mis en œuvre par les médecins généralistes et les associations d'usagers.</p>
<p>Intégration, par le ministère de la santé, dès 2005, de la dépression parmi les thématiques prioritaires des programmes hospitaliers de recherche clinique (PHRC)</p>			

<p>AXE 4 :</p> <p>Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.1</p> <p>Dépression et Suicide</p>	<p><i>Objectif 4.1.2</i></p> <p><i>Définir une stratégie nationale d'actions face au suicide</i></p>	<p>Poursuite en 2005 des actions prévues dans la stratégie nationale d'actions 2000-2005</p>
			<p>Évaluation des actions menées dans le cadre du développement de cette stratégie ou consécutives aux déploiements des PRS régionaux ou encore des PRAPS</p>
			<p>Renforcement des financements destinés aux études épidémiologiques, en particulier celles contribuant à cette évaluation</p>
			<p>Poursuite des audits cliniques réalisés auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations ANAES parues en 1998 sur « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide »</p>
			<p>Développement du repérage de la dépression dans les établissements scolaires.</p>
			<p>Poursuite de la mise en place des « maisons des adolescents », dans le cadre d'un partenariat entre le Ministère de la Santé et la fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France.</p>
			<p>Développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie ((cf. mesures liées aux objectifs 1.2.2, 1.2.3, 1.2.5, 4.3.2) afin d'assurer une prise en charge de proximité en apportant des réponses graduées, diversifiées et coordonnées.</p>
	<p>Programme spécifique 4.2</p> <p>Des actions "Santé/Justice"</p>	<p><i>Objectif 4.2.1</i></p> <p><i>Développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues</i></p>	<p>Renforcement des équipes hospitalières de secteur afin d'intensifier et diversifier les prises en charges psychiatriques des personnes détenues (cf. mesures liées à l'objectif 1.2.2)</p>
			<p>Évolution du rôle des SMPR au fur et à mesure de la mise en place des UHSA (alternatives à l'hospitalisation type CATTP et hospitalisation de jour)</p>
			<p>Saisine de Haute autorité de santé et élaboration de recommandations de prise en charge psychiatrique des personnes détenues en matière de psychopathie et de schizophrénie</p>
			<p>Rédaction du décret sur les missions de garde, d'escorte et de transport des UHSA dont la publication est prévue au second semestre 2005</p>
			<p>Finalisation du cahier des charges pour l'implantation et le fonctionnement des UHSA et établissement du programme fonctionnel (définition des moyens) et du programme immobilier</p>
			<p>Recensement et analyse des projets émanant des établissements de santé candidats au programme et choix des sites</p>
			<p></p>

<p>AXE 4 :</p> <p>Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.2</p> <p>Des actions "Santé/Justice"</p>	<p><i>Objectif 4.2.1</i></p> <p><i>Développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues</i></p>	<p>Instruction commune aux ARH et aux DRSP rappelant aux établissements de santé et aux établissements pénitentiaires la nécessité de réunions régulières des commissions de coordination</p>	
			<p>Appui aux expérimentations en cours de télé médecine sur 6 sites pilotes (établissements hospitaliers et pénitentiaires).</p>	
			<p>Au niveau national, formations de binômes de formateurs sanitaires (psychiatres) et pénitentiaires (psychologues) à la prévention du suicide des personnes détenues</p>	
			<p>Au niveau régional, formations pluridisciplinaires de personnes ressources pour l'intervention face à une crise suicidaire</p>	
			<p>Formalisation des modalités d'intervention coordonnées des personnels intervenant en milieu pénitentiaire à la suite du repérage d'une personne détenue en crise suicidaire</p>	
			<p>Étude de faisabilité d'un système documentaire partagé de la garde à vue de la personne à son placement en détention</p>	
			<p><i>Objectif 4.2.2</i></p> <p><i>Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles</i></p>	<p>Renforcement des moyens des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire afin de favoriser la prise en charge dès l'incarcération (cf. mesures liées aux objectifs 1.2.2 et 4.2.1)</p>
				<p>Élaboration d'un dispositif départemental de suivi de la file active des personnes traitées dans le cadre d'une injonction de soins en milieu ouvert</p>
				<p>Déploiement de 5 centres ressources interrégionaux ayant une fonction de référence et de conseil</p>
				<p>Poursuite d'un partenariat avec la Haute autorité en santé (HAS) et la Fédération française de psychiatrie pour la mise en œuvre de conférences de consensus (sur l'expertise pénale notamment) et des recommandations de bonnes pratiques</p>
				<p>Élaboration d'instructions à l'attention des services déconcentrés du ministère de la santé sur la rémunération des médecins coordonnateurs, en lien avec le ministère de la justice</p>
				<p>Modification du décret du 18 mai 2000 afin de permettre à l'expert psychiatre initial d'être médecin coordonnateur ultérieurement pour une même personne</p>
			<p>Expertise de la modification de l'arrêté du 7 mars 2001 pour permettre à un médecin coordonnateur de suivre plus de 15 auteurs d'agressions sexuelles sous injonction de soins en même temps</p>	

<p>AXE 4 :</p> <p>Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.2</p> <p>Des actions "Santé/Justice"</p>	<p><i>Objectif 4.2.1</i></p> <p><i>Développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues</i></p>	<p>Finalisation du programme de travail mené par les ministères de la santé et de la justice sur 3 thématiques spécifiques : la formation des différents professionnels à la prise en charge d'un public commun, l'expertise, les mineurs auteurs d'infractions sexuelles</p>
			<p>Développement d'actions de recherche et notamment cofinancement d'un projet de recherche multi-centrique sur les anti-androgènes</p>
			<p>Participation de professionnels français à la suite du programme STOP de la Commission européenne sur les prises en charges des délinquants sexuels</p>
			<p>Poursuite du programme ARTAAS de formation des professionnels démarré en 2002, développement des enseignements universitaires, formation des personnels des services déconcentrés du ministère de la santé par l'école nationale de santé publique (ENSP), formation des médecins coordonnateurs</p>
			<p>Initiation d'une réflexion visant à établir les principes d'une politique de prévention</p>
	<p>Programme spécifique 4.3</p> <p>"Périnatalité, enfants et adolescents"</p>	<p><i>Objectif 4.3.1</i></p> <p><i>Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité</i></p>	<p>Rédaction et mise en œuvre d'une circulaire (2ème trimestre 2005), s'inspirant des recommandations du rapport de Françoise MOLENAT</p>
			<p>Réalisation d'un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance (cliniques privées et professionnels libéraux compris)</p>
			<p>Amélioration de la définition des conditions d'intervention des psychologues en maternité et planification de leur recrutement après concertation entre les différents services concernés</p>
			<p>Organisation de formations interdisciplinaires, pluri-professionnelles et ville-hôpital-PMI pour les professionnels hospitaliers et libéraux</p>
		<p><i>Objectif 4.3.2</i></p> <p><i>Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents</i></p>	<p>Élaboration par la Fédération française de psychiatrie, à la demande du ministère de la santé, d'un outil de repérage précoce des troubles du développement des enfants et des manifestations de souffrance psychique des adolescents à l'usage des professionnels de santé en contact avec ce public (médecins de PMI, de santé scolaire, pédiatres)</p>
<p>Proposition à l'ENSP, par le ministère de la santé, d'utiliser cet outil en qualité de référentiel de formation des professionnels de soins primaires dans le cadre des formations continues</p>			
<p>Réalisation par les chercheurs cliniciens de l'INSERM, à la demande du ministère de la santé, d'un état des lieux des collaborations entre les équipes éducatives et les équipes de CMP ou de CMPP en vue de favoriser la complémentarité des pratiques professionnelles dans le repérage et la prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques</p>			

<p>AXE 4 :</p> <p>Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.3</p> <p>"Périnatalité, enfants et adolescents"</p>	<p><i>Objectif 4.3.1</i></p> <p><i>Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité</i></p>	<p>Expérimentation, par les ministères de la santé et de l'éducation nationale, de procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels spécialisés, des troubles et souffrances psychiques repérés en milieu scolaire</p>
			<p>Réalisation d'une étude sur les troubles psychopathologiques, les facteurs de risques, les trajectoires institutionnelles et trajectoires de soins des mineurs sous main de justice</p>
			<p>Renforcement des moyens humains de la psychiatrie infanto-juvénile en faveur notamment du développement des alternatives à l'hospitalisation, du renforcement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation complète, particulièrement dans les départements qui en sont encore dépourvus (cf. mesures liées aux objectifs 1.2.2 et 1.2.3)</p>
			<p>Renforcement, dans le cadre de la mise en œuvre des SROS III, des moyens d'intervention des équipes de pédopsychiatrie pour assurer la prévention et les soins nécessaires</p>
			<p>Finalisation, par le ministère de la santé et de la famille, du cahier des charges des missions et des modalités de financement des maisons des adolescents</p>
	<p>Programme spécifique 4.4</p> <p>"Populations vulnérables"</p>	<p><i>Objectif 4.4.1</i></p> <p><i>Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion</i></p>	<p>Création ou renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées dont le cahier des charges sera élaboré par un groupe de travail</p>
			<p>Participation des services de psychiatrie publique au dispositif des lits halte santé accueillant des personnes souffrant de troubles somatiques ou psychiques</p>
			<p>Diffusion par l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP) d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluripartenariales adaptées à ces publics</p>
			<p>Réalisation et diffusion d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du travailleur social ».</p>
		<p><i>Objectif 4.4.2</i></p> <p><i>Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale</i></p>	<p>Renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison et d'interventions à domicile,</p>
<p>Organisation de l'hospitalisation en psychiatrie, lorsqu'elle est nécessaire, dans des conditions permettant, à sa suite, une prise en charge adaptée en institution sociale, médico-sociale ou à domicile.</p>			
<p>Formalisation des articulations nécessaires entre ces différents acteurs, sous forme de convention, afin d'éviter des ruptures de prise en charge</p>			

<p>AXE 4 :</p> <p>Mettre en œuvre des programmes spécifiques</p>	<p>Programme spécifique 4.4</p> <p>"Populations vulnérables"</p>	<p><i>Objectif 4.4.2</i></p> <p><i>Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale</i></p>	<p>Renforcement des compétences psychiatriques nécessaires au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la poursuite du développement des consultations mémoire et des centres mémoire de ressources et de recherche</p>
			<p>Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle</p>
			<p>Sensibilisation et formation au diagnostic et à la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale spécifiques à la personne âgée grâce à des guides de bonnes pratiques</p>
	<p><i>Objectif 4.4.3</i></p> <p><i>Finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe</i></p>	<p>Octroi des moyens prévus pour le renforcement du réseau national de l'urgence médico-psychologique</p>	
		<p>Poursuite du soutien des formations de professionnels intervenant dans le dispositif de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophes</p>	
		<p>Bilan, par le ministère de la santé, de la montée en charge du dispositif sur l'ensemble du territoire</p>	
		<p>Évaluation, dans le cadre du PHRC, des pratiques de « débriefing à la française »</p>	
		<p>Désignation des nouveaux membres du CNUMP</p>	

REPARTITION DES QUESTIONS EVALUATIVES ENTRE LES MEMBRES DU CODEV

Questions évaluatives	Membre(s) du CODEV en charge de la question évaluative
Dans quelle mesure le grand public et les médecins généralistes sont-ils aujourd'hui mieux informés des maladies mentales, des troubles du comportement et de leurs possibilités de prise en charge ?	Bernard PERRET Patrice VAN AMERONGEN
Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le dispositif d'accueil et de prise en charge (hospitalisation à temps complet, CMP, prise en charge des crises) ?	Magali COLDEFY Patrice VAN AMERONGEN Brigitte HAURY
En quoi les dispositifs créés et/ou développés dans le domaine social et médico-social (GEM, SAVS/SAMSAH, résidences accueil) contribuent-ils à l'autonomie et l'amélioration de la vie sociale des personnes souffrant de troubles psychiques ? En quoi ces dispositifs contribuent-ils à la continuité de la prise en charge des patients?	Patrice VAN AMERONGEN Brigitte HAURY
Dans quelle mesure les associations ont-elles bénéficié des mesures de soutien prévues par le Plan ? La participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation a-t-elle été améliorée ? Quels sont les effets de la participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation sur la prise en charge des patients ?	Bernard PERRET Alain EHRENBURG
Quels sont les effets des efforts d'investissement sur la qualité de l'accueil dans les établissements de psychiatrie ainsi que sur la prise en charge des patients?	Lucie REDONNET (Stagiaire HCSP) Brigitte HAURY
Le Plan a-t-il permis un développement de la recherche clinique en psychiatrie ? Le Plan a-t-il permis un développement de la recherche en sciences sociales et en épidémiologie sur la psychiatrie ?	Alain EHRENBURG Bernard BIOULAC Bruno FALISSARD
Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le repérage et la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants ? Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer la prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents ?	Bruno FALISSARD Renée POMARÈDE
Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins et la continuité des prises en charge des troubles psychiques des personnes en situation de précarité et d'exclusion ?	Magali COLDEFY Brigitte HAURY

19 TABLE DES MATIÈRES

SYNTHESE	5
1 CONTEXTE ET DÉROULEMENT DE L'ÉVALUATION	13
Le contexte de la mission	13
Le rôle du Haut Conseil de la santé publique	15
Les objectifs et le déroulement de l'évaluation	16
Le contenu du document et les limites de l'évaluation	23
2 LES CONCEPTS DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE	26
3 L'EFFECTIVITE DU PLAN : ÉTAT DES LIEUX DES REALISATIONS DU PLAN ENTRE 2005 ET 2008.....	30
Une mise en œuvre coordonnée, concertée et articulée entre le niveau national et le niveau régional	30
Un système de suivi pensé en amont qui n'a qu'imparfaitement atteint ses objectifs	32
Des objectifs et des mesures diversement mis en œuvre et atteints	35
Axe 1 : Une prise en charge décloisonnée	35
Axe 2 : Des patients, des familles et des professionnels	38
Axe 3 : Développer la qualité et la recherche	40
Axe 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques	41
Les actions envisagées ont-elles été réalisées au terme du Plan ? Les objectifs ont-ils été atteints ?	46
4 LA STRATÉGIE D'INTERVENTION ET LA PERTINENCE DU PLAN.....	49
Une stratégie d'intervention pertinente mais trop ambitieuse	49
La pertinence du Plan en tant qu'outil de politique publique	51
Un outil de mobilisation plutôt efficace	51
Un Plan qui est à la fois un outil de planification nationale et régionale	52
La pertinence et la cohérence du Plan avec les autres lois et programmes de psychiatrie et santé mentale	53
5 L'ACCUEIL ET LE SOIN	54
Une organisation des soins riche et variée mais qui reste trop cloisonnée et inégalement développée sur le territoire	54
Un bilan qualitatif difficile à établir à partir des données disponibles	57
Des effets très limités du Plan sur le développement du rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiatriques et de la santé mentale	60
Un renforcement effectif du nombre de CMP et de places d'hospitalisation à temps partiel ou à domicile mais dont les effets sur la prise en charge sont difficilement appréciables	61
Un nombre de lits et une activité stabilisés en hospitalisation à temps complet mais peu d'informations sur le fonctionnement et l'organisation des services	67

	Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le dispositif d'accueil et de prise en charge ?	73
6	L'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ET MEDICO-SOCIAL.....	75
	Un secteur en pleine évolution au moment de l'élaboration du Plan.....	75
	Un effet levier du Plan pour le renforcement de dispositif d'accueil et d'accompagnement social et médico-social	76
	Ces dernières années ont vu le développement conséquent des services d'accompagnement.....	80
	De nombreux lieux ou groupes d'entraide mutuelle se sont ouverts.....	81
	Une évolution insuffisante de l'accès à un hébergement et/ou un logement adapté	83
	L'accès aux maisons relais / pensions de famille s'est effectivement développé	85
	Un programme pluriannuel de création de places en établissements et services pour un accompagnement adapté du handicap tout au long de la vie, adopté sur la période 2008-2012, a poursuivi les efforts antérieurs.	86
	Peu d'informations sur les dispositifs de travail protégé et une absence de mesures sur l'insertion professionnelle en général.....	86
	En quoi les dispositifs créés et/ou développés dans ce cadre contribuent-ils à l'autonomie et à l'amélioration de la vie sociale des personnes souffrant de troubles psychiques ?	88
	En quoi ces dispositifs contribuent-ils à la continuité de la prise en charge des patients ?	88
7	L'ARTICULATION ENTRE LE SANITAIRE, LE SOCIAL ET LE MEDICO-SOCIAL	91
	Une coordination nécessaire compte tenu de l'évolution des différents champs mais difficile à faire exister	91
	Une étude pour connaître le point de vue des professionnels et des usagers sur les trajectoires de prise en charge	92
	Un choix méthodologique centré sur les trajectoires de prise en charge.....	93
	Les grandes questions autour du parcours de prise en charge de la maladie mentale ..	94
	La discontinuité des parcours est fréquente	96
	Des pratiques et des outils d'articulation entre les secteurs sanitaire, social et médico-social	97
	En conclusion	104
8	LA SANTÉ MENTALE ET LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS	106
	Les constats à l'origine du plan : la nécessité d'un meilleur repérage des troubles chez les enfants et d'une coordination renforcée entre acteurs	106
	Des réalisations insuffisantes pour atteindre les objectifs fixés que ce soit en matière de repérage, d'accès aux soins ou de coordination des acteurs	108
	Des avancées dans les actions de prévention très précoces à la maternité mais pas de mesure de l'impact.....	110
	Peu de réalisations en matière de promotion de la santé mentale chez l'enfant	111
	Des réalisations favorisant le repérage des troubles mais insuffisantes pour atteindre les objectifs fixés.....	111

Des avancées dans la prise en charge des enfants et des adolescents mais des disparités qui demeurent.....	114
Un renforcement de l'accompagnement médico-social et social peu lié au Plan	118
Une coordination encore insuffisante des acteurs	119
Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer le repérage et la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants ?	123
Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer la prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents ?.....	123
9 LA PRISE EN CHARGE DES BESOINS EN SANTÉ MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION D'EXCLUSION	125
Des objectifs assez largement atteints tout au moins pour le repérage et l'initiation de la prise en charge.....	127
Un développement des équipes mobiles psychiatrie précarité et des permanences d'accès aux soins de santé spécifiques à la psychiatrie	128
Peu d'informations sur les relations entre les Lits halte soins santé et le dispositif de psychiatrie	130
Favoriser la multidisciplinarité au niveau local : des échanges mais encore peu d'outils concrets.....	131
Un guide sur la souffrance psychique élaboré et diffusé auprès des travailleurs sociaux	132
Cependant des besoins qui persistent en 2009	133
Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins (diagnostic et orientation) et la continuité des prises en charge des troubles psychiques des personnes en situation de précarité et d'exclusion ?	133
10 L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC ET DES MEDECINS GENERALISTES SUR LES MALADIES MENTALES ET LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE	135
Les constats à l'origine du Plan : changer le regard de la société sur les maladies mentales, un enjeu de santé publique.....	135
Une campagne d'information sur la dépression relativement efficace mais dont l'impact reste à démontrer	137
Une campagne d'information partiellement mise en œuvre, ponctuelle et à l'efficacité difficilement évaluable.....	138
Dans quelle mesure le grand public et les médecins généralistes sont-ils aujourd'hui mieux informés des maladies mentales, des troubles du comportement et de leurs possibilités de prise en charge ?.....	140
11 LA PLACE DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES	142
Un rôle affirmé des usagers et de leurs proches mais avec des moyens encore insuffisants	142
Une mise en œuvre non achevée des mesures du Plan.....	144
Un soutien aux associations resté ponctuel et surtout limité aux structures d'envergure nationale.....	145
Quelques initiatives pour faciliter la participation des usagers de la psychiatrie et de leur famille mais une implication quasi inexistante dans les processus locaux de décision	146

	Dans quelle mesure les associations ont-elles bénéficié des mesures de soutien prévues par le Plan ?	150
	La participation des usagers et des familles à l'organisation des soins, aux instances de concertation a-t-elle été améliorée ? Quels en sont les effets ?.....	150
12	L'IMPACT DES OPERATIONS D'INVESTISSEMENT.....	152
	Une situation dégradée dans un grand nombre d'établissements	152
	Le programme d'investissement a eu un impact non négligeable sur les conditions de prise en charge mais il a pris un retard considérable	153
	Les conditions d'éligibilité des projets	153
	Les modalités de mise en œuvre et de suivi	154
	La réalisation du programme d'investissement.....	154
	Une étude de l'impact sur cinq projets	155
	Présentation des cinq cas étudiés	155
	Une sécurisation et une humanisation évidentes des structures concernées	157
	Améliorer les conditions de travail : autre impact recherché et observé des opérations d'investissement.....	159
	Un impact plus inattendu sur les relations avec les autres acteurs dans et à l'extérieur de la structure	160
	Quels sont les effets des efforts d'investissement sur l'accueil et la prise en charge dans les établissements et structures de soins psychiatriques ?.....	161
13	LA RECHERCHE EN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE.....	163
	Les constats à l'origine du Plan : une recherche insuffisamment développée et cloisonnée	163
	Un effet limité du Plan sur la situation de la recherche en France	165
	La commission Recherche du Plan s'est peu réunie	167
	Des avancées de la recherche clinique en psychiatrie	167
	Des initiatives intéressantes en matière de recherche épidémiologique en psychiatrie, stoppées prématurément	169
	La recherche en sciences humaines et sociales : la grande absente du Plan. Une situation qui reste misérable	172
	Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis un développement de la recherche clinique en psychiatrie ?	174
	Dans quelle mesure le Plan a-t-il permis un développement de la recherche en épidémiologie de la psychiatrie et en sciences sociales?	174
14	LE SYSTEME D'INFORMATION DE L'ACTIVITE EN PSYCHIATRIE.....	176
	Un chapitre consacré par le Plan à l'amélioration du système d'information	176
	Des réalisations concrètes mais qui n'ont pas encore permis d'atteindre les objectifs	177
	Un système d'information encore perfectible	180
15	SYNTHESE DES CONCLUSIONS DE L'EVALUATION	181
	La conception générale du Plan était pertinente.....	181

	La plupart des mesures prévues par le Plan ont été concrètement mises en œuvre, de manière au moins partielle	181
	Le Plan s'est traduit par un effort significatif d'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins	182
	Des progrès significatifs enregistrés mais une offre de soins qui reste à adapter aux besoins.....	182
	En matière d'accompagnement social, certains progrès sont notables	182
	La question du logement est un point noir du volet social du PPSM	183
	Le bilan est globalement décevant pour les mesures de prévention concernant les enfants et adolescents	183
	Le bilan est en revanche plus positif pour les actions en faveur des personnes en situation d'exclusion	183
	Les actions prévues en matière d'information du public et des professionnels ont connu un début de mise en œuvre	184
	Des avancées ont eu lieu dans le renforcement des droits des malades et de leurs proches, mais leurs effets concrets paraissent limités.....	184
	En matière de recherche et de systèmes d'information, l'effet d'impulsion du PPSM est resté limité.....	184
16	PISTES DE PRECONISATION	185
	Principe n°1 : Assurer la continuité des prises en charge	185
	Principe n°2 : Améliorer l'accès aux soins	186
	Principe n°3 : Favoriser la prévention et l'intervention précoce dès la petite enfance	187
	Principe n°4 : Mieux intégrer la psychiatrie et la santé mentale dans la cité.....	188
	Principe n°5 : Améliorer la connaissance des besoins et des pratiques	189
	Principe n°6 : Mettre en oeuvre les principes d'une politique publique de psychiatrie et de santé mentale.....	190
17	GLOSSAIRE	191
18	ANNEXES	195
	Les membres du codev et du groupe d'appui impliqués dans l'Évaluation	195
	Les membres du Comité d'évaluation.....	195
	Les membres du Groupe d'appui.....	195
	Les personnes auditionnées	196
	Liste des structures ayant participé à l'enquête sur l'articulation des différents secteurs : le point de vue des professionnels et usagers	198
	Les sources documentaires	199
	Les sources statistiques	203
	Tableau synthétique des objectifs opérationnels et mesures du Plan	204
	Répartition des questions évaluatives entre les membres du CODEV	220
19	TABLE DES MATIÈRES	221

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

La santé mentale figure aujourd'hui parmi les préoccupations majeures des politiques de santé publique. En France, le plan « Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 » (PPSM) a poursuivi l'objectif de « donner à la psychiatrie un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs ». Il insiste sur la : nécessaire continuité entre les prises en charge sanitaire, médico-sociale, et sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques. Il est articulé autour de cinq axes, comprenant 210 mesures.

Compte tenu de l'intérêt et la sensibilité du sujet, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) s'est engagé dans une évaluation du plan en lien avec la Cour des comptes, dans une démarche de complémentarité et de mutualisation des approches. Le rapport élaboré par un comité d'évaluation entre septembre 2010 et octobre 2011 présente les résultats d'un travail fondé sur une analyse documentaire et des auditions. Deux études ont aussi été menées : l'une auprès de professionnels et d'usagers des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et l'autre sur l'impact des investissements. Enfin une conférence évaluative avec les parties prenantes du Plan réunies à mi-parcours a permis de confronter les informations et les analyses. Le rapport fait un état des lieux des réalisations, approfondit, pour huit thématiques ciblées les résultats et le degré d'atteinte des objectifs ainsi que leur impact.

La conception du Plan apparaît comme pertinente. La plupart des mesures prévues ont été mises en œuvre, au moins partiellement. Si des progrès significatifs ont été enregistrés en matière d'offre de soins, le Plan a peu fait évoluer les organisations et les pratiques de soins. En matière d'accompagnement médico-social et social des progrès sont notables, largement expliquées par la publication de la loi de février 2005 sur le handicap. Le bilan est décevant pour les mesures de prévention concernant les enfants et les adolescents. Des avancées ont eu lieu dans le renforcement des droits des malades mais avec peu d'effets concrets. Enfin, l'effet d'impulsion sur la recherche est resté très limité particulièrement dans le domaine des sciences sociales malgré les enjeux.

Le HCSP propose des pistes de préconisations : assurer la continuité des prises en charge et l'accès aux soins, favoriser la prévention précoce, mieux intégrer la santé mentale dans la cité, améliorer la connaissance des besoins et des pratiques. Il rappelle l'importance d'une politique publique de psychiatrie et de santé mentale.