



RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE

Michel LAFORCADE

Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

Nouvelle Aquitaine

Octobre 2016

Table des matières

<u>AVANT-PROPOS</u>	<u>5</u>
<u>INTRODUCTION</u>	<u>13</u>
<u>I – AMÉLIORER LES PARCOURS DE SOINS ET DE VIE DES PERSONNES MALADES</u>	<u>43</u>
1.1 Les constats en matière de parcours de soins et de vie	44
1.1.1 Les constats en matière de parcours de soins : une hétérogénéité de pratiques et de moyens	44
1.1.2 Les constats en matière de parcours de vie : la nécessité de renforcer l'accès aux droits et la qualité de l'accompagnement	54
1.2 Les propositions destinées à éviter les ruptures de prise en charge et à améliorer les parcours de santé et de vie	58
1.2.1. Les propositions d'ordre général : des dispositifs et des collaborations entre les acteurs à renforcer	58
1.2.2 Les propositions spécifiques concernant certains types de publics	63
<u>II – FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, LES MÉTIERS ET LA FORMATION</u>	<u>69</u>
2.1 Les constats en matière de pratiques professionnelles, de métiers et de formations	69
2.1.1 Les constats relatifs aux formations	69
2.1.2 Les constats relatifs aux pratiques professionnelles	70
2.2 Les propositions destinées à faire évoluer les pratiques professionnelles, les métiers et la formation	70
2.2.1 Les propositions relatives aux formations	70
2.2.2 Les propositions relatives aux pratiques professionnelles	74
<u>III – PROMOUVOIR ET RENFORCER LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES MALADES</u>	<u>76</u>
3.1 Les constats relatifs à la citoyenneté des personnes malades et à la déstigmatisation de la maladie mentale	76
3.1.1 Les constats en matière de citoyenneté et de droits des usagers	76
3.1.2 Les constats relatifs à la déstigmatisation de la maladie mentale	77
3.2 Les propositions destinées à renforcer la citoyenneté et les droits des personnes malades, et à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale	78
3.2.1 Les propositions destinées à renforcer la citoyenneté des personnes malades	78
3.2.2 Les propositions destinées à renforcer les droits des usagers de la psychiatrie	78
3.2.3 Les propositions destinées à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale	79

<u>IV – DÉFINIR ET METTRE EN PLACE LA NOUVELLE ORGANISATION TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE : UN PANIER DE SERVICES INDISPENSABLES DANS TOUS LES TERRITOIRES</u>	<u>81</u>
4.1 Le secteur psychiatrique rénové dans le cadre du projet territorial de santé mentale	84
4.1.1 Des missions précisées	85
4.1.2 Des dispositifs et services diversifiés indispensables dans chaque projet territorial de santé mentale	87
4.2 Le rôle et les besoins des agences régionales de santé dans l'organisation territoriale de la politique de santé mentale	102
4.2.1 Le rôle des agences régionales de santé dans l'organisation territoriale de la politique de santé mentale	102
4.2.2 Les besoins des agences régionales de santé, en termes d'appuis et d'outils, pour mettre en œuvre cette évolution de l'organisation territoriale de la politique de santé mentale	106
<u>CONCLUSION</u>	<u>112</u>
<u>GLOSSAIRE</u>	<u>114</u>
<u>ANNEXES</u>	<u>116</u>
Lettre de mission	116
Personnes auditionnées	118
Dispositifs innovants	138
Articles 69 et suivants de la loi de modernisation de notre système de santé	183
<u>REMERCIEMENTS</u>	<u>190</u>

AVANT-PROPOS

Conformément aux demandes exprimées dans la lettre de mission de Madame Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes, en date du 27 novembre 2014, le présent document comporte quelques traits originaux.

Ces dernières années, de nombreux rapports sur la santé mentale et la psychiatrie ont présenté des constats étayés et proposé des recommandations souvent convergentes. Il ne s'agit donc pas pour l'essentiel d'en inventer de nouveaux mais plutôt d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé. La question n'est pas tant de redire dans quel sens doit évoluer le système de santé que de proposer comment y parvenir, avec quels leviers, quelles alliances, quelles coopérations entre acteurs, quelles méthodes et quels moyens.

Cette réflexion s'articule autour de quelques idées :

1) *La santé mentale et la psychiatrie constituent un enjeu de santé majeur* : une personne sur cinq sera un jour atteinte d'une maladie psychique. Classés au troisième rang des maladies après les cancers et les pathologies cardiovasculaires, les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients¹.

2) Des innovations remarquables se font jour, souvent depuis plusieurs années, dans de multiples endroits du territoire national, témoignant de l'engagement et de la faculté d'adaptation des professionnels.

Ce constat est vraisemblablement celui qui apparaît le plus frappant après 10 mois d'auditions, de lectures et de déplacements. Cependant, la qualité de ces pratiques n'est en rien une garantie de leur connaissance par l'ensemble des acteurs nationaux. Nous avons même plutôt regretté que les meilleures solutions restent souvent confidentielles. Il s'agira donc de trouver les moyens de « porter à connaissance » ce qui se fait d'exemplaire.

¹ « *Psychiatrie : mutations et perspectives* », Actualité et dossier en santé publique n° 84, revue du Haut Conseil de Santé Publique, septembre 2013.

Par ailleurs, des solutions d'excellence disséminées sur l'ensemble du territoire ne créent pas spontanément les conditions d'une généralisation à l'ensemble du pays. L'égalité d'accès de tous à des soins de qualité n'est donc pas assurée. Il faudra notamment créer les conditions pour qu'un même panier de services soit présent sur l'ensemble du territoire. L'enjeu consiste à passer d'expériences multiples et souvent probantes à une politique de santé plus homogène.

3) Le parcours n'est pas un concept creux ni un mot galvaudé. Il est au contraire l'une des principales innovations de la loi de modernisation de notre système de santé et correspond à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale mais aussi de leur entourage.

Certes, il s'agit d'abord de « soigner » et donc de prendre en charge la pathologie, la souffrance, la crise, l'urgence, ce dont le système de santé s'acquitte plutôt bien. Mais, comme pour toute pathologie qui est souvent chronique, il s'agit de « prendre soin » et donc de se préoccuper de la vie des personnes, en les accompagnant au long d'un parcours, ce dont le système de santé s'acquitte beaucoup moins bien. Les ruptures de parcours sont multiples : l'accès difficile au diagnostic et aux soins, les hospitalisations inadéquates, l'accompagnement social et médico-social défaillant, l'accès compliqué aux soins somatiques, la prévention aléatoire des situations de crises.

Les questions relatives à la santé mentale échappent plus que d'autres au vertueux modèle systémique de la santé qui permettrait d'inclure la psyché et le soma, le sanitaire, le médico-social et le social, le préventif, le curatif et le palliatif, la médecine de premier recours et l'hôpital, les liens entre l'individu et son environnement, entre les soins et l'insertion... En s'inspirant de la pensée de la complexité d'Edgar Morin, des propositions concrètes seront faites pour tenter de relier ce qui, trop souvent, est indûment séparé.

Le modèle de la continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès. La littérature est unanime sur ce sujet, rejoignant en cela les expériences les plus probantes d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques. Les conséquences sociales de leur maladie, les restrictions à la citoyenneté, la perte de qualité de vie et parfois une immense solitude pèsent tout autant que l'impact de la symptomatologie clinique. Il faut donc leur donner autant d'importance dans les préoccupations organisationnelles et dans les politiques conduites par les agences régionales de santé.

Cette continuité suppose de répondre à trois questions :

- Quelles modalités de soins ?
- Quel accompagnement social ?
- Quelle coordination entre les deux ?

Les soins relèvent des généralistes de premier recours, des spécialistes et des équipes de secteur qui doivent offrir tout le panel de l'offre éventuellement en mutualisant entre plusieurs territoires.

Les soins de réhabilitation relèvent de la compétence des spécialistes et des équipes de secteur : psychoéducation, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, entre autres. Toutes les méthodes probantes doivent être connues des professionnels sauf à privilégier celle qu'ils connaissent au détriment de celle qui est utile pour le patient.

L'accompagnement social assuré par des travailleurs sociaux peut prendre plusieurs formes : plates-formes territoriales de travailleurs sociaux détachés auprès des secteurs, parfois travailleurs sociaux salariés de l'hôpital. La coordination socio-sanitaire est primordiale mais présente de vraies difficultés entre professionnels et institutions juridiquement indépendantes.

Une attention particulière sera apportée dans le rapport à cette dimension cruciale notamment autour du contenu du projet territorial de santé mentale et du contrat territorial de santé mentale. Ces deux documents issus de la loi de modernisation de notre système de santé seront déterminants pour assurer concrètement cette dynamique de parcours et de coordination socio-sanitaire. Un éventuel plan personnalisé de soins et d'accompagnement signé par le patient et les professionnels concernés pourra contribuer, au cas par cas, à la même dynamique.

Dans cette logique de parcours sans rupture, une place particulière devra être réservée à trois dimensions :

- ***La question du logement et du maintien dans ce logement est la première clé du succès*** ; depuis 2011 et dans 4 villes françaises, le programme « *un chez soi d'abord* » permet à des sans-abri souffrant de troubles psychiatriques et d'addictions d'accéder sans condition à un logement et de bénéficier d'un accompagnement global ; cette approche vient rompre avec celle, plus classique, même si elle n'a pas toujours fait ses preuves, du gradualisme, de l'insertion en escalier qui veut que l'utilisateur avance par étapes : structures d'urgence, CHRS, etc. ; aux États-Unis, au Canada et plus récemment en France, les évaluations de l'expérience sont positives, y compris financièrement, lorsque l'on compare le coût du dispositif avec les dépenses de santé évitées : il sera donc proposé de généraliser ce programme aux grandes villes et plus globalement de s'assurer que tout patient qui en a besoin bénéficie d'un accompagnement dans l'accès et le maintien dans le logement.

- *L'accès à la scolarisation, à l'emploi, à la culture, à l'activité physique sont déterminants* ; des propositions seront faites. Pour l'emploi en milieu ordinaire, des mécanismes de soutien mériteraient d'être prévus et pour les personnes les plus en difficulté, des places pour handicapés psychiques pourraient être réservées en ESAT.

- *Enfin, pour les parcours les plus compliqués, il sera proposé de désigner des référents sur le modèle des gestionnaires de cas complexes qui ont fait leurs preuves dans d'autres domaines* ; ces référents pourraient être employés par des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH, services au coût modéré et qui offrent un appui essentiel aux malades et à leurs familles) ou par des centres ressources handicaps psychiques. Enfin, les publics spécifiques aux parcours parfois tumultueux (précaires, détenus, personnes âgées, personnes handicapées, adolescents...) feront l'objet de propositions particulières.

4) Recherche, évaluation et formation sont indissociables. Malgré des avancées significatives ces dernières années, des modalités de recherche et d'élaboration de recommandations adaptées à la psychiatrie et à ses spécificités doivent être promues et mises en œuvre. C'est la condition pour que la culture de la preuve l'emporte sur la culture de l'opinion.

L'investissement dans ce domaine est encore très faible et représente 2 % de toute la recherche médicale, 1 % de la dépense annuelle en psychotropes, 0,3 % de la dépense annuelle en hospitalisation. Le domaine des pratiques de l'accompagnement social et médico-social, très rarement abordé, devrait faire l'objet de recherches prioritaires.

Renforcer la recherche en psychiatrie et en santé mentale paraît une priorité :

- La Haute autorité de santé (HAS) pourrait développer son investissement dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.

- Le centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale, créé en 2013 sous l'égide de la HAS et de l'Université Versailles-Saint Quentin, devrait voir ses activités élargies et surtout mieux connues des acteurs concernés. Ses deux missions correspondent précisément aux besoins actuels du secteur :

L'aide à la décision publique à travers une analyse actualisée des données de preuve (les agences régionales de santé, par exemple, peuvent l'interroger).

Le soutien des acteurs de santé pour accompagner les actions d'amélioration.

Également, le CCOMS (centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé – OMS – pour la recherche et la formation en santé mentale) créé en 1976 (dans le cadre de l'INSERM) occupe une place importante en ce domaine, avec pour finalités la promotion de la politique de l'OMS en matière de psychiatrie communautaire et le développement du travail en réseau. Une des concrétisations particulièrement notables de ses travaux concerne la promotion et la mise en place des conseils locaux de santé mentale (160 créés et 70 en projet).

D'autres propositions concerneront le champ de la formation initiale et continue.

5) Toutes ces nouvelles ambitions imposent une inflexion des pratiques professionnelles.

Le secteur depuis les années 60 a été un formidable précurseur des grandes innovations en santé mentale et psychiatrie : développement de la prévention, irrigation des moyens sur tout le territoire, création d'un continuum entre le domicile et l'hôpital, rupture avec l'époque aliéniste, offre d'une palette diversifiée de services. Les propositions relatives au secteur s'inscriront donc dans le droit fil de cette période innovante. Mais, un secteur fidèle à son histoire, c'est aussi un secteur rénové.

Toute l'offre de services ne peut être proposée dans chaque secteur. Il s'agira de continuer à développer les structures intersectorielles nécessaires sur chaque territoire (niveau 2) ou au sein d'un « territoire de recours » (niveau 3).

Enfin, où qu'ils se trouvent, les malades et leur entourage devront pouvoir bénéficier d'une offre de prestations beaucoup plus homogène.

Les relations entre professionnels du premier recours et acteurs de la psychiatrie devront sensiblement progresser. Les activités de réhabilitation qui visent à apprendre aux personnes à gérer leur maladie sur le plan social se développent. Le modèle du rétablissement connaît un essor considérable.

Il est fondé sur l'idée que la personne malade peut récupérer de son pouvoir d'agir, en s'appuyant sur ses compétences. La mobilisation de l'environnement (groupes d'entraide mutuelle – GEM –, associations d'usagers, travailleurs sociaux) est indispensable. Lorsque la guérison n'est pas possible, mieux vaut bien vivre sans être guéri qu'enfermé dans le soin en attendant une guérison qui ne viendra pas. Les propositions du présent rapport viseront à s'assurer de la présence sur l'ensemble du territoire de toutes les pratiques professionnelles qui ont fait leurs preuves.

6) Le centre de gravité du dispositif de soins doit devenir le domicile, l'hôpital l'exception. Plusieurs secteurs français sont déjà dans cette logique.

Des exemples sur le territoire montrent qu'un très fort investissement sur l'extra hospitalier permet de limiter nettement le nombre d'hospitalisations. L'expérience de la Grande-Bretagne nous donne aussi des pistes à analyser. Cela suppose un suivi résolument tourné vers l'ambulatoire et visant à éviter les hospitalisations. L'équipe se déplace sur le lieu d'hébergement pour assurer les soins, y compris les interventions psychosociales. L'intensité de cette présence à géométrie variable s'adapte aux besoins, allant du suivi courant au suivi de crise qui comporte plusieurs interventions par jour.

Plus globalement, il s'agira « *d'aller vers* » et donc de réinterroger le concept de libre adhésion entendu parfois dans son acception la plus idéologique. Les professionnels doivent pouvoir se déplacer là où l'on a besoin d'eux, en allant jusqu'à proposer des soins aux gens qui sont dans la rue.

7) Les contraintes financières actuelles sont au cœur de ce rapport. L'immense majorité des propositions sont peu onéreuses ou peuvent être envisagées par redéploiement.

8) Plusieurs propositions concerneront la promotion de la citoyenneté, du droit des usagers et de la déstigmatisation de la maladie mentale.

C'est même l'ensemble du rapport qui n'a de sens que parce que chaque préconisation trouve sa légitimité dans une volonté d'améliorer la qualité des prestations proposées à l'utilisateur.

Cette dynamique devra être aussi ambitieuse que raisonnée : ambitieuse parce que notre pays accuse un retard certain dans l'expression collective des droits des usagers, raisonnée car l'évolution des politiques menées dans les pays anglo-saxons montre des résultats aléatoires.

Les campagnes nationales du type incitatif ou culpabilisant semblent relativement inefficaces alors que d'autres méthodes semblent plus probantes : formation et information sur ce que sont les maladies mentales et ce que vivent les malades et leurs proches, valorisation des compétences des malades et témoignages médiatisés de leur part.

La mission s'est aussi nourrie de multiples témoignages des familles qui nous ont fait connaître leurs espoirs mais aussi leur détresse pour conduire leur proche vers le soin quand il est dans le déni. Le soutien aux familles est un axe majeur des propositions tout comme l'aide par les pairs.

Il sera proposé d'étendre les GEM (groupes d'entraide mutuelle). Leurs résultats sont plébiscités et ils démontrent que des outils peu onéreux, mais très adaptés aux besoins, peuvent avoir des effets remarquables.

Les médiateurs pairs dont les réussites sont parfois plus discutées semblent aussi devoir être soutenus. Enfin, les conseils locaux de santé mentale sont très souvent une belle réussite.

9) Depuis 1960, santé mentale et psychiatrie ont principalement évolué grâce à des textes fondateurs dont la qualité a été unanimement reconnue.

Fort de cette histoire, il est donc proposé qu'un texte de cette nature dont la place dans la hiérarchie des normes peut être discutée (décret ? arrêté ? circulaire réglementaire ?) fixe les grands axes d'une politique nationale que les ARS et les autres acteurs mettraient en œuvre. Ce document aurait une double vocation :

- ***Déterminer des objectifs de santé publique en lien avec le Haut Conseil de Santé Publique*** ; on pourrait par exemple penser à la réduction de la surmortalité, à l'augmentation du taux d'emploi et du maintien dans le logement des personnes handicapées psychiques, à la diminution du recours à l'hospitalisation à temps plein, à la diminution des soins sans consentement, à la précocité de la prise en charge, à l'amélioration de la qualité de vie, au développement de l'investissement de la médecine de premier recours : ces objectifs (et d'autres) sont souvent bien documentés et les stratégies pour les atteindre plutôt consensuelles.

- ***S'assurer que la population dispose d'un « panier de services disponibles » sur l'ensemble du territoire*** en termes d'accès aux soins de proximité, de méthodes éprouvées, de continuité de prise en charge sans rupture et d'accès à des soins plus spécialisés sur un territoire de recours ; le présent rapport émet des propositions sur le contenu possible de ce « *panier de services* ».

10) Le rôle des ARS sera important, notamment à travers leur capacité à fédérer et mobiliser l'ensemble des acteurs dont l'engagement est décisif. « Penser, vouloir et agir » pourrait synthétiser leur action :

- Penser une politique sur un territoire grâce à ce que préconisent les politiques publiques, la littérature scientifique et les acteurs concernés, avec le souci constant de s'inspirer de ce qui est probant et documenté.
- Vouloir, car l'aptitude à fédérer de multiples acteurs et institutions ne peut résulter que d'un engagement et d'une volonté : le cours naturel des événements ne peut y pourvoir à lui seul.
- Agir en utilisant tous les leviers disponibles : allocation de ressources différenciée, négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, appels à projet sur des actions en déshérence, inclusion du panier de services indispensables dans le projet territorial de santé mentale et dans les contrats territoriaux de santé mentale.

INTRODUCTION

La psychiatrie française a commencé de s'organiser de manière nationale et territorialisée avec la loi de 1838 relative à la naissance des asiles d'aliénés départementaux, loi qui faisait sortir de l'arbitraire le sort de ceux de nos concitoyens qui souffraient de maladies mentales. Lesdites maladies n'étaient encore nommées que de manière très imprécise et soignées de manière très primitive. Mais la médecine moderne n'en était, elle aussi, qu'à ses balbutiements. L'enfermement systématique des aliénés dans des asiles décentes était un premier pas qui permit à des médecins aliénistes, assistés de gardiens et de gardiennes, d'observer, de mieux comprendre et de mieux prendre soin d'une population lourdement stigmatisée.

Les premières décennies du siècle qui suivit ne virent que de faibles progrès : la possibilité d'être hospitalisé en service libre, la naissance des traitements dits de choc qui eurent au moins l'avantage de mettre en évidence le rôle possiblement psychothérapique des gardiens, la naissance de diverses théories explicatives des maladies, plus ou moins hasardeuses, souvent contredites par la réalité. Les asiles, devenus progressivement des lieux de soins, prendront en 1937 le nom d'hôpitaux psychiatriques en même temps que les gardiens deviendront des infirmiers psychiatriques.

C'est après la seconde guerre mondiale, qui a vu mourir de faim plus de quarante mille usagers des tout nouveaux hôpitaux psychiatriques, qu'une poignée de psychiatres pionniers, souvent issus des mouvements de la psychiatrie désaliéniste et de la psychothérapie institutionnelle, soutenus par de grandes figures de l'administration centrale (Eugène Aujaleu, Marie-Rose Mamelet et, plus tard, Jean-François Bauduret), mettront progressivement au point la politique dite de psychiatrie de secteur qui verra le jour en 1960. Équiper tout le territoire de moyens égaux, diminuer les temps d'hospitalisation, faire sortir les patients des hôpitaux psychiatriques quand c'était possible, les accompagner et les réinsérer dans la société, utiliser les psychothérapies et les médicaments psychotropes tout nouvellement inventés, prévenir les rechutes, aider les familles, telles étaient les ambitions de cette politique.

Les résistances à sa mise en place furent nombreuses, à commencer par celles de certains professionnels, et nécessitèrent de nouvelles circulaires pour préciser et améliorer la politique nationale.

Dans les mêmes années, commence de se développer le secteur médico-social avec, entre autres, la création des instituts médico-pédagogiques et des instituts médico-professionnels. C'est aussi en France, dans ces années d'après-guerre, qu'est mis à disposition des patients et des psychiatres le premier neuroleptique : la chlorpromazine.

En 1968, la psychiatrie se sépara de la neurologie et créa de ce fait des départements universitaires rarement rattachés à des hôpitaux psychiatriques. Puis, la pédopsychiatrie se détacha de la psychiatrie de l'adulte créant ainsi de nouvelles chaires universitaires. La loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées consacra le secteur médico-social et permit de développer des établissements médico-sociaux susceptibles de prendre, dans le travail de réinsertion sociale, le relais des vieux hôpitaux psychiatriques à tout-faire. La loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique fonde le secteur psychiatrique en droit.

Alors que dans tout le monde industrialisé, et particulièrement dans les pays démocratiques, les mouvements de désinstitutionalisation et d'antipsychiatrie se développent, les rapports sur la psychiatrie se multiplient en France, rapports dont les constats ne sont pas toujours partagés et dont les effets concrets restent souvent modestes. Les équipements des hôpitaux se diversifient, les structures intermédiaires se développent, le secteur psychiatrique fait son entrée à l'hôpital général, l'internat des hôpitaux psychiatriques disparaît de même que le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique.

Au tournant du siècle, on constate que le parcours entre sanitaire et social est souvent semé d'embûches pour le patient, résultant entre autres de conceptions et de pratiques variables d'un territoire à un autre, d'un établissement à un autre, et, au sein d'un même établissement, d'un secteur à un autre. Les travaux de recherche, les missions mises sur pied par les pouvoirs publics, les associations d'usagers et de familles, les procédures d'évaluation et de certification des établissements mettent en évidence ces insuffisances et ces disparités, mais aussi beaucoup de belles réalisations pas toujours suffisamment connues.

Par ailleurs, des expériences riches et innovantes sont souvent abandonnées ici ou là, du fait du simple départ de cadres médicaux, médico-sociaux ou infirmiers ou de l'arrivée d'un nouveau directeur. Une constatation finit par s'imposer : le service public de psychiatrie sectorisé est une belle idée, et c'est aussi une belle réalité quand il est correctement mis en place. Mais plus de 50 ans ont passé depuis sa naissance. Il convient donc de le rénover et de lui donner les moyens de ses ambitions réactualisées et de ses missions redéfinies, en utilisant au mieux comme modèle de cette rénovation les expériences qui ont, de manière large et durable, prouvé leur pertinence et leur efficacité, en France comme à l'étranger.

Cette rénovation passe par son inscription claire dans le cadre de la politique nationale de santé, et plus particulièrement dans le cadre d'une politique de santé mentale cohérente incluant, outre le secteur psychiatrique, de très nombreux acteurs d'importance majeure, à commencer par les usagers eux-mêmes.

L'inscription du rapport dans une continuité

Depuis la naissance de la psychiatrie de secteur, de nombreux rapports ont été rédigés, la plupart du temps à la demande des ministres en charge de la santé.

Deux d'entre eux ont donné naissance à une mission destinée à aider les acteurs de terrain à mettre en place leurs recommandations : la mission nationale d'appui en santé mentale confiée à Gérard Massé en 1993, suite à son rapport, qui œuvrera pendant vingt ans, et la mission psychiatrie et grande exclusion, confiée à deux des auteurs du rapport éponyme, Éric Piel et Michel Minard, qui sera en place pendant treize mois dans cinq métropoles (Paris, Lille, Marseille, Lyon et Bordeaux), de juin 1996 à juillet 1997.

Rapports et missions se sont toujours situés dans une perspective d'évolution, d'amélioration des dispositifs et des pratiques, de modernisation et d'humanisation des structures, de développement de la recherche et de participation croissante des usagers et de leurs proches à l'élaboration de la politique de santé mentale.

Il me paraît important de rappeler les plus marquants de ces rapports et des plans psychiatrie et santé mentale qui illustrent à la fois le mouvement de progrès continu de la psychiatrie française et les résistances aux changements que ce mouvement suscite parfois.

Le rapport « *Une voie française pour une psychiatrie différente* » (1982), présenté par Marie et Jean Demay à Jack Ralite, ministre de la santé

Il propose trois domaines d'action :

- Pratique : se donner les moyens d'accomplir des mutations dans leurs diversités sur le terrain même des équipes soignantes,
- Législatif : une conceptualisation contemporaine, contraignant à des démarches inédites,
- Culturel : le changement des mentalités à l'endroit du fait psychiatrique.

Il envisage quelques mesures déterminantes :

- Développer de petites équipes travaillant en rapport constant avec le réseau complexe et variable de la communauté sociale,
- Rendre possible l'existence de lieux et d'organisations où la fécondité innovatrice et l'invention soient reconnues comme un principe essentiel,
- Rendre possible le fait que chacun, soignant ou soigné, puisse disposer et jouir de sa responsabilité de sujet,
- Lutter contre tout processus d'exclusion et de ségrégation.

Ce cadre posé, les rapporteurs se proposent, en tenant compte « *d'un passé tissé d'archaïsmes et de contradictions solidement institué* », d'élaborer « *les grandes lignes d'un projet de travail radicalement différent dans son abord théorique et ses dispositions pratiques, car il n'y aura pas de renouveau ou de progrès sans une rupture complète avec les situations et les façons d'agir passées* », assorties « *d'une mutation complète des méthodes et des moyens, des cadres et références juridiques, administratifs et financiers existants* ».

Le rapport met en avant une conception de la psychiatrie étonnamment moderne : « *liée à la biologie et aux neurosciences, à des structures du système nerveux complexes et mal connues, appelée à connaître aussi des façons d'être et des comportements se référant aux sciences de l'homme, partie prenante de la médecine générale et de ses spécialités, la psychiatrie participe d'approches multidimensionnelles et d'études extrêmement diversifiées.* »

Il souhaite l'abolition de la loi de 1838 et « *le dépérissement progressif de l'asile* », c'est-à-dire sa disparition au terme de la mise en place de ses recommandations, sans pour autant demander qu'on n'y hospitalise plus d'emblée de nouveaux patients, comme l'avait fait de manière radicale la loi italienne 180 quatre ans plus tôt.

Et il n'a pas de mots trop durs sur ce sujet : « *Le problème de l'hôpital psychiatrique est un point central de notre travail, car la crise de la psychiatrie y culmine et c'est dans ce lieu qui est toujours le théâtre essentiel de la folie que le pourrissement, parfois programmé, nous pose le plus de problèmes.* »

En attendant la suppression des asiles, il recommande la disparition des murs d'enceinte et la prescription de leur démolition.

Il estime inévitable de se poser « *le problème de la hiérarchie dont l'excessive complexité alimente la bureaucratie* » et préconise l'introduction de la démocratie dans le secteur de psychiatrie, dans les murs et hors les murs.

Le rapport centre ses recommandations sur le patient, dont il dénonce la ségrégation et dont il estime qu'il serait mieux soigné dans la cité que dans le vieil asile : *« un effort considérable est à accomplir pour maintenir, beaucoup plus qu'on ne peut le faire actuellement, toutes ces victimes de l'exclusion dans leur milieu naturel et en réglant leur statut et leurs droits au plan du droit commun »*. Il prône une psychiatrie communautaire, insiste sur l'insertion sociale des patients et recommande dans chaque secteur la création de conseils de santé mentale *« dont l'installation devrait être recommandée dès le mois de janvier 1983 »*. *« Le progrès de la psychiatrie passe nécessairement et sans autre alternative, par son détachement de l'hôpital et son évolution, sans freinage, hors les murs et dans la communauté »*. Et il souhaite la création d'un lieu d'accueil sectoriel ou intersectoriel accessible 24h/24.

Le rapport s'intéresse aux métiers, et particulièrement à celui d'infirmier de secteur psychiatrique, mais aussi aux nouveaux métiers : psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, animateurs, esthéticiens, éducateurs. Il préconise un renforcement et une diversification de la formation initiale et permanente des professionnels qu'il estime insuffisante, celle des infirmiers comme celle des psychiatres. Il souhaite aussi le développement des unités universitaires d'enseignement et de recherche disposant d'un financement adéquat.

Il dénonce la chronicisation des autres structures de secteur, foyers de postcure, hôpitaux de jour et hôpitaux de nuit : *« On y observe les mêmes phénomènes de comportement que dans les hôpitaux psychiatriques, mais on refuse de mettre en cause ces structures qui, au bout de quelques années, ne servent plus à rien car elles n'assurent plus aucune productivité sociale réelle. »* Il estime que *« les services qui sont implantés dans un hôpital général sont des structures moins ségréгатives, de plus petite taille, mieux adaptées pour traiter les urgences »* et que les secteurs en implantation préalable, c'est-à-dire dépourvus de lits d'hospitalisation, sont dans une *« situation stimulante qui aide à trouver d'autres solutions que celle de la facilité de l'hospitalisation. »*

Le pivot du dispositif, *« c'est le centre de santé mentale qui est un lieu d'accueil permanent, de soins ambulatoires, de consultations, et qui devrait aussi devenir un lieu de rencontres et de concertation, de coordination ouvert en particulier aux médecins généralistes. C'est aussi un lieu de formation et d'enseignement. C'est également le point de rencontre avec la psychiatrie infanto-juvénile dans une perspective globale de psychiatrie générale. »* Les rapporteurs accordent d'ailleurs une grande importance à la psychiatrie infanto-juvénile, au travail avec les familles et l'école, à l'insertion scolaire et sociale, et aux problèmes des adolescents.

Pour ce qui est du financement des nouvelles mesures, *« les projets de soins devraient constituer la base nécessaire de toute négociation sur les moyens et donner lieu à une évaluation régulière. »*

Le rapport « *La psychiatrie ouverte, une dynamique en santé mentale* » (1992) présenté par son rapporteur Gérard Massé à Bruno Durieux, ministre délégué à la santé

Gérard Massé, dans le droit fil de la psychiatrie de secteur et de son évolution, préconise avant tout le développement de nouveaux secteurs de psychiatrie rattachés à des hôpitaux généraux et non plus aux hôpitaux psychiatriques, qui est une autre manière que celle de Marie et Jean Demay de mettre en œuvre le « *dépérissement de l'asile* ». Il affirme d'ailleurs que « *le maintien en hospitalisation à temps complet d'un nombre important de patients est un échec.* »

Il écrit ainsi : « *La priorité que représente la psychiatrie à l'hôpital général doit être annoncée au plus haut niveau sans ambiguïtés. Aucun obstacle déterminant à la définition d'une politique volontariste ne peut être trouvé au plan technique.* »

Il défend aussi opiniâtrement l'évaluation de l'efficacité et de la qualité des soins, l'indispensable formation managériale des praticiens hospitaliers appelés à devenir chefs de service et de secteur, ce qui lui a donné chez les pourfendeurs de son rapport une réputation de technocrate.

Il est temps, soutient-il, « *que la France redéfinisse, dans le droit fil de la continuité du secteur, une politique de santé mentale en symbiose avec l'évolution des mentalités et des progrès techniques. Cette nouvelle politique doit réaffirmer la primauté de la prévention et de l'extrahospitalier, l'hospitalisation à plein temps des soins au plus près de la population, donc souvent à l'hôpital général.* »

Le rapport « *Psychiatrie et grande exclusion* » (1996)

Dirigé par Catherine Patris, à la demande du secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence, Xavier Emmanuelli, présenté par Bernard Antoniol, Maurice Bereau, Marcel Czermak, Jean-Pierre Martin, Alain Mercuel, Michel Minard et Éric Piel à Xavier Emmanuelli et à Hervé Gaymard, secrétaire d'État à la santé et à la sécurité sociale.

Ce rapport a la particularité d'avoir été diligenté par le secrétaire d'État à l'action humanitaire d'urgence. Il part d'un constat simple : la psychiatrie de secteur a globalement failli à sa mission vis-à-vis des personnes victimes de l'exclusion sociale, qu'ils soient français ou étrangers, particulièrement dans les soins extrahospitaliers et la collaboration avec les structures sociales au service de ce type de populations : hébergements d'urgence, accueils de jour, centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), souvent sous le prétexte que le patient « n'est pas du secteur ».

Pourtant, de nombreuses études montrent que ces populations sont, plus que la population générale, touchées par les troubles mentaux, qu'ils surviennent du fait de l'exclusion sociale ou qu'ils en soient la conséquence : un tiers par des troubles mentaux consécutifs à l'exclusion (particulièrement les dépressions graves de type post-traumatique et les addictions), un tiers par des troubles mentaux l'ayant précédée (particulièrement les schizophrénies et les troubles graves de l'humeur), un dernier tiers, constitué essentiellement de patients en rupture de soins, qu'ils aient abandonné ce système ou qu'ils aient été abandonnés par lui.

Les rapporteurs se situent dans la ligne d'un autre rapport « *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale : une souffrance qu'on ne peut plus cacher* » (1995), dont ont été chargés un universitaire de santé publique, Antoine Lazarus, et une inspectrice de l'IGAS, Hélène Strohl. Ce rapport décrit clairement la sous-estimation de la souffrance psychique (non assimilable à une maladie mentale, mais bien réelle) des allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) et le désarroi des intervenants : enseignants, services sociaux, professionnels des commissions locales d'insertion et des missions locales.

Après avoir décrit un certain nombre de dispositifs innovants, les deux auteurs préconisent d'innover partout sans attendre les résultats d'études en cours, sans psychiatriser ce qui ne mérite pas de l'être, et en offrant des soins psychiatriques aux personnes dont l'état l'exige. Le rapport préconise la prévention de l'exclusion chez les malades mentaux et la prévention des troubles psychiques chez les exclus et recommande pour cela certains objectifs qui conduiront ultérieurement à la création des permanences d'accès aux soins de santé (PASS), des équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) et à l'élaboration pluriannuelle des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

Il propose le développement de la recherche, la formation de tous les professionnels et l'amélioration des collaborations entre le secteur de l'hébergement et le secteur psychiatrique auquel il conseille de sortir d'une conception purement cadastrale et hospitalocentrée de son activité.

Le rapport « *De la psychiatrie vers la santé mentale* » (2001), présenté par Eric Piel et Jean-Luc Roelandt à Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé

D'entrée de jeu, les rapporteurs posent une série de questions qui n'ont pas toutes trouvé de réponse :

- « Pourquoi encore tous ces hôpitaux psychiatriques en France ? »
- Pourquoi le secteur psychiatrique s'est-il souvent développé en réseau fermé ?

- Pourquoi tant de difficultés pour appliquer la politique de sectorisation ?
- Pourquoi les évolutions inscrites dans cette « bonne » politique sont-elles trop souvent dépendantes de l'engagement d'une ou deux personnes motivées ?
- Quelles sont les évolutions à apporter au dispositif pour l'intégrer franchement dans le système sanitaire général, pour affirmer le soin et développer la prévention et la promotion de la santé mentale ?
- Comment rendre ce dispositif, dans son essence, apte à lutter contre l'exclusion des soins liée à la stigmatisation des personnes ? »

Et un peu plus loin dans leur rapport, ils n'hésitent pas à écrire : « le point de résistance majeur à la réalisation complète de la politique de sectorisation est le frein serré que représente la survivance des concentrations psychiatriques hospitalières, toujours installées dans les lieux des anciens asiles de la fin du 19^{ème} siècle. »

Puis ils tentent de répondre aux questions qu'ils se posent en exposant les principes généraux qui ont guidé leurs recommandations :

- **Les droits de l'homme et du citoyen sont inaliénables**, les troubles psychiques ne les annulent en aucun cas.
- **Justice et psychiatrie, prison et hôpital, enfermement et soins ne doivent pas être confondus.**
- **Il est urgent d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la cité.**
- **Il faut aller au terme de la politique de sectorisation** et fermer les lieux d'exclusion médicaux et sociaux.
- **C'est la société et donc les services de santé mentale qui doivent s'adapter aux besoins des patients et non le contraire.** Il faut passer d'une logique d'institution à une logique de santé, c'est-à-dire à une logique de réseau. Il s'agit de gérer des parcours plus que des incidents ponctuels.
- **La lutte contre la stigmatisation** dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux est indispensable. La population doit être sensibilisée, afin de modifier les préjugés de dangerosité, d'incompréhension et d'incurabilité des troubles mentaux.

Ils proposent 5 axes de changement :

- **Favoriser la parole et le pouvoir des utilisateurs des services**, tout citoyen pouvant en être un usager direct ou indirect.
- **Développer et implanter toutes les structures de psychiatrie dans la cité, à proximité des usagers.**

- **Créer, par bassin de santé ou territoire pertinent, un service territorial de psychiatrie (STP) articulé à un réseau territorial de santé mentale (RTSM).**
- **Définir un plan décennal de fermeture des hôpitaux psychiatriques,** associé à un moratoire portant sur les gros investissements médicaux et sociaux sur site.
- **Mettre en place un plan national de redéfinition des moyens humains et des compétences professionnelles pour les STP et RTSM.**

La suite de ce rapport se distingue par la place très importante qu'y prennent enfin les usagers, leurs droits et la lutte contre la stigmatisation, avec de nombreuses recommandations concrètes :

- **Assurer la représentativité réelle des usagers,** à tous les niveaux du système de soins, et une aide financière nationale aux associations d'usagers agréées.
- **Reconnaître le congé de représentation** pour les représentants d'usagers appelés à siéger aux instances des établissements de santé, ainsi que dans les instances locales, départementales, régionales ou nationales.
- **Organiser la participation des associations d'usagers et de familles** à l'élaboration de politiques publiques, la planification de programmes, l'offre de services, la formation et l'enseignement, la recherche et l'évaluation.
- **Organiser des formations spécifiques pour les représentants des usagers et des familles** siégeant dans les instances afin de leur donner les outils nécessaires à la prise de décision.
- **Réviser la loi du 27 juin 1990,** afin de la mettre en conformité avec le droit européen et l'évolution de la jurisprudence française.
- Permettre l'accès direct au dossier patient quel que soit le mode de prise en charge.
- **Soutenir la diffusion des chartes de bonne conduite** auprès de professionnels du champ sanitaire et médico-social.
- **Donner aux associations agréées d'usagers la possibilité de représenter une personne,** à sa demande expresse et de la rencontrer librement, qu'elle soit hospitalisée ou soignée à domicile.
- Organiser des formations croisées professionnels-usagers.
- **Lutter contre la stigmatisation et l'exclusion** des personnes souffrant de troubles mentaux par tous les moyens possibles : campagnes d'information, communications diverses sur traitements et prévention.

Puis ils dénoncent une loi de soins sous contrainte obsolète, l'opposition entre logique de soins et logique pénale, les difficultés de fonctionnement des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) en milieu pénitentiaire et estiment qu'est inévitable une évolution fondamentale des orientations, des organisations et des moyens internes dudit milieu.

On retrouvera bien sûr toutes les recommandations de bonnes pratiques, de structures adéquates, d'articulations avec le social et le médico-social, de services de proximité accessibles facilement et à tout moment, le tout inscrit dans un réseau territorial de santé mentale qui couvrira le même bassin de santé ou territoire pertinent que le service territorial de psychiatrie et qui devra élaborer un projet territorial de santé mentale (PTSM), le mettre en œuvre, l'évaluer et le faire progresser.

Le rapport « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » (2003)

Présenté par Philippe Clery-Melin, Vivianne Kovess, Jean-Charles Pascal à Jean-François Mattéi, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Ce plan d'actions propose 7 axes prioritaires :

- **Réorganiser l'offre de soins de première ligne et sensibiliser le public à la prévention en santé mentale et au bon usage des soins, en collaboration avec les médecins généralistes,**
- **Réduire les inégalités de l'offre de soins en psychiatrie et développer l'efficacité, la proximité et la souplesse des soins, aidé par des leviers d'actions innovants,** en optimisant l'offre de soins par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social au sein des territoires de santé,
- **Mieux dépister et mieux traiter les troubles psychiques des enfants et des adolescents, promouvoir leur santé mentale,** avec prévention primaire et prise en charge précoce des troubles psychiques,
- **Doter la santé mentale d'un cadre spécifiquement adapté à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées,**
- **Réformer l'espace médico-judiciaire, en réaffirmant les droits des patients** (hospitalisation sous contrainte et prise en charge psychiatrique des personnes placées sous main de justice),
- **Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale en initiant l'évaluation des pratiques.**

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008

Il préconise :

Une prise en charge décloisonnée des patients :

- En développant l'information et la prévention,
- En améliorant l'accueil et les soins,
- En accompagnant le patient dans son parcours de soin.

Des actions en faveur des patients, des familles et des professionnels :

- Un renforcement des droits des malades et de leurs proches,
- Une amélioration de l'exercice des professionnels.

Le développement de la qualité et de la recherche :

- En favorisant les bonnes pratiques,
- En améliorant l'information en psychiatrie,
- En développant la recherche.

La mise en œuvre de 4 programmes spécifiques :

- Dépression et suicide,
- Santé et justice,
- Périnatalité, enfants et adolescents,
- Populations vulnérables.

Le rapport « *Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie* » (2009), présenté par Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes, à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé et des sports

Dès le début, ce rapport formule une proposition forte : « *Une loi est nécessaire. Ce texte législatif devrait intégrer les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus* ».

Il fixe trois déterminants pour impulser une nouvelle politique :

- Penser la santé mentale comme une politique de santé publique s'appuyant sur trois aspects indissociables : sanitaire, social et médico-social
- Créer les conditions pour que les usagers de la santé mentale soient des acteurs à part entière du système de santé
- Développer à tous les niveaux une culture et des pratiques d'évaluation : évaluation des structures, des activités et des pratiques.

Outre la définition de l'OMS qu'il rappelle, il propose une définition de la santé mentale qu'il emprunte au Québec : c'est un état d'équilibre psychique qui résulte *« d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. »*

Les trois premières recommandations concernent les usagers et leurs proches :

- La représentation des usagers et de leurs proches dans les diverses instances et l'autonomie financière de leurs associations agréées
- Le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM)
- La création d'un bureau des usagers dans chaque établissement de santé.

Il termine cette première partie en affirmant la nécessité de l'évaluation des structures et des pratiques professionnelles.

Dans une deuxième partie, il recommande de centrer l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale sur la continuité des prises en charge. Pour cela il préconise :

- Une meilleure identification par les usagers et leurs proches des structures et des responsables des prises en charge
- La désignation claire d'un responsable du suivi individuel pour éviter la perte de contact avec l'utilisateur
- Le renforcement du rôle-clef des médecins généralistes et des services sociaux
- Le développement de l'hospitalisation à domicile des enfants et la création d'unités mobiles de psychiatrie périnatale intersectorielles

- Une meilleure prise en charge partenariale des adolescents
- La création d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie
- La création de groupements locaux de coopération (GLC), catégorie particulière de GIP
- La promotion de la réhabilitation psychosociale et de l'éducation thérapeutique
- Une meilleure répartition géographique des moyens
- Une amélioration de la psychiatrie carcérale.

La troisième partie est consacrée à la mise en œuvre des conditions de la réussite. Cela concerne autant la formation des professionnels, que leur coopération de terrain, le renforcement des effectifs enseignants hospitalo-universitaires, la création d'un diplôme d'État d'infirmier en psychiatrie, la redéfinition des rôles et des missions des psychologues.

La 19^{ème} recommandation concerne la structuration de la recherche au niveau local, régional et national, et le développement de la recherche analytique en épidémiologie psychiatrique « *basée sur des hypothèses prenant en compte à la fois des variables personnelles et environnementales, des variables biologiques ainsi que les effets de leurs interactions.* »

La 21^{ème} recommandation est, dans le champ de la promotion de la santé, une priorité de santé publique : la lutte contre la discrimination et la stigmatisation du malade, de la maladie mentale et du handicap psychique.

L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 par le Haut Conseil de la Santé Publique (2011)

Les principaux constats :

- C'était un bon outil de mobilisation et de mise en synergie des acteurs, en cohérence avec les autres lois et dispositifs concernant la santé mentale.
- Ses objectifs opérationnels étaient pertinents malgré quelques lacunes sur des sujets majeurs, comme l'insertion par le travail en milieu ordinaire ou l'organisation de la transition des prises en charge entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte.
- La plupart des mesures ont été mises en œuvre, à l'exception de celles concernant la promotion de la santé mentale et surtout des actions en direction des médecins généralistes destinées à rompre leur isolement.

- Le plan s'est traduit par un effort significatif d'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de soins : humanisation et sécurisation des locaux, renforcement des prises en charge ambulatoires. Mais les délais d'attente pour une consultation restent importants et le développement des structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet insuffisant.
- L'offre de soins reste à adapter aux besoins : pas de réduction des inégalités territoriales, peu d'évolution dans le décloisonnement entre les différents acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.
- Des progrès notables sont notés en matière d'accompagnement social, grâce notamment à la publication concomitante de la loi sur le handicap de février 2005 : développement des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) et services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) (1.639 places entre 2005 et 2008) et des GEM (création antérieure au plan) : 300 groupes créés depuis 2007.
- Un point noir du volet social demeure : l'insuffisance d'accès au logement.
- Le bilan des mesures de prévention concernant enfants et adolescents est décevant : les démarches de repérage et de prise en charge précoce sont insuffisamment diffusées.
- Le bilan est plus positif concernant les actions en faveur des personnes en situation d'exclusion : avancée dans le repérage et la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes en situation de précarité, mais faiblesse des moyens des équipes et manque d'adaptation de certains secteurs à un accueil adapté de ces personnes.
- Pour les actions prévues en matière d'information du public et des professionnels, les constats sont mitigés : peu d'effets sur les représentations de la maladie et les comportements, pas de communication sur les pathologies les plus sévères, alors que le plan le prévoyait.
- Le renforcement des droits des malades connaît des avancées mais ses effets concrets restent limités : représentation des usagers et de leur famille dans les instances de concertation sur la santé mentale (commission départementale des soins psychiatriques – CDSP et commission régionale de concertation en santé mentale – CRCSM) mais retard dans la formation des usagers ; des moyens financiers accordés aux associations mais sans possibilité d'évaluation de leur impact.

- L'effet d'impulsion en matière de recherche et de systèmes d'information est limité.

Les principales préconisations

□ **Assurer la continuité des prises en charge :**

- En organisant correctement les relais entre sortie d'hospitalisation et insertion sociale, psychiatrie et champ sanitaire et social
- En mettant en place des formations communes pour l'ensemble des intervenants
- En développant le soutien par les pairs-aidants
- En assurant la continuité des prises en charge tout au long de la vie.

□ **Améliorer l'accès aux soins :**

- En réaffirmant la nécessité du travail en réseau de tous les acteurs des champs sanitaire, social, médico-social qu'ils soient associatifs, publics ou privés
- En organisant une interface locale (numéro de téléphone unique par exemple) entre médecins généralistes et dispositif de soins en psychiatrie
- En développant la psychiatrie de liaison et les équipes mobiles généralistes ou spécialisées
- En prévoyant un premier accueil par des infirmiers ou des psychologues.

□ **Favoriser la prévention et l'intervention précoce dès la petite enfance :**

- En facilitant l'accès au dispositif universel en faveur de la petite enfance, l'intervention précoce en maternité, le suivi pré et post-natal, en particulier par la PMI (protection maternelle et infantile), en prévention des troubles psychiques
- En favorisant l'intervention thérapeutique précoce et l'accompagnement pédagogique et en renforçant ainsi les capacités de repérage de signes de souffrance ou de troubles psychiques chez les enfants et les adolescents par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires
- En accompagnant les familles et en les impliquant dans les décisions.

□ **Mieux intégrer la santé mentale et la psychiatrie dans la cité :**

- Priorité au logement et à l'insertion professionnelle
- Promouvoir des pratiques de réhabilitation psychosociale
- Changer l'image des troubles mentaux et des personnes qui en sont atteintes, en lien avec les médias, les familles et les usagers
- Développer les conseils locaux de santé mentale (CLSM).

□ **Améliorer la connaissance des besoins et des pratiques :**

- En développant des études économiques et sociologiques sur les organisations, les pratiques et les politiques publiques de psychiatrie et de santé mentale
- En développant la recherche, notamment dans le domaine des sciences sociales et de l'épidémiologie.

□ **Mettre en œuvre les principes d'une politique publique de psychiatrie et de santé mentale**

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.

- ***Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015***²

Il avait 4 objectifs majeurs :

- Un diagnostic plus précoce des pathologies
- Une prise en charge des patients plus homogène sur tout le territoire et un suivi somatique
- Une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale de l'ensemble des acteurs
- Une plus grande intégration des malades dans la société, notamment par l'intermédiaire du logement.

² Ce plan a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de la Santé Publique : « *Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015* », Rapport, HCSP, avril 2016.

Il proposait 5 principes d'action :

- Penser conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement
- Recherche d'une alliance thérapeutique
- Lutter contre la stigmatisation
- Assurer des prises en charge pluridisciplinaires et pluri-professionnelles
- Évaluer les pratiques.

Il s'articulait autour de 4 axes principaux :

- Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne : en permettant aux différents âges de la vie à toute personne d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants
- Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires : en garantissant l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social
- Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal : en renforçant le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie et en reconnaissant la santé mentale comme un facteur essentiel de cohésion sociale
- Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs : en renforçant le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission.

Le rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013)

En dehors même de sa grande qualité, ce rapport m'est apparu important pour plusieurs raisons. La première est qu'il s'inscrit lui-même dans une certaine continuité des constats et des propositions des rapports antérieurs. La seconde, c'est que nombre de constats et de propositions du présent rapport sont souvent apparentés.

Son rapporteur, le député Denys Robiliard, privilégie d'entrée de jeu la prise en charge des maladies, en commençant par la question des soins sans consentement.

Il fait aussi le constat de la multiplication des rapports concernant la psychiatrie et la santé mentale : 15 de 2000 à 2009. À leur lecture, il ne peut que constater la récurrence de constats identiques. Il s'interroge donc sur le fait que les recommandations de ces rapports n'aient pas été suivies d'effets.

Il formule quatre hypothèses :

- Une inadaptation de ces propositions récurrentes
- Un intérêt très relatif pour ces questions qui susciteraient peur et rejet
- La force d'inertie des professionnels œuvrant dans ce domaine
- L'absence de volonté politique.

S'il estime que la psychiatrie de secteur a été un concept innovant et original, il estime en revanche qu'il a été fragilisé par la loi HPST (hôpital, patients, santé et territoires) qui « *introduit une ambiguïté par rapport à son devenir.* » Il estime aussi que « *le bilan de la sectorisation se révèle insuffisant* ». Il note en effet que « *les ambitions qui présidaient à l'organisation originale de la prise en charge des soins psychiatriques et qui préfiguraient la notion actuelle de parcours de soins se sont heurtées à de nombreuses difficultés. Le principal obstacle est la permanence d'un hospitalocentrisme, qui a empêché l'articulation entre le sanitaire et le médico-social. De plus l'hétérogénéité des secteurs, à la fois en taille, en moyens et en pratiques reflétant les choix du chef de secteur, ne répond pas à son objectif initial d'égalité des soins* ».

Il pointe d'autre part des dysfonctionnements :

- Des populations oubliées (grande précarité et demandeurs d'asile)
- Un accès difficile à une première consultation
- Un cloisonnement entre le somatique et le psychiatrique
- Un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique
- Un cloisonnement entre le sanitaire et le médico-social
- Des inégalités territoriales persistantes dans l'offre de soins.

Puis il déplore :

- L'inégale répartition sur l'ensemble du territoire des moyens humains et financiers
- L'insuffisance de la recherche en psychiatrie : recherche fondamentale en neurosciences, recherche en épidémiologie, et recherche en sciences sociales.

Le rapport plaide ensuite pour un secteur rénové et préconise de réaffirmer la légitimité et l'actualité des secteurs en fixant par la loi leurs missions communes, appuyé en cela par la direction générale de l'offre de soins (DGOS).

S'agissant de la pédopsychiatrie, il recommande de réaffirmer la légitimité et l'actualité de l'intersecteur infanto-juvénile en fixant par la loi leurs missions minimales.

Il recommande :

- La complémentarité avec l'offre privée
- La création des conseils locaux de santé mentale et le renforcement de la démocratie sanitaire
- La mise en place de dispositifs intersectoriels transversaux :
 - des équipes mobiles psychiatrie-précarité (déjà recommandées en 1996 par le rapport psychiatrie et grande exclusion),
 - des passerelles conventionnelles entre secteur et EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).
- Une pratique intégrée :
 - une meilleure articulation avec le social et le médico-social,
 - le rôle-clef des médecins généralistes,
 - une meilleure accessibilité des centres médico-psychologiques,
 - une meilleure prise en charge des maladies somatiques des usagers de la psychiatrie.
- Une amélioration de l'articulation avec le médico-social, afin de favoriser l'insertion sociale.
- L'encadrement strict de l'utilisation de moyens de contention et de chambres d'isolement.
- Le développement de la participation des usagers et de leurs proches et la création de GEM.
- Le développement d'une offre de logements adaptés dans le cadre d'un programme « *un chez-soi d'abord* ».

□ Le développement de l'insertion professionnelle (établissements et services d'aide par le travail – ESAT – inscrits dans la cité par exemple).

□ L'amélioration des soins aux détenus.

Enfin, il recommande des moyens de financement adaptés aux secteurs psychiatriques, l'amélioration des formations (initiale et continue) de tous les professionnels, un meilleur financement et un meilleur développement de la recherche en psychiatrie.

Après avoir analysé l'ensemble de ces rapports et avoir rencontré un peu plus de 300 personnes dans le cadre de cette mission, un premier état des lieux de la santé mentale et de la psychiatrie peut être réalisé.

Santé mentale et psychiatrie : un état des lieux

La santé mentale est une branche majeure de la santé publique. Elle est donc toujours liée à une politique publique propre à une société donnée dans laquelle la psychiatrie joue un rôle essentiel mais pas unique. La psychiatrie est, elle, une branche de la médecine. Elle joue donc un rôle nécessaire mais pas suffisant dans la politique publique de santé mentale.

□ La santé mentale

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « *la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté* ».

Il s'agit donc d'une acception large qui recouvre une approche globale de la personne dans son milieu de vie, comme le souligne le rapport Robiliard. Des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux déterminent concrètement le degré de santé mentale d'une personne à un moment donné, sachant que ce qu'on sait dans ce domaine est moins important que ce qu'on ignore.

Parmi les facteurs biologiques, on connaît mieux à l'heure actuelle les prédispositions génétiques à certains troubles. Certains dysfonctionnements neuronaux du cerveau sont mieux compris grâce à l'imagerie médicale, à la biochimie et aux neurosciences en général, même si l'on peut regretter de ne pas disposer aujourd'hui de marqueurs biologiques décisifs qui nous permettent à coup sûr de poser un diagnostic et d'engager un traitement, comme dans le cas des maladies somatiques.

Ce qui n'empêche pas que certains traitements médicamenteux (psychotropes) et physiques (électro-corticothérapie, stimulation cérébrale profonde) puissent être utilisés de manière efficace dans des indications toujours mieux précisées et assorties de recommandations d'utilisation toujours plus affinées.

Les facteurs psychologiques sont invoqués par différentes théories (psychanalyse, béhaviorisme, cognitivisme, approche familiale systémique, analyse transactionnelle, gestalt-thérapie, etc.) et le plus souvent traités par des techniques psychothérapeutiques qui, elles aussi, peuvent se révéler très efficaces.

Mais on sait aussi que des pressions socio-économiques ou politiques persistantes sont des facteurs de risques susceptibles de porter atteinte à la bonne santé mentale des individus, des communautés et des peuples.

Des données factuelles, comme le chômage, la grande pauvreté, la difficulté d'accès à la nourriture et à l'eau, l'absence de logement, le manque d'instruction, un milieu familial défaillant ou maltraitant, l'absence d'accès à des structures de soin, le fait de vivre sous le joug d'une dictature, les mauvaises conditions de travail, l'esclavage, la discrimination raciale, sociale ou sexuelle, l'obligation d'émigrer, les violences et les guerres, les violations des droits fondamentaux de l'homme, portent clairement témoignage de cette atteinte.

L'essentiel d'une politique publique de santé mentale devrait porter sur le combat contre ces facteurs puissants, combat préventif de souffrance psychique et de pathologie mentale, et ne saurait limiter son champ d'action aux seuls soins psychiatriques des troubles mentaux. Ce qui implique, comme pour toute politique de santé publique, bien d'autres acteurs que les seuls professionnels du diagnostic et du soin, et ceci de la naissance à la mort de chacun d'entre nous.

C'est ainsi qu'un certain nombre de moyens concrets peuvent favoriser la bonne santé mentale d'une population, comme par exemple :

- **Les interventions autour de la naissance et de la petite enfance** (aide apportée à domicile pour des femmes enceintes, activités préscolaires, aide à la fois nutritionnelle et psychosociale aux populations défavorisées)
- **L'assistance aux enfants et aux adolescents** (programmes d'acquisition de compétences, amélioration de l'accueil en milieu scolaire)
- **L'accès à l'autonomie socioéconomique des femmes** (amélioration de l'accès à l'éducation, dispositifs de microcrédits)
- **L'accompagnement social des personnes âgées** (centres communautaires de jour, aide à domicile ou en hébergement spécialisé)

- **Les programmes à l'intention des groupes vulnérables** (sans domicile fixe, migrants, sans papiers, populations nomades, victimes des guerres ou des catastrophes)
- **Les interventions sur le lieu de travail** (programmes de prévention du stress, amélioration du management et des conditions de travail)
- **L'amélioration de la politique du logement**
- **La prévention de la violence** (réduction de l'accès aux armes, législation sur la consommation d'alcools et de drogues, programmes de type "Communities That Care")
- **Les programmes de lutte contre la pauvreté**
- **Les lois et campagnes contre toute discrimination**
- **La facilitation de l'accès aux droits et aux soins.**

□ La psychiatrie

Les efforts nationaux déployés pour élaborer et mettre en œuvre la politique de santé mentale visent non seulement à protéger et à promouvoir le bien-être de l'ensemble des citoyens, mais aussi à répondre aux besoins de ceux qui, parmi eux, sont touchés par des troubles mentaux.

En résumant l'histoire de la psychiatrie française depuis la création des asiles, puis les principaux rapports et les plans psychiatrie et santé mentale des dernières décennies, nous avons pu constater l'évolution des dispositifs et des pratiques. Nous avons aussi noté les freins puissants à ces évolutions, qu'ils viennent de personnels soignants ou administratifs de la psychiatrie, des secteurs sociaux et médico-sociaux, des pouvoirs publics, de la société dans son ensemble avec ses préjugés.

Nous avons également noté que les progrès les plus significatifs venaient d'autres professionnels de la psychiatrie, des secteurs sociaux et médico-sociaux, de politiques engagés, de grandes figures de l'administration et, très souvent, des membres de notre société les plus solidaires et les plus sensibles aux misères humaines, à commencer par les associations d'usagers et de familles d'usagers.

□ Démographie des médecins psychiatres

Au 1^{er} janvier 2016, le RPPS (répertoire partagé des professionnels de santé) recense 15 048 médecins spécialistes en psychiatrie dont 44 % en exercice libéral ou mixte. Ils représentent 13 % des médecins spécialistes et 7 % de l'ensemble des médecins. C'est la spécialité la plus nombreuse (hors médecine générale) parmi les 30 proposées au niveau de l'internat.

C'est aussi l'une des spécialités soignantes où l'exercice salarié est le plus développé (55 %). En pratique privée, le secteur tarifaire conventionné (secteur I) prédomine avec 70 % des psychiatres.

Entre 1984 et 2013, les effectifs des psychiatres ont été multipliés par 2,5. Le taux de croissance annuel moyen sur cette période est de 3,2 % ce qui place la psychiatrie légèrement en dessous du taux de croissance de l'ensemble des spécialités (3,4 % de croissance annuelle). Sur cette même période, le nombre de spécialistes en psychiatrie par habitant a été multiplié par 2,2 (celui de l'ensemble des spécialités par 2,3) avec un taux de croissance annuel moyen de la population de 0,5 %. La densité d'offre en 2013 est de 22,3 psychiatres pour 100 000 habitants et de 10,1 pour les seuls praticiens libéraux.

La répartition des psychiatres sur le territoire est fortement déséquilibrée avec 82 % des cabinets localisés dans des unités urbaines de 50 000 habitants ou plus (qui regroupent 53,9 % de la population nationale) et une forte inégalité entre les régions avec une offre plus abondante dans les régions du sud et en Île-de-France.

En 1990, la majeure partie de la moitié nord du territoire se démarquait du sud par des densités inférieures d'au moins 20 % à la densité moyenne nationale, seules l'Île-de-France (avec une densité supérieure à la moyenne), l'Alsace et la Bretagne faisaient exception. Cette même distinction nord-sud est constatée en 2013.

À l'échelle départementale, hors Paris (93,5 psychiatres pour 100 000 habitants), le nombre de psychiatres pour 100 000 habitants en métropole varie du simple au quadruple entre la Meuse (8,8) et le Rhône (35,0).

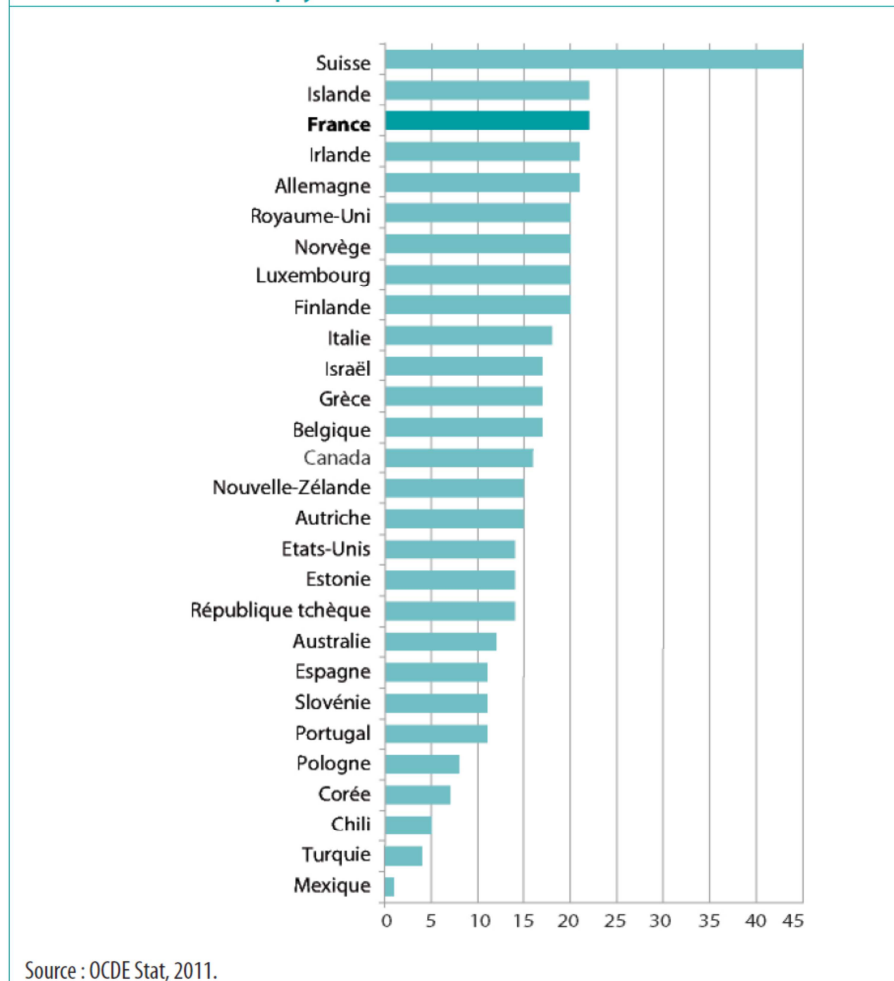
En ce qui concerne l'exercice privé, hors Paris (63,7 psychiatres pour 100 000 habitants), des écarts importants sont également constatés entre la Gironde (21,0), les Bouches-du-Rhône (20,4) d'une part, et la Haute-Marne (1,1) et la Manche (1,4) d'autre part. La densité de psychiatres privés est inférieure à 4 dans 25 départements. La Guyane n'en compte aucun.

Au 1^{er} janvier 2016, la proportion de femmes spécialistes en psychiatrie s'élève à 49 % (contre 43 % pour l'ensemble des spécialistes).

L'âge moyen de l'ensemble des psychiatres est de 52,8 ans (contre 51,3 ans pour l'ensemble des spécialistes). Chez les femmes, il est inférieur de 5,1 ans à celui des hommes, caractéristique qui se retrouve également mais à un degré moindre chez l'ensemble des spécialistes où l'écart est de 4,1 ans.

En 10 ans, entre 2003 et 2016, l'âge moyen des psychiatres est passé de 49,7 ans à 52,8 ans, soit +3,1 ans (tout comme pour l'ensemble des médecins spécialistes). La part de psychiatres âgés de 60 ans ou plus s'élève à 31,9 % (contre 25,1 % pour l'ensemble des spécialistes). Les hommes sont plus représentés dans les classes d'âge les plus nombreuses au-dessus de 45 ans (57,3 %) tandis que les femmes sont majoritaires dans les nouvelles générations (64,0 %).

Graphique 2. Densité de psychiatres pour 100 000 habitants en 2011 dans les pays de l'OCDE



□ Démographie des internes en psychiatrie

Depuis la mise en place du système des épreuves classantes nationales (ECN) en 2004 pour le choix de la spécialité à l'internat, l'évolution des postes de psychiatres ouverts à l'internat a suivi celle du numerus clausus 5 ans auparavant. De 200 places en 2004, le nombre de postes d'internes ouverts se situe à 557 pour la rentrée 2015.

La psychiatrie se situe dans un groupe de spécialités plutôt salariées qui peinent à recruter les internes les mieux classés aux ECN : la génétique médicale, la psychiatrie, la biologie médicale, la santé publique et la médecine du travail. Certaines de ces spécialités (psychiatrie, santé publique et biologie médicale) voient même leur indicateur d'attractivité se dégrader en 2013 par rapport à l'année précédente³.

En 2013, pour la deuxième année consécutive, des postes de psychiatres sont restés vacants à l'internat (12). Sur 465 postes d'internes de psychiatrie pourvus aux ECN 2011, 51 proviennent du premier quart des candidats et 135 du dernier quart, ce groupe alimentant aussi la médecine générale, la santé publique, la médecine du travail et la biologie et aucune autre discipline (source Centre national de gestion – CNG – rapport 2012).

□ **Renouvellement des psychiatres**

À moyen terme, le déséquilibre très marqué de la pyramide des âges des psychiatres va se traduire par un départ massif de professionnels jusqu'en 2025⁴. Au 1^{er} janvier 2013, 51 % d'entre eux ont plus de 55 ans (60 % des hommes, 41 % des femmes). La rupture d'effectifs est très nette entre les 55 ou plus et les moins de 55 ans. À la même date, chaque classe d'âge comprise entre 55 et 65 ans compte environ 550 psychiatres, contre 350 pour les classes entre 45 et 55 ans.

Le rythme actuel de recrutement à l'internat de psychiatrie amène à une prévision de stabilité sur 10 ans des effectifs actuels si l'âge moyen de départ en retraite est à 68 ans, mais à une baisse des effectifs si le départ s'effectue avant 68 ans et à une hausse dans le cas contraire.

□ **Les établissements de santé⁵**

La majeure partie des patients des services de psychiatrie des établissements de santé est prise en charge en ambulatoire. Les prises en charge à temps partiel et à temps complet reposent essentiellement sur les 57 469 lits d'hospitalisation à temps complet, les 27 603 places d'accueil en hôpital de jour et les 1 929 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)⁶.

³ Seuls 10 % des internes exercent en service psychiatrique ou en soins de suite et réadaptation (« *Portrait des professionnels de santé* », DREES, février 2016, page 23).

⁴ La spécialité de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est confrontée à une forte chute de ses effectifs (- 50 %) sur la période 2007-2016 (« *Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016* », Conseil national de l'ordre des médecins).

⁵ Les psychiatres exerçant à titre salarié ou libéral en établissement de santé représentent 7 % des emplois de praticiens au sein de ces établissements (« *Portrait des professionnels de santé* », DREES, février 2016, page 22).

⁶ « *Les établissements de santé* », DREES, édition 2016.

L'offre est majoritairement publique. La moitié des établissements assurant une prise en charge hospitalière en psychiatrie est de statut public. Elle représente les deux tiers de l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et les quatre cinquièmes des places d'hospitalisation partielle. L'autre moitié des établissements se répartissent à parts égales entre les établissements privés à but non lucratif et les cliniques privées, ces dernières ayant essentiellement une activité d'hospitalisation à temps plein.

L'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile est presque exclusivement le fait des établissements publics et privés à but non lucratif. Elle est caractérisée par une part beaucoup plus importante des prises en charge à temps partiel.

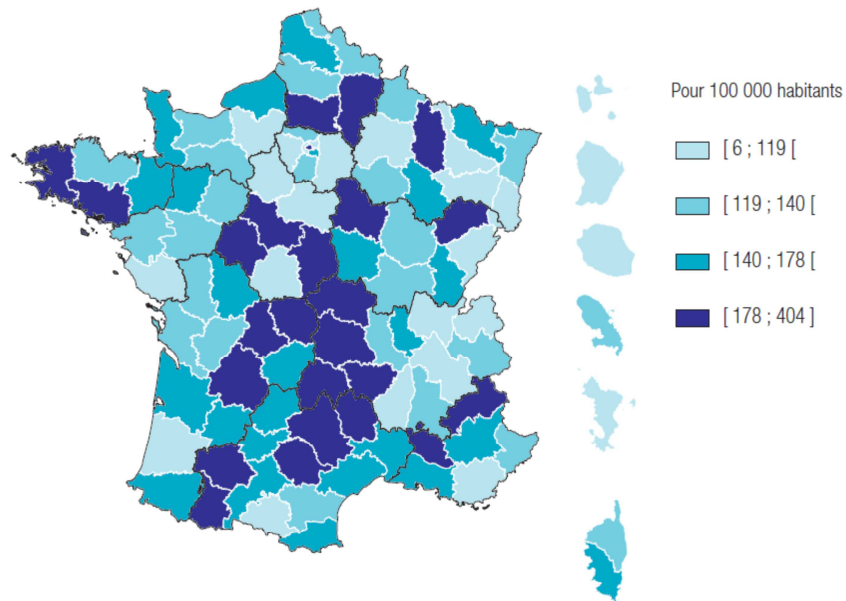
Près des deux tiers des établissements ayant une activité de psychiatrie sont mono-disciplinaires, c'est-à-dire autorisés uniquement dans cette discipline. Les établissements privés à but lucratif sont quasiment exclusivement spécialisés en psychiatrie. Les établissements pluridisciplinaires sont, en revanche, en grande majorité des établissements publics.

Depuis une trentaine d'années, les capacités d'accueil et l'activité en hospitalisation à temps plein en psychiatrie ne cessent de diminuer. Cette diminution a toutefois ralenti ces dernières années et le nombre de lits installés s'établit à 57 469 en 2014 pour près de 18,5 millions de journées.

Bien que minoritaires par rapport à l'hospitalisation à temps plein, d'autres formes d'activité à temps complet existent, essentiellement en psychiatrie générale, les enfants et adolescents étant plus souvent pris en charge à temps partiel ou en ambulatoire qu'à temps complet. Ainsi, en 2014, les établissements de santé déclarent disposer d'un peu plus de 8 100 lits ou places en placement familial thérapeutique, centre de postcure, appartement thérapeutique, hospitalisation à domicile, centre de crise et structure d'accueil d'urgence. Dans ces structures, 1,7 million de journées de prises en charge ont été réalisées, soit 9 % de l'activité à temps complet. On note là aussi de fortes disparités territoriales.

La densité nationale en lits et places à temps complet et en places d'hôpital de jour et de nuit est de 150 pour 100 000 habitants en 2014. Elle est à compléter par 2,8 places CATTTP ou ateliers thérapeutiques pour 100 000 habitants. Ces taux sont très variables d'une région à l'autre.

Carte 1 Densité de lits et de places d'hospitalisation en psychiatrie en 2014

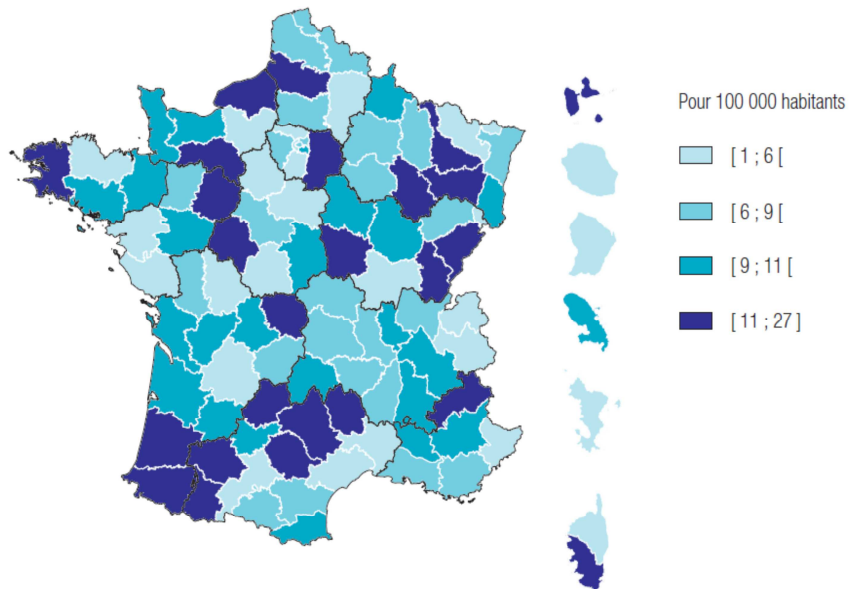


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014.

Carte 2 Densité de structures de prise en charge ambulatoire en psychiatrie

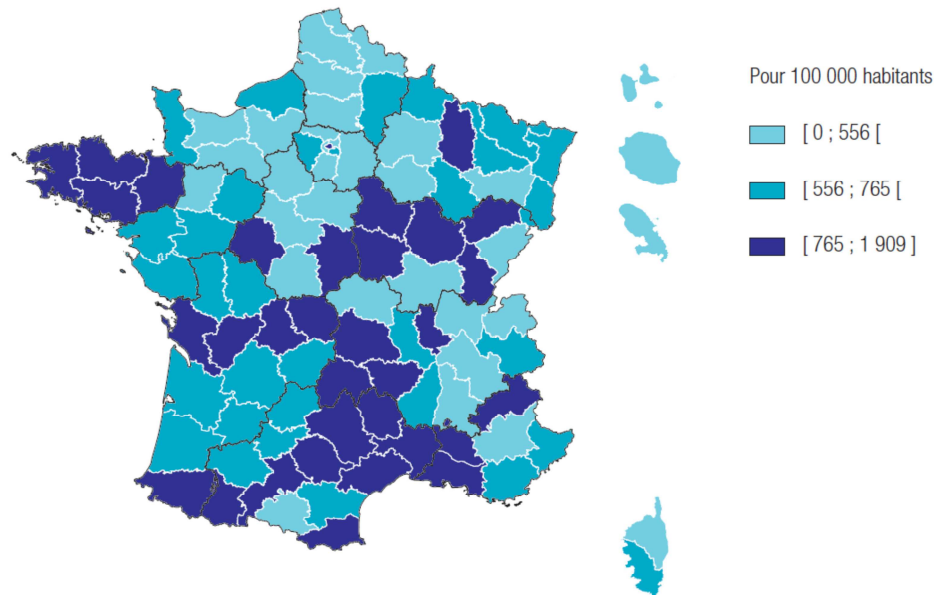


Note > Les bornes correspondent à une répartition en quartiles.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014.

Carte 1 Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie en 2014

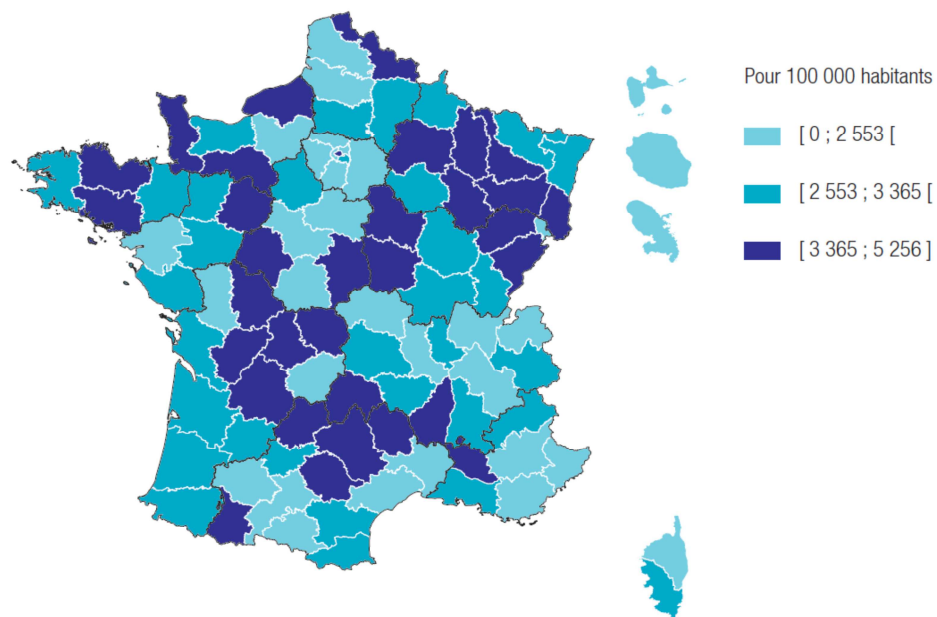


Note > Les bornes correspondent à une répartition en tiers.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.

Sources > ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014.

Carte 2 Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires en 2014



Note > Les bornes correspondent à une répartition en tiers.

Champ > France métropolitaine et DROM (hors Mayotte et Guyane), y compris SSA.

Sources > ATIH, RIM-P 2014, traitements DREES ; INSEE, estimations de la population au 1^{er} janvier 2014.

Tableau Capacités et activité en psychiatrie en 2014

	Psychiatrie générale (GEN)				Psychiatrie infanto-juvénile (INF)				Ensemble de la psychiatrie (GEN + INF)
	Établissements publics	Établissements privés		Total	Établissements publics	Établissements privés		Total	
		à but non lucratif	à but lucratif			à but non lucratif	à but lucratif		
Prises en charge à temps complet									
Hospitalisation à temps plein									
Nombre de lits	35 132	7 024	13 056	55 212	1 635	397	225	2 257	57 469
Nombre de journées	11 287 229	2 205 635	4 583 191	18 076 055	346 661	83 858	70 035	500 554	18 576 609
Placement familial thérapeutique									
Nombre de places	2 559	461	-	3 020	737	71	-	808	3 828
Nombre de journées	659 915	45 442	-	705 357	124 464	9 224	-	133	705 490
Accueil en centre de postcure									
Nombre de lits	621	671	172	1 464	-	-	-	-	1 464
Nombre de journées	161 605	176 923	61 181	399 709	-	-	-	-	399 709
Accueil en appartement thérapeutique									
Nombre de places	849	189	-	1 038	-	-	-	-	1 038
Nombre de journées	215 597	44 325	-	259 922	-	-	-	-	259 922
Hospitalisation à domicile									
Nombre de places	591	57	-	648	688	-	-	688	1 336
Nombre de journées	145 040	14 588	-	159 628	15 779	-	-	17 703	177 331
Accueil en centre de crise									
Nombre de places	376	12	12	400	32	23	-	55	455
Nombre de journées	102 129	3 416	5 488	111 033	10 116	5 746	-	15 862	126 895
Prises en charge à temps partiel									
Hôpital de jour									
Nombre de places	13 625	3 270	1 206	18 101	7 700	1 728	74	9 502	27 603
Nombre de journées	2 534 912	596 339	354 141	3 485 392	1 027 059	303 689	16 934	1 347 682	4 833 074
Hôpital de nuit									
Nombre de places	849	225	137	1 211	76	44	-	120	1 331
Nombre de journées	86 032	45 789	23 435	155 256	4 702	4 076	-	8 778	164 034
Atelier thérapeutique									
Nombre de structures	275	15	1	291	124	1	1	126	417
Nombre de journées	209 529	31 029	1 273	241 831	57 721	555	1 479	59 755	301 586
Prises en charge ambulatoire									
Centre médico-psychologique (CMP)									
Nombre de structures	1 857	222	108	2 187	1 285	182	-	1 467	3 654
Nombre d'actes	8 907 483	1 104 833	6 655	10 018 971	4 057 583	599 830	-	4 657 413	14 676 384
Centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTTP)									
Nombre de structures	1 122	115	-	1 237	645	47	-	692	1 929
Nombre d'actes	2 019 448	320 388	-	2 339 836	606 590	55 794	-	662 384	3 002 220
Autres formes de prise en charge ambulatoire*									
Nombre d'actes	2 319 271	501 597	-	2 820 868	304 371	20 576	-	324 947	3 145 815

* Y sont dénombrés les actes réalisés à domicile ou en institution substitutive au domicile, en unité d'hospitalisation somatique, en établissement social ou médico-social, en milieu scolaire ou en centre de protection maternelle et infantile.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Mayotte), y compris SSA.

Sources > DREES, SAE 2014, traitements DREES.

Sources des cartes et tableaux : « *Les établissements de santé* », DREES, édition 2016.

Après ces premiers éléments de contexte, le présent rapport s'articulera autour de quatre parties.

Les trois premières aborderont les principales thématiques de la mission, toutes trois résolument tournées vers l'amélioration de la prise en charge des usagers de la psychiatrie :

- Les parcours de soins et de vie des personnes malades, en s'attachant à proposer une organisation et des mesures permettant d'éviter les ruptures de prise en charge et d'accompagnement ;
- Les formations et les métiers des professionnels travaillant dans le domaine de la psychiatrie, avec pour objectif de déterminer les besoins en termes de formation et d'évolution des pratiques professionnelles ;
- Les droits des usagers, leur citoyenneté et la déstigmatisation de la maladie mentale, dans l'optique de renforcer ces droits et la place des personnes malades au sein de la société.

La quatrième partie proposera des objectifs relatifs à l'organisation territoriale de la politique de santé mentale et au rôle que les agences régionales de santé auront à jouer dans cette mise en œuvre d'un panier de services indispensables dans tous les territoires.

Par ailleurs, conformément à la commande de la lettre de mission, un accent particulier sera mis sur les dispositifs innovants en matière de prise en charge psychiatrique, nombreux sur le territoire national, mais pas toujours suffisamment connus et valorisés. Plusieurs dizaines d'entre eux sont présentés en annexe, de manière synthétique, sans que ce choix traduise une exhaustivité de ces dispositifs mais plutôt la volonté de faire connaître leur existence et leur efficacité.

I – AMÉLIORER LES PARCOURS DE SOINS ET DE VIE DES PERSONNES MALADES

Le site internet des ARS résume les objectifs de l'approche du "parcours de soins" de la manière suivante : « *faire en sorte qu'une population reçoive les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment et au meilleur coût* ». Ce qui est vrai pour la santé en général est vrai aussi pour la santé mentale. La loi de modernisation de notre système de santé prévoit donc d'ancrer l'organisation et la pratique des soins psychiatriques dans la logique du territoire – qui fut celle des asiles du 19^{ème} siècle comme celle de la psychiatrie de secteur – au sein duquel s'effectuèrent les parcours de santé des personnes présentant des troubles mentaux.

Pour une bonne part de nos concitoyens ayant besoin de soins psychiatriques, ces parcours sont longs et complexes. Ils associent des temps de soins (dépistage de la maladie, interventions d'urgence ou de crise, soins hospitaliers et ambulatoires du patient, aide aux familles et aux proches) destinés à obtenir au minimum le rétablissement du patient, au mieux sa guérison, et des temps d'accompagnement médico-social, de réhabilitation psycho-sociale, d'insertion ou de réinsertion sociale, portés d'abord par les acteurs de l'action sociale avec pour objectif de réduire au mieux le désavantage, les déficiences et le handicap liés au trouble, favorisant ainsi la meilleure inclusion possible de la personne dans une société qui a plutôt tendance à exclure ce type de handicap. Dans ces parcours longs et complexes, il est indispensable que tous les acteurs puissent réfléchir et agir dans la complémentarité la plus parfaite, sauf à développer des pratiques maltraitantes.

C'est autour de la situation singulière de chaque personne, qui doit être nécessairement au centre des préoccupations de tous, que les divers acteurs des champs sanitaire, social et médico-social d'un territoire déterminé doivent s'organiser afin de mettre en œuvre cette indispensable complémentarité de leurs compétences. C'est au sein de ce territoire que tous doivent s'unir pour aider chacune des personnes, particulièrement celles touchées par les troubles les plus invalidants, à utiliser au mieux ses ressources personnelles et à s'intégrer de la meilleure façon possible dans la société qui est la leur, dans un parcours de vie satisfaisant.

1.1 Les constats en matière de parcours de soins et de vie

1.1.1 Les constats en matière de parcours de soins : une hétérogénéité de pratiques et de moyens

Comme nous l'avons vu, l'évolution de la psychiatrie, préoccupation récurrente des pouvoirs publics, apparaît perfectible malgré les plans successifs et les dispositifs novateurs déployés. Ces résultats s'expliquent entre autres par des dysfonctionnements dans les parcours de soins (hospitalocentrisme, populations oubliées, difficultés d'accès à la première consultation, cloisonnement entre les soins somatiques et les soins psychiatriques, par exemple) et des inégalités territoriales dans l'offre de soins et les ressources de l'accompagnement social et médico-social.

Une collaboration insuffisante avec les médecins généralistes

Une étude récente de la DREES⁷ nous apporte un éclairage précieux sur la prise en charge des troubles de santé mentale par les médecins généralistes⁸ : « *Dans notre pays, les médecins généralistes, étant donnée leur place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, sont souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Une étude menée sur un échantillon de 441 adultes montre que plus de la moitié d'entre eux (58 %) se tourneraient vers leur médecin généraliste s'ils étaient confrontés à un problème de santé mentale, et que 47 % souhaiteraient que celui-ci assure leur prise en charge (Kovess-Masfety et al., 2007).*

Les enquêtes épidémiologiques estiment par ailleurs que 25 à 30 % de la patientèle des médecins généralistes souffrirait de troubles psychiatriques ou relatifs à la santé mentale. Pour autant, les difficultés que rencontrent ces professionnels pour prendre en charge les problèmes de santé mentale tels que les repérages insuffisants, les cas diagnostiqués à tort ou les prescriptions inadéquates sont régulièrement mis en avant. Les travaux portant sur ces questions, notamment sur leurs pratiques de prescription, sont donc déjà nombreux, mais obtiennent parfois des résultats contradictoires ou justifient une actualisation ».

Par ailleurs, plusieurs recherches soulignent qu'environ « *un cas sur deux ne serait pas détecté par le médecin généraliste (Norton et al., 200942)* » et que « *ces retards de prise en charge seraient facteurs d'augmentation des risques de suicide, de consommations de toxiques ou de difficultés familiales, scolaires et professionnelles* ».

⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé, des affaires sociales et des droits des femmes.

⁸ « *Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale* », DREES, Série études et recherches, n° 129, avril 2014.

L'étude indique également que des recherches sur les connaissances des médecins généralistes concernant la schizophrénie montrent que ceux-ci ont une mauvaise connaissance de la maladie (prévalence, gravité etc..) et que ce faible repérage se retrouve dans des pathologies que les médecins généralistes ont davantage l'habitude de rencontrer (troubles dépressifs ou anxieux). Est ainsi constatée « *une sous-détection des idées suicidaires des patients dépressifs alors que la présence de ces idées est un indicateur important de risque suicidaire* ».

Deux facteurs semblent expliquer le sous-repérage des troubles mentaux par ces professionnels : la durée de consultation et la formation (initiale et continue) insuffisante en matière de santé mentale.

Ces constats doivent être corrélés avec l'importante consommation de psychotropes des Français par rapport aux autres pays européens (rapport de l'office parlementaire des produits de santé sur le bon usage des médicaments psychotropes, par Mme Briot M., 2006) et par le fait que « *les traitements prescrits sont souvent non conformes aux recommandations de bonne pratique* ».

En France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres est l'un des plus faibles d'Europe⁹, ce qui peut s'expliquer pour différentes raisons¹⁰ :

- Il est difficile de déterminer les circonstances dans lesquelles un médecin généraliste doit se tourner vers un psychiatre pour un avis ou le suivi conjoint d'un patient : diagnostic, sévérité des symptômes, formation du médecin, etc.
- Il est également compliqué d'identifier le bon interlocuteur dans le paysage de la psychiatrie en établissement.
- Les médecins généralistes déclarent enfin avoir des relations difficiles avec les secteurs psychiatriques :
 - seuls 35 % déclarent être suffisamment informés sur leurs missions et leurs activités,
 - alors que plus de 90 % déclarent avoir des patients qui y sont suivis, seulement 40 % disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin et 22 % être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis (Drees, 2008),

⁹ Etude EseMED (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders : il s'agit d'une grande étude épidémiologique européenne conduite en 2005 qui étudie également les pratiques des professionnels).

¹⁰ « *Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale* », DREES, Série études et recherches, n° 129, avril 2014, et Demailly, 2005, Pluriels n°92/93, 2011).

- les médecins généralistes déplorent également les retours insuffisants des psychiatres concernant les patients qu'ils leur ont adressés et l'absence fréquente de lettre de sortie suffisamment documentée après une hospitalisation en psychiatrie.

Mettre en place des relations fortes et confiantes, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, est d'autant plus essentiel que les médecins généralistes sont de gros prescripteurs de psychotropes, ayant tendance à sous-estimer leurs effets secondaires, à sous informer leurs patients à ce sujet et à sur-médicamenter les troubles anxio-dépressifs légers, du fait, entre autres, des lacunes de leur formation initiale en psychiatrie et de la pression de certains de leurs patients ou de leurs familles.

L'ensemble de ces constats milite pleinement pour renforcer les liens entre la médecine générale et la psychiatrie, afin de détecter plus rapidement les troubles mentaux et/ou les maladies mentales, et apporter une expertise aux médecins généralistes qui sont confrontés à de nombreuses difficultés d'ordre psychique chez leurs patients.

Des soins somatiques insuffisants pour les usagers de la psychiatrie

La prévalence des pathologies somatiques chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères est élevée. En effet, « *le taux de mortalité est 1,6 à 3 fois plus élevé dans la schizophrénie que dans la population générale et l'espérance de vie est diminuée de 20 % chez les patients atteints de schizophrénie. Cette diminution serait due pour un tiers au passage à l'acte suicidaire, le reste étant lié à des maladies physiques, aux difficultés d'accès aux soins et à des conditions socio-économiques défavorables. Parmi les maladies physiques en cause dans la surmortalité observée chez les patients schizophrènes, figurent au premier plan les maladies cardio-vasculaires, dont les facteurs de risques sont l'obésité, le tabagisme, la sédentarité, le diabète et les troubles du métabolisme lipidique*¹¹ ».

De plus, de nombreuses études internationales¹² montrent que certains neuroleptiques participent à cette surmortalité, soit en provoquant des morts subites, soit en induisant des syndromes métaboliques ou des obésités favorisant les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Elles montrent aussi que le risque de mortalité augmente avec le nombre de neuroleptiques différents prescrits.

Les constats issus des acteurs de terrain montrent que cette réalité sous-estimée est encore mal prise en compte, tant dans les équipes de psychiatrie publique hospitalière que par les médecins généralistes.

¹¹ Granger, B., Naudin, J. (2015), *La schizophrénie : idées reçues sur une maladie de l'existence*, Le Cavalier Bleu éditions, p. 61.

¹² Loas, G. (2009), « *Mortalité et surmortalité dans la schizophrénie* », *Annales Médico-Psychologiques*, Elsevier Masson, 167 (6), pp.446.

Une prise en charge souvent trop tardive

Comme pour les maladies somatiques, des patients ou leurs familles peuvent tarder à consulter un médecin face à des symptômes inquiétants qu'ils banalisent. Un certain nombre de médecins généralistes, de pédiatres et de médecins de PMI tardent à faire les diagnostics d'évidence qui s'imposeraient dans certaines affections sévères (autisme, schizophrénies, bipolarité) et tardent donc à adresser leurs patients à des spécialistes. On sait pourtant qu'un diagnostic et des soins précoces peuvent rendre le pronostic tant médical que social de ces troubles beaucoup plus favorable. Certains psychiatres peuvent tarder eux-mêmes, quelquefois à juste titre lorsque des symptômes exigent un peu de temps avant de poser un diagnostic juste.

À l'inverse des diagnostics trop tardifs, certains diagnostics trop précoces peuvent être aussi nuisibles à des patients, du fait de la mise en place de traitements inadaptés ou inutiles, voire d'une éventuelle stigmatisation.

C'est ainsi qu'on sait bien les effets fâcheux de l'épidémie de diagnostics erronés de *“trouble de l'attention avec hyperactivité”* chez des enfants simplement turbulents et de *“trouble dissociatif de l'identité”* chez des adultes influençables, phénomènes très bien documentés aux États-Unis.

Une continuité des soins améliorable

La continuité des soins, préconisée par des psychiatres français dès 1959¹³, n'est pas toujours assurée partout de manière fluide, soit par manque d'intérêt des professionnels, soit par manque de dispositifs, soit par manque de collaboration entre les dispositifs, quand ils existent.

Des usagers, des associations de famille et d'entraide, certains professionnels eux-mêmes, déplorent une mauvaise anticipation fréquente des sorties d'hospitalisation, laissant souvent l'utilisateur et ses proches en grande difficulté. Cette mauvaise anticipation peut avoir pour cause un souci de libérer à tout prix des lits pour garder la capacité d'accueillir des patients en première crise ou en rechute. Elle peut être due aussi à une mauvaise connaissance des possibilités d'orientation vers le logement, vers les secteurs social et médico-social par les professionnels de l'hospitalisation. Elle peut enfin être due à l'absence de dispositifs d'aval.

Le parcours de soins implique une bonne articulation des dispositifs de soins entre eux (médecine générale, établissements hospitaliers publics et privés, médecine somatique, psychiatrie et autres spécialités).

¹³ Henri Duchêne et Lucien Bonnafé, 57^{ème} congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française, Tours, 1959.

La qualité de cette articulation dépend d'une formation initiale (universités, IFSI, etc.) prenant en compte la connaissance de ces dispositifs et de leur indispensable complémentarité. Elle nécessite également, au sein de chaque dispositif, une bonne articulation des différentes catégories de métier, des fonctions clairement définies et connues de tous et des délégations de tâches lorsqu'elles s'imposent.

Une collaboration perfectible entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Une prise en charge adaptée des usagers atteints de troubles mentaux chroniques nécessite que chaque acteur remplisse correctement les missions que lui confie la nation et qu'il puisse s'appuyer sur les compétences complémentaires des autres acteurs, afin d'assurer le meilleur parcours de soins et de vie de l'utilisateur.

Or, des difficultés importantes, parfois récurrentes, sont constatées pour formaliser la collaboration entre l'ensemble des partenaires avec les secteurs de psychiatrie, et ceci de manière très hétérogène selon les territoires. Trop souvent, la collaboration entre services de psychiatrie et structures médico-sociales, nécessaire au bon parcours de vie des usagers les plus handicapés, est fragile car elle repose beaucoup plus sur l'engagement et la bonne volonté des acteurs que sur une organisation rationnelle bâtie par tous, ce qui ne suffit pas et ne garantit pas une égalité de traitement pour les usagers selon les territoires dans lesquels ils sont pris en charge.

Les ARS ont évidemment à veiller de très près à cette collaboration qui constitue vraisemblablement l'amélioration la plus attendue pour un parcours sans rupture.

Une psychiatrie infanto-juvénile à consolider

Cette spécialité devrait pouvoir s'exercer depuis la grossesse de femmes présentant des facteurs de risque jusqu'à la majorité des jeunes pris en charge pour des problèmes pédopsychiatriques, sans rupture de la continuité lors du passage à la psychiatrie adulte.

La périnatalité n'est pas prise en charge de manière homogène sur l'ensemble du territoire. Or, dès avant la naissance d'un enfant, il est possible d'agir sur certains facteurs de risques ou de vulnérabilité tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Entre 10 et 20 % des femmes présentent en effet un état dépressif au cours de leur grossesse ou au décours de l'accouchement¹⁴.

¹⁴ Jacques Dayan "*Psychopathologie de la périnatalité*", 2003, Collections les âges de la vie, éditions Masson.

Moins de 30 % des femmes enceintes qui expriment des difficultés psychologiques persistantes ont bénéficié d'une consultation auprès d'un professionnel de santé (publication de l'unité Inserm U657 de l'université de Bordeaux :

D'autres peuvent être porteuses d'un trouble mental préalable. 10 à 15 % des femmes ayant des difficultés de ce type pendant leur grossesse ne sont pas prises en charge. Ces chiffres imposent des actions de prévention et de soins qui ne sont pas partout mises en place.

La prise en charge des enfants et des adolescents constitue elle aussi une étape cruciale, à un moment de l'existence où certains troubles mentaux peuvent apparaître (retard mental, autisme, schizophrénie, troubles bipolaires, entre autres) et où un diagnostic et un traitement précoces peuvent permettre d'éviter un handicap trop lourd pour la vie à venir.

On note encore, ici ou là, des sentiments d'insatisfaction des familles qui ne trouvent pas auprès de leur secteur de pédopsychiatrie les solutions qu'elles espéraient. Mais on trouve aussi des professionnels qui estiment ne pas toujours disposer des moyens nécessaires et en être moins bien dotés que la psychiatrie générale.

La question de l'autisme¹⁵, qui concernerait un nouveau-né sur 150¹⁶, divise encore profondément certaines associations de parents et certaines équipes de psychiatrie, comme elle divise certaines associations de parents entre elles et certaines équipes de psychiatrie entre elles. Des associations d'autistes adultes peuvent n'être en accord ni avec les unes ni avec les autres.

L'ignorance encore majeure au sujet de cette pathologie aux formes diverses, des hypothèses psychiatriques quelquefois hasardeuses sur son étiologie, des positions dogmatiques des uns ou des autres, incitent à la prudence quant aux recommandations en la matière.

Seuls une prise en charge globale enfin à la hauteur des enjeux, un financement important de la recherche (épidémiologie, génétique, neurobiologie et sciences humaines) et une évaluation comparative de l'efficacité et de l'utilité des diverses méthodes éducatives, rééducatives et psychothérapeutiques pour les personnes autistes peuvent apaiser ces divisions.

Bales, M., Pambrun E., Melchior, M., Glangeaud-Freudenthal, N.M., Charles, M.A, Verdoux, H., Sutter-Dallay, A.L., *Prenatal psychological distress and access to mental health care in the ELFE cohort*. European psychiatry : the journal of the association of European Psychiatrists, 2015.30(2) : p. 322-8.

¹⁵ Troubles envahissants du développement (CIM-10, 1992), troubles du spectre de l'autisme (DSM-5, 2013).

¹⁶ 3^{ème} Plan Autisme (2013-2017) : en 2010, seules 75 000 personnes avec autisme ou autres TED (troubles envahissants du développement) étaient diagnostiquées et prises en charge dans le secteur médico-social et moins de 20 % d'entre elles bénéficiaient d'un accompagnement au sein d'une structure dédiée.

Il est de toute manière évident que notre pays manque de structures adaptées pour les enfants et plus encore pour les adultes touchés par l'autisme, et qu'il conviendra de pallier ce manque qui contraint des familles à aller chercher ailleurs en Europe des solutions, quelquefois non satisfaisantes en elles-mêmes, toujours insatisfaisantes par leur surcoût et par la coupure néfaste qu'elles entraînent entre les intéressés et leurs proches. Il est tout aussi évident qu'une collaboration étroite entre familles et professionnels est indispensable dans ce domaine.

Le 3^{ème} Plan Autisme (2013-2017) constitue une référence solide en la matière. C'est sur lui et sur les recommandations de la HAS et de l'ANESM que doivent s'appuyer les professionnels.

Sur le plan général, les professionnels notent une évolution démographique défavorable de la pédopsychiatrie comme de la médecine scolaire et des inter-secteurs en sont aujourd'hui mal pourvus. Les professeurs des universités-praticiens hospitaliers en psychiatrie infanto-juvénile ne sont pas suffisamment nombreux. Le recrutement des orthophonistes dans le service public est lui aussi très difficile.

Enfin, de nombreux professionnels estiment la prévention trop limitée, mal valorisée et insuffisamment financée.

Les problématiques psychiatriques de la population âgée à mieux prendre en compte

L'allongement de l'espérance de vie dans les pays industrialisés et la réduction fréquente de la famille au seul noyau parents-enfants posent un certain nombre de problèmes aux personnes âgées, souvent socialement isolées et en perte progressive d'autonomie. On comprend aisément que le pourcentage de suicides augmente progressivement au fur et à mesure de l'avancée en âge. L'enjeu est donc bien de repérer aussi précocement que possible ce qui relève notamment des troubles anxieux et dépressifs chez la personne âgée.

On sait aussi la fréquence non négligeable des processus de détérioration cognitive et comportementale, de type Alzheimer ou autre, apparaissant chez les septuagénaires, même si ces affections peuvent être plus précoces. Ces troubles démentiels sont aujourd'hui traités le plus souvent par des gérontologues, bien qu'ils fassent toujours partie des classifications psychiatriques, comme en témoignent la classification de l'OMS et la rubrique "*troubles neurocognitifs*" de la dernière classification en date, le DSM-5 américain¹⁷ (2013).

¹⁷ American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth Edition*, American Psychiatric Publishing, Arlington (VA), pp. 591-643.

Les personnes âgées atteintes de ce genre de troubles, lorsqu'elles ne restaient pas à charge de leur famille, se retrouvaient il y a quelques décennies dans des pavillons non spécialisés dits de "*chroniques*", au sein des hôpitaux psychiatriques traditionnels. Aujourd'hui elles se retrouvent plus souvent en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) qui disposent, ou pas, de section Alzheimer.

Enfin, on ne peut pas oublier, même si leur espérance de vie est plus courte que la population générale, que les usagers de la psychiatrie, porteurs de troubles mentaux sévères et chroniques, vieillissent aussi, qu'ils vivent chez eux ou dans des établissements médico-sociaux et qu'ils ne bénéficient pas toujours des dispositifs adaptés à leur âge. L'intervention de la psychiatrie auprès de ces populations vient donc en appui aux compétences des gériatres et des neurologues, pour la prise en charge des troubles du comportement en particulier.

Les relations entre EHPAD, familles, services sociaux, établissements médico-sociaux, centres hospitaliers généraux, secteurs psychiatriques et gériatrie ne sont pas toujours d'excellente qualité. Les doléances portent surtout sur :

- le recours trop systématique à l'hospitalisation aux urgences des hôpitaux, source de rupture fâcheuse pour l'utilisateur,
- l'absence fréquente de lits dédiés de gériatrie dans les courts séjours des hôpitaux généraux,
- l'aide insuffisante aux familles (de type "*répit*") malgré l'existence de quelques centres de jour, dont l'évaluation mériterait d'être plus poussée,
- le nombre insuffisant d'équipes mobiles de psychogériatrie,
- la coordination insuffisante entre gériatrie et psychiatrie, mais aussi entre psychiatrie, médecine générale, soins somatiques, familles et mandataires de justice.

La prise en compte du handicap psychique demeure insuffisante

Malgré la reconnaissance législative du handicap psychique par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ce type de handicap reste difficile à évaluer en pratique et donne lieu à des réponses perfectibles, notamment en termes de repérage et d'évaluation. D'autre part, il est important de noter que le handicap psychique peut, dans un certain nombre de pathologies, s'atténuer en fonction de prises en charge diversifiées et efficaces, et qu'il n'a pas la stabilité de nombre de handicaps physiques.

Par ailleurs, le parcours des usagers porteurs d'un handicap psychique est rendu délicat par la rigidité des systèmes d'orientation des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), par le fait qu'elles orientent seulement vers le médico-social et ne se prononcent pas sur les besoins de soins et par les modalités de compensation du handicap psychique qui ne sont pas toujours valorisées à hauteur des conséquences que ce handicap a pour la personne concernée.

Des incompréhensions peuvent également naître du fait que les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) comprennent mal que certaines personnes soient à la fois en établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et en foyer d'accueil médicalisé (FAM), suite à des orientations MDPH, ce qui peut entraîner des défauts de prise en charge financière.

On note une augmentation de troubles mentaux graves dans les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) comme dans les maisons d'enfants à caractère social (MECS), qui compliquent les accompagnements dans ces établissements, faute de prise en charge adaptée par la psychiatrie infanto-juvénile (insuffisance de places en hospitalisation plein temps ou en accueil de jour). Ces établissements se trouvent dans l'obligation de gérer des cas complexes qui nécessiteraient des prises en charge multi-partenariales et une bonne information des acteurs sur les réponses territoriales existantes mais pas forcément connues.

L'absence très fréquente d'une coordination des dispositifs concernant le handicap psychique et d'informations des usagers sur le sujet (type "*centre ressources du handicap psychique*") est souvent mise en avant.

Mieux clarifier la prise en charge des addictions

Les addictions sont des problèmes majeurs de santé publique, facteurs de surmorbidity et de surmortalité, et, en ce qui concerne certains produits, de troubles graves du comportement. La politique française en la matière a conduit longtemps à une dispersion des dispositifs, des acteurs, des réglementations et des financements.

Les professionnels des secteurs psychiatriques se sont intéressés de manière très inégale à certaines de ces addictions (alcool, opiacés). Il est vrai que l'ensemble des addictions intéressent, selon le produit en cause, des professionnels et des acteurs très divers : généralistes, gastro-entérologues, neurologues, pneumologues, psychiatres, psychologues, forces de l'ordre, magistrats, enseignants, services sociaux, prévention routière et des accidents du travail, médecine du travail et médecine scolaire, associations d'anciens buveurs.

Les secteurs psychiatriques se sont longtemps contents d'accueillir en hospitalisation sans consentement des porteurs d'alcoolisme grave avec troubles majeurs du comportement ou des patients en état d'intoxication aigüe due à des psychostimulants illicites. Ils ont aussi assez souvent proposé des sevrages, sous la forme d'un traitement comportementaliste aujourd'hui rejeté par tous, la cure de dégoût. Ils ont assisté, impuissants, à des rechutes à répétition. Ils ont fréquemment négligé le travail avec les familles et avec les associations néphalistes.

De nombreux autres acteurs se sont intéressés à une ou plusieurs addictions :

- Établissements psychiatriques privés ou semi-privés.
- Foyers de postcure.
- Groupes associatifs d'entraide, ancêtres des pairs-aidants.
- Comités départementaux de prévention de l'alcoolisme (CDPA).
- Centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA) puis centre de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA)
- Equipes ELSA (équipe de liaison en soins d'alcoologie).
- Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (CAARUD).
- Certains services de gastroentérologie, neurologie et pneumologie.

La circulaire DGS (direction générale de la santé) du 10 mars 2006 a mis un peu de cohérence dans ces initiatives diverses, et souvent concurrentes, en créant les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont la mise en place a été assez lente et demeure inégale. Ils doivent bénéficier aujourd'hui d'une diffusion sur l'ensemble du territoire et leurs pratiques nécessitent des évaluations, lorsqu'elles n'ont pas encore été effectuées.

La prise en charge des addictions mérite dans tous les cas une clarification des rôles des uns et des autres ainsi qu'une amélioration des coordinations.

Améliorer l'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité

Comme le constatait hier le rapport Lazarus, et comme le constate aujourd'hui Éric Pliez, le président du Samu social 75, « *les questions de santé mentale ne concernent pas que les grands exclus à la rue* », les réfugiés et les migrants avec ou sans papiers, mais elles concernent aussi les chômeurs en fin de droit, les personnes qui vivent du RSA et les personnes âgées dotées d'une très petite retraite et isolées socialement.

On sait que les précaires sont souvent des usagers de la psychiatrie en rupture de soins, et que de graves difficultés socio-économiques peuvent entraîner de véritables états de stress post-traumatiques, accompagnés le plus souvent d'addictions diverses, en commençant par l'alcool, et ce particulièrement mais pas uniquement chez des personnes fragiles.

Les travailleurs sociaux en charge de ces populations précaires constatent que « *les plateaux techniques actuels sont coupés du monde et ont souvent du retard. Leurs compétences ne sont pas mises à disposition du social.* » Ils ressentent le besoin de collaboration avec des professionnels de la psychiatrie et d'analyse des pratiques, bien difficiles à financer pour les structures de petite taille. Ils apprécient toujours l'existence d'équipes mobiles psychiatrie-précarité de la psychiatrie publique ou d'équipes mobiles psycho-sociales mises en place par des associations, lorsqu'elles existent.

Ils rappellent aussi que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) peuvent intervenir dans les centres d'hébergement, et proposent même des SSIAD « *précarité* », comme il en existe très peu.

1.1.2 Les constats en matière de parcours de vie : la nécessité de renforcer l'accès aux droits et la qualité de l'accompagnement

L'ensemble des aspects relatifs à la vie sociale des personnes malades ne sera pas abordé ici, mais l'accent est mis sur deux problématiques majeures concernant cette thématique : le logement et l'intervention à domicile, ainsi que l'emploi.

Logement et intervention à domicile

Jean Canneva, président d'honneur de l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) explique que « *le logement est la pierre angulaire de toute prise en charge des malades psychiques. Sans logement, il ne peut y avoir de continuité de soin et d'accompagnement à la vie sociale.* ».

Il convient de compléter cette pertinente affirmation en précisant que « *les mesures sociales, si indispensables qu'elles soient, ne font cependant pas tout. Car habiter quelque part ne veut pas nécessairement dire résider, mais plus profondément avoir un espace à soi. Il ne suffit pas d'apporter à une personne une résidence pour qu'elle puisse habiter quelque part. Encore faut-il que cette habitation soit désirée et éprouvée par le sujet comme un acte personnel d'appropriation de l'espace et que le temps de maturation que présuppose l'appropriation d'un lieu et d'un projet ait été préservé*¹⁸ ».

¹⁸ Granger B., Naudin J., *op. cit.*, p. 71.

Ce point rejoint celui relatif à la surmortalité des personnes atteintes de maladies psychiatriques. En effet, comment soigner une personne si elle ne peut pas vivre dans des conditions qui lui permettent de couvrir ses besoins vitaux les plus élémentaires ? Parmi ces besoins se trouve le logement.

Or, la question de l'habitat est encore trop peu prise en compte alors qu'elle est essentielle, car l'accès au logement est primordial pour la santé mentale. En effet, l'absence de logement personnel renforce les risques psychiatriques, comme l'a mis en évidence un rapport de l'Inserm¹⁹ : un tiers des personnes sans abri présente des troubles psychiatriques. La prévalence est dix fois plus importante pour les troubles psychotiques qu'en population générale. Mais si le constat est partagé par tous les acteurs de la chaîne médicale, médico-sociale et sociale, la réalité des partenariats autour du logement est encore ténue car les acteurs ne se connaissent pas forcément bien et ils expriment un besoin de clarification du paysage institutionnel.

L'accès et le maintien dans le logement de droit commun sont des éléments essentiels de l'autonomie, étroitement tributaires, dans les grandes métropoles, des difficultés générales liées à l'insuffisance du parc social.

Ils ne peuvent avoir de chance de succès qu'avec des services d'accompagnement forts permettant d'aider à rompre l'isolement et de s'assurer du mode d'occupation qui convient. Ces difficultés sont à mettre en regard avec les représentations négatives dans l'opinion dont fait encore l'objet la maladie mentale, en maintenant un contexte défavorable à l'insertion de la personne dans la société et à la reconnaissance de leur citoyenneté.

Il reste donc indispensable de maintenir les possibilités d'accueil dans les établissements adaptés à la réalité du handicap psychique lorsque la solution du logement ordinaire ou le maintien dans la famille s'avère impossible.

Dès lors que la question de l'autonomie reste centrale pour l'accès au logement, les troubles psychiatriques ou la souffrance psychique constituent des obstacles majeurs pour les personnes concernées. Il s'agit donc d'être en mesure d'apporter l'étayage nécessaire ainsi qu'un accompagnement global, social et médico-social, susceptibles de soutenir le projet d'accès au logement. La difficulté principale dans la phase préalable à l'accès réside dans le fait de réunir les conditions et de mobiliser les moyens nécessaires à l'autonomie.

¹⁹ « *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans domicile personnel d'Ile de France* », Rapport sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm), janvier 2010.

S'agissant d'un public en errance ou hospitalisé, cette étape peut s'avérer particulièrement délicate. Rappelons que la pénurie de logements à un coût modéré constitue un obstacle à l'accès de la population précarisée dans son logement. Outre les moyens en accompagnement adapté, des voies d'accès particulières en concertation doivent être recherchées pour favoriser l'accès au logement autonome de ces populations.

L'accès au logement n'est pas le seul enjeu pour la personne concernée. Un deuxième enjeu est constitué par le maintien dans le logement. Un continuum dans la prise en charge est de nature à favoriser une intégration dans le logement. Les soins et l'accompagnement médico-social doivent être deux démarches complémentaires et non subsidiaires. Si les soins psychiatriques sont absents, insuffisants ou inadaptés, les effets de la maladie psychique, qui impactent d'abord la relation aux autres, vont se répercuter dans tous les domaines de vie et risquent de compromettre l'efficacité de toute autre forme de soutien ou d'accompagnement à la vie quotidienne, sociale ou professionnelle.

À l'inverse, pour des personnes très isolées, présentant des difficultés d'hygiène personnelle et d'incurie du logement, connaissant des difficultés sociales et de santé complexes et intriquées, ou au contraire aspirant à s'inscrire dans des activités sociales ou professionnelles, le secteur psychiatrique n'est pas à même, seul, de répondre à l'ensemble des besoins de ces patients. En résumé, la dégradation de l'état de santé mentale d'une personne agit directement sur sa manière d'habiter ainsi que sur sa manière d'entretenir son logement. Le bailleur doit donc pouvoir trouver un interlocuteur lorsque la situation de son locataire se dégrade (plus de contact, repli sur soi, troubles de voisinage, défaut manifeste d'entretien du logement occasionnant des nuisances à l'entourage). Ces éléments constituent des signaux d'alerte au risque de devenir des points de crispation avec le voisinage. Il s'agit d'éviter de la sorte les phénomènes de stigmatisation.

Il y a donc ici un fort enjeu lié au maintien dans le soin et nécessite que la psychiatrie (pas seulement les équipes mobiles psychiatrie-précarité qui se déplacent auprès des personnes non logées) se déplace dans le lieu de vie des personnes.

Emploi

« 50 % des patients atteints de schizophrénie ne travailleront jamais, 30 % pourront travailler dans le cadre d'un emploi protégé et les 20 % restants atteindront un emploi avec une qualification inférieure à celle à laquelle ils auraient pu prétendre avant le début de leur maladie²⁰ ».

²⁰ Granger B., Naudin J., op. cit., p. 67.

« Selon différentes enquêtes, il y aurait entre 9 000 et 30 000 personnes en situation de handicap d'origine psychique en demande d'emploi ou concernées par des démarches d'insertion professionnelle, 8 % des personnes handicapées psychiques seraient accueillies par Cap emploi, mais moins de 5 % feraient l'objet d'un placement dans l'emploi »²¹.

Le taux de chômage des personnes en situation de handicap est de 24 %²². Parmi elles, les personnes handicapées psychiques sont les plus touchées. En 2011, l'IGAS indiquait que 60 % d'entre elles perçoivent une allocation, principalement l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Après le logement, l'emploi est le deuxième point noir pour les personnes souffrant de maladies mentales. Un des premiers freins à l'emploi des personnes handicapées psychiques est sans doute constitué par la méconnaissance qu'ont de leurs troubles les entreprises et les partenaires de l'insertion et la coordination perfectible entre les différents acteurs sanitaires, médico-sociaux et du champ de l'insertion professionnelle.

De ce fait, trop peu de patients occupent un emploi, le nombre d'emplois protégés pour les personnes handicapées psychiques est insuffisant et pour celles qui en disposent, qu'il soit protégé ou non, on constate un trop faible étayage en termes d'accompagnement dans l'emploi, celui-ci incombant au collectif de travail dans son ensemble, à l'employeur mais aussi à des accompagnants extérieurs (associations spécialisées).

Or, occuper un emploi, outre l'importance que cela revêt pour le niveau de vie de la personne concernée, constitue une condition essentielle de sa réhabilitation et de son insertion au sein de la société.

L'insertion professionnelle, que ce soit en milieu ordinaire ou protégé, est un enjeu majeur, d'autant plus qu'elle interagit avec les problématiques sociales et de soin.

Il ne faut pas non plus omettre le fait qu'une personne pouvait travailler avant d'être malade. Sa maladie peut entraîner une difficulté de maintien dans l'emploi, ce qui justifiera la mise en place de démarches spécifiques et adaptées pour parvenir à ce maintien.

²¹ « La prise en charge du handicap psychique », rapport IGAS, août 2011.

²² Marie-Claude Barroche, présidente de la Fédération Nationale des Associations Gestionnaires pour l'Accompagnement des personnes handicapées PSYchiques (AGAPSY), lors des journées nationales handicap psychique et emploi, 2 et 3 juillet 2013, Paris, co-organisées par la Fédération Agapsy et l'association Galaxie. En partenariat avec la FASM Croix-Marine.

Au-delà de ce constat, il convient également de rappeler qu'en matière d'emploi, les textes issus de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées réaffirment la priorité au « *maintien dans un cadre ordinaire de travail* ». Ils concrétisent également le principe de non-discrimination et d'égalité de traitement dans l'emploi, et renforcent enfin l'obligation d'emploi dans les entreprises de plus de vingt salariés en y ajoutant diverses obligations de moyens (renforcement de l'obligation de reclassement en cas d'inaptitude, nécessité pour l'employeur de mettre en place des « *mesures appropriées* » pour favoriser l'égalité de traitement à l'embauche, mais également en cours d'emploi : accès à la formation, évolution professionnelle, maintien dans l'emploi).

L'ensemble de ces constats conduisent à la nécessité d'agir à la fois sur le partenariat entre les différents acteurs mais aussi en matière d'information et de déstigmatisation de la maladie mentale.

1.2 Les propositions destinées à éviter les ruptures de prise en charge et à améliorer les parcours de santé et de vie

Diverses propositions d'amélioration ont été évoquées lors des auditions par la mission et permettent, après analyse, d'évoquer des pistes générales ou spécifiques susceptibles de faire évoluer positivement les parcours des personnes. Plusieurs expériences probantes nous invitent également à envisager leur extension.

1.2.1. Les propositions d'ordre général : des dispositifs et des collaborations entre les acteurs à renforcer

Améliorer l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques

Trois mesures peuvent être envisagées pour améliorer cet aspect essentiel :

- Mettre en place une articulation forte entre urgences psychiatriques et urgences somatiques ainsi qu'entre acteurs sanitaires, sociaux (notamment bailleurs) et médico-sociaux.
- Mettre en place des équipes spécialisées dans tous les centres hospitaliers pour accueillir les personnes handicapées psychiques.
- Développer le suivi somatique des usagers et les bilans de santé somatique systématiques dans tous les établissements médico-sociaux.

Développer les relations entre médecin traitant et psychiatrie

Ce développement et ce renforcement requièrent quelques évolutions :

- Mettre en place une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint, permettant aux médecins généralistes d'obtenir l'avis d'un professionnel de psychiatrie à propos de l'un de leurs patients et de mettre en place une prise en charge adaptée.
- Mettre en place un numéro unique à disposition des médecins généralistes afin d'adresser rapidement un patient vers le secteur psychiatrique²³.
- Assurer des liens écrits réciproques entre médecin traitant et psychiatre, ainsi que l'envoi d'un courrier détaillé du psychiatre au médecin généraliste, conformément à la recommandation de bonne pratique adoptée par le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), et labellisée par la Haute autorité de santé (HAS), visant à améliorer les échanges de courrier entre médecins généralistes et psychiatres²⁴.

Mettre en place une prise en charge plus précoce par divers moyens

- **La précocité de la prise en charge passe d'abord par la précocité du diagnostic**, qui implique une meilleure formation initiale des médecins généralistes, pédiatres, médecins et infirmiers scolaires, médecins du travail, et une meilleure collaboration entre tous ces acteurs du soin.
- **Des dispositifs expérimentaux intersectoriels d'intervention précoce pour certains troubles mentaux sévères** (schizophrénie, troubles de l'humeur, etc.).

²³ Expérience menée à Rouen : l'établissement de santé mentale a créé une unité recevant toutes les urgences, quel que soit le secteur d'origine du patient, et des consultations 24h/24 sont mises en place au sein du CHU pour les prises en charge en urgence.

²⁴ Ce sera le cas à partir de janvier 2017 en application de la loi de modernisation de notre système de santé (article 95) et du décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison : « Art. R. 1112-1-1. – Le praticien qui adresse un patient à un établissement de santé accompagne sa demande d'une lettre de liaison synthétisant les informations nécessaires à la prise en charge du patient dont il dispose sur son lieu d'intervention, dans le respect des conditions prévues à l'article L. 1110-4 (...) ». « Art. R. 1112-1-2. – I. – Lors de la sortie de l'établissement de santé, une lettre de liaison, rédigée par le médecin de l'établissement qui l'a pris en charge, est remise au patient par ce médecin (...) qui s'assure que les informations utiles à la continuité des soins ont été comprises. « Dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2, la lettre de liaison est transmise le même jour, au médecin traitant et, le cas échéant, au praticien qui a adressé le patient ».

- **Pour les troubles débutants, prévoir des modalités moins traumatisantes que l'hospitalisation**, par exemple de petites unités de quelques places réservées aux premiers épisodes schizophréniques de l'adolescence, type centre de crise ou centre de thérapie brève.
- **Mettre en place des centres ressources régionaux handicaps psychiques**, sur le modèle des centres thématiques existants, qui ont fait leurs preuves.

Renforcer la continuité et la diversité des soins et de l'accompagnement et donc :

- **Développer les techniques cognitivo-comportementales**, au titre de l'indispensable diversité de l'offre, et du fait de l'apparition de ces techniques nouvelles de soins et de rééducation, en évaluant leur efficacité.
- **Développer la remédiation cognitive** et mettre en place une structure de remédiation cognitive par territoire de santé mentale dont la fonction serait d'assurer des rééducations, d'en assurer l'évaluation, mais aussi de former les professionnels d'autres structures à cette technique de réhabilitation psychosociale susceptible d'améliorer grandement le parcours de vie de certains usagers de la psychiatrie, comme par exemple ceux qui souffrent de schizophrénie.
- Dans le même esprit, on facilitera le développement des **programmes de psychoéducation type ProFamille**, et tout programme susceptible d'améliorer les cognitions en complémentarité des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.
- **Poursuivre la réflexion et la mise en œuvre de la télémédecine**, de la télé-expertise et de la télé-consultation, dans le cadre de protocoles de recherche²⁵.
- **Permettre l'accès aux diverses psychothérapies** et ne pas cantonner les psychiatres à la seule prescription médicamenteuse, ni à un modèle unique de psychothérapie. Ces psychothérapies devront être évaluées, au même titre que n'importe quel autre type de traitement.
- **Laisser aux acteurs des possibilités d'action et d'innovation**, en évitant au mieux les contraintes normatives de protocoles et de procédures trop rigides.

²⁵ Exemple de la remédiation cognitive assistée par ordinateur depuis 6 ans (logiciel PRESCO) mise en place à Rouen, dans des territoires très étendus (des patients sont à plus de 80 km), avec des outils pilotés à distance par des psychologues. Les patients sont très demandeurs car ils constatent leur évolution. Ils ne sont jamais seuls pendant les séances et font un point à la fin. Un opérateur de téléphonie fournit des tablettes aux patients.

- **Renforcer l'accessibilité des centres médico-psychologiques (CMP)** par une amplitude d'ouverture plus adaptée aux besoins des usagers (soirs et week-ends par exemple).
- **Favoriser l'accès à la culture et aux sports**, deux leviers essentiels pour l'accompagnement des personnes (liens étroits avec la fédération de sport adapté, par exemple, mise en place de chèques culture ou sport, ateliers d'expression ou d'écriture, etc.).

Renforcer la collaboration entre les acteurs des secteurs sanitaire, social et médico-social

La plupart des dispositifs existent sur le terrain, même s'ils ne sont pas présents de façon identique dans l'ensemble des territoires. L'amélioration des parcours passe donc souvent davantage par une plus grande collaboration entre les acteurs et une redéfinition de leurs missions respectives que par la création de nouvelles structures.

- **Mettre en place une articulation forte entre acteurs sanitaires, sociaux (notamment bailleurs) et médico-sociaux au sein des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**, comprenant des cellules opérationnelles de gestion des cas complexes concernant des partenaires divers : l'hôpital, la municipalité, la police nationale ou municipale, la gendarmerie, le service départemental d'incendie et de secours (SDIS), les centres communaux d'action sociale (CCAS), le parquet, les bailleurs, l'office des HLM, etc. Des expériences probantes existent dans ce domaine, démontrant un fort engagement collectif des professionnels et une baisse très significative des hospitalisations sous contrainte dans le respect du secret médical (cf. dispositifs innovants en annexes). Cette articulation concerne aussi les questions d'emploi et de logement. Elle devrait être adaptée aux besoins des territoires : par exemple CLSM dans les zones urbaines avec un fort accent mis sur le logement, et groupements de coopération sanitaire dans les zones rurales en lien avec des centres de santé.
- **Contractualisation entre établissements sanitaires et médico-sociaux**, garantissant la continuité des parcours, impulsée par les ARS avec élaboration d'indicateurs de suivi prenant en compte la notion de coordination des parcours.

- **Mettre en place des référents parcours pour chaque patient**, garants du parcours du patient, de l'articulation avec le médico-social et de l'intervention à domicile, en capacité de traiter l'ensemble des problématiques, notamment le logement.
- **Renforcer le volet santé mentale et psychiatrie des contrats locaux de santé.**
- **Mettre en place des structures de répit**, permettant aux familles en charge d'un patient lourdement atteint d'avoir quelque répit dans la journée ou dans la semaine (type accueil de jour ou plateforme de répit Alzheimer).

1.2.2 Les propositions spécifiques concernant certains types de publics

La psychiatrie infanto-juvénile

Plusieurs propositions sont formulées dans ce domaine :

- **Repousser la limite de l'âge de prise en charge en psychiatrie adulte** à 18 ans et plus au besoin, et mettre en place une phase de transition cohérente entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale.
- **Axer fortement les actions de prévention sur la psychiatrie infanto-juvénile.**
- **Diagnostiquer de manière précoce les troubles du spectre autistique**, en utilisant au mieux les compétences des centres ressources autisme. **Mettre en œuvre partout le 3^{ème} plan autisme (2013-2017).**
- **Développer une instance spécifique de santé mentale au sein des conseils locaux de santé mentale (CLSM)** pour enfants et adolescents, afin de garantir leur parcours, et y intégrer une commission enfance et petite enfance comprenant les professionnels de la santé scolaire, de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection maternelle et infantile (PMI), de la pédiatrie et des maternités.
- **Intégrer pleinement les maisons des adolescents dans le parcours des jeunes**, conforter leur rôle de coordination des parcours et des partenaires, mais aussi de prévention, de repérage, de diagnostic, de soin ou d'orientation vers le soin, et les renforcer en matière de personnel (psychologues, infirmiers). Elles doivent permettre un accueil rapide, une évaluation minimum et l'élaboration d'un projet d'accompagnement, sans pour autant se substituer aux missions d'autres acteurs.
- **Valoriser le temps passé en prévention avec les équipes éducatives** des écoles, crèches, haltes-garderies.
- **Créer, dans le secteur médico-social, des dispositifs d'accueils et de scolarisation pour de petits groupes d'adolescents** ayant des capacités supérieures aux enfants des classes pour l'inclusion scolaire (CLIS, devenues ULIS depuis 2015), mais trop troubles pour être au collège ou au lycée, avec un enseignant dédié.
- **Articuler les soins de longue durée et l'insertion sociale**, à l'instar de certains centres de postcure (soins, études, hébergement) qui répondent bien à la logique de parcours.
- **Prévoir des dispositifs d'urgence pour les moins de 18 ans**, somatiques et psychiatriques.

La psychiatrie des personnes âgées

Dans ce domaine aussi, la mission a recueilli des propositions d'amélioration qu'elle souhaite retenir :

- **Création d'équipes mobiles d'intervention précoce** susceptibles de se déplacer dans les EHPAD, particulièrement pour prévenir les rechutes ou les crises chez des usagers de la psychiatrie, crises et rechutes susceptibles de perturber les autres résidents.
- **Création d'équipes mobiles de gérontopsychiatrie (EMGP)**, auxquelles peuvent faire appel les médecins généralistes. Ces équipes peuvent assurer des suivis et faire le lien entre tous les partenaires du territoire de santé dans une logique de parcours de vie pour les personnes atteintes de troubles démentiels, type Alzheimer, comme pour les usagers vieillissants de la psychiatrie, qu'ils résident à leur domicile, en établissement médico-social ou en EHPAD.
- **Collaboration entre établissements autorisés en psychiatrie et établissements sociaux et médico-sociaux** sur le problème spécifique de la prescription et de l'administration des psychotropes.
- **Traitement explicite de la gérontopsychiatrie** dans le projet territorial de santé mentale.

Propositions pour la prise en charge des personnes ayant un handicap psychique

- **Faire du SAMSAH le pivot de la prise en charge des handicapés psychiques** et confier aux SAVS et aux SAMSAH un rôle d'articulation du sanitaire, du social et du médico-social.
- **Clarifier les rôles des SSIAD, SAVS et SAMSAH** et éviter leur mise en concurrence.
- **Créer des outils d'évaluation des besoins complémentaires à ceux des MDPH.**
- **Créer des centres ressources handicap psychique** susceptibles d'évaluer les capacités fonctionnelles de la personne, ses besoins de soins et d'accompagnement.
- **Élaborer un plan national interministériel consacré au handicap psychique.**
- **Assouplir les orientations préconisées par les MDPH**, car les besoins des personnes peuvent évoluer, et **procéder à des orientations offrant plusieurs solutions possibles** (foyer de vie, maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé par exemple).

- **Mieux anticiper les sorties des ITEP** grâce à un suivi psychiatrique régulier ne se contentant pas de gérer les crises.
- **Verser les aides à l'emploi automatiquement à tout sortant d'ESAT.**

La prise en charge des personnes présentant une addiction

Trois propositions principales ont été retenues, concernant les pratiques professionnelles, l'organisation de la filière et le partenariat :

- **Privilégier l'approche intégrative et le travail en réseau.**
- **Envisager le regroupement des activités relatives à l'addictologie dans une filière unique.**
- **Mettre en place des partenariats sous l'égide des CSAPA**, entre psychiatrie, gastro-entérologie, neurologie, le secteur social et médico-social, les associations néphalistes.

Les personnes en situation de précarité

La mission a recueilli sur le sujet assez peu de propositions. Il est néanmoins possible d'en formuler plusieurs.

- **Multiplier les équipes mobiles psychiatrie-précarité**, sectorielles ou intersectorielles.

Ces équipes doivent pouvoir intervenir partout : hébergements d'urgence, accueils de jour, centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), tout type de logements (squats, hôtels, etc.), restaurants du cœur, antennes du secours populaire et du secours catholique. Elles doivent pouvoir prendre en compte les problèmes complexes présentés par les réfugiés et les migrants et pouvoir s'assurer le plus rapidement possible de l'assistance de traducteurs.

- **Initier la même démarche, sous l'égide de l'ARS**, à partir des hôpitaux généraux pour que des **équipes mobiles de soins somatiques** interviennent dans les mêmes endroits en coordination complète avec les équipes mobiles psychiatrie-précarité
- **Prendre en compte l'ensemble des problématiques**, qui sont dans la majorité des cas socio-économiques et sanitaires (somatiques et psychiatriques). Mettre en place une triple démarche : hébergement, accompagnement socio-éducatif de réinsertion et soins.

- **Assurer la présence d'une permanence d'accès aux soins de santé psychiatrique** dans les gros centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

Les personnes malades non ou mal logées

La question de l'accès et du maintien dans le logement, couplée avec celle de l'intervention à domicile des professionnels de la psychiatrie, est essentielle afin d'améliorer la prise en charge des usagers et leur parcours de soins. La mission émet plusieurs propositions d'amélioration :

- **Généraliser le programme « un chez-soi d'abord », ou tout programme comparable.**

L'objectif est de procurer d'abord un logement à des personnes à la rue souffrant de troubles mentaux graves, sans condition de traitement ni d'abstinence en cas d'addiction à des produits, et de mettre en place un suivi intensif par une équipe pluridisciplinaire dédiée, sur le plan social comme sur le plan sanitaire (psychiatrique et somatique). Les résultats très probants de l'expérimentation menée à Marseille, Toulouse, Lille et Paris, à l'initiative du gouvernement, plaident pour une déclinaison de ce dispositif dans d'autres villes ou agglomérations. L'évaluation de ce programme, financé par l'État et piloté par le ministère du logement en collaboration avec la DGS et la DGCS, a montré des résultats très positifs : 86 % des personnes sont toujours dans leur logement après 24 mois de suivi, avec une amélioration significative de leur qualité de vie, de leur rétablissement et une baisse de leurs symptômes. Et 30 % des personnes accompagnées ont été orientées vers l'emploi et la formation, ce qui a permis ainsi leur inclusion sociale et citoyenne.

- **Prévoir, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, une convention de partenariat s'appliquant plus particulièrement entre hôpitaux gérant des secteurs de psychiatrie et bailleurs** afin de faciliter le maintien dans le logement lors de la sortie d'hospitalisation.
- **Faciliter la mise en place de dispositifs communaux ou intercommunaux, mettant en lien bailleurs et usagers et offrant un accompagnement socio-éducatif et sanitaire**, en liaison avec les secteurs psychiatriques, à l'instar de l'association « la Maison du Logement » (agglomération dacquoise – Landes).
- **Créer une cellule de réinsertion par le logement au sein des CLSM.**
- **Offrir un éventail de solutions de logements** : maison-relais, logement diffus avec accompagnement, avec ou sans colocation, avec recours aux baux glissants.

- **Inscrire dans le projet régional de santé (PRS) la programmation de l'accès à l'hébergement et au logement**
- **Mettre en place sur le sujet un groupe de travail régional** associant l'ensemble des acteurs, y compris les bailleurs, copiloté par le Préfet de région et le Directeur général de l'agence régionale de santé. Cette politique régionale alimentera les projets territoriaux.
- **Créer des unités mobiles pluridisciplinaires d'intervention à domicile d'urgence**, susceptibles d'intervenir à domicile à la demande des parents, des voisins, des bailleurs, des gardiens d'immeuble, après une sortie d'hospitalisation.
- **Mettre en place des SSIAD pouvant intervenir en centre d'hébergement comme en logement individuel**, en prévention d'hospitalisation comme en post-hospitalisation, comme par exemple le service d'accompagnement au maintien à domicile (SAMAD) de l'agglomération chartraine (Eure-et-Loir) qui bénéficie à des personnes souffrant de troubles psychiatriques dont la situation de handicap n'a pas encore été reconnue par la MDPH et qui résident dans un logement indépendant.

Les personnes malades dépourvues d'emploi

Différentes mesures, toutes inspirées de dispositifs existants, ont été retenues :

- **La création de structures de type « clubhouse ».**

Une seule existe actuellement à Paris. L'objectif est de résoudre à la fois la question de l'emploi et celle du logement (voir dispositifs innovants en annexe). Il serait souhaitable de permettre le financement de clubhouse via l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), afin de mettre en place des centres ressources.

- **L'inscription dans une logique de « travailler d'abord »** : envisager la mise en place de dispositifs d'accompagnement à l'emploi en lien avec des chefs d'entreprise, en garantissant d'intervenir en cas de besoin et de difficulté dans l'entreprise. Encourager les usagers qui refusent le travail en entreprise à des activités de création (arts plastiques, poésie, etc.)
- **Mettre en place des ateliers de pédagogie spécialisée** proposant des actions sur-mesure pour les personnes atteintes de pathologies lourdes, avec accompagnement en entreprise (voir dispositifs innovants en annexe).
- **Développer les ESAT qui proposent des prestations hors les murs** permettant d'insérer les travailleurs handicapés dans des environnements de travail ordinaire, comme par exemple l'ESAT de Lille (Nord) et celui de Bassens (Gironde).

Ces ESAT, à la manière de certaines entreprises adaptées, proposent à leurs salariés des prestations contractuelles à des municipalités, des associations, des entreprises privées ou des particuliers. Les salariés peuvent travailler à temps partiel.

Chaque salarié bénéficie d'un référent professionnel l'aidant à optimiser son travail et son parcours professionnel.

- **Réserver des places pour les handicapés psychiques dans les ESAT.**

Les soins aux personnes détenues

La mission a retenu les propositions suivantes :

- **Sanctuariser les moyens dévolus à la prise en charge des troubles psychiatriques en prison.**
- **Faciliter les conditions d'exercice des professionnels de la psychiatrie en prison en coopération avec le ministère de la Justice.**
- **Établir une continuité entre unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), soins psychiatriques en unité sanitaire et suivi psychiatrique post-carcéral** en n'oubliant pas que la sortie de détention est une période de réadaptation très délicate.
- **Inciter les professionnels du service médico-psychologique régional (SMPR) à porter une attention soutenue aux trois périodes critiques de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif :**
 - les jours qui suivent l'incarcération,
 - les jours qui précèdent et qui suivent le procès,
 - les jours qui précèdent la sortie.
- **Obligation pour l'équipe assurant les soins psychiatriques de la prison d'informer systématiquement le secteur psychiatrique du domicile du détenu dès qu'elle le prend en charge**, afin d'articuler de manière cohérente les soins entre l'intérieur et l'extérieur de la prison.
- **Obligation pour la justice et l'administration pénitentiaire d'informer au moins 72 heures à l'avance des dates de libération ou de mouvement des détenus suivis par les équipes psychiatriques de la prison**, de façon à ce que ces équipes aient la possibilité d'organiser les relais avec la psychiatrie de secteur du domicile du patient détenu libéré. Il y a parfois des récurrences liées à l'absence de suivi psychologique pour les petits délinquants multirécidivistes dont l'une des caractéristiques psychologiques est l'intolérance à la frustration génératrice de passage à l'acte impulsif.

NOTA BENE : Les évolutions en termes de tarification et de parcours, quelle qu'en soit la forme (aménagement de la dotation annuelle de financement, tarification à l'activité, financement au parcours, etc.), devront s'attacher à inciter à la prise en charge des parcours, au développement de l'extra hospitalier et de l'accompagnement social. Il n'est pas sûr que la tarification à l'activité, sauf à entrer dans une très grande sophistication, soit l'outil le plus adéquat pour inciter à la prise en charge sous forme de parcours.

II – FAIRE ÉVOLUER LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES, LES MÉTIERS ET LA FORMATION

2.1 Les constats en matière de pratiques professionnelles, de métiers et de formations

Sur la thématique des métiers, des formations et des pratiques professionnelles, les constats suivants s'imposent :

2.1.1 Les constats relatifs aux formations

2,3 % seulement des psychiatres sont universitaires, ce qui entraîne un taux d'encadrement très faible des internes (1 pour 16 internes). On compte une centaine de professeurs des universités-praticiens hospitaliers en France. Les crédits de recherche réservés à la psychiatrie s'élèvent à seulement environ 2 ou 3 % (11 % aux USA et 7 % en Grande Bretagne).

La très grande majorité des recherches sont faites par des hospitalo-universitaires, et presque jamais par les praticiens du secteur. 10 % des patients psychiatriques sont suivis en CHU. Le potentiel hospitalo-universitaire français est trop peu mentionné et mis en valeur. Il doit être renforcé et une augmentation des crédits pour la recherche devrait être envisagée.

Les formations des professionnels sont cloisonnées entre le sanitaire, le social et le médico-social : les aspects sociaux et médico-sociaux sont, par exemple, peu évoqués devant les médecins. Actuellement, la formation des psychiatres prévoit deux stages de six mois hors psychiatrie et les étudiants choisissent en majorité la neurologie (à 90 %), puis la médecine générale voire la pédiatrie.

La formation des médecins est jugée trop centrée sur les pratiques seulement hexagonales et seulement médicales, trop éloignée des pratiques de terrain : pas de chaire de psychiatrie sociale, pas assez d'épidémiologie, pas de notion concernant le partenariat médico-social et social.

Par ailleurs, un retard est constaté pour la formation relative au handicap psychique et à l'autisme, à la fois pour les psychiatres, les pédiatres, les orthophonistes, les psychologues, les psychomotriciens et les pharmaciens. Celle des médecins généralistes est insuffisante en psychiatrie.

La formation des infirmiers est assez disparate, parfois en décalage par rapport à l'état des connaissances et insuffisante pour ceux qui souhaitent travailler en psychiatrie.

Une mauvaise répartition des psychologues est constatée sur le territoire national et leur exercice à l'hôpital peut être quelquefois isolé.

2.1.2 Les constats relatifs aux pratiques professionnelles

La recherche en épidémiologie et en sciences sociales est peu développée, la recherche est encore très centrée sur la neurologie, et la coordination entre les chercheurs reste limitée.

Concernant les pratiques professionnelles stricto sensu, un glissement informel de tâches est déjà à l'œuvre entre psychiatres et psychologues, psychiatres et infirmiers, compte tenu entre autres de la charge de travail et des vacances de postes de psychiatres dans certains territoires. Cet aspect doit conduire à mener une réflexion essentielle car 40 % des psychiatres vont partir en retraite d'ici 2020. Cette réflexion devrait être facilitée par la capacité massivement partagée chez les soignants à interroger leurs pratiques.

D'autre part, certaines pratiques professionnelles (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales) sont encore peu développées.

2.2 Les propositions destinées à faire évoluer les pratiques professionnelles, les métiers et la formation

2.2.1 Les propositions relatives aux formations

- **Pour les médecins généralistes**, il est proposé d'inclure dans leur formation un stage en établissement psychiatrique (3^{ème} cycle).

- **Pour les psychiatres**, plusieurs évolutions sont proposées :

- Travail dans le cadre de la réforme du DES (diplôme d'études spécialisées) de psychiatrie afin de renforcer la dimension psychiatrique médico-légale (prison, soins légalement ordonnés) et pharmacologique.

- Envisager une ouverture sur l'étranger pour la formation initiale, ainsi qu'une formation continue sur le champ social, médico-social, épidémiologique et la psychoéducation.
- Maintenir la formation commune entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte.
- Mettre en place des sur-spécialités en psychiatrie légale et psychiatrie de la personne âgée avec allongement de l'internat d'une durée d'un an.
- Mettre en place des stages couplés :
 - découverte des dispositifs sociaux et médico-sociaux d'aval, essentielle pour appréhender les différents types de structures intervenant aux différentes étapes du parcours du patient,
 - mais aussi stages couplés hospitalier/libéral (c'est possible réglementairement mais ce n'est pas systématiquement proposé dans les maquettes de formation).
 - Instaurer, pour les internes de psychiatrie, un stage en psychiatrie libérale et un dans le champ médico-social.
 - Instaurer un stage des étudiants psychiatres en médecine générale et inversement : avoir des internes dans les cabinets libéraux (stages) et le médico-social, à l'instar de ce qui se fait avec les médecins généralistes et les internes, avec une supervision très stricte du psychiatre.
 - Instaurer un stage en psychiatrie de liaison en identifiant certaines structures en termes de formation afin de les labelliser "centre ressources en psychiatrie de liaison".
 - Instaurer une formation à l'éducation thérapeutique du patient.

- Pour les infirmiers :

- Renforcer l'accueil des patients par un infirmier pour un premier rendez-vous, comme cela se fait souvent en pratique et comme le prévoit le décret de compétence à propos du rôle propre de l'infirmier (article R. 4311-5 du code de la santé publique, point 40 : entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire). La formation initiale et les psychiatres doivent prendre en compte ce rôle.
- Renforcer le tutorat pour les infirmiers nouvellement affectés en psychiatrie.

- Prévoir la possibilité d'une 4^{ème} année de formation option psychiatrie (master 1 et 2), comme cela est souhaité par l'immense majorité des professionnels, qui pourrait comprendre un stage de compagnonnage sur le terrain.
- Mettre en place des stages de pédopsychiatrie pour les infirmiers scolaires.
- La formation initiale doit, dans ses modules de psychiatrie, faire état des pratiques thérapeutiques et éducatives qui ont fait leurs preuves.

- Pour les psychologues :

- Prévoir un module de formation pour les psychologues, incluant entre autres les modes d'hospitalisation psychiatriques, l'organisation du secteur, les textes en matière de santé mentale.
- Former les psychologues à recevoir les patients pour un premier rendez-vous en CMP.
- Développer l'internat clinique ou les formations professionnalisantes avec stage à l'hôpital.

- Pour les sages-femmes :

- • Rendre obligatoire un stage de 2 semaines en psychiatrie générale et/ou infanto-juvénile, ce qui leur permettra de se familiariser avec l'approche des patients atteints de troubles mentaux et d'être sensibilisées à l'éventuelle souffrance psychique des parturientes et des nouveau-nés.
- Renforcer les compétences théoriques des sages-femmes en psychiatrie pour leur permettre de mieux prendre en compte certains signes présentés par les mères ou leurs enfants.

- Pour les orthophonistes :

- Rendre plus attractif l'exercice de la profession d'orthophoniste dans la fonction publique hospitalière, particulièrement pour la psychiatrie infanto-juvénile.

- Propositions transversales :

- Créer un master santé mentale ouvert aux éducateurs, infirmiers, psychologues, gestionnaires de tutelle et autres professionnels du sanitaire et du social.

- Créer un master transversal « *santé mentale* » pour les coordonnateurs et créer des postes de coordonnateurs de conseils locaux de santé mentale.
- Créer plusieurs diplômes universitaires de remédiation cognitive.
- Proposer des formations communes sur les troubles mentaux et la réinsertion sociale aux professionnels de santé mentale, aux médecins généralistes, pharmaciens et infirmiers libéraux.
- Proposer des formations adaptées sur les mêmes sujets aux familles qui le désirent.
- Développer les médiateurs de santé/pairs, notamment en leur faisant animer des groupes de parole.
- Développer la présence des métiers d'éducateur, moniteur-éducateur, auxiliaire de vie sociale, aide médico-psychologique, animateur socioculturel, familles d'accueil, conseiller en économie sociale et familiale.
- Organiser une information et/ou des formations dispensées par des équipes de psychiatrie pour les policiers, les gendarmes, les pompiers, les mandataires judiciaires, les bailleurs sociaux et privés, les gardiens d'immeubles, et toutes personnes susceptibles d'être assez régulièrement en rapport avec des usagers de la psychiatrie.
- Disposer d'un plan national de formation continue sur le handicap psychique, à intégrer dans les projets d'établissement des hôpitaux et des structures médico-sociales.
- Mettre en place des formations croisées entre psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie adulte.
- Organiser des modules communs de formation interprofessionnels, dans les instituts de travail social et les instituts de formation en soins infirmiers.
- Prévoir des formations pour les personnels administratifs des hôpitaux.

2.2.2 Les propositions relatives aux pratiques professionnelles

- **Développer la culture de l'évaluation en psychiatrie : il s'agit d'une impérieuse nécessité, afin que la totalité de la psychiatrie rejoigne les préoccupations d'une « médecine fondée sur les preuves ».** La singularité de la discipline psychiatrique est indéniable mais elle ne saurait justifier une impossibilité à s'inspirer des pratiques probantes lorsqu'elles existent :

- Développer de manière collective et individuelle l'évaluation des pratiques professionnelles en fonction des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques et en tirer concrètement les conséquences par une évolution des pratiques.
- Définir un nouveau modèle de financement des soins psychiatriques valorisant les prises en charge ambulatoires.
- Développer de manière partenariale les recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM, sociétés savantes, travaux universitaires ou non universitaires) : en particulier, les recommandations conjointes HAS-ANESM méritent d'être multipliées.
- Favoriser l'analyse des pratiques dans les établissements de santé comme dans les établissements médico-sociaux.
- Utiliser les compétences des structures régionales d'évaluation, lorsqu'elles existent, et favoriser leur création lorsqu'elles n'existent pas.
- Développer la recherche sur les systèmes de soins et les projets prenant en compte leurs aspects socioculturels et économiques.
- Demander à la HAS d'investir davantage le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, et de prévoir l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques dans le manuel de certification des établissements.
- Renforcer les moyens du centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines pour qu'il puisse remplir une mission nationale.
- Faire mieux connaître les travaux du centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille.

- Favoriser les délégations de compétences et de tâches

- Les infirmiers peuvent pratiquer un entretien initial dans le respect de leur décret de compétences. Ils doivent pouvoir pratiquer en routine des entretiens, que ce soit en pratique hospitalière, en pratique extrahospitalière ou en établissement social ou médico-social.

La formalisation des délégations de tâches au sens de l'article 51 de la loi HPST peut favoriser ce dispositif : les ARS veilleront à ce qu'elles se développent.

- La fonction des psychologues doit être clairement précisée dans les établissements de santé comme dans les établissements sociaux et médico-sociaux : accueil de nouveaux patients, passation de tests, psychothérapies ou rééducations individuelles, aide au travail d'équipe. Elle doit être formalisée et adaptée aux besoins de la structure ; il est regrettable que la délégation de tâches, au sens de l'article 51 de la loi HPST, ne soit pas possible en faveur des psychologues puisqu'ils n'appartiennent pas à une profession de santé, même lorsqu'ils sont psychologues cliniciens.

- Favoriser le développement professionnel continu de tous les personnels.

- Favoriser les échanges avec d'autres équipes françaises ou étrangères.

III – PROMOUVOIR ET RENFORCER LA CITOYENNETÉ DES PERSONNES MALADES

3.1 Les constats relatifs à la citoyenneté des personnes malades et à la déstigmatisation de la maladie mentale

3.1.1 Les constats en matière de citoyenneté et de droits des usagers

Les droits des usagers ont fait l'objet d'importants progrès à l'époque contemporaine (lois du 2 janvier 2002, du 4 mars 2002, du 11 février 2005, du 5 juillet 2011 sur les hospitalisations sans consentement, loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement et loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé).

Cependant, la psychiatrie ayant dans ses pratiques la possibilité d'hospitaliser une personne sans son consentement, la question des droits des usagers est certainement un peu plus sensible dans le domaine de la santé mentale. A titre d'illustration, il est à noter que le nombre total de saisines du juge des libertés et de la détention (JLD) dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement a augmenté en 2014 (70.807 saisines en 2014 contre 65.200 l'année précédente), de même que le nombre de mainlevées accordées (passant de 5.476 à 5.699). Au total, 3.596 demandes de contrôle ont été sollicitées par le patient ou une « *personne agissant dans son intérêt* », contre 2.975 en 2013. Cette hausse s'explique, pour une part, par l'augmentation des saisines opérées par les patients ou leur entourage.

Les pratiques sont parfois différentes d'un service à un autre sur des dimensions fondamentales comme la contention, l'accès à un téléphone portable, le maintien des liens avec la famille, la vidéosurveillance dans les chambres des patients les plus en difficulté.

Les solutions les moins respectueuses des droits des patients sont constatées dans les institutions où il n'y a pas eu de réflexion collective organisée. De ce point de vue, rien ne justifie de mettre les droits des patients entre parenthèses lors d'une crise.

Par ailleurs, il est noté que les lois de 2011²⁶ et 2013²⁷, si elles ont réalisé un gros effort de procédure, n'ont pas assez mis l'accent sur la formation et l'information des magistrats dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie.

Également, des avancées très significatives ont été réalisées ces dernières années concernant les locaux des établissements de santé mentale, qui « *imposent de pourchasser les exceptions qui subsistent* »²⁸

Concernant la représentation des usagers, et donc de l'expression de leurs droits par représentants interposés, a été constatée la difficulté de représentation des usagers dans les établissements de santé mentale, du fait notamment que les structures sont éclatées en de nombreuses structures hospitalières et extra hospitalières.

3.1.2 Les constats relatifs à la déstigmatisation de la maladie mentale

La maladie mentale, et la psychiatrie, sont encore très stigmatisées de nos jours, ce qui renforce le comportement de déni des malades car la reconnaissance d'une maladie mentale est extrêmement difficile pour la personne qui en est atteinte. Ce constat vient de plusieurs facteurs, tous liés à l'environnement sociétal :

- D'abord, ces sujets sont encore tabous et restent trop peu abordés hors des cercles professionnels, et notamment dans le milieu scolaire et professionnel.
- Ensuite, les médias jouent un rôle essentiel dans la stigmatisation, par l'utilisation de termes décontextualisés (autiste, schizophrène) et par le fait que la psychiatrie soit traitée dans les rubriques « société », non dans la presse médicale, et presque toujours sous l'angle de la violence et du danger.
- Enfin, une forme de culpabilité (parfois de culpabilisation) souvent forte pèse sur les familles, qui éprouvent de grandes difficultés à communiquer sur la pathologie dont souffre leur proche.

²⁶ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

²⁷ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

²⁸ Jean-Marie Delarue, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté (entretien avec la mission).

3.2 Les propositions destinées à renforcer la citoyenneté et les droits des personnes malades, et à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale

3.2.1 Les propositions destinées à renforcer la citoyenneté des personnes malades

L'amélioration de la citoyenneté des malades atteints de pathologies psychiatriques pourra passer par :

- Le développement des groupes d'entraide mutuelle (GEM).
- La formation à la citoyenneté, qui devrait être intégrée dans les projets d'établissement des établissements de santé et médico-sociaux.
- La création d'associations d'anciens usagers sur le principe de l'entraide par les pairs.

3.2.2 Les propositions destinées à renforcer les droits des usagers de la psychiatrie

Plusieurs mesures peuvent être envisagées afin d'accroître les droits des usagers en psychiatrie :

- Rédiger un règlement intérieur dans chaque établissement sur les questions relatives aux droits fondamentaux, notamment l'adaptation des droits des patients à la crise, élaborer et utiliser les recommandations de bonnes pratiques comme elles qui existent concernant la contention.
- Accroître la représentation au sein des établissements publics de santé :
 - Nommer plus de deux représentants des usagers dans les établissements publics de santé mentale.
 - Nommer trois représentants des usagers au sein des conseils de surveillance des établissements publics de santé généraux : 1 pour le MCO (médecine-chirurgie-obstétrique), 1 pour les personnes âgées et 1 pour les malades psychiatriques.
 - Proposer à chaque établissement de santé mentale, sur la base du volontariat, d'organiser chaque année une séance du conseil de surveillance dont l'ordre du jour soit prévu exclusivement par les représentants des usagers ou que chaque séance comporte systématiquement un ou plusieurs points de son ordre du jour présentés par lesdits représentants.

- Renforcer la démocratie en santé :
 - Prévoir des modalités spécifiques afin de mieux prendre en compte la parole et les propositions des usagers dans les instances : par exemple, dans le rapport annuel de toutes les structures et de toutes les instances, rendre obligatoire l'intégration du rapport des usagers en annexe.
 - Assurer la participation effective des usagers dans le cadre des visites de certification.
 - Demander aux ARS de lancer des appels à projets sur la démocratie sanitaire en direction des établissements de santé mentale, sur la base d'un cahier des charges précis, élaboré en partenariat avec les représentants des usagers.
 - Inviter les conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) à élaborer des propositions en régions.

- Généraliser le dispositif de la personne de confiance.

3.2.3 Les propositions destinées à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale

Plusieurs propositions sont faites concernant les aspects médiatiques, de communication et partenariaux :

- **Agir en direction de la sphère médiatique :**
 - « Jumeler » les promotions d'internes en psychiatrie et celles de journalistes :
 - Organiser des stages en psychiatrie pour les journalistes comme cela se fait déjà dans certaines écoles de journalisme et des stages de communication pour les internes.
 - Mettre en place des modules de formation pour les journalistes en poste.

 - Elaborer une « *charte de communication positive en psychiatrie* » (sur le modèle de ce qui s'est fait en oncologie), mettre en place une communication plus positive et l'articuler avec les enjeux concrets dans les territoires, notamment pour l'accessibilité des logements sociaux pour les personnes handicapées psychiques.

- **Envisager un travail de communication :**

Avec l'agence nationale de santé publique (ANSP), pour toutes les campagnes qui ont prouvé leur efficacité : à titre d'exemple, « *PSYCOM Information et Santé mentale* »²⁹ réalise des travaux dans le domaine de l'information, la lutte contre la stigmatisation, la promotion des droits et de la participation des usagers, la formation (notamment la gestion du secrétariat général du collectif national des semaines d'information sur la santé mentale, via un financement de la DGS et de l'INPES).

La qualité des travaux menés par PSYCOM justifie qu'on s'en inspire afin de généraliser ce type de démarches, en particulier la diffusion de brochures favorisant la déstigmatisation de la maladie mentale. Ces démarches méritent pleinement d'être soutenues et financées par les pouvoirs publics et leurs opérateurs, principalement l'INPES, en ce qu'elles permettent non seulement de mieux connaître la maladie mentale, et donc de mieux la comprendre, mais aussi d'agir davantage en matière de prévention dans la communauté et dans la cité.

- **Mettre en place des campagnes locales**, en lien avec les usagers et les pairs (les programmes locaux, impliquant les usagers et adaptés aux différents publics, sont à privilégier) sur la base des expériences qui ont fait leurs preuves en France ou à l'étranger.
- **Développer les partenariats favorisant l'inclusion des personnes dans la cité :**

À titre d'exemple, ce doit être le cas avec l'Éducation nationale : informations des élèves concernant les maladies mentales et les troubles mentaux, formations des enseignants et des autres personnels pour favoriser la sensibilisation à ces maladies, partenariats entre notamment la psychiatrie infanto-juvénile, la protection maternelle et infantile (PMI) et le service de santé scolaire.

²⁹ Cf annexes, rubrique relative aux dispositifs innovants.

IV – DÉFINIR ET METTRE EN PLACE LA NOUVELLE ORGANISATION TERRITORIALE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ MENTALE : UN PANIER DE SERVICES INDISPENSABLES DANS TOUS LES TERRITOIRES

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre du système de santé ancrera dans les pratiques institutionnelles la logique du territoire, au sein duquel s'effectueront les parcours de santé des personnes présentant des troubles psychiques.

Pour une bonne part du public ayant besoin de soins psychiatriques, ces parcours sont longs et complexes. Ils associent des temps de soins (dépistage, interventions d'urgence et de crise, soins hospitaliers et ambulatoires, libres ou sans consentement, soins de réhabilitation psycho-sociale), des temps d'accompagnement médico-social plus ou moins soutenus, des temps d'actions d'inclusion, portés par les acteurs sociaux dans l'objectif de favoriser l'insertion ou la réinsertion sociale des personnes, en lien avec des politiques portées par les collectivités territoriales ou les services déconcentrés d'autres ministères.

Ces temps ne sont pas nécessairement des étapes successives mais peuvent être simultanés.

C'est autour de la situation singulière de chaque patient, qui doit être au centre des préoccupations des acteurs, que ces derniers doivent s'organiser pour être complémentaires. L'organisation des soins devra donc se penser au sein de territoires, dont le périmètre recouvre l'aire géographique de professionnels qui, au mieux, se connaissent et travaillent déjà ensemble. Ces territoires ont des caractéristiques sociodémographiques et de morbidité qui permettent d'effectuer des constats partagés, et de définir des objectifs prioritaires communs aux professionnels et aux usagers.

L'article 69 de la loi de modernisation de notre du système de santé fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie, la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale.

À cet égard, il opère une clarification sur la responsabilité des différents acteurs qui interviennent dans la santé mentale et pose un cadre pour l'élaboration future de textes réglementaires sur les conditions d'organisation pour répondre aux besoins des personnes.

Le concept de santé mentale auquel l'article 69 fait référence est celui dont l'OMS a donné la définition, dont le contenu va bien au-delà de la prise en compte des personnes atteintes de troubles mentaux : « *La santé mentale est une composante essentielle de la santé* », la santé étant définie comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

De cette définition, il ressort que ce qui est susceptible de compromettre la santé mentale couvre un champ qui va du mal-être psychosocial aux troubles mentaux sévères et persistants (essentiellement troubles schizophréniques et troubles bipolaires et apparentés), en passant par les troubles mentaux fréquents (plus légers et/ou transitoires, états dépressifs, troubles anxieux, personnalités pathologiques, addictions, etc.), et qu'elle prend en compte les dimensions du soin et de la prévention, mais également de l'insertion sociale.

Des évolutions majeures sont intervenues au cours des dernières décennies, qui ont rendu incontournable le partage des responsabilités dans les parcours de santé :

- ***dans l'évolution de la demande*** : extension importante de la demande autour de troubles mentaux fréquents, de populations spécifiques (adolescents, personnes âgées) ou autour de problématiques sociales (précarité, disqualification sociale, stress au travail, situation des réfugiés et des migrants) ;
- ***dans le champ sanitaire*** : évolutions thérapeutiques qui rendent difficile le maniement de l'ensemble des techniques par une seule équipe, développement du rôle du médecin traitant, de la psychiatrie libérale, d'établissements autorisés en psychiatrie non sectorisés ;
- ***dans le champ médico-social*** : développement d'une offre d'établissements et services ayant compétence dans l'accompagnement vers l'insertion ; loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui, en reconnaissant l'existence d'un handicap psychique, ouvre la voie au développement de compétences d'accompagnement, en ambulatoire ou en établissements ;
- ***dans le champ social*** : l'impact, en lien avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux, des politiques de la ville, de l'Éducation nationale, du logement, du travail sur l'insertion des personnes est désormais reconnu.

L'article 69 s'inscrit sans ambiguïté dans le droit fil des intentions visionnaires ayant préfiguré en France, avant même la mise en place de la psychiatrie de secteur en 1960, le concept de parcours de santé des personnes souffrant de maladie mentale. C'est en effet en 1959, à Tours, au 57^{ème} congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française qu'Henri Duchêne évoque pour la première fois le concept de continuité des soins et que Lucien Bonnafé propose « *de mettre en place une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourent à la protection de la santé mentale pour desservir un secteur maximum de 100 000 habitants* », au nom de ce nouveau concept.

L'article 69 s'appuie sur l'expérience fructueuse qui en a découlé et repense la politique de santé mentale ainsi que l'organisation de la psychiatrie en fonction des évolutions survenues depuis lors dans les champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

C'est pourquoi cet article affirme aujourd'hui une mission spécifique de psychiatrie de secteur, inscrite dans le cadre plus global d'une politique de santé mentale, mission que nul autre qu'elle n'est en mesure d'assurer.

En raison du large spectre que recouvre la notion de santé mentale, de la complexité de nombreuses situations, de la diversité des intervenants concernés et du fait que chacun des acteurs ne peut, à lui seul, répondre à l'ensemble des besoins, la politique de santé mentale s'inscrit nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale (PTSM).

Le PTSM facilitera le parcours de l'utilisateur, en mettant en relation tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans ce parcours : médecins généralistes, familles et proches, psychiatrie de secteur et psychiatrie privée, associations d'utilisateurs, élus locaux, pédiatres, infirmières libérales, enseignants et éducateurs, professionnels du social et du médico-social, de la police et de la justice, des services d'urgence hospitalière et de soins somatiques, d'aide à l'enfance et d'aide au logement, de l'insertion professionnelle et des entreprises.

Les territoires de santé mentale seront définis de manière à couvrir l'ensemble du territoire régional et suffisamment étendus pour rassembler l'ensemble des acteurs susceptibles d'y contribuer ainsi que l'ensemble des modalités et techniques permettant un repérage précoce et des prises en charge diversifiées, tant en matière de soins que d'accompagnement à l'insertion.

Ils constitueront un espace de coordination territoriale de second niveau, au-delà des offres de soins et d'accompagnement déployées en proximité des populations (y compris par les professionnels de premier recours et la psychiatrie de secteur).

Ces espaces de démocratie en santé qui associent également les élus et les usagers, et dont les ARS devront s'assurer de la réelle vitalité, feront l'objet de constats partagés appelés diagnostics territoriaux partagés en santé mentale (DTSM) destinés à en repérer les lacunes et à définir des actions prioritaires de changement.

Les ARS disposeront notamment des contrats territoriaux de santé mentale (CTSM) comme leviers de ce changement, qui poseront le cadre des garanties de l'accès à un « panier de soins et de services » indispensables pour répondre aux besoins de la population du territoire concerné par un PTSM.

Pour être efficaces, il paraît indispensable que ces propositions relatives au panier de soins et de services se traduisent dans un texte réglementaire structurant.

4.1 Le secteur psychiatrique rénové dans le cadre du projet territorial de santé mentale

C'est le député Denys Robiliard qui a utilisé le premier, dans son rapport de mission au Parlement (2013), cette locution « *le secteur rénové* ». Il en résume sa conception par cette phrase : « *il est impératif de rénover le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif* ».

Cette prise en charge intégrée, Édouard Couty l'envisageait déjà dans son rapport à Mme la Ministre de la santé (2009), en souhaitant que soit votée une loi susceptible d'intégrer « *les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus* ».

La loi de modernisation de notre système de santé a l'ambition, dans son article 69, de mettre en œuvre cette rénovation du secteur, tout en restant dans la ligne des circulaires fondatrices du 15 mars 1960 et du 14 mars 1972, et de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, mais aussi des différentes circulaires ayant progressivement amélioré le secteur, étayées par les rapports de plusieurs missions (Demay en 1982, Zambrowski en 1986, Massé en 1993, Psychiatrie et grande exclusion en 1996, Piel et Roelandt en 2001, Cléry-Melin en 2003, Couty en 2009 et Robiliard en 2013), particulièrement la circulaire du 14 mars 1990.

Il reste aussi dans la ligne des textes ayant contribué au développement du secteur médico-social, contemporain de la naissance du secteur psychiatrique :

- décret du 9 mars 1956 et arrêté du 7 juillet 1957 fixant les conditions de création des instituts médico-éducatifs et médico-professionnels,
- décret du 13 avril 1962 relatif au placement familial des personnes âgées ou infirmes,
- circulaire du 20 juillet 1970 regroupant sous l'appellation IME (institut médico-éducatif) les instituts précités en en fixant la conception générale, la planification, les conditions de fonctionnement et les financements,
- loi n°75-534 du 30 juillet 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

4.1.1 Des missions précisées

La loi de modernisation de notre système de santé affirme clairement que le secteur psychiatrique est en charge d'une « *mission* », assurée « *par des équipes pluri-professionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé* », mission qu'il est possible de décliner comme suit, et dont la présence complète dans chaque territoire apparaît indispensable pour un soin et un accompagnement de qualité.

1°) *Le secteur psychiatrique facilite, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, le parcours de l'usager, en relation avec tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans ce parcours* : médecins généralistes, familles et proches, associations d'usagers, élus locaux, pédiatres, infirmières libérales, enseignants et éducateurs, professionnels du social et du médico-social, de la police et de la justice, des services d'urgence hospitalière et de soins somatiques, d'aide à l'enfance et d'aide au logement, de l'insertion professionnelle et des entreprises.

2°) *Il contribue à une mission de dépistage, de diagnostic précoce, de soins et de prévention*, en mettant à disposition des usagers un ou plusieurs centres de consultations et de soins ambulatoires leur permettant un accès facile et rapide, susceptible d'éviter ou d'amoindrir le handicap lié à leur pathologie. Il articule concrètement cette mission avec celle des médecins généralistes, mais aussi avec celle des établissements hospitaliers par le biais de la psychiatrie de liaison.

3°) *Il offre des possibilités d'hospitalisation psychiatrique en établissement sanitaire ou à domicile* qu'il articule avec l'offre privée de son territoire, dans le souci d'éviter les hospitalisations trop longues ou inadéquates, qui sont toujours source de désavantages surajoutés pour le patient.

4°) *Il oriente les usagers vers les organismes de réinsertion sociale adaptés* (accès au logement, à la scolarisation et à la formation professionnelle, au travail et accès aux droits sociaux) *avec lesquels il collabore.*

5°) En fonction des réalités et des besoins de son territoire, *il participe à des structures sectorielles ou intersectorielles spécialisées* (périnatalité, adolescence, précarité, psychogériatrie ou autres) ou les met en place si elles n'existent pas.

6°) *Il prend part, autant que faire se peut, à des programmes de recherche et s'organise pour que l'évaluation des pratiques professionnelles prenne toute sa place :*

- Il tient compte des recommandations des sociétés savantes et de la HAS, tout en participant à l'évolution desdites recommandations et à leur possible critique ;
- Il enrichit et évalue ses pratiques, en relation avec le centre de preuves, les équipes universitaires de psychiatrie les plus proches, les centres ressources et les structures régionales d'évaluation ;
- Afin de ne pas limiter son action à un modèle théorico-pratique unique et exclusif, il élargit son offre à la totalité des ressources thérapeutiques, éducatives et rééducatives qui ont fait leurs preuves, comme évoqué plus haut : techniques cognitivo-comportementales, réhabilitation psychosociale (notamment la mise en place d'une structure de remédiation cognitive par territoire de santé mentale), programmes de psychoéducation type ProFamille, et tout programme susceptible d'améliorer les cognitions en complémentarité des traitements médicamenteux, psychothérapiques et psychanalytiques.

Le souci d'évaluation, qui n'est pas encore unanimement partagé, devra se retrouver sur tous les territoires au nom du respect de l'utilisateur.

7°) *Il participe à la formation initiale des professionnels de la santé et du secteur social et médico-social comme à leur développement professionnel continu*, en collaboration avec les psychiatres universitaires, les instituts de formation en soins infirmiers et les instituts de formation aux carrières sociales.

8°) *Il participe de manière active et partenariale à la prévention, à l'information et à l'éducation thérapeutique*, en s'inscrivant dans les campagnes nationales ou régionales thématiques comme en initiant des pratiques innovantes liées aux particularités de son territoire, de ses besoins et de ses ressources, et en valorisant celles qui existent.

9°) *Il participe, sous l'égide de l'ARS, à la réflexion sur les besoins du territoire, du département ou de la région, en structures adaptées aux soins des usagers* porteurs de troubles mentaux et à la prise en compte des handicaps qu'ils entraînent. Il participe à la mise en œuvre de ces structures dans le cadre du diagnostic et du projet territorial.

10°) *Il remplit sa mission de diagnostic, de soin et de prévention des troubles mentaux aux personnes incarcérées ainsi qu'à celles sortant de détention*, et participe à leur réinsertion sociale, dans un cadre réglementaire spécifique.

4.1.2 Des dispositifs et services diversifiés indispensables dans chaque projet territorial de santé mentale

Dans le cadre du projet territorial de santé mentale, et pour mettre en œuvre ces missions, le secteur rénové doit pouvoir disposer, en propre ou en coopération, d'un ensemble de structures et de services, dans lesquels exerce une équipe pluri-professionnelle sous la responsabilité d'un médecin psychiatre et d'un cadre supérieur de santé. Il est en relation étroite avec d'autres structures et services indispensables au trajet de vie des usagers de la psychiatrie, mais pas obligatoirement gérés, ni dirigés, par lui.

4.1.2.1 Le dispositif de soins

Ce dispositif doit répondre au mieux à la définition de la qualité des soins formulée par l'OMS : c'est une « *démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ».

Conformément à l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé, chaque secteur est organisé en fonction du projet d'établissement de l'établissement de santé de service public désigné pour assurer la mission de psychiatrie de secteur. À ce titre, il est membre du GHT (groupement hospitalier de territoire) auquel participe cet établissement. Il peut être associé, pour l'élaboration d'un projet médical commun, à d'autres GHT, et/ou constituer, avec d'autres établissements publics, une communauté psychiatrique de territoire dans le même objectif.

Il s'inscrit, par ailleurs, obligatoirement dans un projet territorial de santé mentale.

On rappellera que si le secteur, en tant que service public, est dans l'obligation de recevoir tous les usagers qui s'adressent à lui ou qui lui sont adressés, y compris hors secteur, les usagers ont, eux, le droit de s'adresser au secteur de leur choix pour une consultation, un suivi ambulatoire, une hospitalisation de même qu'ils ont le droit de choisir à leur guise un service universitaire, un établissement ou un psychiatre privé.

1°) Chaque projet territorial de santé mentale (PTSM) devra prévoir la mise en place, pour les adultes et les enfants, d'une permanence téléphonique ouverte 24 h/24 pour les usagers ou leurs proches, les médecins généralistes de garde, le centre 15 et les urgences hospitalières, les services sociaux, les établissements sociaux ou médico-sociaux, ou toute personne faisant appel aux professionnels du territoire. L'établissement autorisé en psychiatrie devra y participer ou mettre en place ce service s'il n'existe pas.

- L'existence concrète de cette permanence, la qualité humaine et les compétences des professionnels qui l'assurent, doivent être le reflet très clair de la fonction essentielle d'accueil du secteur psychiatrique rénové.
- Les professionnels de cette permanence seront particulièrement attentifs à donner des réponses adaptées aux proches et aux familles désemparées par la pathologie d'un des leurs. Ils devront impérativement être formés de manière efficace à cette activité fondamentale.

2°) Chaque secteur devra disposer d'un certain nombre de réponses aux besoins sous forme ambulatoire et en hospitalisation

La politique de secteur bénéficie des moyens financiers nécessaires à ses missions et à ses activités, sous forme d'une enveloppe fléchée qui ne pourra en aucun cas servir de variable d'ajustement budgétaire à son hôpital de rattachement, qu'il soit un centre hospitalier général ou un établissement spécialisé, mais qui pourra être modulée par l'ARS en fonction de la mise en œuvre effective des dites missions et activités.

3°) Le secteur de psychiatrie générale reçoit les patients majeurs et dispose pour ce faire d'un ou de plusieurs centres médico-psychologiques (ou d'un CMP unique et d'antennes)

- On privilégiera toujours leur insertion dans la cité, au plus près des usagers. Sachant la stigmatisation dont sont encore victimes nos concitoyens porteurs de pathologies psychiatriques, la signalisation de ces CMP sera claire mais discrète, et les véhicules de service utilisés par les équipes de professionnels seront banalisés.

- Élément fondamental du secteur, le CMP assure aux usagers les consultations des psychiatres, des psychologues, des infirmiers et de tout autre professionnel habilité, mais aussi les soins à domicile et les prestations ambulatoires spécialisées ; des consultations avancées pourront être prévues, en maison de santé pluridisciplinaire par exemple.
- L'établissement hospitalier, au travers d'équipes spécialisées exerçant notamment au sein des CMP, devra s'assurer que :
 - les familles et les proches des usagers trouvent au sein de ces équipes, s'ils le souhaitent, aide, appui et soutien ;
 - les diverses activités des structures et services du secteur sont articulées, à commencer par le secrétariat du secteur, doté d'un numéro de téléphone unique qui est aussi celui de la permanence téléphonique ;
 - s'établissent les liaisons fonctionnelles avec les structures du sanitaire, du médico-social et du social, les services et les associations engagés dans l'insertion sociale, les représentants des usagers et des familles d'usagers ;
 - les activités de psychiatrie de liaison sont mises en place et coordonnées avec les services somatiques des établissements MCO.
- Son organisation doit permettre de recevoir des usagers en dehors de l'horaire classique d'ouverture 9 heures / 17 heures. Un patient y venant pour la première fois doit pouvoir y être reçu très rapidement (délai inférieur à une semaine) pour un premier entretien infirmier, psychologique ou médical. Tout patient doit pouvoir être reçu au CMP beaucoup plus rapidement si ses troubles le nécessitent et si son état le permet.
- Dans les territoires peu peuplés et très étendus, ou d'accès difficile, on facilitera l'accès aux CMP en envisageant le remboursement des transports avec l'assurance-maladie.

4°) *L'établissement autorisé en psychiatrie dispose de lits d'hospitalisation, en service libre comme sans consentement*, dans lesquels il exerce sa mission de soins aux usagers en phase initiale aigüe de leur maladie ou en phase de rechute

- L'hospitalisation d'un patient peut s'y réaliser sous quatre formes :
 - hospitalisation libre
 - soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)
 - soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)
 - soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'État (SPDRE)

- L'équipe affectée à ces lits veille à ne pas prolonger ces hospitalisations au-delà de l'obtention du résultat escompté lors de l'admission et prépare la sortie dès cette admission, afin d'éviter d'ajouter la chronicisation de l'usager à l'éventuelle chronicité de sa maladie.

La sortie du service d'hospitalisation et le suivi ambulatoire devront être soigneusement préparés avec le patient, son entourage, son médecin traitant ou un médecin généraliste, les services sociaux si besoin et toute autre structure, service ou professionnel propre à l'accompagner dans son parcours de vie.

On sait que cet indispensable travail, lorsqu'il est correctement effectué, permet de prévenir un grand nombre de rechutes évitables. La mise en place d'une coordination de proximité, par le biais de binômes de référents sanitaire/social (ou médico-social), devra être encouragée, afin d'alléger les saisines directes des services de psychiatrie de secteur.

- L'équipe veillera soigneusement à ne pas prolonger de manière inutile les hospitalisations sous contrainte, à mettre en œuvre les bonnes pratiques et à limiter de manière drastique quelque forme de contention que ce soit, comme l'y oblige la loi de modernisation de notre système de santé.
- Le secteur collabore ou participe à l'accueil du service d'urgence de son hôpital de rattachement.
- Le secteur de psychiatrie générale doit assurer un suivi intensif au domicile des patients chaque fois que l'état du patient le nécessite.
- Le secteur transformera progressivement ses hôpitaux de jour déjà créés en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les hôpitaux de jour, outils de travail indispensables à la « *déchronicisation* » des patients au début de la mise en place de la psychiatrie de secteur, se sont révélés être à leur tour de possibles lieux de chronicisation et de stigmatisation.

Chaque fois qu'il le pourra, il proposera des prestations en temps partiel, dont il conviendra de modifier le mode de financement de sorte que le secteur ne soit pas pénalisé.

5°) Outre les CMP, le projet territorial de santé mentale devra prévoir des soins ambulatoires, proposés par exemple au sein des CATTP, ateliers thérapeutiques, accueil familial ou tout autre dispositif souple et innovant de soins ambulatoires susceptible de répondre de manière personnalisée aux besoins des usagers d'un territoire donné.

En fonction de ce double impératif de souplesse et d'innovation, on valorisera ces prestations et, de ce fait, on modifiera autant que de besoin le guide méthodologique de production du RIM-P et le questionnaire de la SAE.

6°) Les professionnels du secteur de psychiatrie assureront, dès le premier contact avec un patient et/ou ses proches, une information claire et précise sur le fonctionnement de son dispositif, les soins mis à sa disposition et les professionnels qui les prodiguent.

- En effet, les informations données d'emblée aux patients et à leurs proches sont d'une importance capitale. Parmi les soins mis à sa disposition, on lui proposera toujours une large palette de possibilités ainsi que des entretiens à visée psychothérapique ou éducative, adaptés à sa situation.
- En cas d'hospitalisation, lui seront remis le livret d'accueil de l'établissement et le règlement intérieur du service.
- En cas de soins sans consentement, ses droits lui seront rappelés dès que possible de manière orale et écrite, et devront faire l'objet d'un accompagnement oral.
- L'éducation thérapeutique est une autre forme d'information : effets thérapeutiques et effets secondaires des traitements médicamenteux (psychotropes) et physiques (électro-convulsivothérapie) seront expliqués au patient. Celui-ci prendra part à l'évaluation de ces effets.

7°) Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile décline en proximité les orientations du projet territorial de santé mentale, reçoit les enfants et les adolescents et prépare le relai avec le secteur de psychiatrie adulte.

- Il assure une mission de diagnostic précoce, de soins thérapeutiques, éducatifs et rééducatifs et de soutien attentif aux familles, le plus souvent en étroite relation avec l'école, mais aussi avec l'Aide sociale à l'enfance (ASE) et la Protection maternelle et infantile (PMI).

- Il propose différentes prestations, ou permet l'accès à celles-ci, parmi lesquelles paraissent indispensables :

- des soins au centre médico-psychologique (CMP) ou à domicile, en lien étroit avec la famille de l'enfant, sa famille d'accueil ou son représentant légal, délivrés par une équipe pluridisciplinaire aux compétences diversifiées pouvant être rattachées au sein d'un ou plusieurs CMP (ou un CMP et ses antennes) ;
- des soins en matière de psychiatrie périnatale, au sein de laquelle les professionnels travaillent avec les maternités du territoire, et avec la PMI, avec possibilités sectorielles ou intersectorielles d'hospitalisation mère-bébé ;
- des prestations de soins à temps partiel en lien avec l'école (au sein d'un CATTTP et/ou un atelier thérapeutique) :
 - ✓ les anciens hôpitaux de jour devront progressivement se transformer en CATTTP et/ou en atelier thérapeutique, même si la pathologie lourde de certains enfants peut nécessiter une durée importante de prise en charge (excédant 3 heures) et incluant une prise de repas ;
 - ✓ en la matière, il est très important de fournir aux jeunes patients un éventail très large, très souple et très innovant de prestations préservant au mieux leur vie familiale, leur insertion scolaire, leurs activités sportives et culturelles ;
 - ✓ comme pour les CATTTP du secteur de psychiatrie générale, on veillera à valoriser ces prestations et, de ce fait, à modifier autant que de besoin le guide méthodologique de production du RIM-P et le questionnaire de la SAE, en fonction de ce double impératif de souplesse et d'innovation.
- des soins psychiatriques intensifs, évitant les hospitalisations inadéquates de jeunes mineurs en pédiatrie ou en psychiatrie adulte, via une unité sectorielle ou intersectorielle d'hospitalisation plein-temps, notamment de réponse à la crise ;
- des interventions auprès d'adolescents, soit à domicile, soit dans des lieux dédiés (maison des adolescents, point-écoute jeunes, etc.) en dehors des horaires scolaires dans le cadre d'une équipe mobile.

8°) Le secteur, ou plusieurs secteurs regroupés, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, déploient des moyens en personnel (psychiatres, psychologues, infirmiers, etc.), sur un territoire donné, pour assurer des soins psychiatriques adaptés :

- Aux usagers les plus précarisés (sans travail et sans logement) dans le cadre d'EMPP (équipes mobiles psychiatrie-précarité) sectorielles ou intersectorielles :
 - o Les personnels seront obligatoirement formés à l'abord social et thérapeutique de ces publics, travailleront en étroite relation avec les PASS (permanences d'accès aux soins de santé) et participeront à l'élaboration des PRAPS (programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis).
 - o Ils seront en relation permanente avec les équipes d'hébergement d'urgence, d'accueil de jour, de CHRS (centre d'hébergement et de réinsertion sociale), de SAMU social et d'associations d'aide au public concerné. Des permanences très régulières seront assurées auprès de ces publics.
- Aux personnes âgées vivant à domicile ou en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) dans le cadre d'équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé, sectorielles ou intersectorielles.
- Aux personnes handicapées.
- Aux patients des services MCO (médecine chirurgie obstétrique) des établissements de santé du territoire concerné, sous la forme d'une équipe de psychiatrie de liaison.
- Plus globalement, chaque secteur développera la délégation de tâches ou coopération au sens de l'article 51 de la loi hôpital patients santé territoires (HPST).

Certaines structures de recours spécialisées au sein de la discipline, qui ne peuvent pas toutes être installées partout, doivent néanmoins être accessibles à l'ensemble de la population. Lorsqu'elles existent déjà, il convient de les valoriser et, si nécessaire, de les compléter et d'organiser leur coopération avec les acteurs de proximité.

9°) Les médecins et les professionnels du territoire de santé mentale établissent des liaisons avec les professionnels de santé de 1^{er} recours :

- Médecins généralistes, infirmières libérales, pharmaciens d'officine, auxiliaires de santé, mais aussi avec les médecins spécialistes avec lesquels ils sont susceptibles de collaborer (neurologues, gastro-entérologues, alcoologues, gériatres, etc.) et des structures de soins de proximité : hospitalisation à domicile, soins à domicile, CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie), etc.
- Les projets territoriaux de santé mentale devront impérativement prévoir un accès facile à des soins somatiques pertinents et efficaces, que ce soit pour des patients hospitalisés ou pour des patients stabilisés suivis en ambulatoire.

Les psychiatres comme les médecins généralistes seront particulièrement attentifs aux problèmes somatiques induits par les troubles mentaux chroniques et par les effets secondaires des traitements médicamenteux (psychotropes) et physiques (électro-convulsivothérapie). Ils mesureront toujours au mieux, à l'aune des connaissances scientifiques les plus récentes sur ces sujets, le rapport bénéfice-risque de ces traitements chaque fois qu'ils sont proposés à un de leurs patients.

- Le psychiatre de secteur, comme le psychiatre privé, devra considérer le médecin généraliste comme son premier partenaire dans la cité.

Il devra lui adresser systématiquement un courrier suffisamment documenté lors de la sortie d'un de ses patients hospitalisés, et, envisager avec lui, de manière précise, la conduite à tenir pour assurer au patient le meilleur suivi possible et pour éviter les ruptures du parcours de soins.

Des consultations conjointes rassemblant le médecin généraliste et le psychiatre seront proposées, tout comme une formation continue des généralistes dans le cadre du DPC (développement professionnel continu). Si le patient n'a pas de médecin généraliste référent, son psychiatre devra l'inciter et l'aider à en choisir un.

10°) Les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile renforcent leur participation aux missions et aux travaux des MDPH. Ils établissent des liens, au moins sous forme de conventions, mais aussi en intégrant ou en créant des réseaux permettant des formations et des réflexions communes, voire des projets communs, avec les services et établissements sociaux et médico-sociaux de leur territoire, afin de prendre part de façon plus intensive à la construction des parcours des personnes :

- CCAS (centre communal d'action sociale)
- ASE (aide sociale à l'enfance)
- CAMSP (centre d'action médico-sociale précoce)
- MECS (maison d'enfants à caractère social)
- IME (institut médico-éducatif)
- ITEP (institut thérapeutique, éducatif et pédagogique)
- SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
- MAS (maison d'accueil spécialisé)
- FAM (foyer d'accueil médicalisé)
- FO (foyer occupationnel)
- SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour les personnes handicapées)
- ESAT (établissement et service d'aide par le travail)
- EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
- CRP (centre de rééducation professionnelle)
- CHRS, hébergements d'urgence, accueils de jour.

La formule du groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens rassemblant l'hôpital concerné, ainsi que les établissements et services sociaux et médico-sociaux du territoire, paraît très adaptée, notamment pour une fonction de groupements d'employeurs, permettant de mutualiser des ressources rares (professionnels de santé répartis à temps partiel sur plusieurs établissements).

Cette collaboration indispensable pose cependant le problème du partage d'informations et du secret professionnel, qui ne peut être tranché que par une évolution législative autour de la notion de secret partagé.

11°) *Un certain nombre de centres hospitaliers disposent d'une UMD (unité pour malades difficiles)*

Y sont admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) des patients présentant une dangerosité avérée et durable, des patients reconnus comme non pénalement responsables des crimes ou délits qu'ils ont commis, des détenus atteints de troubles mentaux au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale.

L'histoire des UMD (unités pour malades difficiles) a montré qu'un certain nombre de patients y étaient hospitalisés plus du fait de l'incapacité de certains services à gérer les troubles du comportement de leurs patients qu'à la gravité ou à la dangerosité de ces troubles. Les représentants de l'État (directeurs généraux d'ARS et Préfets) veilleront donc à n'avoir recours à ce type d'hospitalisation qu'en cas de nécessité absolue et à ne pas les prolonger inutilement.

12°) *Les soins de psychiatrie en milieu pénitentiaire*

On sait la surreprésentation des personnes atteintes de troubles mentaux aigus ou chroniques dans les établissements pénitentiaires. On sait aussi les difficultés à leur apporter des soins adaptés à leur pathologie et à leur milieu de vie carcéral. L'accès aux soins psychiatriques est très inégal selon les régions et les établissements pénitentiaires.

- L'équipe de soins psychiatriques, rattachée à un établissement hospitalier public, prend en charge les mineurs et les majeurs porteurs de troubles mentaux pendant leur incarcération, à condition qu'ils acceptent cette prise en charge.
- Il dispose pour cela d'un service médico-psychologique régional (SMPR), doté d'une équipe pluridisciplinaire à l'instar des deux autres types de secteur.
- Il peut aussi avoir à disposition une UHSA, unité hospitalière spécialement aménagée dans un hôpital habilité, apte à accueillir des détenus en hospitalisation temps plein, avec ou sans consentement.
- Contrairement à l'unité pour malades difficiles, l'unité hospitalière spécialement aménagée est en rapport direct avec l'institution pénitentiaire qui gère les transferts des détenus, contrôle leurs entrées et sorties de l'unité, et peut intervenir dans ses locaux à la demande expresse de l'équipe soignante.

Les soins aux détenus devront se traduire par une prise en charge adaptée, graduée et différenciée, tenant compte de la spécialisation des établissements pénitentiaires, et être intégrés dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

Dans ce cadre, l'organisation territoriale devra notamment garantir concrètement les conditions de suivi psychiatrique d'un patient à sa sortie de l'établissement pénitentiaire.

13°) Les CEF (centres éducatifs fermés) feront l'objet d'une grande attention, du fait des troubles mentaux fréquents chez les jeunes qui y sont maintenus :

Les services de la PJJ (protection judiciaire de la jeunesse) et les personnels des centres éducatifs fermés établiront des collaborations avec le champ sanitaire destinées à combler les disparités en matière de soins somatiques et psychiques constatées à plusieurs reprises ces dernières années par le contrôleur général des lieux de privation de liberté.

14°) Le projet territorial de santé mentale prévoira la mise en place, s'il n'en existe pas déjà, d'un ou de plusieurs conseils locaux de santé mentale (CLSM)

- Le CLSM s'inscrit dans la lignée du conseil de santé mentale de secteur préconisé déjà par la circulaire du 15 janvier 1974, réaffirmé par les circulaires et les rapports de mission ultérieurs, et bien rarement mis en place.
- Ce conseil réunira sur son territoire tous les acteurs de proximité (professionnels du public et du privé, usagers, élus, administrations locales, police, justice et gendarmerie, mais aussi associations du domaine de l'aide alimentaire, de l'accès aux soins et au logement, du soutien aux étrangers sans papiers) engagés, à un degré ou à un autre, dans la mise en place concrète de la politique nationale de santé mentale et de sa déclinaison locale (dispositif de soins et d'insertion sociale).
- Ce conseil de santé mentale pourra constituer en son sein une cellule opérationnelle de gestion de cas complexes, chaque fois que ce dispositif est adapté au territoire, notamment à sa taille, en s'assurant du respect du secret partagé concernant les échanges d'informations entre les membres de la cellule. Les ARS et les professionnels impulseront la création de CLSM sur les territoires non couverts.

4.1.2.2 Le dispositif d'insertion sociale

Ce dispositif n'est ni dirigé, ni géré par le secteur psychiatrique et son hôpital de rattachement, à l'exception de quelques établissements sociaux ou médico-sociaux (EHPAD, CAMPS, MAS par exemple) gérés par des hôpitaux. Il est étroitement articulé avec le dispositif de soins et participe au conseil de santé mentale.

1°) L'insertion sociale des usagers de la psychiatrie atteints de troubles mentaux chroniques handicapants commence par la préservation de leur droit au logement, particulièrement pour les usagers adultes.

- On encouragera toute association ou service susceptible de fournir un logement stable aux personnes présentant un handicap psychique comme aux personnes en situation de précarité, parmi lesquelles on sait le pourcentage important d'usagers de la psychiatrie. Un étayage fort du maintien dans le domicile devra être assuré.
- Le maintien au domicile de tous les patients doit être recherché en priorité. Il ne doit pas être pour autant source d'isolement, de désinsertion sociale et d'abandon des soins.

Il devra s'accompagner d'un suivi diligent orchestré si possible par le médecin généraliste, l'assistant(e) de service social et les professionnels du CMP, incluant les professionnels susceptibles d'intervenir à domicile :

- Équipe de secteur
- SESSAD (service d'éducation spéciale et de soins à domicile)
- SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
- SSIAD (service de soins infirmiers à domicile)
- SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés) ;

Les SAVS (financés par le département) et les SAMSAH (à double tarification) ont une fonction très importante dans l'insertion et la réhabilitation psychosociale des usagers de la psychiatrie.

Ces services ne doivent pas se concurrencer mais se compléter, de même qu'ils ne doivent pas entrer en concurrence avec les équipes mobiles du secteur, mais au contraire établir systématiquement des liens avec elles. Leur nombre doit être augmenté en veillant à leur bonne répartition sur le territoire. L'offre de réhabilitation sociale devra être présente sur tout le territoire en s'inspirant des nombreuses méthodes qui ont fait leurs preuves.

Il convient de prévoir, dans le panel des solutions possibles, des offres proposées dans l'esprit du programme « *un chez-soi d'abord* » (orientation directe vers un logement ordinaire en leur assurant un accompagnement soutenu) mais aussi des offres d'habitat intermédiaire avec services à proposer aux personnes en fonction de leur projet de vie, ainsi que des lieux de vie non institutionnels de prévention de la perte d'autonomie.

2°) *L'insertion sociale passe aussi par le maintien dans la scolarité, l'apprentissage d'un métier ou l'emploi :*

- D'abord en milieu ordinaire de scolarisation, d'apprentissage ou de travail. Des prestations permettant l'étayage au maintien dans l'emploi devront être généralisées.
- Ensuite, dans des offres de scolarisation ou de formation professionnelle adaptées – CLIS (classe pour l'inclusion scolaire), SESSAD, IME, ITEP, CRP – ou de travail adapté – ESAT, EA (entreprise adaptée).
- L'insertion sociale concerne bien sûr aussi l'accès à la culture, aux activités physiques et sportives et aux loisirs.

3°) *Les ESAT et les entreprises adaptées, souvent gérés par le secteur associatif, ont particulièrement montré leur efficacité dans le secteur de la déficience intellectuelle.*

- Les ESAT destinés à des usagers handicapés par des troubles mentaux chroniques sont peu nombreux. Lorsqu'ils existent, ils se montrent pourtant d'une grande utilité pour maintenir ces usagers dans le monde du travail, les sortir de leur solitude, de leur inactivité et éviter les rechutes.
- Les ARS veilleront donc à ce que soient suivies les recommandations de la DGCS en la matière, et que soit augmenté le nombre de ce type d'ESAT, notamment par reconversion des publics accueillis (création de petites unités pour handicapés psychiques), en les répartissant au mieux dans chaque région. Les secteurs psychiatriques devront établir des collaborations avec ces établissements, au moins sous forme de convention, et appliquer les bonnes pratiques recensées (organisation adaptée du temps de travail, mise en place de parcours passerelles et ESAT hors les murs).

4°) Le bilan très positif des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) instaurés par la loi du 11 février 2005 doit inciter à leur généralisation et à leur multiplication, d'autant que ce dispositif est peu onéreux

- Il convient de respecter scrupuleusement leur cahier des charges, en évitant que les professionnels du secteur rénové, lorsque ce secteur est partenaire du GEM, y jouent un rôle majeur. Par ailleurs, ce cahier des charges devra prévoir la possibilité d'intégrer les clubhouse en leur sein, et plus globalement tout ce qui relève du soutien à l'emploi.
- Il est essentiel que les GEM soient dirigés et gérés directement par leurs utilisateurs, et non par des soignants ou des familles.
- Les GEM ne devront en aucun cas être localisés dans un établissement hospitalier. En revanche, ARS et professionnels devront œuvrer de concert pour la généralisation des GEM, notamment en zone rurale ou périurbaine.
- Une réflexion devra être menée afin de déterminer comment les GEM peuvent s'ouvrir vers l'entraide par les pairs pour le maintien ou l'accès au milieu ordinaire de travail.
- Afin de favoriser la mixité sociale et l'insertion dans la cité, les GEM éviteront de s'installer dans les quartiers de relégation.
- Il est proposé de permettre aux ARS, dans les circulaires budgétaires, le financement des clubhouse au sein de groupes d'entraide mutuelle.

5°) Les Clubhouses ont fait, à travers le monde, la preuve de leur intérêt dans la réinsertion sociale d'usagers porteurs de troubles mentaux chroniques, y compris à travers leurs programmes d'accompagnement à l'emploi.

- Leur esprit communautaire et d'entraide en fait un modèle très intéressant de lutte concrète contre la disqualification sociale et la stigmatisation.
- Leur développement en France doit être encouragé, de même que celui des dispositifs inspirés par le mouvement italien de psychiatrie démocratique qui privilégie le logement, le travail, la culture et les solidarités concrètes.

6°) Les dispositifs mis à disposition des personnes sans domicile stable (CHRS, hébergements d'urgence, SAMU sociaux, accueils de jours) sont souvent débordés par les problématiques psychiatriques qui touchent une large majorité de cette population, qu'elles soient la source de la désinsertion ou la conséquence, et quelquefois un peu les deux

- L'accès aux soins somatiques de ces personnes est très compliqué, particulièrement s'ils sont étrangers en situation irrégulière ou migrants. Leur accès aux soins psychiatriques est souvent problématique.
- Les EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité), lorsqu'elles existent, sont en capacité d'apporter des diagnostics précoces et des soins à ces personnes et une aide précieuse aux professionnels de l'hébergement et de la réinsertion sociale.
- Les conventions entre secteurs psychiatriques et dispositifs sociaux peuvent venir formaliser des expériences innovantes en la matière.

Tous ces dispositifs d'insertion sociale devront être prévus dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

4.1.2.3 Les gestionnaires de cas complexes

Pour favoriser la logique de parcours sans rupture, et notamment l'articulation entre dispositifs de soins et dispositifs d'insertion sociale, des gestionnaires de cas complexes seront prévus pour accompagner les personnes les plus en difficulté. Ce dispositif, qui a fait ses preuves dans d'autres domaines, paraît le seul de nature à assurer une coordination concrète de tous les intervenants au bénéfice du malade et dans une logique de défense constructive de ses intérêts.

4.1.2.4 Le développement de la démocratie en santé

Le texte réglementaire, souhaité par le présent rapport, et le projet territorial de santé mentale devront prévoir l'implication de chaque acteur dans le développement ambitieux d'une démocratie en santé renouvelée, en s'inspirant notamment des propositions précédentes.

4.2 Le rôle et les besoins des agences régionales de santé dans l'organisation territoriale de la politique de santé mentale

4.2.1 Le rôle des agences régionales de santé dans l'organisation territoriale de la politique de santé mentale

1°) Les ARS favoriseront le développement des activités ambulatoires et seront attentives à ce que les usagers de la psychiatrie sortent rapidement des services d'hospitalisation, lorsque cette hospitalisation n'est plus nécessaire

- Avec le ministère chargé de la santé, elles s'assureront que la valorisation de toutes les activités de secteur, ambulatoires comme hospitalières, se traduise par des financements adaptés, particulièrement en ce qui concerne l'enveloppe DAF-santé mentale (dotation annuelle de fonctionnement) ;
- Les expérimentations novatrices et les projets innovants en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux, d'une part, et de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, et de leur prise en charge, d'autre part, devront être soutenus par l'attribution de financements spécifiques dans le cadre du FIR (fonds d'intervention régional) ;
- Il est indispensable que les ARS puissent créer des places et surtout des services dans le secteur médico-social, en utilisant des crédits sanitaires fongibilisés. Il est en effet très regrettable qu'à ce jour, un prélèvement sur l'enveloppe sanitaire régionale ne permette pas de créer des places dans le secteur médico-social. Également, il conviendra de prévoir la création de centre de ressources relatif au handicap psychique.

2°) Les ARS et les directeurs d'établissements veilleront aussi à ce que les secteurs psychiatriques rattachés à un établissement MCO aient un fonctionnement et une organisation spécifiques, distincts de ceux des services MCO

- Les ARS seront particulièrement attentives à ce que les établissements médico-sociaux accueillant des usagers porteurs de troubles ou de handicaps psychiques, lorsqu'ils sont gérés par des centres hospitaliers, bénéficient, en plus d'un budget annexe :
 - d'un personnel dédié et stable
 - de règles de fonctionnement propres à ce type d'établissements

- d'un projet institutionnel rappelant clairement les missions et les activités particulières concernant tout établissement médico-social.

Il conviendra que l'établissement médico-social ne puisse constituer, pour le centre hospitalier de rattachement, une variable d'ajustement en matière budgétaire.

3°) Les ARS et les directeurs d'établissements s'assureront que les restrictions aux libertés individuelles de patients hospitalisés sous contrainte soient vraiment indispensables à la mise en œuvre du traitement requis par leur pathologie et qu'elles respectent les mesures législatives comme les recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté

- Ils s'assureront, en cas d'hospitalisation sans consentement, qu'isolement et contention soient des solutions de dernier recours relevant d'une prescription médicale individuelle clairement limitée dans le temps, respectant les recommandations de la haute autorité de santé (HAS), et que la mise en œuvre de cette prescription fasse l'objet d'une surveillance stricte.
- Dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, on constituera un registre administratif consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ou ses délégués, ainsi qu'aux parlementaires.

Ce registre aux pages numérotées, pouvant être établi sous forme numérique, recensera les mesures d'isolement ou de contention prises en précisant l'identité des patients, les motifs qui ont conduit à en décider, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, les dates et heures de début et fin de chaque mesure, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre et les incidents éventuels survenus au cours de la mise en œuvre de ces mesures.

- Ils s'assureront aussi qu'aucune restriction aux libertés individuelles ne soit exercée sur des patients en hospitalisation libre, même si ces patients sont tenus de respecter le règlement intérieur de l'établissement qui leur est remis et explicité à leur admission, ou dès que l'amélioration de leur état de santé le permet.

4°) Les ARS seront attentives aux problématiques psychiatriques des personnes placées en centre de rétention administrative (CRA) et aux réponses concrètes mises en place ou à mettre en place

- Un rapport du Sénat du 23 juillet 2014 se penche, entre autres, sur les conditions de vie et de soins des personnes retenues. Il note le caractère insatisfaisant de la prise en charge des troubles mentaux en rétention et fait des propositions pour améliorer cette prise en charge.
- Ce caractère insatisfaisant a poussé le contrôleur général des lieux de privation de liberté à préconiser deux mesures :
 - former l'ensemble des personnels chargés d'intervenir en milieu fermé sur les troubles mentaux, afin qu'ils puissent repérer de tels troubles et adapter leurs pratiques professionnelles.
 - prévoir, au sein des conventions entre centres de rétention administrative et établissements hospitaliers, des dispositions relatives aux soins psychiatriques.
- Parmi ces dispositions, la désignation d'un hôpital de rattachement, gérant une activité psychiatrique, et la nomination d'un médecin référent.
- Des vacations de psychiatres hospitaliers ou libéraux au sein des centres devraient être systématiques.
- Le contrôleur général des lieux de privation de liberté recommande aussi que l'accès aux locaux de soin relève de la seule autorité des personnels de santé. Le Sénat propose quant à lui de prévoir un dispositif spécifique de prise en charge psychologique/psychiatrique et de garantir par une disposition législative la continuité des soins en rétention.

5°) Les ARS continueront de mobiliser les secteurs de psychiatrie pour qu'ils accordent un intérêt croissant aux populations en situation de très grande précarité

- Elles veilleront à ce qu'ils participent activement à l'élaboration des PRAPS (programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis), au fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui devront sortir des murs de l'hôpital, des lits halte soins santé (LHSS) et des appartements de coordination thérapeutique (ACT).
- Elles étendront la création des EMPP (équipes mobiles psychiatrie-précarité) de sorte que les territoires de chaque région en soient pourvus.

6°) Les ARS publieront un annuaire régional des ressources en santé mentale, en collaboration avec :

- Les professionnels de la psychiatrie
- Les représentants des usagers et des familles
- Les professionnels du domaine social et médico-social et toute autre personne, service, entreprise ou association, qu'elles jugeront indispensables à cette élaboration.

7°) Les ARS s'assureront que l'ensemble des services et prestations évoqués au titre du panier de soins et de services indispensables sont bien présents sur le territoire, ou tout au moins en phase de construction, et pourront conditionner l'allocation de ressources à cette présence. Elles inciteront vivement à la mise en œuvre de ces actions lorsqu'elles sont absentes.

8°) Les ARS veilleront attentivement à ce que toutes les coordinations mentionnées plus haut (entre psychiatrie, secteur sanitaire, médico-social, et social au sens large) soient activées.

La mise en place de réseaux entre médecins traitants et secteur de psychiatrie, entre équipes médico-sociales et sanitaires, entre secteur de psychiatrie et service d'interventions sociales doit constituer un objectif prépondérant dans l'élaboration des contrats territoriaux de santé prévus par l'article 65 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Afin de remplir l'intégralité des missions mentionnées ci-dessus et afin de renforcer la coordination au niveau national, il est important que des référents en psychiatrie et santé mentale puissent être désignés dans chacune des ARS.

9°) Les ARS mettront en place un observatoire régional des innovations en santé mentale qui, sur un site dédié, présentera les actions innovantes de la région.

Sur tous les territoires, les actions innovantes foisonnent mais restent trop souvent méconnues de l'ensemble des acteurs de la santé mentale. Cet observatoire régional pourra porter à connaissance ces pratiques innovantes et probantes selon un modèle présenté en annexe. Il contribuera ainsi à la mutualisation des bonnes pratiques. Un observatoire national pourrait présenter l'ensemble des actions promues par les observatoires régionaux.

4.2.2 *Les besoins des agences régionales de santé, en termes d'appuis et d'outils, pour mettre en œuvre cette évolution de l'organisation territoriale de la politique de santé mentale*

Les observations générales relatives à la déclinaison des dispositions de l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé induisent les besoins des ARS concernant les modalités de mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

4.2.2.1 Les observations générales relatives à la déclinaison des dispositions de l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé

- L'initiative laissée aux professionnels dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale devra être combinée avec l'exigence d'exhaustivité de ces projets dans la région.
- La multiplicité des acteurs, impliqués dans le diagnostic et le projet, renforce l'interrogation sur la *maîtrise d'œuvre effective de la démarche* et l'initiative des acteurs.
- La mention d'un « *niveau territorial suffisant* » pour le projet territorial de santé mentale induit les conséquences suivantes :
 - le projet territorial de santé mentale doit être de niveau au moins supra sectoriel,
 - il n'est pas aligné, par principe, sur le bassin desservi par tel ou tel établissement assurant la mission de secteur, même si l'on doit éviter de disperser un établissement sur plusieurs projets territoriaux,
 - le maillage se positionnera à l'échelle du territoire de démocratie sanitaire, ou à celle d'un sous-ensemble correspondant par exemple au bassin d'un ou deux groupements hospitaliers de territoire (GHT).
- Si le projet territorial de santé mentale participe à un véritable développement de la démocratie sanitaire, une *supervision de l'ARS* doit cependant être envisagée afin de *garantir une équité* et faire face aux logiques concurrentielles entre les acteurs.

- La question du ***dimensionnement des contrats territoriaux de santé mentale*** et de la cohérence avec les autres territoires est essentielle. Ces contrats ne doivent pas créer un nouveau territoire et doivent donc se situer sur un territoire opérationnel de proximité (CLS ou CLSM) et/ou sur un territoire en cohérence avec l'organisation sanitaire (1 ou 2 GHT).
- La « ***coordination territoriale de second niveau*** » est essentielle à définir et à mettre en œuvre car elle pose le principe de la gradation des soins en psychiatrie.
- La « ***communauté psychiatrique de territoire*** » (CPT) relève clairement de l'initiative et du volontariat des acteurs. Les ARS devront cependant veiller à ce que la CPT soit clairement en harmonie avec le GHT du territoire concerné.
- L'intégration des ***contrats locaux de santé mentale*** dans la construction des politiques de proximité constituera une véritable avancée.

Sur le terrain, beaucoup d'acteurs demandent un cadrage officiel de ces contrats qui n'ont, jusqu'à présent, pas fait l'objet d'une circulaire. Cela permettrait de mieux structurer les initiatives locales et de renforcer la légitimité des ARS dans le développement de cet outil très pertinent qui gagnerait ainsi en homogénéité.

- La question de ***l'intervention à domicile*** devra être précisée car le besoin est légitime, la demande croissante et les modalités d'interventions encore floues.
- Le partenariat avec les établissements privés n'assurant pas le service public hospitalier, mais intervenant dans le champ de la psychiatrie, devrait être rappelé et favorisé.

Dans certaines régions, le privé représente une part importante de l'offre sanitaire et certaines cliniques jouent un rôle essentiel dans les filières d'aval, ou dans la réponse à certains types de pathologies. Insister sur cette collaboration pourrait faciliter les réponses cohérentes en matière d'organisation du système de prise en charge.

- Pour les personnes sans domiciliation stable, le rôle essentiel des équipes mobiles psychiatrie précarité est souligné en tant qu'outil adapté à leurs besoins.

4.2.2.2 Les besoins des agences régionales de santé concernant les modalités de mise en œuvre du projet territorial de santé mentale

4.2.2.2.1 Les besoins et propositions directement liés à l'application des dispositions de l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé

- Faire de la commission de coordination des politiques publiques relative à la prévention l'instance officielle permettant d'aborder en amont la politique de santé mentale avec l'ensemble des acteurs.
- Légitimer l'ARS dans la fonction d'évaluation des futurs projets territoriaux de santé mentale.
- Préciser la mention « à un niveau territorial suffisant » afin d'éviter tout risque d'empilement, trouver la taille critique, et apporter une coordination efficace avec les autres services de l'État et les collectivités territoriales.
- Prévoir l'accompagnement de la démarche d'élaboration du projet territorial de santé par l'ARS, avec validation in fine de l'ensemble des projets territoriaux par le directeur général.
- Prévoir pour les ARS un rôle de proposition concertée avec les conseils territoriaux de santé mentale dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.
- Définir par voie réglementaire l'articulation de la communauté psychiatrique de territoire avec les projets médicaux d'établissement, le projet territorial de santé mentale et le GHT.

4.2.2.2 Les besoins généraux des agences régionales de santé en termes de bonnes pratiques, d'outils/guides méthodologiques et de leviers mobilisables

Besoin d'un référentiel de bonnes pratiques

Ce référentiel pourrait être illustré par des exemples de bonnes pratiques :

- **Territoriales**, en identifiant les instances de gouvernance des actions de santé mentale, reposant sur des partenariats structurés, et associant *a minima* des représentants de la psychiatrie de secteur, du territoire (élus, techniciens) et des usagers (ou représentants d'usagers), comme c'est déjà la pratique dans des CLSM ou certains volets santé mentale de contrats locaux de santé. Un point d'appui est constitué par les recommandations pour l'élaboration d'un conseil local de santé mentale rédigées par le centre collaboratif de l'OMS (CCOMS) de Lille (février 2013).
- **Institutionnelles**, par le repérage des mécanismes d'efficacité et de subsidiarité des politiques publiques.
- **Internationales**, sur la base d'indicateurs standardisés et d'expériences avancées (exemple de la stratégie globale en matière de santé mentale du Canada, mai 2012).
- La question de ***l'intervention à domicile*** pourrait faire l'objet d'un référentiel destiné à prioriser les interventions et harmoniser les pratiques³⁰.

Besoin d'outils méthodologiques

- Sur la conduite du changement de gouvernance territoriale en santé mentale.
- Sur les ***approches « globales », « intégrées », « communautaires »*** telles que préconisées notamment par l'OMS et l'union européenne :
 - ✓ Par ***approche « globale »***, on peut entendre des activités coordonnées en matière de prévention et de promotion des soins en santé mentale, de prise en charge sanitaire via des détections précoces, des dépistages, l'établissement de diagnostics et de mesures de réhabilitation psycho-sociale.

³⁰ « *Intervention à domicile des équipes de psychiatrie : retour d'expériences* », ANAP, Janvier 2015 : le document précise qu'en « *l'absence de référentiels, les modalités d'intervention des équipes sont variées et peu exploitées* » et que « *si les interventions à domicile sont des outils reconnus du secteur de psychiatrie pour permettre le maintien dans le lieu de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, leurs conditions d'intervention sont peu documentées* ».

- ✓ Par *approche « intégrée en santé »*, on évoque l'intérêt grandissant pour les médecines dites alternatives et complémentaires, et le développement d'une approche en santé différente du modèle classique « *symptôme-diagnostic-traitement* », pour y inclure l'ensemble des éléments permettant le mieux-être des personnes.
- ✓ Par *approche « santé communautaire »*, on entend une conception globale de la santé mentale, portant une reconnaissance d'une santé individuelle conjugée à une santé communautaire, avec un effort fait pour que les populations concernées puissent agir elles-mêmes pour leur propre santé mentale.

Ces approches pourraient être assimilées et valorisées par l'ensemble des ARS, puis déployées, partagées et mises en œuvre par les acteurs des territoires.

Besoin d'identifier les leviers mobilisables (expertise, ressources financières)

- Afin de décliner la politique de santé mentale au niveau régional et local, les ARS devront favoriser l'articulation des missions entre acteurs des territoires, notamment ceux financés dans le cadre des schémas régionaux de l'ARS, en particulier les centres hospitaliers ou les établissements publics en santé mentale mettant en œuvre la psychiatrie de secteur.
- Elles devront par ailleurs inciter les collectivités territoriales à agir sur la santé mentale, qui constitue une compétence facultative pour elles en matière de santé.
- Il conviendra enfin qu'elles soutiennent les initiatives des nouveaux acteurs dans le champ de la santé mentale, en favorisant les interventions des usagers.

Besoin d'un guide

- ***Sur l'organisation interne des ARS*** afin d'articuler les politiques publiques de prévention ainsi que les dispositifs sanitaires et médico-sociaux, et de piloter de manière cohérente l'évolution des partenariats existants sur les territoires vers le volet santé mentale du projet territorial de santé.
- Compte tenu des moyens limités et des synergies possibles, **une option peut consister à ce que le volet santé mentale des futurs projets territoriaux de santé intègre le volet « lutte contre les addictions »**, notamment au regard des enjeux partagés de prévention primaire (développement des compétences psychosociales), secondaire (pair-aidance) et tertiaire (réhabilitation psychosociale).

- Sur le ***renforcement de la capacité de diagnostic et d'intervention des ARS***:
 - ✓ Les ***diagnostics des ARS*** reposent notamment sur des opérateurs historiques, financés par les crédits de prévention (FIR) pour analyser les besoins en santé. L'un des enjeux est de clarifier ce qui peut être attendu en termes de qualité d'analyses des besoins et de réponses prioritaires dans les territoires.
 - ✓ En complément des diagnostics, un deuxième enjeu est d'assurer la ***montée en compétences sur le volet santé mentale en interne aux ARS et le renforcement de la capacité d'innovation***.

La mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale nécessite des capacités d'adaptation des politiques publiques au regard de la diversité des territoires. D'où l'intérêt probable d'un volet de supports mobilisables de formation intra-ARS, voire partenariaux.

- ✓ Un troisième enjeu concerne le ***renforcement des processus d'évaluation des dispositifs*** par la mobilisation d'expertise externe.

CONCLUSION

Ces éléments pourraient utilement trouver une traduction opérationnelle dans un texte de nature réglementaire (circulaire ou décret, par exemple), qui devra être élaboré en lien avec les professionnels, qui contiendrait la feuille de route pour les agences régionales de santé en matière d'organisation territoriale de la santé mentale (objectifs et outils), mais aussi l'ensemble des propositions relatives aux trois thématiques de la mission (organisation territoriale/parcours, métiers/formations, citoyenneté/droits des usagers).

Par ailleurs, la mise en place d'un comité de pilotage et de suivi national consacré à la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé mentale est proposée. Ses missions pourraient consister à :

- Impulser la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé et de son (ou ses) texte(s) d'application
- Coordonner l'action des agences régionales de santé dans ce domaine
- Assurer le suivi de cette mise en œuvre

GLOSSAIRE

ACT	Appartements de Coordination Thérapeutique
ANESM	Agence Nationale de l'Évaluation et de la qualité des établissements, services sociaux et Médico-Sociaux
ARS	Agence Régionale de Santé
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues
CAMPS	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CCOMS	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CDSP	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
CEF	Centre Éducatif Fermé
CHRS	Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIS	CLasse d'Inclusion Scolaire – voir ULIS Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Établissement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPT	Communauté Psychiatrique de Territoire
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRP	Centre de Rééducation Professionnelle
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSAPA	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CTS	Contrat Territorial de Santé
CTSM	Contrat Territorial de Santé Mentale
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DGS	Direction Générale de la Santé
DIHAL	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et Au Logement
ECN	Epreuves Nationales Classantes
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EMGP	Équipe Mobile de Géro-nto-Psychiatrie
EMPP	Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FO	Foyer Occupationnel
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HPST (loi)	Hôpital Patients Santé et Territoires
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IME	Institut Médico-Éducatif
INPES	Institut National d'Éducation et de Promotion de la Santé
ITEP	Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique
LHSS	Lits Halte Soins Santé
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MECS	Maison d'Enfants à Caractère Social
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRAPS	Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PUPH	Professeur des Universités Praticien Hospitalier
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD	Service d'Éducation Spéciale et de Soins À Domicile
SMPR	Service Médico-Psychologique Régional
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
TED	Troubles Envahissants du Développement
UHSA	Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
ULIS	Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire
UMD	Unité pour Malades Difficiles

ANNEXES

Lettre de mission



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

La Ministre

Paris, le 27 NOV. 2014

CAB - ME/DRM: D14-3042

Note à l'attention
de Monsieur Michel LAFORCADE
Directeur général de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine

Objet : Mission relative à la santé mentale

Dès 2012, j'ai souhaité que la santé mentale et la psychiatrie constituent un axe fort de la stratégie nationale de santé que je conduis. En effet, c'est un enjeu de santé publique majeur : une personne sur cinq sera un jour atteinte d'une maladie psychique.

En outre, la santé mentale et la psychiatrie ont fait l'objet de plusieurs rapports publics au cours des dernières années, comportant des recommandations souvent convergentes, qu'il s'agisse de l'organisation de la prise en charge sur les territoires, des pratiques, ou encore des droits des personnes atteintes de troubles psychiques.

J'ai souhaité que le projet de loi relatif à la santé instaure une mission de psychiatrie de secteur, afin de reconnaître la spécificité et les atouts de ce modèle au regard des enjeux d'accessibilité et de continuité essentiels dans ce domaine. Il s'agit ici de faire coopérer, sur les territoires et sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS), l'ensemble des acteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires indispensables à la prévention, au repérage, au diagnostic, aux soins, à l'accompagnement et à l'insertion des personnes atteintes de troubles psychiques. Cette coopération devra inclure les collectivités territoriales - dont certaines portent des conseils locaux de santé comportant un volet santé mentale ou des conseils locaux de santé mentale - les acteurs locaux qui peuvent être concernés, tels que les services de l'éducation nationale, du travail, ou de la justice, ainsi que les représentants des usagers et des familles.

Cette volonté doit s'accompagner de réponses concrètes, notamment organisationnelles, pour permettre son déploiement sur les territoires et son appropriation par les acteurs concernés. Les attentes des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie sont fortes et légitimes.

C'est pourquoi je souhaite engager ces travaux sans attendre, dans trois directions :

- le déploiement sur les territoires d'une organisation optimale des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie : vos travaux porteront sur la définition d'une méthode pour les ARS et sur la mise à disposition des acteurs locaux d'outils pour le déploiement, le suivi et l'évaluation de cette organisation, dans une logique d'amélioration des parcours de soins et de vie des personnes. Vous veillerez à prendre en compte le rôle important du médecin traitant ;

14 AVENUE DUQUESNE - 75350 PARIS SP
TÉLÉPHONE: 01 40 56 60 00

Vous vous attacherez à prendre en compte la diversité des publics et de leurs besoins à tous les âges de la vie, notamment ceux dont la précarité ou la situation particulièrement complexe mettent en échec les prises en charge classiques. Vos travaux s'articuleront avec ceux confiés à Mme Véronique Wallon sur le service territorial de santé au public et alimenteront la préparation des textes d'application du service territorial de santé au public ;

- l'organisation ne peut s'envisager sans prendre en compte les pratiques, la formation des professionnels et les métiers de demain, notamment afin de favoriser les modalités de coopérations entre professionnels : sur ce point, les évolutions démographiques de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie constituent un facteur à prendre en compte ;
- enfin, les enjeux de citoyenneté sont indissociables des autres enjeux : votre réflexion devra notamment porter sur des mesures concourant à la déstigmatisation de la maladie mentale et des mesures de promotion des droits des personnes.

Je souhaite que vous élaboriez, dans la mesure du possible, des outils à mettre à disposition des acteurs concernés. Vous vous attacherez à vous appuyer sur des expériences innovantes et associer, en fonction des thèmes traités, l'ensemble des acteurs concernés.

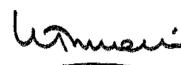
Vos propositions pourront toutefois me conduire, le cas échéant, à procéder à des aménagements réglementaires ou à défendre des amendements au projet de loi santé. Celles-ci devront s'inscrire en cohérence avec le calendrier de l'examen du projet de loi.

Pour mener à bien vos travaux, vous associerez étroitement à votre démarche :

- le président de la Conférence nationale des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers spécialisés ;
- le président de l'Union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapés psychiques ;
- la présidente de la Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie.

Mes services (secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, direction générale de la santé, direction générale de l'offre de soins, direction générale de la cohésion sociale) et l'Inspection générale des affaires sociales seront à votre disposition pour vous apporter leur soutien dans vos travaux.

Je souhaite que vous me fassiez parvenir votre calendrier de travail pour le 15 décembre.



Marisol TOURAINE

Personnes auditionnées

- M. Jean-Marie Delarue, conseiller d'État, ancien contrôleur général des lieux de privation de liberté

Élus

- Mme Marianne Auffret, maire-adjointe du 14^{ème} arrondissement de Paris, vice-présidente de l'association élus, santé publique et territoires (ESPT)
- M. Jean Castex, maire de Prades (Pyrénées-Orientales)
- M. Laurent El Ghozi, conseiller municipal de Nanterre (Hauts-de-Seine), président de l'association élus, santé publique et territoires (ESPT)
- Mme Marie-Anne Montchamp, ancienne secrétaire d'État à la solidarité et secrétaire d'État aux personnes handicapées, présidente de l'agence entreprises et handicap
- M. Denys Robiliard, député de Loir-et-Cher, auteur du rapport d'information de décembre 2013 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.

Délégation interministérielle à l'hébergement et au logement (DIHAL)

- M. Sylvain Mathieu, délégué interministériel à l'hébergement et au logement
- Mme le docteur Pascale Estecahandy, responsable du programme « un chez-soi d'abord »

IGAS

- Mme Claire Compagnon, inspectrice générale à l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), auteure du rapport « Pour l'an II de la démocratie sanitaire » (2014)

Directions d'administration centrale

- Mme Christine Bronnec, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins, direction générale de l'offre de soins
- M. Laurent Burckel, chargé de mission à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, direction générale de l'offre de soins
- Mme Geneviève Castaing, chef du bureau de la psychiatrie et de la santé mentale, direction générale de la santé

- Mme Delphine Chaumel, adjointe à la sous-directrice de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, direction générale de la cohésion sociale
- M. le professeur François Couraud, professeur des universités-praticien hospitalier, conseiller scientifique auprès de la directrice générale pour l'enseignement supérieur et l'insertion professionnelle, ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Mme le docteur Sylvia Guyot, chargée de mission à la sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, direction générale de la cohésion sociale
- Mme Virginie Hoareau, chargée de mission au secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
- Mme Angélique Khaled, chargée de mission à la sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, direction générale de la cohésion sociale
- M. le docteur Philippe Leborgne, adjoint à la cheffe du bureau de la psychiatrie et de la santé mentale, direction générale de la santé
- Mme Natacha Lemaire, adjointe au secrétaire général des ministères chargés des affaires sociales
- Mme Catherine Lesterpt, adjointe à la sous-directrice de l'enfance et de la famille, direction générale de la cohésion sociale
- Mme Odile Maurice, chargée de mission à la sous-direction de la régulation de l'offre de soins, direction générale de l'offre de soins
- Mme Isabelle Prade, chef du bureau relatif aux prises en charge post aigues, pathologies chroniques et santé mentale, direction générale de l'offre de soins
- M. le professeur Benoît Vallet, directeur général de la santé

Conférence nationale de santé (CNS)

- Mme Bernadette Devictor, présidente, auteure du rapport « Le service public territorial de santé, le service public hospitalier : développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », mars 2014.

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

- Mme Geneviève Gueydan, directrice
- M. Xavier Dupont, directeur des établissements et services médico-sociaux

Haute autorité de santé (HAS)

- M. Dominique Maigne, directeur
- Mme le docteur Marie-Hélène Rodde-Dunet, chef de service de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques à la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- Mme Anne Depaigne-Loth, chef de projet du service développement de la certification

Agence nationale d'appui à la performance (ANAP)

- Mme Marie-Aude Poisson, chargée de mission
- M. Ayden Tajahmady, chargé de mission
- M. Benoît Servant, chargé de projet

Associations de patients et d'usagers

- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY) :
 - Mme Claude Finkelstein, présidente
- Cercle de réflexions et de propositions sur la psychiatrie (CRPA) :
 - M. André Bitton, président
 - Mme Yaël Frydman, secrétaire

Associations de familles

- Promesses :
 - Mme Fabienne Blain-Pierre, vice-présidente
 - Mme Véronique Antoine, membre de l'association
 - Mme Claire Calmejane, membre de l'association
- Union nationale de familles et amis de malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) :
 - Mme Béatrice Borrel, vice-présidente
 - Mme Fabienne Dubosq, directrice générale
- Schizo-Espoir :
 - M. Jean-Louis Venner, membre de la direction collégiale
 - Mme Nathalie Prunier, membre de la direction collégiale
 - M. Jacques Aladel, membre de la direction collégiale

- Schizo ?...Oui ! :
 - M. André Castalan, président
 - Mme Michelle Delorme, vice-présidente
 - Mme Marie-Agnès Letrouit, fondatrice
 - M. Patrick Pajot, trésorier

Associations

- Actions mémorielles (projet de lieux mémoriels en hommage aux personnes fragilisées par la maladie et le handicap, condamnées à mourir sous le régime de Vichy) :
 - Mme Maryvonne Lyazid, mouvement pour une société inclusive
 - Mme Clémentine Soulié, responsable de projet
- Association pour les foyers et ateliers des handicapés (AFAH, Marseille, Bouches-du-Rhône) :
 - Mme Nadine Etienne, directrice générale
 - M. Jean-Marie Poinso, président
- AFASER (association des familles et amis pour l'accueil, les soutiens, l'éducation et la recherche en faveur des personnes handicapées) – ANDICAT (association nationale des directeurs et cadres d'ESAT) :
 - M. Gérard Zribi, directeur général de l'AFASER et président d'ANDICAT
 - M. Thierry Beaulné, trésorier adjoint d'ANDICAT
- AGAPSY (Croix-Marine) :
 - M. Jean-Luc Brière, président
 - M. Bernard Cavat, membre du bureau commun Croix-Marine AGAPSY
 - M. Bernard Durand, membre du bureau commun Croix-Marine AGAPSY
- AIRE (association nationale des instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques et de leurs réseaux) :
 - M. Gilles Gonnard, président
 - M. Lionel Deniau, président d'honneur
 - M. François Delacour, vice-président
 - Mme Maryse Soust-Latou, membre du bureau

- Fédération des associations pour adultes et jeunes handicapés (APAJH) :
 - M. Jean-Louis Garcia, président de la fédération des APAJH
 - M. Jean-Louis Leduc, directeur général adjoint des APAJH
- Association régionale d'aide à la santé mentale Croix Marine Aquitaine :
 - M. le docteur Pierre Godart, psychiatre au centre hospitalier des Pyrénées (Pau)
 - M. le docteur Patrick Alary, psychiatre au centre hospitalier des Pyrénées (Pau)
- Association pour la réadaptation et l'intégration (ARI), Bordeaux (Gironde) :
 - M. Dominique Espagnet, directeur
 - M. Carl Gaudy, responsable du programme « Oikéo »
- Clubhouse (Paris) :
 - M. Jean-Pierre Cavroy, directeur
 - Mme Claire Leroy-Hatala, sociologue
- France Dépression (Paris) :
 - Mme Lamia Jemaa, présidente
 - Mme Annie Le Moenner, administratrice
- Handidactique (Paris) :
 - M. Pascal Jacob, président
- Les Invités au Festin (IAF, Besançon, Doubs) :
 - Mme le docteur Marie-Noëlle Besançon, présidente
- Œuvre Falret (Paris) : Mme Annick Hennion, directrice générale
- Organisme de gestion des foyers amitié (OGFA, Pau, Pyrénées-Atlantiques) :
 - M. Denis Dupont, directeur
- Passeurs d'avenir (Bordeaux, Gironde) : Mme Mylène Bordas, présidente
- ProFamille :
 - Mme Dominique Willard, psychologue, responsable du programme en Ile-de-France

- PsyCom (Paris) :
 - Mme Aude Caria, directrice
 - M. Jean-Luc Chassaniol, secrétaire général
 - Mme Camille Joseph, chargée de communication
- Samu social de Paris :
 - M. Eric Pliez, président
 - Mme Christine Laconde, directrice générale
- Société parisienne d'aide à la santé mentale (SPASM) :
 - M. le docteur Pascal Cacot, psychiatre, directeur

Centres de recherche

- Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale à Lille (Nord) :
 - M. le docteur Jean-Luc Roelandt, praticien hospitalier, psychiatre, directeur
 - Mme Anne Vandeborre, directrice adjointe
 - Mme Anne-Claire Stona, médecin de santé publique, chargée de mission
 - M. le docteur Massimo Marsili, psychiatre, chargé de mission
 - Mme Hélène Font, ingénieur de recherche
 - Mme Pauline Guezennec, chargée de mission
 - M. Simon Vasseur, chargé de mission
 - M. Alain Dannel, chargé de la communication
- Centre de preuves en santé mentale :
 - Mme le professeur Marie-Christine Hardy-Baylé, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service de psychiatrie au centre hospitalier de Versailles (Yvelines)
 - Mme le professeur Christine Passerieux, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service de psychiatrie adulte au centre hospitalier André Mignot au Chesnay (Yvelines)

Fondations

- FondaMental :
 - Mme le professeur Marion Leboyer, directrice
 - M. le docteur Raymond Pamphile, directeur des affaires publiques et partenariales

- Fondation John Bost :
 - M. Christian Galtier, directeur général
 - M. le docteur Chafik Loudiyi, président de la commission médicale d'établissement de la fondation John Bost

Fédérations

- Fédération de recherche en santé mentale Nord-Pas-de-Calais :
 - Mme le docteur Martine Lefebvre, psychiatre, présidente
- Fédération hospitalière de France (FHF) :
 - M. René Caillet, adjoint au délégué général et responsable du pôle organisation sanitaire et médico-sociale
 - Mme Florence Martel, adjointe du pôle organisation sanitaire et médico-sociale, chargée des questions sanitaires
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP) :
 - M. Yves-Jean Dupuis, directeur général
 - M. David Causse, coordonnateur du pôle santé-social
 - Mme Anne-Charlotte de Cazaux, conseillère santé-social
- Fédération de la psychiatrie privée :
 - M. le docteur Olivier Drevon, président
 - M. le docteur Meunier
- Fédération addictions :
 - Mme Nathalie Latour, déléguée générale France addiction
 - M. le docteur Jean-Michel Delile, psychiatre, vice-président France addiction
- Fédération française de psychologues et de psychologie (FFPP) :
 - Mme le docteur Gladys Mondière, docteur en psychologie, membre de la commission santé de la FFPP
- Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS) :
 - M. François Brégou, responsable du service stratégie et analyse des politiques publiques
 - Mme Marion Quach Hong, chargée de mission santé

Universitaires

- Collège national des universitaires en psychiatrie (CNUP) :
 - M. le professeur Pierre Thomas, professeur des universités-praticien hospitalier, responsable du pôle de psychiatrie au centre hospitalier régional universitaire de Lille (Nord)
 - M. le professeur Frédéric Limosin, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris)

- Syndicat des universitaires en psychiatrie :
 - M. le professeur Bernard Granger, professeur des universités-praticien hospitalier, président
 - M. le professeur Raphaël Gaillard, professeur des universités-praticien hospitalier, secrétaire
 - M. le professeur Thierry Baubet, professeur des universités-praticien hospitalier, membre

- M. le professeur Marc Auriacombe, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du pôle addictions au centre hospitalier Charles-Perrens (Bordeaux, Gironde)
- M. le professeur Silla Consoli, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service de psychologie clinique et psychiatrie de liaison à l'hôpital européen Georges-Pompidou (Paris)
- M. le professeur Nicolas Franck, professeur des universités-praticien hospitalier, service universitaire de réhabilitation, centre hospitalier Le Vinatier à Bron (Rhône)
- Mme le professeur Marie-Odile Krebs, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service hospitalo-universitaire de santé mentale et de thérapeutique au centre hospitalier Sainte-Anne (Paris)
- M. le professeur Jean Naudin, professeur des universités-praticien hospitalier, chef de service à l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (Bouches-du-Rhône)
- M. le professeur Laurent Schmitt, chef du pôle de psychiatrie au centre hospitalier universitaire de Toulouse (Haute-Garonne), accompagné par Mme Laurence Thurion, usager

Médecins

- M. le docteur Alexandre Arrieu, psychiatre, médecin coordonnateur et président de la commission médicale d'établissement de la clinique Jean Sarrailh à Aire-sur-l'Adour (Landes)
- M. le docteur Maurice Bensoussan, psychiatre libéral à Toulouse (Haute-Garonne)
- Mme le docteur Marie-Pierre Bréchet, présidente de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Mont-de-Marsan (Landes)
- M. le docteur Jean-Marc Blandin, psychiatre, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier La Candélie à Agen (Lot-et-Garonne)
- M. le docteur Paul Bonnan, psychiatre hospitalier, chef de service honoraire
- M. le docteur Olivier Canceil, praticien hospitalier, psychiatre, responsable de secteur au centre hospitalier Maison Blanche (Paris)
- M. le docteur Thierry Della, psychiatre, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier des Pyrénées à Pau (Pyrénées-Atlantiques)
- M. le docteur Dominique Dandelot, psychiatre, chef du service médico-psychologique régional (SMPR) de Gradignan (Gironde)
- M. le docteur Philippe Guillaumot, praticien hospitalier, psychiatre, responsable du pôle de gérontopsychiatrie au centre hospitalier des Pyrénées à Pau (Pyrénées-Atlantiques)
- M. le docteur Sadeq Haouzir, praticien hospitalier, psychiatre, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier du Rouvray à Sotteville-lès-Rouen (Seine Maritime)
- Mme le docteur Brigitte Haury, ex-membre du haut comité de santé publique
- M. le docteur Yann Hodé, psychiatre praticien hospitalier au centre hospitalier de Rouffach (Haut-Rhin)
- M. le docteur Eric Jaïs, psychiatre libéral à Bordeaux (Gironde) et intervenant en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- M. le docteur Christophe Lagabrielle, psychiatre, responsable de l'équipe mobile psychiatrie-précarité, centre hospitalier Charles-Perrens à Bordeaux (Gironde)
- Mme le docteur Dominique Malet-Pinsolle, psychiatre, chef de pôle psychiatrie au centre hospitalier de Dax-Côte d'argent (Landes)

- M. le docteur Frédéric Martineau, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de la côte basque à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques) et président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers généraux
- M. le docteur David Midsrahi, psychiatre, responsable du centre expert schizophrénie, centre hospitalier Charles-Perrens à Bordeaux (Gironde)
- M. le docteur Michel Minard, psychiatre honoraire des hôpitaux
- M. le docteur Yannick Monseau, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Périgueux (Dordogne)
- M. le docteur Christian Müller, psychiatre, praticien hospitalier, président de la commission médicale d'établissement de l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole (Nord), président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie
- M. le docteur Pascal Omer, pédopsychiatre, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Montpon-Ménéstérol (Dordogne)
- M. le docteur Daniel Oudot, psychiatre, président de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Cadillac (Gironde)
- Mme le docteur Sylvie Péron, psychiatre au centre hospitalier d'Argenteuil, vice-présidente de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement des centres hospitaliers généraux
- M. le docteur Edmond Perrier, praticien hospitalier, psychiatre, chef du pôle de pédopsychiatrie au centre hospitalier Sainte-Catherine de Saverne (Bas-Rhin)
- M. le docteur Xavier Pommereau, praticien hospitalier, psychiatre, chef du pôle Aquitain de l'adolescent, centre Abadie, centre hospitalier universitaire de Bordeaux (Gironde)
- Madame le docteur Marie-José Rousseau, praticien hospitalier, psychiatre, présidente de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier Camille Claudel à Angoulême (Charente)

Sages-femmes

- Mme Marie-Laure Beijas, sage-femme, coordinatrice de la filière régionale de psychiatrie périnatale du centre hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne)

Établissements de santé

- Centre hospitalier interdépartemental Clermont de l'Oise (Oise) :
 - Mme Florence Ayache, directrice-adjointe
 - Mme le docteur Marie-Cécile Bralet, praticien hospitalier, psychiatre

- Communauté hospitalière de territoire (CHT) de Paris :
 - M. Jean-Luc Chassaniol, directeur du centre hospitalier Sainte-Anne (Paris) et directeur de la CHT
 - M. le docteur Norbert Skurnik, vice-président de la conférence des présidents de commission médicale d'établissement (CME) d'Ile-de-France et président de la CME de la CHT de Paris

- Institut Camille Miret (Lot) :
 - M. Jean Ouitis, directeur
 - M. Stéphane Gesnouin, directeur des soins

Directeurs d'établissement

- M. Jean-Luc Chassaniol, directeur du centre hospitalier Sainte-Anne (Paris)
- M. Philippe Banyols, directeur du centre hospitalier de Thuir (Pyrénées-Orientales)
- M. Thierry Buret, directeur-adjoint du centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)
- M. Christian Cataldo, directeur du centre hospitalier de Mont-de-Marsan (Landes)
- M. Jean-Pierre Cazenave, directeur du centre hospitalier de Dax-Côte d'argent (Landes)
- Mme Sylvie Célérier, directrice du centre hospitalier de Montpon-Ménéstérol (Dordogne)
- M. Roman Cencic, directeur du centre hospitalier des Pyrénées à Pau (Pyrénées-Atlantiques)
- M. Bruno Chauvin, directeur du centre hospitalier La Candélie à Agen (Lot-et-Garonne)
- M. Antoine De Riccardis, directeur du centre hospitalier Charles-Perrens à Bordeaux (Gironde)
- Mme Marie-Catherine Dourthous, directrice-adjointe, référente du pôle psychiatrie au centre hospitalier de Dax-Côte d'argent (Landes)

- M. Xavier Dumoulin, directeur-adjoint du centre hospitalier de Mont-de-Marsan (Landes)
- M. Michel Glanes, directeur du centre hospitalier de la Côte Basque à Bayonne (Pyrénées-Atlantiques)
- M. Jacques Laffore, directeur du centre hospitalier de Cadillac (Gironde)
- M. Thierry Lefebvre, directeur du centre hospitalier de Périgueux (Dordogne)
- M. Alain Verdier, directeur de la clinique Jean-Sarrailh à Aire-sur-l'Adour (Landes)

Collectifs

- Collectif autisme : Florent Chapel, président
- Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire :
 - M. le docteur Thierry Najman, praticien hospitalier, psychiatre, établissement public de santé Roger-Prévot à Moisselles (Hauts-de-Seine)
 - M. le docteur Patrick Chemla, praticien hospitalier, psychiatre, établissement public de santé mentale de la Marne (Reims)
 - Mme Olivia Gili, patiente
 - Mme Catherine Skiredj-Hahn, mère d'une patiente

Collectif d'organisations

- Mme Tamine Ouarda, psychologue clinicienne
- M. le docteur Pascal Boissel, psychiatre d'exercice privé (Poitiers), association « Ensemble »
- M. le docteur Philippe Gasser, praticien hospitalier au centre hospitalier d'Uzès (Gard), président de l'union syndicale des psychiatres
- Mme le docteur Odile Gormally, psychologue en retraite, secrétaire de l'association « Delys en santé mentale » (Rhône-Alpes)
- Mme Mireille Battut, présidente de l'association « La main à l'oreille » (autisme)
- M. Matthieu Dissert, président de l'association « Humapsy »
- M. Serge Klopp, cadre de santé à l'établissement public de santé de Ville-Evrard (Seine Saint-Denis)
- Mme Victoire Mabit, association « le fil conducteur »
- M. le docteur Martin Pavelka, pédopsychiatre à l'établissement public de santé Barthélémy-Durand à Etampes (Essonne), collectif des 39

Collectif pour une psychiatrie de progrès :

- M. le docteur Denis Leguay, responsable du collectif, praticien hospitalier, psychiatre au centre de santé mentale angevin (Angers, Maine-et-Loire) et président de la commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) des Pays de la Loire
- Mme le docteur Stéphanie Lafont-Rapnouil, praticien hospitalier, psychiatre, responsable de secteur au centre hospitalier Charcot à Plaisir (Yvelines)

Associations professionnelles

- Association Des Établissements participant au service public de Santé Mentale (ADESM) :
 - M. Joseph Halos, directeur de l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole (Nord), président
 - M. Antoine Pacheco, directeur du centre hospitalier Esquirol à Limoges (Haute-Vienne), vice-président
- Association française fédérative des étudiants en psychiatrie (AFFEP) :
 - Mme Bénédicte Barbotin (Paris), présidente
 - Mme Marine Larbinos (Bordeaux), vice-présidente
 - M. Benjamin Lavigne (Limoges), coordonnateur national
 - M. Alexis Lepetit (Lyon), coordonnateur syndical
- Association nationale des maisons départementales des adolescents (ANMDA) :
 - M. Patrick Cottin, président, directeur de la maison des adolescents de Nantes (Loire-Atlantique)
 - M. le docteur Guillaume Bronsard, secrétaire général, pédopsychiatre, directeur de la maison des adolescents de Marseille (Bouches-du-Rhône)
- Association Recherche Handicap et Santé mentale (ARHM) :
 - Mme Annick Perrin-Niquet, cadre supérieur de santé au centre hospitalier Saint-Jean-de-Dieu (Lyon, Rhône), association d'infirmiers en psychiatrie (Lyon)
 - M. Jean-Paul Lanquetin, infirmier de secteur psychiatrique en Rhône-Alpes

- Association française des psychiatres privés et syndicat national des psychiatres privés (AFPP-SNPP) :
 - M. le docteur Claude Gernez, psychiatre, vice-président
 - Mme le docteur Béatrice Guinaudeau, psychiatre, trésorière
- Association des psychiatres de secteur infanto-juvénile (API) :
 - M. le docteur François Bridier, pédopsychiatre, chef du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au centre hospitalier de Cadillac (Gironde), vice-président de l'API
 - M. le docteur Jacques Sarfaty, pédopsychiatre, chef de secteur de pédopsychiatrie au centre hospitalier intercommunal de Créteil (Val-de-Marne)
- Coordination internationale entre psychothérapeutes psychanalystes s'occupant de personnes avec autisme (CIPPA) :
 - Mme le docteur Marie-Dominique Amy, psychologue, psychanalyste, membre fondateur et présidente de la CIPPA jusqu'en 2015
 - M. Jean-François Coste, éducateur spécialisé, service d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD) et institut médico-éducatif (IME) Les Violettes à Bagnols-sur-Cèze (30)
 - Mme le docteur Virginie Cruveiller, pédopsychiatre, secteur de psychiatrie infanto-juvénile de Seine-Saint-Denis (93)
 - Mme le docteur Anne Juteau, pédopsychiatre, praticien hospitalier, secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de Seine-Saint-Denis (93) et de Corrèze (19), membre du conseil d'administration de la CIPPA
 - M. le docteur Georges Lançon, pédopsychiatre, SESSAD et IME Les Violettes à Bagnols-sur-Cèze (30), membre du conseil d'administration de la CIPPA
 - Mme le docteur Anne-Sylvie Pelloux, pédopsychiatre, praticien hospitalier, secteur 75 I 01 de psychiatrie infanto-juvénile de Paris, membre du bureau de la CIPPA

Observatoire

- Observatoire régional sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion (ORSPERE) :
 - Mme le docteur Halima Zéroug-Vial, chef de service au centre hospitalier Le Vinatier (Bron, Rhône) et directrice de l'ORSPERE
 - M. Nicolas Chambaud, sociologue à l'ORSPERE

Organisations syndicales

- CFDT santé-sociaux :
 - Mme Nathalie Canieux, secrétaire générale
 - Mme Nicole Péruez, secrétaire fédérale professions et métiers
 - M. Noël Vanderstock, secrétaire national directeurs d'hôpitaux

- Comité d'action syndicale en psychiatrie (CASP) :
 - M. le docteur Olivier Boitard, union syndicale de psychiatrie
 - Mme le docteur Florence Tigier, pédopsychiatre, syndicat des psychiatres des hôpitaux
 - M. le docteur Elie Vinter, syndicat national des psychiatres privés
 - M. Réda Boukakiou, interne en psychiatrie à Paris, membre de l'AFFEP

- Intersyndicale de défense de la psychiatrie publique (IDEPP) :
 - Mme le docteur Ghislaine Bendjenana, praticien hospitalier, psychiatre, chef de pôle au centre hospitalier les Murets à la Queue-en-Brie (Val-de-Marne)
 - Mme le docteur Christiane Santos, praticien hospitalier, psychiatre, chef de pôle au groupe public de santé Perray-Vaucluse à Épinay-sur-Orge (Essonne)

- Syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) :
 - M. le docteur Michel Triantafyllou, président
 - M. le docteur Jean-Paul Bouvattier, vice-président
 - M. le docteur Jean Ferrandi, secrétaire général

- Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) :
 - Mme le docteur Isabelle Montet, praticien hospitalier, psychiatre, chef de pôle au service de psychiatrie adulte du centre hospitalier interdépartemental de Clermont-de-l'Oise (Oise)

- Syndicat national des psychologues praticiens (SNP) :
 - M. Jacques Borgy, président
 - Mme Marie Cathelineau, vice-présidente

- UNSA (psychologues) :
 - Mme Elisabeth Schaeffer, psychologue clinicienne au centre hospitalier régional et universitaire de Lille, UHSA Seclin (Nord)

- Mme Roxanne Meziane, psychologue clinicienne dans un établissement de santé mentale du Bas-Rhin
- M. le professeur Alain Abelhauser, professeur en psychopathologie clinique à Rennes 2, vice-président de l'université

Réseaux

- Ascodocpsy (réseau documentaire en santé mentale, Lyon, Rhône) :
 - Mme Nathalie Berriau, documentaliste, coordinatrice générale
- Réseau promotion santé mentale (RPSM) 78 sud Yvelines :
 - Mme le professeur Marie-Christine Hardy-Baylé, professeur des universités-praticien hospitalier, chef du service de psychiatrie au centre hospitalier de Versailles (Yvelines)
 - Mme Grévin, psychologue
 - Mme le docteur Patricia Lefébure, médecin généraliste à Vélizy-Villacoublay (Yvelines)
- Inter-collège des psychologues d'Ile-de-France :
 - Mme Nathalie Zottner, psychologue
 - Mme Viel-Durand, psychologue (retraîtée)
 - Mme Frédérique Debout, psychologue
 - M. Marc Turpyn, psychologue

Visites

- Comité des experts du parcours en santé mentale dans le Limousin (Tulle, Corrèze, 14 janvier 2015) :
 - M. Dominique Auriel, infirmier au centre hospitalier du Pays d'Eygurande
 - Mme le docteur Danièle Bourlot, présidente de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier Esquirol, Limoges
 - M. Robert Costanzo, président délégué de l'UNAFAM en Haute-Vienne
 - M. Jean-Marie Coutel, président de l'association écoute et soutien en Corrèze
 - M. Michel Da Cunha, directeur-adjoint du centre hospitalier de Brive
 - Mme Christine Dollet, directrice-adjointe du centre hospitalier de Tulle
 - M. Michel Dubech, directeur général de la Mutualité Française Limousine
 - M. le docteur David Fontanier, psychiatre au centre hospitalier Esquirol

- Mme Cécile Kirsch, directrice-adjointe de l'association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales (ADAPEI) de la Creuse
 - Mme Mariette Leyrat, chef du service évaluation de la maison départementale des personnes handicapées de Corrèze
 - Mme Dorothee Malinvaud, association soins et santé à Limoges
 - M. Patrick Martin, directeur du centre hospitalier La Valette à Saint-Vaury (Creuse)
 - Mme Marie-Anne Montchamp, ancienne ministre des solidarités et de la cohésion sociale et secrétaire d'État aux personnes handicapées, présidente de l'agence entreprises et handicap
 - M. le docteur Philippe Nubukpo, praticien hospitalier, responsable de l'équipe de liaison et de soins en addictologie au centre hospitalier Esquirol, Limoges
 - M. Antoine Pacheco, directeur du centre hospitalier Esquirol, Limoges
 - Mme Céline Morelli, instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (IREPS) du Limousin
 - M. Olivier Pinault, responsable du service social du centre hospitalier Esquirol, Limoges
 - Mme Emmanuelle Reuse, responsable de projets et chargée de communication au centre hospitalier La Valette, à Saint-Vaury (Creuse)
 - Mme Nathalie Riboulet, directrice des services de la fédération des associations corréziennes d'aide aux personnes handicapées (FACAPH)
 - M. Christophe Rouanet, directeur du centre hospitalier du Pays d'Eygurande
 - Mme Annie Zapata, directrice générale de l'association départementale des amis et parents de personnes handicapées mentales (ADAPEI) de la Creuse
- Association l'ESSOR à Mézin (Lot-et-Garonne, 20 avril 2015) :
 - M. Alain Champeaux, président de l'association l'ESSOR
 - M. Pascal Cordier, directeur général de l'ESSOR
 - M. Patrick Germain, vice-président de l'ESSOR
 - M. Alain-Paul Perrou, directeur du dispositif l'ESSOR dans le Lot-et-Garonne
 - Mme Betty Buil, directrice adjointe du dispositif l'ESSOR
 - Mme le docteur Armelle Dalomis, psychiatre de secteur
 - M. Patrick Dauzac, adjoint de direction du dispositif l'ESSOR
 - M. Vincent Lalibert, adjoint de direction du dispositif l'ESSOR

- Mme Sandra Maillac, adjointe de direction du dispositif P'ESSOR
 - M. Emmanuel Peytoureau, adjoint de direction du dispositif P'ESSOR
 - Mme Francine Tamenne, adjointe de direction du dispositif P'ESSOR
 - Mme Françoise Ferlini, directrice de l'amicale laïque d'Agen
 - M. Pierre Da Silva, stagiaire dans le cadre du certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsable d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS)
- Organisme de gestion des foyers amitié (OGFA, Pau, Pyrénées-Atlantiques, 22 avril 2015) :
 - M. Denis Dupont, directeur de l'association OGFA
 - M. le docteur Pierre Godart, psychiatre au centre hospitalier des Pyrénées
 - M. le docteur Patrick Alary, psychiatre au centre hospitalier des Pyrénées
- Clubhouse (Paris, 19ème arrondissement, 5 mai 2015) :
 - M. Jean-Pierre Cavroy, directeur
 - Mme Claire Le Roy Hatala, administratrice de Clubhouse France
 - M. Luc Allaire, administrateur de Clubhouse France
 - Plusieurs membres du Clubhouse Paris
- Secteur de psychiatrie de Lille Est (20 mai 2015) :
 - M. le docteur Laurent Defromont, psychiatre, praticien hospitalier, chef du pôle 59 G 21 de l'établissement public de santé mentale Lille Métropole
 - M. Géry Kruhelski, cadre supérieur de santé, pôle 59 G 21 de l'établissement public de santé mentale Lille Métropole
 - Mme N. Lecomte, famille d'accueil
 - Mme Denise Mignot, présidente de l'association « l'étoile bipolaire »
 - M. Nicolas Daumerie, psychologue clinicien à l'établissement public de santé mentale Lille Métropole
 - M. Yannick Boulongne, cadre de santé à la clinique Jérôme Bosch, unité d'hospitalisation temps plein intégrée au centre hospitalier régional universitaire de Lille
 - Mme Raghnia Chabane, présidente de l'association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté
 - Mme Emmanuelle Provost, coordinatrice de l'association intercommunale

- Mme Laëtitia Navy, directrice des ressources humaines à l'établissement public de santé mentale Lille Métropole
 - Mme Corinne Noel, médiatrice santé pair
 - Mme Karine Trottein, 2ème adjointe déléguée à la santé, ville d'Hellemmes
 - Mme Catherine Payage, responsable de l'unité territoriale de prévention et d'action sociale (UTPAS) de Marcq/Mons en Baroeul
 - M. Eric Parent, président du groupe d'entraide mutuelle (GEM) « Les Ch'tis bonheurs » à Ronchin
 - M. Georges Bodart, fondateur du GEM « Les Ch'tis bonheurs » à Ronchin
 - Mme Brigitte Guillooy, adhérente du GEM « Les Ch'tis bonheurs » à Ronchin
 - M. Vincent Demassiet, réseau français sur l'entente de voix (REV France)
 - Mme Audrey Billout, animatrice du GEM « Les Ch'tis bonheurs » à Ronchin
 - Mme E. Duhal, psychologue du travail, directrice de l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) Etic
 - M. le docteur Jean-Luc Roelandt, praticien hospitalier, psychiatre, directeur du centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS)
 - Mme Anne Vandeborre, directrice adjointe du CCOMS
 - Mme Anne-Claire Stona, médecin de santé publique, chargée de mission au CCOMS
 - M. le docteur Massimo Marsili, psychiatre, chargé de mission CCOMS
 - Mme Hélène Font, ingénieur de recherche au CCOMS
 - Mme Pauline Guezennec, chargée de mission au CCOMS
 - M. Simon Vasseur, chargée de mission au CCOMS
 - M. Alain Dannet, chargé de la communication
- Commission de coordination opérationnelle de Prades (Pyrénées-Orientales, 7 septembre 2015) :
 - Mme le Commandant Virginie Albaracine, gendarmerie de Prades
 - M. Philippe Banyols, directeur du centre hospitalier de Thuir
 - M. Jean-Marc Batailler, directeur-adjoint du centre hospitalier de Thuir
 - M. Matthieu Bonnet, éducateur de rue
 - Mme Amaria Brion, assistante sociale de l'Education nationale (collège et lycée de Prades)

- M. Jean Castex, maire de Prades, président de la commission
- Mme Véronique Da Silva, cadre supérieure de santé au centre hospitalier de Thuir
- M. Salvador Martinez, service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de Prades
- M. le Commandant Christophe Patricio, brigade de gendarmerie d'Olette (représentant M. Zimolo, commandant la brigade de Prades)
- M. Thierry Pla, SDIS de Prades
- Mme Geneviève Pouget, adjointe au maire de Prades
- M. le docteur Philippe Raynaud, psychiatre, chef de pôle au centre hospitalier de Thuir
- M. Roger Solere, police municipale de Prades
- Mme Monique Taillant, conseillère municipale de Prades

Dispositifs innovants

Application smartphone pour les médecins généralistes

Localisation	Thuir (66300)
Porteur du dispositif (institution concernée)	Centre Hospitalier de Thuir
Personne référente	Carole Gleyzes (Directrice Adjointe en charge de la communication) Philippe Banyols (Directeur du Centre Hospitalier)
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre Hospitalier de Thuir - Direction Générale Avenue du Roussillon - BP 22 - 66301 THUIR CEDEX 1 Tel : 04 68 84 67 00 – Fax : 04 68 84 66 01 direction.generale@ch-thuir.fr
Descriptif du dispositif	<p>Un des objectifs du projet d'établissement et du projet médical validé en 2012 par les instances de l'établissement était de rendre lisible et accessible l'organisation de la psychiatrie. Par la suite, la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur signée le 20 mars 2014 a détaillé les objectifs à décliner dans chacun des territoires : accès téléphonique direct, connaissance du dispositif,...)</p> <p>Dans ce cadre, l'établissement a élaboré fin 2014, en partenariat avec le Conseil de l'Ordre des Pyrénées-Orientales un annuaire papier qui a été diffusé à l'ensemble des praticiens libéraux. Souhaitant s'adapter aux outils particuliers et aux pratiques des généralistes, notamment lors des visites à domicile, le Centre Hospitalier de Thuir a proposé au Conseil de l'Ordre de travailler une version dématérialisée.</p> <p>Ainsi, le Centre Hospitalier de Thuir va disposer d'ici le mois d'octobre 2015 d'une application smartphone et tablettes à destination des médecins libéraux pour pouvoir diffuser de l'information notamment les coordonnées téléphoniques des différentes structures, les coordonnées des praticiens et des outils (comme les modèles de certificats sur les soins sans consentement).</p> <p>Concernant l'annuaire, la recherche se fera d'abord sur le public pris en charge (adulte, enfant, adolescent), ensuite sur le mode de prise en charge (ambulatoire/consultations ou hospitalisation) et sera ensuite envoyé vers le numéro de téléphone correspondant avec le nom et l'adresse de la structure de sectorisation.</p> <p>Le téléchargement de l'application sera gratuit.</p>
Coût	11 280 € TTC en investissement et 1 920 € TTC de maintenance annuelle
Effectifs	Temps ponctuel de direction de la communication pour la mise en œuvre
Apports	Accès en temps réel des praticiens généralistes à un praticien psychiatre ou à une structure psychiatrique de recours Amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de l'organisation du centre hospitalier de Thuir Détail et accès aux modes de mise en œuvre des mesures de soins sans consentement grâce à un arbre de décision pour les médecins généralistes.
Indicateurs	Nombre de téléchargements Satisfaction des médecins généralistes

Oikeo

Localisation	Bordeaux Métropole
Porteur du dispositif	Association pour la Réadaptation et l'Intégration
Personne référente	Carl Gaudy, Directeur du dispositif ARI-AS AIS
Coordonnées	6, rue Ausone. 33000 BORDEAUX. (09) 54 22 26 68 / asais@ari-accompagnement.fr
Descriptif du dispositif	<p>Constat : L'enquête SAMENTA, réalisée en 2009 par l'INSERM, l'Observatoire du Samu Social de Paris et l'Institut de veille sanitaire montre que près du tiers des personnes sans chez soi présente des troubles psychiatriques sévères. Pour ces personnes, le recours aux structures d'hébergement collectif reste très problématique : inadaptation du comportement au regard des exigences, même minimales, nécessaires à la vie collective ; mise à l'abri de courte durée ne permettant pas le travail d'accompagnement nécessaire, etc.</p> <p>Principe : Le projet Oikeo repose sur une priorité d'accès à un logement autonome de personnes sans-abri atteintes de problèmes mentaux sévères. Il inverse le postulat des prises en charges habituelles : le logement n'est plus l'objectif de l'accompagnement, mais son point de départ. Il est pensé comme le préalable à l'engagement des soins et à un parcours d'insertion.</p> <p>Modalités d'intervention : Un accès direct au logement, loué par l'association, sans condition de traitement ou d'abstinence. Un accompagnement global par une équipe dédiée visant à rendre les personnes actrices de leur rétablissement. Un travail partenarial fondamental, privilégiant le droit commun, avec les acteurs des secteurs hospitalier, médico-social, social, du logement, des services déconcentrés de l'Etat, et des collectivités locales.</p>
Coût	434 770 € (50 mesures). Coût mesure : 8 695 €.
Effectifs	Directeur : 0.70 ETP / Secrétaire-Comptable : 0.70 ETP / Agent de service intérieur : 0.20 ETP / Agent de maintenance : 0.75 ETP / Travailleurs sociaux : 4.9 ETP / Infirmière : 1 ETP / Auxiliaires de vie sociale : 2 ETP.
Apports	Avec cette expérimentation, débutée en janvier 2012, la volonté est clairement de démontrer qu'il est pertinent et efficace de commencer par ce qui, a priori, semblait le plus impossible, le moins atteignable, le moins réaliste et/ou réalisable : fournir un logement, sans passer par l'hébergement, à des personnes SDF souffrant de troubles psychiatriques et, partant, rendre possible un accompagnement effectué autant que nécessaire sur les autres dimensions que sont la santé, la vie quotidienne, l'accès aux droits.
Éléments d'évaluation du dispositif	Qualitativement, l'évaluation porte sur les conditions de mise en œuvre et les effets du projet. Elle permet de dresser une analyse fine et précise de la situation des personnes, des difficultés qu'elles rencontrent, mais aussi des ressources qu'elles (ré)activent du fait de leur entrée en logement autonome. Quantitativement, au 31 décembre 2014, les 67 personnes accompagnées avaient, en moyenne, un parcours d'errance de sept ans, le minimum étant de 1,5 an et le maximum de 22. 44 personnes avaient intégré un logement autonome. Neuf n'y habitaient plus. Trois glissements de baux ont été opérés.
Bibliographie	<p>La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Rapport remis à Madame Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports. Vincent Girard, Pascale Estecahandy, Pierre Chauvin (Novembre 2009).</p> <p>Absence de chez-soi et politiques en la matière en Europe : les enseignements de la recherche. FEANTSA – Conférence Européenne de consensus sur le Sans-Abrisme. Rapport p 5. 9-10 Décembre 2010 – Bruxelles.</p> <p>La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France. Premiers résultats Rapport final – Janvier 2010. Sous la direction d'Anne Laporte (Observatoire du Samu social de Paris) et de Pierre Chauvin (Inserm).</p> <p>Les mondes du squat. Productions d'un habitat illégal et compétences des citoyens disqualifiés. Le terrain marseillais. Bouillon F., 2007, Thèse de doctorant SHADYC/EHESS.</p>

Centre ressource de réhabilitation psycho-sociale et de remédiation cognitive

Localisation	Lyon 8ème
Porteur du dispositif	ARS Rhône-Alpes & CH Le Vinatier
Personne référente	Pr. Nicolas Franck
Coordonnées : adresse, téléphone...	4, rue Jean Sarrazin - 69008 Lyon, 04 26 73 71 48, nicolas.franck@ch-le-vinatier.fr, www.centre-ressource-rehabilitation.org
Descriptif du dispositif	<p>L'installation d'un centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive à Lyon début 2015 est venue couronner le développement, sous l'égide de l'ARS Rhône-Alpes, d'un dispositif régional spécifiquement consacré à la réhabilitation. Ce dispositif comprend 3 niveaux de structures, intervenant en complément des secteurs de psychiatrie et de la psychiatrie libérale :</p> <p>des structures de réhabilitation de niveau 1 dispensant des évaluations et des soins au plus près de la population</p> <p>3 structures de réhabilitation de niveau 2 (centres référents de Lyon, Grenoble et Saint-Etienne) dispensant des évaluations et des soins avec une palette plus développée permettant de répondre à des situations complexes ; ces structures sont responsables de la formation des équipes des structures de niveau 1</p> <p>1 structure de niveau 3, non soignante : le centre ressource</p> <p>Le centre ressource accueille les usagers, les familles et les professionnels. Il propose une aide documentaire, des formations et effectue des recherches.</p>
Coût	267 439 € par an
Effectifs	0,5 ETP de PU-PH, 1 ETP de webmaster-documentaliste, 0,8 ETP d'ARC, 0,5 ETP d'ingénieur en statistiques, 0,4 ETP de neuropsychologue et 0,2 ETP de secrétariat
Apports	L'objectif du dispositif régional de réhabilitation est de permettre à toute personne souffrant de troubles psychiques sévères de bénéficier d'une évaluation fonctionnelle lui permettant de mieux se saisir de ses ressources personnelles et, le cas échéant, de soins spécifiques de réhabilitation permettant de les renforcer. Afin de favoriser l'accès à ces soins des personnes qui en relèvent et de diffuser largement la culture du rétablissement et les outils de la réhabilitation, il faut que tous les professionnels de la santé mentale en aient connaissance. Le centre ressource contribue à cette mission grâce à des actions de sensibilisation et de formation à destination des professionnels, en lien avec les 3 centres référents. Le centre ressource accueille également le public au sein de sa bibliothèque spécialisée. Le fonds documentaire regroupe des ouvrages consacrés à la réhabilitation, à la remédiation cognitive et au rétablissement.
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>- indicateurs reflétant la diffusion directe des connaissances et des savoir-faire (demandes documentaires, acquisitions, activité du site internet, formations dispensées, programmes de réhabilitation mis en place sur la région, publications réalisées, communications réalisées...)</p> <p>- indicateurs reflétant l'impact sur les prises en charge (DMH, taux de réhospitalisation après prise en charge de réhabilitation, taux de réhospitalisation sur un mode libre...)</p>
Bibliographie	Demily C, Franck N. Schizophrénie : diagnostic et prise en charge. Elsevier-Masson, Paris, 2013 ; Franck N. La schizophrénie. Odile Jacob, Paris, 2006 ; Franck N. Remédiation cognitive. Elsevier-Masson, Paris, 2012 ; Franck N. Entraînez et préservez votre cerveau. Odile Jacob, Paris, 2013 ; Franck N. Cognition sociale et schizophrénie. Elsevier-Masson, Paris, 2014 ; Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. EMC-Psychiatrie 2014 ; 37-820-A-55 ; Franck N., Fromager F., Thibaut F. Prescrire les antipsychotiques. Elsevier-Masson, Paris, 2015

« Un chez soi d'abord – Marseille »

Localisation	Marseille
Porteur du dispositif	AP-HM ; association Habitat Alternatif Social ; PACT 13
Personne référente	Sylvie Katchadourian/ Raphael Bouloudnine
Coordonnées	44 cours Belsunce, 13001 Marseille, 1chezsoi@has.asso.fr, Tel 0612502793
Descriptif du dispositif	Afin de réduire la morbidité et d'améliorer l'insertion sociale des sans-abris souffrant de troubles psychiatriques sévères, deux modèles ont été expérimentés, principalement aux Etats-Unis et au Canada : treatment first (TF), et housing first (HF). TF consistait à proposer temporairement à des sans-abri un logement sous condition de suivre un traitement psychiatrique, notamment pour les addictions, un logement permanent étant offert à ceux qui finissaient le programme « avec succès ». HF proposait un accès immédiat au logement, sans condition de traitement, de suivi et d'abstinence. HF reposant sur l'idée d'une priorité donnée au logement pour les personnes sans-abri, même si elles abusent d'alcool ou de substances, au principe que le logement est un droit fondamental. Des études comparatives montrent que le modèle HF s'accompagne d'une diminution plus importante de l'utilisation de substances psycho-actives et des rechutes, il est de plus associé à une meilleure acceptabilité (moins de perdus de vue et moins de sortie de programme). La mise à disposition d'un logement non conditionné par la prise en charge psychiatrique peut favoriser à terme l'engagement libre des personnes dans une prise en charge globale médico-sociale, lequel s'accompagne d'une meilleure observance aux traitements et d'une diminution des rechutes. Suivant le principe que le logement est un droit fondamental, le rapport sur la santé et l'accès aux soins des personnes sans chez-soi (2010) valide le développement en France d'un modèle type HF. Le ministère de la santé a mis en œuvre le programme interventionnel expérimental « Un chez soi d'abord », sur 4 sites : Marseille, Lille, Toulouse, puis Paris et a récemment décidé de le généraliser.
Coût	1.500.000 €/an pour 100 personnes accompagnées : 750.000 € ONDAM, 750.000 € BOP 177
Effectifs	13 ETP (psychiatre, MG, IDE, psychologue, médiateur santé pair, éducateur, assistant social, secrétaire, AMP)
Apports	La fonction de l'accompagnement dans le projet du « Un chez soi d'abord » ne se situe pas dans un travail de seule réinsertion ou réhabilitation sociale mais dans une logique de rétablissement, défini comme la capacité qu'ont les personnes à réacquérir des compétences qui vont leur permettre de se retrouver, de retrouver un sens à leur vie et de se sentir à nouveau appartenir à un groupe et un membre à part entière de la société. Cette démarche suppose d'accompagner les personnes en recourant à leurs compétences et en les valorisant, plutôt que de se focaliser sur leur incompétence. Il ne s'agit pas de répondre uniquement à un besoin premier de logement mais d'accompagner l'autre pour qu'il puisse habiter son appartement et se sentir chez lui, dans son quartier et sa ville, afin de développer un sentiment d'appartenance à la cité.
Éléments d'évaluation du dispositif	L'expérimentation fait une large place à l'évaluation et la recherche, qualitatives et quantitatives, sous la supervision de la DGS qui en a confié l'animation et la coordination à PUR EA3279 « Evaluation des systèmes de soins et Santé perçue » (P. Auquier, Marseille). L'efficacité du programme expérimental sera évaluée au moyen d'un nombre important d'indicateurs en comparaison avec les modes de prise en charge classiques ; l'inclusion de patients dans un bras comparateur est par conséquent dictée directement par les impératifs du cadre évaluatif et de recherche. Cette évaluation repose sur l'appréciation : 1) des résultats en termes de santé, de qualité de vie, d'intégration sociale et d'impact médico-économique (compensation du surcoût du dispositif par une meilleure rationalisation des dépenses de santé mais aussi par une amélioration de l'état de santé, de la réinsertion professionnelle, du rétablissement des patients et de leur qualité de vie ; 2) de la faisabilité et de l'acceptabilité du programme « Un chez-soi d'abord » dans le contexte français, suivant une approche pragmatique (recherche-action) et qualitative, listant, donnant un sens et indexant les obstacles et les épreuves rencontrés de fait, préexistants ou construits par les acteurs au décours de la réalisation du programme ; 3) des effets du programme sur les organisations sanitaires et sociales et sur les représentations et pratiques des professionnels et des usagers, dans la perspective de sa généralisation.
Bibliographie	Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Rapport ministériel; 2010. Sadowski LS et al. Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. <i>Jama</i> 2009; 301(17):1771-8. Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The Role of Housing: A Comparison of Front-Line Provider Views in Housing First and Traditional Programs. <i>Adm Policy Ment Health</i> . Gilmer TP et al. Effect of full-service partnerships on homelessness, use and costs of mental health services, and quality of life among adults with serious mental illness. <i>Arch Gen Psychiatry</i> . 2010 Jun ; 67(6):645-52.

Equipe de rue de santé communautaire MARSS

Localisation	Marseille
Porteur du dispositif	AP-HM
Personne référente	Dr Vincent Girard
Coordonnées :	9, rue dragon 13006 Marseille, vincent.girard.46@gmail.com, Tel 06 89 85 32 99
Descriptif du dispositif	<p>L'équipe de rue, en tant qu'EMPP (équipe mobile psychiatrie précarité) a été la première activité de l'équipe MARSS, en 2007, inspirée d'une équipe de rue de New Haven (USA) avec l'aide du Yale Program for Recovery and Community Health. MARSS a développé d'autres activités en se fondant sur ce travail de rue (maraudes), lequel constitue la base de l'activité de l'équipe mobile. Il permet aux intervenants d'identifier et de contacter les personnes vivant dans la rue nécessitant un accompagnement et des soins psychiatriques. L'équipe intervient à plusieurs niveaux : d'abord pour orienter, ensuite pour soutenir des partenaires qui rencontrent des situations complexes et enfin dans le suivi direct des personnes. La difficulté des équipes est manifeste lorsqu'il s'agit d'entrer en contact avec des personnes délirantes ou très affectées par la psychose. L'organisation se fait sur modèle SAMU avec un binôme en base arrière qui aide l'équipe sur le terrain et vient en soutien logistique et d'orientation. Le binôme en base arrière peut aussi accueillir des personnes adressées par l'équipe dans la rue. Philosophie et Pratique de l'équipe peuvent être résumées en 4 points : 1) conception positive de la santé, approche médico-psycho-sociale et environnementale ; 2) psychiatrie orientée « rétablissement », respectant le choix de la personne ; 3) Approche par la réduction des risques et des dommages ; 4) démarche d'« aller vers » plutôt que d'attendre la demande au bureau, pour rencontrer ces gens qui « vivent la galère des invisibles ». Chaque jour, du lundi au vendredi, au moins un binôme, principalement un professionnel de santé (médecin généraliste ou psychiatre) et une assistante sociale ou un médiateur de santé, part dans la rue à la rencontre de son public. Les équipes sont composées de 2 à 3 intervenants, constituées en fonction des besoins d'accompagnement et des affinités entre les intervenants. L'ensemble du pôle de rue est constitué par : une psychiatre - coordinatrice, un interne en psychiatrie, un médecin généraliste - addictologue, deux médiateurs de santé, un infirmier, un éducateur spécialisé, une assistante sociale et un interne en médecine générale. Le travail de rue se localise essentiellement sur les arrondissements du centre-ville. Les maraudes sont ciblées (organisées sur un contact précis), parfois sur signalements des partenaires, ou exploratoires. Les maraudes exploratoires sont des tournées organisées sur un territoire établi au préalable et dont l'objectif est de prendre contact avec toutes les personnes rencontrées lors du travail de rue (anciens et nouveaux contacts). En 2014, l'équipe a réalisé 275 maraudes. Les signes visibles qui nous orientent vers une personne sont souvent psychiatriques comme la bizarrerie ou la soliloquie (en aucun cas ils ne constituent un diagnostic) mais aussi des indicateurs de vie prolongée à la rue ou de mise en danger.</p>
Coût	450.000 €/an
Effectifs	6 ETP
Apports	<ul style="list-style-type: none"> - Améliore l'accès aux soins - Favorise l'accès au logement ordinaire (ou alternatif) - Favorise une amélioration de la santé perçue (qualité de la vie)
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Analyse du modèle d'intervention réalisé (modèle stable)</p> <p>Analyse d'efficacité et d'efficience</p>
Bibliographie	<p>Girard, V., Sarradon-Eck, A., Payan, N., Bonin, J.-P., Perrot, S., Vialars, V., Simeoni, M.-C. (2012). [The analysis of a mobile mental health outreach team activity: From psychiatric emergencies on the street to practice of hospitalization at home for homeless people.]. Presse Medicale (Paris, France: 1983) ; Girard, V., Driffin, K., Fisk, D.2, Musso, S., Naudin, J., Rowe, M., Davidson, L., Sells, D. and Lovell, A.M. La relation thérapeutique sans le savoir. Approche Anthropologique de la rencontre entre des travailleurs pairs et des personnes sans abris ayant une co-occurrence psychiatrique. (A phenomenological approach to forging therapeutic relationships on the street: Encounters between peer outreach workers and persons with psychiatric disorders who are homeless.) L'Évolution Psychiatrique 71 (1), 2006, 75-85.</p>

Groupe d'auto-support : entendeurs de voix/WRAP/Paranoïa

Localisation	9, rue dragon. 13006 Marseille
Porteur du dispositif (institution concernée)	AP-HM
Personnes référentes	Caroline Gianinazzi (Médiateur de Santé Pair = MSP), Quentin Varcine (MSP), Alain Karinthi (MSP), Amar Bounachada (MSP)
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	9, rue dragon. 13006 Marseille. tel 06 89 85 32 99 vincent.girard.46@gmail.com
Descriptif du dispositif	Chaque groupe est animé par un MSP a) Groupe des entendeurs de voix : En 2014, un groupe par et pour les entendeurs de voix a été initié. Ces groupes apportent un renouvellement de la conception de ce que peut être vivre avec des voix, considérant les voix comme une expérience unique avec laquelle il est possible de vivre bien. b) Groupe de paranoïaques : En 2015, un nouveau groupe d'auto-support a été créé, permettant à de personnes ayant des vécus paranoïaques de se soutenir, d'échanger et de comprendre les racines de ces expériences. Afin d'aider aussi les personnes hospitalisées, un transport est assuré entre l'hôpital et le lieu du groupe. c) le W.R.A.P : En 2014, un groupe permettant à chaque personne de réaliser son « plan de rétablissement » a débuté. Il s'agit de réfléchir à distance de la crise à des actions concrètes et individualisées de prévention, en visant le maintien de ce que signifie pour chacun le bien-être, en identifiant sa propre définition de cette notion, ses méthodes journalières, mais aussi ses propres déclencheurs de la crise, ses propres prodromes, et en produisant des directives anticipées communicables sur la manière dont la personne aimerait que sa crise soit gérée.
Coût	Environ 15.000 euros / an
Effectifs	Environ 0,2 ETP MP / an par groupe de 15 personnes/semaine
Apports	Amélioration de la symptomatologie dans les cas de résistance aux traitements classiques (notamment les neuroleptiques) Amélioration de la qualité de la vie Amélioration de l'inclusion sociale
Éléments d'évaluation du dispositif	En phase de modélisation (analyse qualitative)
Bibliographie	Groupe entendeurs de voix Downs J. (Ed), (2001) Starting and Supporting Voices Groups : A Guide to setting up and running support groups for people who hear voices, see visions or experience tactile or other sensations. Hearing Voices Network, Manchester, England Dillon J, Hornstein GA. Hearing voices peer support groups : a powerful alternative for people in distress. Psychosis Psychol Soc Integr Appr. 2013; 5:286–295. Dillon J, Longden E. Hearing voices groups: creating safe spaces to share taboo experiences. In: Romme M, Escher S, eds. Psychosis as a Personal Crisis: An Experience Based Approach. London, UK: Routledge; 2011:129–139. Groupe paranoïa. http://www.nationalparanoianetwork.org/WRAP 1. Copeland Center for Wellness and Recovery: HYPERLINK " http://www.copelandcenter.com/ " http://www.copelandcenter.com/ 2. Effect of Wellness Recovery Action Plan (WRAP) participation on psychiatric symptoms, sense of hope, and recovery. Fukui, Sadaaki; Starnino, Vincent R.; Susana, Mariscal; Davidson, Lori J.; Cook, Karen; Rapp, Charles A.; Gowdy, Elizabeth A. Psychiatric Rehabilitation Journal, Vol. 34(3), 2011, 214 - 222. HYPERLINK " http://psycnet.apa.org/doi/10.2975/34.3.2011.214.222 " \t "_blank" http://dx.doi.org/10.2975/34.3.2011.214.222

Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Evaluation (ULICE)

Localisation	40 rue Sainte-Baume, 13010 Marseille
Porteur du dispositif	Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
Personne référente	Dr Samuel Bouloudnine
Coordonnées :	Tel : 04 91 74 67 50, 40 rue Sainte-Baume, 13010 Marseille, Mel : Samuel.Bouloudnine@ap-hm.fr
Descriptif du dispositif	<p>Objectifs : 1) Proposer des alternatives à l'hospitalisation et favoriser l'accès aux soins ; 2) Soutenir l'entourage dans les situations de crise ; 3) Développer des pratiques et des outils innovants contribuant à la rénovation du secteur et au travail de réseau.</p> <p>Fonctionnement en deux étapes : 1) accueil téléphonique par l'un des membres de l'équipe de base en 1^o ligne : fondement de toutes les actions ultérieures, il permet l'évaluation du degré d'urgence de la situation et peut suffire à lui seul ; 2) intervention en binôme : l'équipe peut intervenir dans ses locaux ou in situ pour prendre en charge une situation de crise à la demande des partenaires du réseau. Un binôme (Médecin / IDE) se déplace alors dans les 24h à 48h suivant le 1er appel pour évaluer la situation sur le terrain. Les personnes en situation de crise sont toujours reçues avec un membre de l'entourage. En fonction de la gravité de la situation, plusieurs possibilités seront envisagées: a) une hospitalisation ciblée : UAUP, CHS, service spécialisé, établissement privé ; b) un suivi soutenu par ULICE : au moins deux visites hebdomadaires d'un binôme + soutien téléphonique, éventuellement in situ, pendant une période limitée à deux mois, ULICE tentant ainsi de mobiliser les compétences soignantes de l'entourage ; c) une orientation vers un suivi ambulatoire classique.</p>
Coût	400.000 euros / an
Effectifs	Aujourd'hui : 0,4 ETP psychiatre coordonnateur ; 1 interne en psychiatrie ; 4 ETP IDE ; 1 ETP secrétariat ; 0,2 Assistant Socio-Educatif. Effectif cible : 8 ETP
Apports	L'intervention de crise s'inscrit dans la rénovation du « secteur » plutôt qu'en opposition à celui-ci. Aussi la spécificité d'ULICE repose davantage sur la flexibilité que sur la mobilité, afin de répondre aux différentes situations cliniques. ULICE se situe aux carrefours des soins, entre CMP, Urgence et unité d'hospitalisation t. plein. La cible est la situation et non le symptôme.
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>L'activité est en hausse constante, malgré une diminution du personnel depuis 2012</p> <p>La proportion forte du diagnostic « Psychothérapie non classée ailleurs » témoigne d'une activité spécifique d'intervention de crise laquelle montre que l'évaluation d'une crise aboutit rarement à un diagnostic psychiatrique.</p> <p>Nous observons une demande croissante d'Interventions de crise, concernant les adolescents et les adultes jeunes. Il serait utile de créer des convergences avec les services d'adolescents. La satisfaction des usagers et de leur entourage est montrée de manière très nette dans l'étude réalisée en 2012. (Chauvin, 2013)</p> <p>Aux vues du faible pourcentage d'hospitalisation (qui tend à diminuer tous les ans) dans les prises en charge centré sur l'ambulatoire, nous faisons l'hypothèse que la satisfaction des usagers correspond à une bonne adéquation de l'offre et la demande de soins, qu'ULICE y répond non de façon nécessairement médicale mais plutôt dans « le monde de la vie ». Nécessité d'évaluation et de conduire des activités de recherche à plus grande échelle : impact sur les hospitalisations et la qualité de vie, coût de fonctionnement de la structure, bénéfice (hospitalisations évitées, moindre consommation de psychotropes, meilleure insertion socioprofessionnelle, recherche multi-sites avec association des équipes mobiles. Pour fournir une évaluation pertinente au sujet de la capacité à proposer des alternatives à l'hospitalisation, il est nécessaire de proposer une réponse 24h/24 et 7jours/7</p>
Bibliographie	<p>Bouloudnine, S, Mendzat.R, Naudin.J : ULICE: Une équipe d'intervention de crise dans une psychiatrie en crise. . Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux, ISSN 1372-8202, N°. 50, 2013 , 163-186</p> <p>Chauvin, C (2013)/ Mais que fait ULICE ? Analyse de l'activité d'une équipe d'intervention de crise à Marseille et de la satisfaction de ses usagers et de leur entourage; sous la direction de Samuel Bouloudnine. Thèse de Médecine. Faculté d'Aix-Marseille.</p>

Le Marabout

Localisation	Marseille
Porteur du dispositif	Association Habitat Alternatif Social en partenariat avec l'APHM (Pr Naudin)
Personne référente	Raphael Bouloudnine/ Sylvie Katchadourian
Coordonnées :	35 rue Curiol, 13001 Marseille ; lemarabout.has@gmail.com ; Tel 0491483174
Descriptif du dispositif	<p>Née d'une rencontre entre une EMPP (service du Pr Naudin) et Médecins du Monde, une équipe de rue (modèle Outreach team) depuis 2005 a pour mission d'aller à la rencontre des personnes sans chez soi et vivant avec une maladie mentale sévère.</p> <p>Rapidement, des solutions d'hébergements ont été envisagées dans un premier temps sous la forme d'un squat thérapeutique puis suite à la visite du ministre de la santé de l'époque, Mme Bachelot, les pouvoirs publics ont décidé de « légaliser » ce lieu. La ville de Marseille a alors contacté l'association HAS pour porter ce dispositif expérimental. A ce jour, n'entrant dans aucune case administrative, il a le statut de maison relais. Le marabout est un lieu de vie semi collectif où vivent 13 personnes ayant vécu à la rue et vivant avec une maladie mentale sévère et/ou des addictions. Une équipe pluridisciplinaire (IDE, médiateur de santé pair, aide soignant, travailleur social) assure l'accompagnement des personnes vers le droit commun et éventuellement vers un logement autonome. Les pratiques de cette équipe sont orientées autour du rétablissement des personnes et l'accès à ce lieu n'est pas conditionné à la prise d'un traitement ou à l'abstinence.</p>
Coût	Environ 350 000 € annuels (ARS, DDCS, Ville de Marseille)
Effectifs	7 ETP pour 13 personnes logées et accompagnées (7j/7 24h/24)
Apports	<p>Cette structure vient répondre aux 3 dimensions suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'échec relatif des politiques de secteur en France qui sont devenues des structures psychiatriques « haut seuil ». Elles se révèlent en effet inadaptées à l'accompagnement des personnes sans abri, en rupture de soins, présentant souvent, outre une schizophrénie, des comorbidités addictives et somatiques. - Des politiques de logement inadaptées, qui ont amené à l'exclusion des personnes les plus vulnérables, notamment celles avec des troubles psychiatriques, de l'accès à des habitats bon marché. Les politiques de logement social, ont peu de lisibilité, une offre insuffisante et qui exclut les plus pauvres. Les préventions des expulsions sont inefficaces, ces dernières étant en augmentation. Par ailleurs, on estime que 30% de personnes qui sont actuellement expulsées de logements sociaux le sont en raison de troubles du comportement. La rue avec ce qu'elle apporte de violence et d'insécurité ne pourra qu'aggraver les troubles de ces personnes. - Une fois à la rue, l'instabilité de l'hébergement spécifiquement prévu pour les personnes sans abri (CHRS, UHU), le pré-requis de non consommation de drogue et/ou d'alcool, et la difficulté d'articulation entre les champs du sanitaire et du social, constituent des freins puissants à l'accès à des soins effectifs et une amélioration de la santé de ces personnes.
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Evaluation interne « classique » des dispositifs des maisons-relais</p> <p>Evaluation externe : plusieurs recherches ont été effectuées par des sociologues, anthropologues de la santé et des internes dans le cadre de leur thèse en médecine</p>
Bibliographie	<p>Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2007 Mar ; 257(2) : 64-70.</p> <p>Henry JM, Boyer L, Belzeaux R, Baumstarck-Barrau K, Samuelian JC. Mental disorders among homeless people admitted to a French psychiatric emergency service. Psychiatr Serv. in press ; 61 (3) : 264-71.</p> <p>Salit SA, Kuhn EM, Hartz AJ, Vu JM, Mosso AL. Hospitalization costs associated with homelessness in New York City. N Engl J Med 199 8; 338 (24) : 1734-40.</p> <p>O'Hara A. Housing for people with mental illness: update of a report to the President's New Freedom Commission. Psychiatr Serv 2007 ; 58 (7) : 907-13.</p> <p>Stambul B. Bas seuil d'exigence et politique de secteur. L'information psychiatrique 1998 ; n°4.</p> <p>Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousques J. Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. santé IQdédl, editor. Paris 2009.</p> <p>Bashir SA. Home is where the harm is: inadequate housing as a public health crisis. Am J Public Health. 2002 May ; 92 (5) : 733-8.</p> <p>Bouillon F, Girard V, Musso S. Du droit au logement aux expériences de l'habiter : ce que la « folie » nous enseigne. Bulletin Amades 2007 ; 69. Pierre FA. 2009. Paris ; L'état du mal-logement en France. Pinte E. L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri. Paris ; Septembre 2008. Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen : Rapport ministériel ; 2010.</p>

Working First 13

Localisation	Marseille
Porteur du dispositif	Assistante publique des hôpitaux de Marseille - Association Habitat Alternatif Social
Personne référente	Sylvie Katchadourian / Raphael Bouloudnine
Coordonnées :	30, rue Flégier. 13001 Marseille. 0603031381/07-78-33-78-39. wfl3contact@gmail.com
Descriptif du dispositif	Le programme vise l'accès, le maintien et le soutien en emploi durable en milieu ordinaire de travail des personnes vivant avec des troubles psychiatriques. Il contribue à la prévention des discriminations à l'emploi et dans l'emploi, favorise l'éducation à la citoyenneté ainsi qu'à l'accès aux droits et aux soins. L'accompagnement est intensif, individualisé, illimité, basé sur les forces et les préférences professionnelles des personnes. Il favorise l'empowerment et le rétablissement des personnes . Il s'agit d'un soutien en collaboration avec les équipes médicales, sociales, les partenaires de l'emploi et les entreprises favorisant leur employabilité et apportant plus de fluidité dans leurs parcours. Il est basé sur le modèle d'intégration au travail Individual Placement and Support évalué et faisant preuve de son efficacité de par le monde.
Coût	Environ 190 000 € annuels pour 60 personnes accompagnées
Effectifs	Actuellement 3,1 ETP (mise à disposition gratuite)
Apports	1) une collaboration renforcée entre le médical, le social, l'entourage de la personne et l'entreprise, au centre duquel est la personne, bousculant les frontières classiques existant en France et lui permettant de bénéficier d'un accompagnement global ; 2) un accompagnement visant un accès rapide à l'emploi en milieu ordinaire avec une méthodologie « placer et former » basée sur le modèle d'intégration à l'emploi « Individual Placement Support » ; 3) un coaching orienté autour de la philosophie du rétablissement en santé mentale avec un travail sur les forces, les intérêts et préférences professionnelles de la personne et basé sur les rêves et l'espoir ; 4) un accompagnement à durée illimitée dans le temps. L'équipe de jobcoach travaille en binôme et en multi-référence. L'équipe est mobile et intervient dans le contexte de la personne et non l'inverse. L'équipe est composée de professionnels pairs.
Éléments d'évaluation du dispositif	Evaluation interne par actions mises en œuvre, permettant la réalisation des objectifs, avec les impacts attendus (résultats). Indicateurs quantitatifs et/ou qualitatifs.
Bibliographie	<p>Outre les études et les témoignages sur le processus de rétablissement (traduction du concept nord-américain « recovery ») démontrant la grande importance de tenir compte des aspirations des personnes devant composer avec des maladies mentales graves. (Drake, 1998 ; Tanzman et al., 1990), celles sur le travail, qui s'avère un signifiant positif aux multiples facettes pour les personnes vivant avec un trouble mental : principal véhicule d'inclusion dans la société (Dorvil et al. 1997) ; tribune permettant « [d']avoir le sentiment de maîtriser sa vie » (MSSS, 1998) ; vecteur d'empowerment (Chandler et al. 1999) et d'autonomie financière (Emploi-Québec, 1999) ; donnant accès à l'identité sociale, au rang social, à la sécurité et à l'estime de soi, aux relations humaines et à la socialisation (Dorvil et al., 1997 ; Vézina et al., 1992). Pourtant, d'après diverses études, 75 à 90 % des personnes vivant avec un trouble psychiatrique sévère ne travaillent pas. Si 50 à 70 % de celles-ci disent vouloir travailler et obtenir un emploi dans le milieu ordinaire de travail, moins de 10 % seraient accueillies par Cap emploi et moins de 7 % feraient l'objet d'un placement dans l'emploi (Rapport IGAS RM2011-133P). De fait, les personnes ayant des problèmes graves de santé mentale sont exclus du marché du travail (Boivin et Al. 2001).</p> <p>Le programme s'inspire d'un modèle de soutien en emploi "<i>place-train</i>" (placer puis former sur le poste de travail) pour favoriser l'insertion en milieu ordinaire de public déficient intellectuel, tel qu'appliqué aux troubles mentaux par Bob Drake et Deborah Becker (modèle I.P.S. : Individual Placement and Support) comme variante du soutien à l'emploi adaptée aux personnes vivant avec troubles psychiques graves (Drake RE. A brief history of the individual placement and support model, PsychiatrRehabil1997). Depuis, cette méthode a été conceptualisée, modélisée, évaluée au travers d'études comparatives.</p> <p>Les études reconnaissent dans cette méthode d'accompagnement en emploi une efficacité certaine puisque plus de 35 % de personnes accompagnées trouvent un emploi régulier comparativement à d'autres méthodes.</p> <p>En Europe, le taux moyen d'emploi avec cette méthode est de 47 % (Source: Burns, T., White, SJ., Catty, J., EQOLISE group, « Individual Placement and Support in Europe: the EQOLISE trial » - International Review of Psychiatry, vol 20, n°6, p. 498-502, 2008).</p>

**Passerelles et transitions : de l'hospitalisation au retour à domicile grâce
au SAMSAH**

Localisation	Paris 18ème
Porteur du dispositif (institution concernée)	SAMSAH Paris de l'Oeuvre Falret
Personne référente	Johanne Le Roch, Chef de service du SAMSAH Paris
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Pôle services 75 de l'Oeuvre Falret. SAMSAH Paris. 27, rue Pajol. 75018 Paris. Tél : 01 44 65 66 59. Courriel : JLeroch@oeuvre-falret.asso.fr
Descriptif du dispositif	Plus qu'un dispositif, il s'agit de pratiques professionnelles partagées entre l'hôpital et les secteurs de psychiatrie qui adressent un patient au SAMSAH Paris. Dans la logique de l'amélioration des parcours de soins, projet de vie, l'hôpital informe le SAMSAH de la sortie d'hospitalisation d'un patient et de son souhait de le voir pris en charge à domicile par le service. Le SAMSAH va intervenir dès l'annonce de la sortie prochaine. Il va mettre en place un parcours de transition vers le domicile en se rendant à l'hôpital pour faire la connaissance du patient et l'interroger sur son projet de retour à domicile, ses besoins, ses appuis... une journée à domicile va être organisée pour faire passerelle entre hôpital et domicile, plus si nécessaire. Le patient rassuré par cette prise de contact et cet accompagnement débutant voit ainsi sa sortie sans appréhension et garde le bénéfice de ses progrès en hospitalisation.
Coût	Celui du SAMSAH
Effectifs	16,25 ETP dont 11 assurance maladie et 5.25 conseil départemental pour 40 places (51 personnes suivies en 2014)
Apports	Pour les patients, une continuité de la prise en charge, une prise en compte de leurs besoins et acquis, et une diminution des rechutes et réhospitalisations ; Pour l'équipe médico-sociale du SAMSAH, des informations pertinentes et utiles à l'accompagnement du patient ; une reconnaissance de la part des soignants de la qualité de leurs interventions ; une garantie de soutien en cas de difficulté ; Pour l'équipe soignante, une garantie de suivi du patient et de la continuité des soins ; un enrichissement de leurs pratiques du fait de l'approche multi professionnelle
Éléments d'évaluation du dispositif	Les hospitalisations La réduction des traitements Le rétablissement des liens familiaux Eventuellement la reprise du travail La stabilisation psychiatrique des personnes accompagnées

ALFAPSY

Localisation	Draveil (91) pour la France entière
Porteur du dispositif (institution concernée)	ALFAPSY est une SAS créée par l'Oeuvre Falret.
Personne référente	Christian Toullec, Directeur du FAM « Jules Falret » de Draveil et de la MAS « Paul Gachet » de Créteil
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Foyer d'Accueil Médicalisé Jules Falret. 39, avenue de l'Europe. 91210 Draveil. Tél : 01 69 39 24 50. Courriel : Ctoullec@oeuvre-falret.asso.fr
Descriptif du dispositif	<p>ALFAPSY est un organisme de formation spécialisé en santé mentale, de l'Oeuvre Falret. Se fondant sur le constat de l'absence ou l'inadéquation des formations dédiées aux professionnels de l'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique, l'Oeuvre Falret s'est d'abord appuyée sur ses ressources internes avant d'être sollicitée pour agir plus largement.</p> <p>C'est ainsi que s'est créée la SAS ALFAPSY.</p> <p>ALFAPSY propose un parcours de formation en spécialité qui sera prochainement certifiant, en complément des formations initiales en travail social.</p>
Coût	4 420 € sur deux ans (2 210 x 2) pour 150 h de formation pour le parcours.
Effectifs	Groupes de 12 stagiaires ; 5 sessions soit 60 stagiaires en fin de montée en charge.
Apports	<p>Ce parcours alterne du e-travail, des ateliers en commun avec des usagers, des mises en situation réelle, des stages... au-delà des savoirs utiles (découvrir le handicap psychique et les spécificités de l'accompagnement), il développe des modules de savoir-faire (l'accompagnement au quotidien : distance/proximité, conduites alimentaires, médication, gestion de l'argent, prise en compte de l'environnement...) et de savoir-être (gérer son stress, l'agressivité, accompagner un décès, l'écoute active, discerner...) pour développer les aptitudes professionnelles des accompagnateurs sociaux et médico-sociaux.</p> <p>Enrichis par les résultats des travaux scientifiques relatifs à l'accompagnement en santé mentale financés par la Fondation Falret et validés par les membres du conseil scientifique Falret, ces modules seront ensuite élargis aux professionnels du soin, aux proches aidants, voire aux usagers eux-mêmes, et à toute personne intéressée par les troubles de santé mentale.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>S'agissant d'une activité économique, la première évaluation de la pertinence et de l'efficacité du dispositif sera la fréquentation et la liste d'attente des stagiaires.</p> <p>Ce sera également l'obtention de la certification et la reconnaissance de la qualité du parcours de formation par l'ARS.</p>

Programme de recherche-action en santé mentale

Localisation	Paris pour France entière
Porteur du dispositif (institution concernée)	Fondation Falret
Personne référente	Annick Hennion, directrice générale
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	49 rue Rouelle. 75015 Paris. Tél : 01 58 01 09 01. Courriel : AHennion@oeuvre-falret.asso.fr
Descriptif du dispositif	<p>L'œuvre FALRET a pris conscience de l'importance de porter une parole publique sur les conditions de vie des personnes souffrant de troubles psychiques et a créé la Fondation Falret. Dans son programme, la fondation Falret propose trois dimensions d'actions :</p> <p>La lutte contre la stigmatisation et les préjugés dont sont victimes les malades mentaux et leurs proches</p> <p>La recherche action dans le champ de l'accompagnement des personnes souffrant de troubles de santé mentale</p> <p>L'innovation dans les pratiques de l'accompagnement en spécialité</p>
Coût	400 000 € sont distribués chaque année par la Fondation Falret pour accompagner le travail de recherche des équipes de terrain, étayées par des laboratoires de recherche spécialisés pour ajouter de la méthode scientifique à leurs travaux de recherche ; 2 prix de 20 000 € l'un ont été distribués en 2014
Effectifs	Les projets de recherche sont sélectionnés puis leurs résultats validés par un conseil scientifique de 9 membres, présidé par le Professeur Christine Passerieux. Ce conseil est composé de professeurs de psychiatrie, docteurs en psychologie, sociologie, d'usagers, de professionnels de terrain
Apports	<p>La recherche dans le champ de la santé mentale est pauvre. Celui des sciences sociales et du champ du handicap, peut-être plus encore...</p> <p>Dans le monde, pourtant, ces disciplines sont prises au sérieux, reconnues comme nécessitant une véritable expertise.</p> <p>Les travaux de recherche-action financés par la Fondation Falret visent à mettre en évidence les déterminants sociaux des maladies psychiatriques afin de favoriser la professionnalisation des accompagnateurs dans le champ du handicap psychique. A titre d'exemple, les deux premiers travaux primés portent l'un sur les pratiques professionnelles des moniteurs d'atelier en ESAT de transition pour identifier les pratiques performantes en vue du retour à l'emploi des personnes handicapées psychiques ; l'autre sur l'empowerment des usagers en établissement médicosocial pour identifier les pratiques professionnelles conduisant au rétablissement des personnes et à leurs progrès.</p> <p>Les résultats des travaux seront transformés en contenus de formation afin d'être communiqués auprès des accompagnants via ALFAPSY (cf. fiche 2)</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	Les contenus ont également pour perspective d'être publiés. La reconnaissance de leur qualité par un public international sera pour nous le signe que la France rattrape son retard et commence à rejoindre ses homologues dans d'autres pays du monde.

Centre de Thérapie Brève

Localisation	Service Universitaire de Psychiatrie et de Psychologie Médicale – Bât. Laporte 2 ^e étage. Hôpital de Purpan Toulouse
Porteur du dispositif	Hôpitaux de Toulouse
Personnes référentes	Docteur Anjali Mathur – Professeur Laurent Schmitt
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre de Thérapie Brève – Pavillon Laporte – Hôpital Purpan- TSA 40031 31059 Toulouse cédex 9 Téléphone : 05 61 77 24 64 – Mail : ctb@chu-toulouse.fr
Descriptif du dispositif	<ol style="list-style-type: none"> 1) Structure ambulatoire accessible pour un premier rendez-vous en moins d'une semaine. 2) Assure un soin polyvalent : consultations de psychiatres, d'infirmiers, de psychologues, d'assistants sociaux. 3) Dispositif intersectoriel ouvert 6 jours sur 7, ayant des objectifs de soins ciblés. 4) La durée de prise en charge est de 6 à 8 semaines. Un relais est effectué ensuite vers un médecin de famille, un psychiatre, ou un psychologue/psychothérapeute. 5) Les principales indications du C.T.B. sont : après tentative de suicide, les troubles de l'adaptation, les crises existentielles, les états anxieux, les dépressions d'intensité moyenne. 6) Utilise la technologie de la crise : accord de soins avec le patient, définition d'objectifs thérapeutiques ciblés, rencontres systématiques avec les proches, soins pluridisciplinaires, définition de la crise comme moment fécond, source de changements mais aussi période de profonde inadaptation à une situation donnée, définition de mécanismes de défense ou de réactions peu adaptées, prise de conscience et tentative de modification.
Coût	400 000 € en budget de fonctionnement.
Effectifs	Deux temps pleins médicaux, un interne, quatre infirmiers, un psychologue, un mi-temps d'assistant social, un temps plein de secrétariat.
Apports	Le centre de crise fournit tout ce qu'un CMP réactif ne peut fournir : un délai d'attente inférieur à une semaine, une technologie de soins spécifiques, 2 ou 3 objectifs de soins améliorables, un soin focalisé sur 6 à 8 semaines, un dispositif intersectoriel, une possibilité d'aide par télé-médecine.
Éléments d'évaluation du dispositif	Le dispositif permet une réduction du risque suicidaire, un sentiment de portage et d'étayage instantané, une amélioration des capacités d'introspection et d'insight, une prise de distance par rapport à une situation, un traitement de symptomatologie anxieuse ou dépressive.
Bibliographie	Thèse de Violette Amaya

Traiter la Violence groupale et individuelle par la gestalt thérapie

Localisation	FAM Henry Murail – EPSMS du Pays de Challans
Porteur du dispositif (institution concernée)	EPSMS du Pays de Challans
Personne référente	Th. Paule Teillet – Cadre supérieure de Santé / Thérapeute familial
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	EPSMS du Pays de Challans. 10 Allée Henry Simon, BP 435 85304 Challans cedex. Tél : 02 51 68 89 80 - contact@epsmsdupaysdechallans.fr
Descriptif du dispositif	1 gestalt-thérapeute extérieure à l'établissement 2 X 8 séances de 2 heures tous les 15 jours de thérapie de groupe - espacées de 6 mois Personnes concernées : Le « groupe résidents » qui cohabitent dans le même appartement et le « groupe professionnels » qui intervient en soins direct sur le groupe résidents
Coût	Séances : 1 280 € + le coût de la mobilisation de 5 professionnels (AMP/AS) sur 32 heures
Effectifs	Vacation de 32 heures de psychologue
Apports	Prise en compte de la souffrance des résidents Prise en compte de la souffrance du au sentiment d'impuissance des professionnels devant des actes de violence entre résidents et envers les professionnels Regarder comment chacun, à son niveau, professionnels et résidents, est acteur de la violence pour Décoder les situations à risque Décoder sa participation dans ces situations Construire d'autres relations.
Éléments d'évaluation du dispositif	Pour les résidents : Apaisement des résidents Construction d'une dynamique positive des relations entre eux. Arrêt de recours à la psychiatrie pour troubles du comportement Pour les professionnels Acquisition : D'une meilleure connaissance d'eux même D'un nouveau « savoir-faire » et « savoir être » Pour l'établissement : Une gestion positive des risques psycho sociaux
Bibliographie	Vanoye F. et Delory – Momberger « La Gestalt - Thérapie Du Mouvement » Edition Vuibert, Collection : Entretiens - 2005

Intégration d'un cadre de santé au sein d'une équipe de direction du médico-social

Localisation	EPSMS du Pays de Challans, 10 Allée Henry Simon, BP 435 85304 Challans cedex
Porteur du dispositif	EPSMS du Pays de Challans,
Personne référente	Le Directeur : L.M. Gralepois
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	10 Allée Henry Simon, BP 435 85304 Challans cedex Tel : 02 51 68 89 80 - contact@epsmsdupaysdechallans.fr
Descriptif du dispositif	Recrutement d'un cadre de santé en 2012 Compétences spécifiques : Expérience en psychiatrie Qualification complémentaires : Formation de thérapeute familial systémique – Auditeur Qualité Positionnement dans l'équipe de direction En position hiérarchique des cadres socio-éducatifs En lien fonctionnel avec l'attaché de direction Recrutement d'un 20 % de psychiatre en 2014
Coût	Le cadre de santé étant positionné sur un poste de cadre socio-éducatif, le surcoût se limite à une prime de responsabilité s'élevant à 1 620 € par an.
Effectifs	1 ETP cadre de santé en 2012
Apports	Pont entre 2 cultures Décodage puis construction d'un langage signifiant commun Partage d'information sur les champs de compétence de chaque secteur Puis ajustement entre les demandes et les possibles de chacun Facilitation du recrutement d'un psychiatre Ouverture sur le GEM et autres partenaires de la psychiatrie Clinique/ Analyse de pratique au sein de l'EPSMS : Analyse des situations des résidents en lien avec la clinique psychiatrique, les apports systémiques en complémentarité avec le regard « socio - éducatif » Ouverture sur d'autres techniques relationnelle : Analyse systémique, Gestalt... L'enjeu du Travail avec les familles Travailler la place des familles pour co-construire les projets individuels des résidents en levant les pièges des risques de jeux de triangulation relationnelle. Travailler avec les parents et l'adulte en foyer, à soulager les risques de culpabilité et/ou effets pervers liés au handicap et/ou/puis au placement en institution, pour chaque membre de la famille. Permettre au résident de continuer à appartenir à son système familial - et à la famille du résident de continuer à le reconnaître comme un membre à part entière de cette famille. Droit reconnu par la loi 2002-2 ³¹ Construire une estime réciproque entre Famille – Usagers et professionnels Démarche qualité : Introduction de la démarche qualité
Éléments d'évaluation du dispositif	Construction et formalisation d'un partenariat (convention) avec la psychiatrie du secteur G05 de Challans et du CHS G Mazurelle. Nombre de Jours d'hospitalisation en psychiatrie sur le FAM : 2013 : 71 jours pour 3 résidents ; de juin 2014 à Aout 2015 : Aucune hospitalisation Construction du dossier résident individualisé (2013) puis informatisé (2015). Entretiens familiaux d'accompagnement à l'admission en Foyer et/ou d'ajustement de l'accompagnement. Adhésion au réseau « QualiSanté » et au réseau ARLIN Pays de Loire.

³¹ Loi 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Orspere-Samdarra

Localisation	Lyon
Porteur du dispositif	CH Le Vinatier
Personne référente	Dr Halima Zeroug-Vial
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre hospitalier Le Vinatier – 95, boulevard Pinel - 69677 Bron Cedex 04.37.91.53.90 - Orspere-samdarra@ch-le-vinatier.fr www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra
Descriptif du dispositif	<p>Fondé en 1996 par le docteur Jean Furtos, l'Observatoire Régional Rhône-Alpes sur la Souffrance Psychique en Rapport avec l'Exclusion (Orspere) devient en 2002 l'Observatoire National des pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMMP). En 2007, suite à une recherche-action de l'Orspere-Onsmp, le Réseau Samdarra, centre ressource destiné aux professionnels et bénévoles impliqués dans l'accompagnement et le soin des demandeurs d'asile, réfugiés et personnes issues de l'asile, est créé.</p> <p>L'Orspere-Samdarra est aujourd'hui un observatoire/centre ressource national qui s'adresse à un public de professionnels du champ sanitaire et social. Cette organisation permet de réunir sous une même entité, deux pôles, dont la distinction ne se ferait plus sur les publics mais sur les objectifs du savoir constitué : un pôle recherche et un pôle ressource.</p> <p>Les recherches portent sur les thématiques à l'interstice entre la santé mentale et le social. Elles sont organisées en quatre thématiques : habitat et santé mentale, migration et santé mentale, vulnérabilité et postures professionnelles et enfin démocratie sanitaire et participation.</p> <p>Le dispositif ressource quant à lui se donne l'objectif de venir en appui des professionnels et bénévoles. Pour ce faire plusieurs types d'actions sont menés : formations, séminaires cliniques, groupes de travail, outils pédagogiques, permanence téléphonique, journées d'étude, réunion de coordination des acteurs... Enfin, l'Orspere-Samdarra édite Rhizome. Cette revue est trimestrielle avec 3 bulletins et des cahiers qui accueillent, une fois l'an, une thématique spécifique autour de recherches effectuées dans le cadre de l'Observatoire.</p>
Coût	Environ 330 000 € de base (fonctionnement, ressources humaines pérennes, édition Rhizome, journée d'étude) + financement de projets supplémentaires
Effectifs	Environ 10 personnes travaillent actuellement à l'Orspere-Samdarra (l'effectif dépend des projets en cours) : directrice, directrice adjointe et responsable pôle ressource, sociologue et responsable du pôle recherche, 6 chercheurs (psychiatre, sociologues, psychologues...), 1 assistante de rédaction Rhizome, 1 psychologue coordinateur et 1 secrétaire.
Apports	Cette structure, inscrite institutionnellement dans un hôpital psychiatrique, se donne comme objectif d'être le pont entre la psychiatrie et les sciences humaines, entre la clinique et le social, entre la pratique et la théorie et entre les praticiens et les décideurs... Dans une période où les problématiques sociales s'étendent et viennent perturber le soin, et où les problématiques sanitaires viennent complexifier l'accompagnement social, il importe de comprendre ce qui se joue dans ce double mouvement et d'apporter des réponses concrètes aux professionnels en difficultés. De la précarité circonstanciée, nous serions passés à des publics vulnérabilisés dont l'accompagnement est rendu difficile du fait de vulnérabilités qui dépassent souvent les compétences du professionnel, occasionnant une impuissance, et une injonction à devoir travailler en partenariat et en interdisciplinarité. Il y a donc aujourd'hui une volonté d'apporter des réponses pratiques à ces problèmes : formations, outils à destination des professionnels.
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Tous les projets sont évalués individuellement en plus du rapport d'activité annuel de l'Orspere-Samdarra. Les actions de formation sont évaluées sur le plan de la satisfaction des participants et sur le plan du développement professionnel continu pour le diplôme inter-universitaire mis en place chaque année. L'affluence aux événements organisés est un autre indicateur de la pertinence des actions mises en place (900 personnes lors des deux dernières journées d'étude, salles complètes).</p> <p>La revue Rhizome est lue aujourd'hui par environ 40 000 personnes et l'augmentation du nombre d'abonnés est constante.</p>
Bibliographie	<p>Voir tous les numéros de la revue Rhizome ainsi que la liste complète des publications et rapports de recherche sur le site internet de l'Orspere-Samdarra</p> <p>Ouvrages : Furtos J. et Laval C. (sous la direction de) (2005), La santé mentale en actes. De la clinique au politique, Ramonville Saint-Agne : Edition érès.</p> <p>Furtos J., (2008), Les cliniques de la précarité, Issy-les-Moulineaux : Masson.</p>

**Insertion par le logement : partenariat hôpital résidence-accueil et
maisons relais**

Localisation	Agglomération de Pau
Porteur du dispositif	Centre hospitalier des Pyrénées/OGFA (organisation de gestion des foyers amitiés)
Personne référente	M. Denis Dupont, Dr Pierre Godart.
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Denis Dupont : OGFA, 4 avenue Henri IV Jurançon 64110. denis.dupont@ogfa.net Tél : 05 59 06 15 32 ; Dr Pierre Godart, CHP (centre hospitalier des Pyrénées), 29, av. Gal Leclerc 64039 Pau cedex. pierre.godart@chpyr.fr Tél : 05 59 80 90 00
Descriptif du dispositif	<p>Mise en place d'une coopération intégrée entre une association gérant une maison-relais et une résidence accueil (55 places) et un service de soins intervenant au domicile du pôle 2 du CH des Pyrénées</p> <p>La maison-relais est organisée en monobloc avec prestation repas. La résidence accueil est en habitat dispersé autour d'une plate-forme de services avec l'ensemble des professionnels. L'ensemble des interventions liées au logement et l'accompagnement sont réalisés par les travailleurs sociaux.</p> <p>Les interventions relevant des soins (évaluation clinique, dynamique collective, prise des traitements, liens avec les partenaires des soins) sont réalisés par une équipe d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides médico-psychologiques.</p> <p>La coordination des actions est assurée chaque semaine.</p> <p>Une élaboration conjointe des projets de vie est réalisée dans le cadre d'une réunion bi hebdomadaire.</p>
Coût	Pour la partie soins : 6 personnels détachés du CHP après fermeture d'une unité de soins (coût négatif). 16 €/jour/ x 55 places x 365 jours = 321 200 €.
Effectifs	Les personnels soignants sont détachés du centre hospitalier des Pyrénées (6 ETP). Il y a 5 ETP de travailleurs sociaux
Apports	<p>Problématique initiale :</p> <p>Une centaine de personnes étaient hospitalisées de façon continue au centre hospitalier des Pyrénées sans projet de vie réaliste ;</p> <p>De nombreuses personnes présentant des troubles psychiatriques se trouvaient dans les établissements de l'OGFA et ne pouvaient accéder aux soins ;</p> <p>Apports réciproques pour les deux équipes : entre 2004 et 2015, le nombre de personnes en situation de handicap psychique hospitalisées au long cours est passé de 110 à 50 ;</p> <p>Les conditions de vie des personnes prises en charge par ce dispositif sont très améliorées du point de vue des usagers ;</p> <p>L'évaluation et l'orientation rapide des personnes qui rechutent vers les soins adaptés permettent des hospitalisations de courte durée.</p> <p>Toutes les personnes relevant du champ psychiatrique hébergées par l'OGFA sont soignées par les personnels du CHP.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	La coordination du dispositif est réalisée chaque mois par la direction de l'OGFA et les responsables du pôle 2 du CH des Pyrénées. Tous les trois mois, une commission évalue les progrès et les projets des résidents. Une évaluation est réalisée chaque année : quantitative : nombre de places disponibles, durée moyenne de séjour ; qualitative : analyse du questionnaire rempli par les résidents et interviews de quelques-uns d'entre eux
Bibliographie	Pratique en santé mentale n° 1 année 2010 : journées nationales des croix marines à Béziers atelier Aquitaine ; Pratique en santé mentale n° 1 année 2013 : journées nationales des croix marines à atelier Aquitaine.

Centres experts en psychiatrie

Localisation	37 centres experts sur le territoire national
Porteur du dispositif (institution concernée)	Fondation FondaMental avec le soutien de la direction générale de l'offre de soins depuis 2010 et de certaines agences régionales de santé qui attribuent des ressources, partielles mais régulières, à certains des hôpitaux qui hébergent les centres experts (troubles bipolaires, schizophrénie, autisme de haut niveau, dépression résistante)
Personne référente	Professeur Marion Leboyer
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Professeur Marion Leboyer - Directeur Fondation FondaMental. Hôpital Albert Chenevier, pôle de psychiatrie. 40 rue de Mesly. 94010 Créteil cedex 01 49 81 34 32 / marion.leboyer@inserm.fr
Descriptif du dispositif	Il s'agit de réseaux collaboratifs de soins et de recherche proposant une évaluation réitérée au cours du temps au moyen d'un dossier médical informatisé, spécialisé par pathologie. Les Centres Experts complètent l'offre de soins sectorisée et généraliste en offrant un service de recours (niveau 3), mis au service des professionnels de santé pour une contribution au dépistage, au diagnostic et à la prise en charge des patients. Schématiquement, ces Centres Experts assurent quatre missions : 1) Diagnostic et soins 2) Recherche 3) Formation 4) Information. Ils bénéficient du soutien indispensable de la Fondation FondaMental, pierre angulaire du dispositif.
Coûts	Le coût moyen de fonctionnement d'un Centre Expert : 432 000 €/an.
Effectifs	Outre le personnel nécessaire au fonctionnement optimal d'un Centre Expert (praticien hospitalier psychiatre, neuropsychologue, psychologue, infirmière diplômée d'Etat, assistante sociale, secrétaire médicale, technicien d'études cliniques), le dispositif repose également sur une équipe spécialisée au sein de la Fondation FondaMental. Elle est composée de neuf personnes (bio-informaticiens, data managers, ARC, chef de projet, technicien de biobanque, assistante administrative). Le coût salarial de cette équipe est de 475 000 €/an.
Apports	Ce dispositif : Fédère de nombreux services hospitaliers (hospitalo-universitaires et généraux) répartis sur l'ensemble du territoire, Offre la possibilité d'accéder à des centres de recours spécialisés par pathologie, Contribue à une approche diagnostique et thérapeutique personnalisée, Rend possible la réalisation de programmes de recherche dans de nombreux domaines, Contribue à la production de données observationnelles de santé, Stimule la production de publications scientifiques internationales.
Éléments d'évaluation du dispositif	1) Indicateurs d'activité de soins 2) Indicateurs de la prise en charge des patients adressés 3) Indicateurs de satisfaction des patients et des professionnels de santé 4) Indicateurs de la contribution des Centres Experts à la recherche
Bibliographie	Environ 300 publications sont adossées au réseau FondaMental sur la période 2007-2014 (Web of Science - Thompson-Reuters). A partir de 2013, on note des publications à partir des données observationnelles colligées par les Centres Experts Troubles Bipolaires dans la base dédiée « FACE BD » : Boudebessé et al - FACE-BD collaborators. Chronobiol Int. 2013, Belzeaux et al. FACE –BD collaborators. J Affect Disord. 2013, Godin O, et al. FACE-BD cohort. J Clin Psychiatry. 2014.

Dispositif intersectoriel départemental d'accueil, d'orientation et de crise

Localisation	Centre hospitalier Camille Claudel (Charente)
Porteur du dispositif	Centre hospitalier Camille Claudel – EPSM de la Charente CS 90025 – 16400 La Couronne
Personne référente	Mme Marie-José Rousseau, psychiatre, praticien hospitalier chef du pôle « Accueil, orientations et addictions », et présidente de la C.M.E.
Coordonnées :	– Route de Bordeaux – CS 90025 – 16400 La Couronne. 05.45.67.58.00 marie-jose.rousseau@ch-claudel.fr
Descriptif du dispositif	<p>Le centre hospitalier Camille Claudel, seul établissement public en santé mentale de la Charente, a mis en place un dispositif permettant de répondre aux attentes des usagers et des partenaires. Il vise l'accès immédiat, sans rendez-vous, à un entretien par un professionnel qualifié, (infirmier et/ou médecin psychiatre), permettant ainsi une évaluation et une réponse adaptée aux besoins de la personne.</p> <p>Le renforcement de l'accès à la prévention et aux soins psychiatriques s'est traduit par la mise en place de structures d'accueil et de soins, en lien étroits constants.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'unité d'accueil d'orientation (2004), situé sur le site du centre hospitalier, assure un accueil téléphonique et physique 24h/24h 365 jours par an, sans rendez-vous, de toute personne en souffrance psychique, et propose une orientation adaptée et immédiate après un entretien infirmier et une consultation médicale. L'ensemble des médecins de l'établissement participe à la permanence ou la garde sur place dans la structure, permettant ainsi d'assurer la réponse médicale. - Le centre de crise (2004), accolé à l'unité d'accueil, est une unité d'hospitalisation complète de 10 lits (5 jours maximum), assurant des soins intensifs (consultations psychiatriques et psychologiques, entretiens infirmiers quotidiens, recours à une assistante sociale en cas de besoin) et permettant de désamorcer un processus aigu de décompensation psychopathologique. - Le Lieu-Dit (1994), situé au centre-ville d'Angoulême, assure aussi un accueil téléphonique et physique sans rendez-vous et propose des entretiens infirmiers afin d'évaluer la problématique, accompagner la démarche de soins et proposer une orientation adaptée. <p>Les objectifs inaugurent la volonté de rendre le dispositif plus souple, plus lisible, plus accessible, plus ouvert, et d'aller au-delà des découpages sectoriels.</p>
Coût	Au 31/12/2014, s'agissant de l'Unité d'Accueil d'Orientation et Centre de Crise le coût de l'exploitation courante était de 1 688 486,88 €.
Effectifs	ETPR au 30/06/2015 : 33,29 (praticiens hospitaliers ; 2 psychologues à mi-temps ; infirmiers, un temps d'assistante sociale, un cadre de santé, une secrétaire médicale, A.S.H).
Apports	<p>L'objectif global du dispositif est l'amélioration de la réponse cohérente apportée à l'utilisateur (24h/24) : un accès immédiat, aux soins facilité, la notion d'urgence psychiatrique prise en compte, et l'accueil global du patient amélioré.</p> <p>Meilleure coordination des soins dans le cadre du parcours du patient en lien avec les partenaires.</p> <p>Évaluation du risque suicidaire, en lien avec le coordonnateur territorial.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Suivi mensuel de l'activité des structures (nombre de sorties évitant les hospitalisations, taux d'occupation de l'unité de crise, D.M.S., file active).</p> <p>Analyse annuelle des questionnaires de sortie.</p> <p>Enquêtes en 2013 sur les délais d'attente et sur l'accueil.</p>
Bibliographie / Référentiel	<p>S.R.O.S. de psychiatrie et S.R.O.S. urgences ; Prise en charge des suicidants : Conférence régionale de santé/Programme régional de santé, référentiels ANAES, URCAM,...</p> <p>Demande des médecins généralistes déplorant la complexité de la sectorisation psychiatrique ; Visites en 2001 de structures similaires au centre hospitalier Charles Perrens (Bordeaux) le 23 janvier 2001, et au centre hospitalier des Pyrénées (Pau) le 20 décembre 1995 et le 2 février 2001.</p>

Frontières\$: Art, culture et santé mentale

Localisation	Hellemmes, Ronchin, Faches-Thumesnil, Lezennes, Lesquin et Mons-en-Baroeul
Porteur du dispositif (institution concernée)	EPSM Lille Métropole et Association Intercommunale de Santé mentale et Citoyenneté (AISSMC)
Personne référente	Christelle Lemaire : Manager culturelle - Ève Lagarde : Artiste, plasticienne
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre Frontière\$. 211 rue Roger Salengro. 59260 Hellemmes. 03.20.61.75.57
Descriptif du dispositif	<p>- Un Service d'Activités, d'Insertion et de Soins dans la Cité (SAISIC) avec des artistes et sportifs accompagnés d'une équipe soignante acteur d'une politique citoyenne. Les activités s'organisent dans la cité, les lieux municipaux en mixité avec la population générale.</p> <p>Le travail sur l'inclusion sociale est proposé en accompagnement des personnes en difficultés vers les associations locales.</p> <p>Un centre d'art situé à Hellemmes qui accueille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une galerie d'art contemporain, pour la promotion de l'art contemporain, crée des liens entre les artistes et la santé mentale, des expositions organisées par un commissaire d'exposition, ce lieu est ouvert à l'accueil d'autres partenaires artistiques pour l'ouverture vers la cité, lieu de questionnement sur la place de l'art dans la société et comment cette rencontre peut questionner sur les représentations de l'image du trouble psychique. - Un atelier de pratiques artistiques pour les usagers de soin, et pour la population générale, pour les associations en demande d'un lieu, un atelier gravure ouvert. - Un fonds d'art contemporain, outil de déstigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques, travail de médiation autour des œuvres, et accès à l'art pour tous. Projets politique de la ville pour les quartiers sensibles.
Coût	AISSMC + culture à l'hôpital + SAISIC (CATTP hors les murs) coût Frontières : 418 878 €
Effectifs du SAISIC	Un éducateur spécialisé, une infirmière, un ergothérapeute, un moniteur éducateur, une éducatrice sportive, un mi-temps d'artiste, six intervenants vacataires, une manager culturelle
Apports	<ul style="list-style-type: none"> - Favoriser la participation des artistes de la cité à l'ouverture des services de psychiatrie, permettre les rencontres entre populations, patients, famille et équipe de santé mentale par la médiation et l'art. - Valorisation des capacités, retour à la vie citoyenne, accompagnements au plus près des personnes suivant leurs désirs et leurs possibilités, travailler ensemble avec l'usager sur son parcours de rétablissement, travailler sur les représentations de l'image du trouble psychique pour aider à les changer auprès de la population générale pour qu'elles ne soient pas dévalorisante et stigmatisantes. Afin que les personnes souffrants de ces troubles ne souffrent plus du regard de l'autre.
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Personnes concernées par les activités thérapeutiques : 316 personnes en 2014</p> <p>Personnes participantes aux expositions : 600/an,</p> <p>Personnes sensibilisées au fonds d'art contemporains et ateliers dans les écoles : 1000/an.</p>

Préfiguration d'un « centre de mémoire et de ressources »

Localisation	À déterminer
Porteur du dispositif	Mouvement pour une société inclusive – Association loi 1901
Personne référente	Maryvonne Lyazid, Présidente de l'association
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	8 Rue Descombes, 75017 Paris Lyazid.maryvonne@orange.fr; 06 47 58 33 90
Descriptif du dispositif	En complément des gestes mémoriels accomplis par le Président de la République, en hommage aux patients des hôpitaux psychiatriques morts durant la seconde guerre mondiale, le groupe de travail rassemblé par l'association (composé notamment des associations représentatives de personnes en situation de handicap, et des représentants du secteur de la psychiatrie) souhaite unanimement la création d'un « Centre de mémoire et de ressources ».
Coût	Le coût du travail de préfiguration est estimé à : 150 000 €
Effectifs	Les 4 membres du bureau, un responsable d'ingénierie de projet, un concepteur scientifique ;
Apports	<p>La création de ce centre a une double visée ; il devrait ainsi avoir plusieurs fonctions :</p> <p>Permettre et encourager le devoir de mémoire :</p> <p>Un lieu de recherche :</p> <p>Rassembler, sauvegarder et mettre à disposition l'information historique : effectuer des recherches et centraliser la documentation ; Organiser des conférences, colloques et symposiums</p> <p>Un lieu d'art et de culture :</p> <p>Créer des supports muséographiques (exposition permanente et itinérante) : mobiliser toutes les formes de création artistique, telles que la littérature, la peinture, la sculpture, le cinéma, etc.</p> <p>Un lieu d'appui pour des gestes mémoriels en région</p> <p>Impulser, recenser et rediffuser les initiatives mémorielles existantes ; Animer le réseau, assurer cohérence et complémentarité des initiatives</p> <p>Un lieu de mise en réseau des initiatives européennes et internationales :</p> <p>Recenser des initiatives prises par d'autres pays ; Animer un réseau</p> <p>Consolider le respect des droits fondamentaux :</p> <p>Créer des kits pédagogiques pour collégiens/lycéens et pour les personnes accompagnées ou accueillies dans les structures médico-sociales.</p> <p>Au travers de faits historiques, sensibiliser l'opinion publique aux droits fondamentaux et à l'exercice d'une citoyenneté pleine et entière des personnes fragilisées par la maladie et/ou le handicap</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	Le consensus autour du rapport de préconisation qui devra être validé par le groupe de pilotage (représentant les différents secteurs concernés par le projet)
Bibliographie	<p>Armand Ajzenberg, L'abandon à la mort... de 76 000 fous par le régime de Vichy, suivi d'André Castelli, Un hôpital psychiatrique sous Vichy (1940-1945), L'Harmattan, 2012</p> <p>Max Lafont, L'extermination douce. La cause des fous. 40 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux sous Vichy, 2000</p> <p>Isabelle Von Bueltzingsloewen, L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation, Aubier, 2007</p>

Appui à l'Elaboration de Projet (AEP) - Appui à l'Elaboration de Projet Renforcé - Appui à la Validation du Projet par l'Immersion en Entreprise (AVPIE)

Localisation	1, Allée Serr. 33 100 Bordeaux ; 74, rue Georges Bonnac. Bordeaux 11, place des Terres Neuves. 33 Bègles ; 131, avenue Thiers. Bordeaux
Porteur du dispositif	Parcours-Formations
Personne référente	Mylène Bordas - Directrice
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	1, Allée Serr - 33 100 Bordeaux - ☎ 05 56 38 63 20 ✉ contact@parcours-formations.com
Descriptif du dispositif	Ces dispositifs doivent permettre à la personne et au prescripteur : - d'affiner l'appréhension des modes de compensation du handicap en formation et en emploi, - de favoriser l'ouverture du champ des possibles en termes de pistes professionnelles, AEP et AEP Renforcé : envisager de nouveaux projets professionnels compatibles avec les retentissements du handicap en intégrant les solutions de compensation existantes et la réalité du marché du travail visé AVPIE : appui à la validation d'un projet professionnel en tenant compte des possibilités de compensation du handicap, par la mise en situation professionnelle dans le secteur privé ou public.
Coût	1 880 000 € sur 4 ans
Effectifs	360 stagiaires par an
Apports	→ pour le tuteur en entreprise : sensibilisation, information, appui, connaissance, dédramatisation, regard sur les compétences, le tuteur s'appuie sur un interlocuteur unique dans notre centre. → pour la personne en situation de handicap : être soutenue, reconnue en tant que personne compétente et trouver sa place et une autre forme de reconnaissance sociale et professionnelle au sein de l'entreprise, accéder à la connaissance de son environnement socio-économique, de ses droits, des interlocuteurs, de l'identification de ses contraintes, se mettre en situation concrète de travail, se confronter à des contextes nouveaux. → pour l'institution ou autre référent : découvrir d'autres potentialités, capacités, aptitudes, permettant de poursuivre l'accompagnement autrement.
Éléments d'évaluation du dispositif	Évaluation qualitative : en cours de session, à la fin de chaque session, à la fin de la période d'immersion en entreprise. Évaluation qualitative et quantitative par le financeur : Qualitatives Contrôle de la qualité des prescriptions au regard du cahier des charges Contrôle de la réalisation des objectifs de la prestation notifiés dans le cahier des charges Bilan annuel avec le financeur Quantitatives : Suivi de la consommation du budget Analyse des projets travaillés pour les stagiaires Analyse des abandons en cours de prestation Suivi à 3 mois des stagiaires.
Bibliographie	Castel, Foucault, Chapireau, Durkheim, Castra, Thévenot, Winnicott, Pinel, Prinzhorn, les rapports de l'UNAFAM, FNAPSY, de parlementaires, d'universitaires, les ASH.

**Dispositif à choix multiple pour la continuité du parcours
socioprofessionnel de la personne en situation de handicap psychique**

Localisation	Marseille 14ème – 15 impasse des Marronniers
Porteur du dispositif	Association AFAH (association pour les foyers et ateliers des handicapés)
Personne référente	Nadine Étienne, directrice générale
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Nadine Étienne. AFAH. 15, impasse des Marronniers – CS 70376 13331 Marseille cedex 14. Tél. : 04 91 11 42 81. Courriel : nadine.etienne@afah.fr
Descriptif du dispositif	Mutualisation de la plate-forme technique des centres PHOCEE/ESAT pour un parcours plus fluide des personnes en difficulté psychique et augmentation de la file active, en conservant les entrées directes en provenance du secteur psychiatrique. Un dispositif passerelle de mise en situation de travail. Pour cela, il est nécessaire d'assouplir les modes d'admission, de créer des modes d'entrée avec une notification unique « PHOCEE » et une durée modulable.
Coût	Pas d'augmentation du budget dans un 1er temps. 360 000 € si on veut doubler la file active
Effectifs	Plateau technique actuel du centre PHOCEE/ESAT : 55 ETP Domaine médical : psychiatre, médecin du travail, médecins de médecine physique et réadaptation. Domaine psychologique : neuropsychologues, psychologues cognitivistes, psychologues du travail, psychologues cliniciens. Domaine paramédical : infirmiers, ergothérapeutes, orthophoniste, kinésithérapeutes, psychomotricien, ergonomes. Domaine socio-éducatif : assistants sociaux, éducateurs spécialisés, aide médico psychologique, surveillant d'internat, éducatrice sportive, animateurs socio-éducatifs. Domaine technique : chargés de relations entreprises, documentalistes, moniteurs d'ateliers, coordinateur prévention-sécurité, directeur production.
Apports	Augmentation du nombre de personnes reçues et création d'une file active au lieu de places fixes, sur une durée fixe : dans un premier temps, 134 personnes reçues sur l'année au lieu de 99 actuellement. Dans un second temps, en fonction des moyens attribués, file active multipliée par deux. Originalité d'une période de transition en ESAT pour un essai socioprofessionnel, à la sortie du secteur sanitaire et en amont d'une orientation professionnelle par la CDAPH : accueil en entrée directe par convention avec les secteurs. Mise en situation de travail pour réamorcer les habiletés professionnelles élargies, avec immersion sur des sites d'activités... Evaluation socioprofessionnelle plus complète (plateau technique au service de la personne) ne dépendant plus de l'agrément donné à chaque section (ESAT, CRP, centre de pré-orientation) et adaptée à la fatigabilité et au projet de chaque personne reçue (temps partiel, séquentiel possible, sur une période modulable, plus longue : 2 à 3 ans). Avec un soutien psychologique renforcé, des ateliers de préparation à l'emploi, une évaluation interdisciplinaire...
Éléments d'évaluation du dispositif	Nombre de personnes reçues/ file active Nombre de personnes ayant trouvé du travail en entreprise protégée ou en milieu ordinaire Questionnaire de satisfaction Conventions avec le secteur sanitaire

Cellule de Traitement des situations complexes

Localisation	Perpignan (66000)
Porteur du dispositif	Centre hospitalier de Thuir / Commune de Perpignan
Personne référente	Dr Albert Boxus (médecin chef de service du secteur centre) Philippe Banyols (directeur du centre hospitalier)
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre Hospitalier de Thuir - Direction Générale Avenue du Roussillon - BP 22 66301 Thuir cedex 1 Tel : 04 68 84 67 00 – Fax : 04 68 84 66 01 direction.generale@ch-thuir.fr
Descriptif du dispositif	Emanation du conseil local de santé mentale, la cellule réunit différents acteurs de terrain : SAMU, police nationale et municipale, service habitat indigne de la Direction Hygiène et Santé de la ville de Perpignan, le CCAS, le SDIS, l'UDAF, l'ordre des médecins et les associations d'usagers, la justice et l'équipe médicale et soignante du secteur de psychiatrie générale adulte prenant en charge la ville de Perpignan.
Coût	Pour le centre hospitalier de Thuir, présence d'un médecin psychiatre, d'un infirmier et d'un directeur aux différentes réunions.
Effectifs	Pour le centre hospitalier de Thuir, présence d'un médecin psychiatre, d'un infirmier et d'un directeur aux différentes réunions.
Apports	Cette cellule a plusieurs objectifs : Réduire les hospitalisations sans consentement issus de la ville de Perpignan Elaborer une analyse précise des situations complexes à travers leurs différentes dimensions (sociales, sanitaires, habitat,...) Identifier les éventuelles sources de clivage sur les prises en charge Préconiser un plan de prise en charge. En complément de ce dispositif une équipe mobile de psychiatrie rattachée au centre hospitalier de Thuir a été créée à Perpignan notamment pour : Anticiper les situations critiques, Réaliser des évaluations psychiatriques à la demande des partenaires et/ou de l'entourage, Favoriser les relations interprofessionnelles sur le réseau sanitaire, social, judiciaire, Sensibiliser les partenaires au champ d'action de la psychiatrie
Éléments d'évaluation du dispositif	Nombre de cas abordés en cellule Diminution des hospitalisations sans consentement Interventions consécutives des services de psychiatrie Amélioration de la prise en charge des patients notamment les perdus de vue Impact sur la déstigmatisation des prises en charge en psychiatrie

Équipe Ambulatoire de Gérontopsychiatrie (EAGP)

Localisation	Maillage départemental à Figeac, Saint-Céré, Gramat, Cahors et Gourdon.
Porteur du dispositif (institution concernée)	Institut Camille Miret Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret Le Bourg - 46 120 Leyme
Personne référente	Dr Jacques Olivier, Médecin-chef de Pôle de Gérontopsychiatrie
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre Hospitalier Jean-Pierre Falret Le Bourg - 46 120 Leyme Tél : 05.65.10.20.00 ; jacques.olivier@icm46.org
Descriptif du dispositif	Il s'agit d'une équipe soignante départementale spécialisée en gérontopsychiatrie assurant l'évaluation et l'accompagnement, au domicile ou sur les lieux de vie (soit plus d'une quarantaine d'établissements), des personnes âgées présentant des troubles cognitifs, en zone rurale. Des consultations de gérontopsychiatrie sont également proposées.
Coût	1 360 300 €
Effectifs	Effectif total : 19 ETP : Saint-Céré : 3,80 ETP Figeac : 5,20 ETP Gramat : 3,40 ETP Cahors : 3,80 ETP Gourdon : 3 ETP
Apports	réactivité prévention des hospitalisations aide au maintien à domicile soutien des aidants familiaux ou des équipes de soins travail en collaboration avec le réseau des intervenants sanitaires médico-sociaux et sociaux autour de la personne âgée
Éléments d'évaluation du dispositif	rapport d'activité annuel évaluation informelle de la satisfaction des partenaires

**Les Invités au Festin, une expérience innovante d'alternative
psychiatrique et citoyenne : création de lieux de vie et d'accueil citoyens
pour personnes ayant des troubles psychiques et/ou sociaux**

Localisation	Besançon
Porteur du dispositif	Les Invités au Festin
Personne référente	Dr Marie Noëlle Besançon
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	La Maison des Sources. 10, rue de la Cassotte. 25 000 Besançon. Tél : 03 81 88 90 30. secretariat@lesinvitesaufestin.fr ; web : www.lesinvitesaufestin.fr; et : www.iaf-reseau.com
Descriptif du dispositif	Réalisations : Lieux : 1 - A Besançon, sur un même site La Maison des Sources créée en mars 1999 : - Un lieu d'accueil en journée (100 personnes – statut de GEM depuis 2006 parrainé par les IAF, offrant 40 activités de tous ordres) ; - Un lieu d'activités et de responsabilisation (secteur ESS) : friperie, buvette sans alcool, multimédia. - Un lieu de vie (statut de maison relais), de 13 places, « Les Capucines ». 2 - A Pouilley les Vignes, près de Besançon (5 km) : un 2ème lieu de vie, la maison relais « La Lanterne », (2009), de 14 places. 3 - Un Samsah (service d'accompagnement) de 35 places (suivi de 50 personnes), (janvier 2014), à Besançon ; 4 - IAF réseau, un réseau de développement du concept des IAF (mars 2007), afin d'essaimer ce modèle. 15 associations sont rattachées au réseau, en France, Belgique et au Rwanda. Il y a 900 membres associatifs, dont 275 bénévoles, 500 participants (usagers), 100 résidents, 50 salariés. Réalisations : 10 maisons, 3 permis de construire attribués, 4 copils, 6 GEM, 4 accueils en journée, 1 accueil le dimanche, 1 école et 1 ferme pédagogique. 170 places créées d'ici 2017.
Coût	55,80 €/jour/résident
Effectifs	IAF : 277 membres associatifs, dont 100 participants, 80 bénévoles ; 23 salariés (17,5 ETP), dont 7 participants-salariés.
Apports	Le concept innovant des IAF présente comme point forts : - Une action sociétale, avec l'apport de l'engagement des bénévoles, une approche globale avec un travail sur les 3 niveaux du lien social, et humaniste des personnes, considérées comme citoyennes et non comme malades. - L'utilisation du concept du rétablissement et d'empowerment - Les résultats en prouvent l'efficacité, tant au niveau qualitatif que quantitatif - Au total : action qui, à l'inverse de la situation actuelle (hôpitaux psychiatriques au centre du dispositif des soins) : -includ, dé stigmatise, change le regard ; -est efficace : un réel travail est mené, avec des résultats objectifs ; -coûte moins cher.
Éléments d'évaluation du dispositif	- Economie réalisée sur un an : 2000 journées d'hospitalisation sur 1er lieu d'accueil et de vie ; - SROI (Social Return on Investment) : 2,10 (2,10 € pour 1 € investi) - Baisse des traitements médicamenteux ; - Mesure de progression de l'autonomie (bilan initial, bilans intermédiaires)
Bibliographie	Trois ouvrages de Marie Noëlle Besançon, aux éditions Editions de l'Atelier : - « On dit qu'ils sont fous et je vis avec eux », 2006, 4ème réédition 2015 - « Arrêtons de marcher sur la tête, pour une psychiatrie citoyenne », avec Bernard Jolivet, 2009 - « Les soins en psychiatrie, une affaire citoyenne », avec Bernard Jolivet, 2011.

Permanence d'accès aux soins de santé (PASS) en santé mentale en milieu social

Localisation	Phare. 3, rue de Segure. 64000 Pau
Porteur du dispositif	Centre hospitalier des Pyrénées (CHP) 64 000 Pau. OGFA
Personne référente	Dr Olga Junca, Dr Pierre Godart, pôle 2 CHP de Pau. M. Denis Dupont, OGFA.
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Denis Dupont : OGFA, 4 avenue Henri IV Jurançon 64110. denis.dupont@ogfa.net – Tél : 05 59 06 15 32 Dr Olga Junca, CHP, 29, av. Gal Leclerc 64039 Pau cedex. olga.junca-jimenez@chpyr.fr ; Tél : 05 59 80 93 03. Dr Pierre Godart, CHP, 29, av. Gal Leclerc 64039 Pau cedex. pierre.godart@chpyr.fr ; Tél : 05 59 80 90 00
Descriptif du dispositif	Mise en place d'une équipe de soins psychiatriques au sein d'un centre d'accueil pour les personnes en situation de précarité (café, douche, laverie etc.) géré par un service social (OGFA) pour un accès rapide aux soins psychiatriques. Participation à la réflexion commune entre le CCAS, OGFA, la Croix-Rouge et tout autre service intervenant auprès des personnes en situation de précarité. Interventions dans trois CHRS : pour les adultes, pour les couples avec enfants et pour les jeunes en situation de précarité, chaque jour aux côtés des travailleurs sociaux.
Coût	270 000 € : 150 000 € de crédits spécifiques PASS, 120 000 € en redéploiement (à l'occasion de la fermeture d'une unité de soins).
Effectifs	0,5 ETP médecin psychiatre, 3 infirmiers
Apports	Problématique initiale : de plus en plus de personnes à la rue ou dans des habitats précaires présentent des troubles psychiques ou des troubles de la personnalité. La réponse des acteurs ne sont pas toujours adéquates. Les hospitalisations sont réalisées sous contrainte, sans préparation et en conséquence sont de longue durée. Résultats de la mise en place de cette équipe : Toutes les personnes présentant des troubles psychiques ou de la personnalité sont rencontrées par les personnels de la PASS en santé mentale dans un délai très court. L'évaluation des besoins de la personne est réalisée conjointement par les travailleurs sociaux et des soignants. Les réponses sont le plus souvent ambulatoires. Les hospitalisations sont le plus souvent préparées. Leur durée est limitée et adaptée. La sortie est organisée. Les travailleurs sociaux sont plus efficaces car ils travaillent en plus grande sérénité. Les relations entre le CHP et l'ensemble des acteurs sociaux sont apaisées.
Éléments d'évaluation du dispositif	Rencontre entre la direction de l'OGFA et responsables du pôle 2 du CHP chaque mois. Le nombre de patients hospitalisés a diminué. Il n'y a plus de patients en situation de précarité hospitalisés de façon définitive au centre hospitalier des Pyrénées. Les réponses en santé mentale sont plus rapides.
Bibliographie	Première journée des PASS en santé mentale, DGOS, 2 décembre 2013

Dispositif passerelle

Localisation	Territoire desservi par le centre hospitalier des Pyrénées
Porteur du dispositif	CHP/ ADAPEI 64/ PEP 64
Personne référente	Dr Pierre Godart, chef du pôle 2 CHP à Pau. M. Jérôme Chartier, directeur du SIFA ADAPEI Pau
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Dr Pierre Godart, CHP, 29, av. Gal Leclerc 64039 Pau cedex pierre.godart@chpyr.fr 05 59 80 90 00 M. Jérôme Chartier, SIFA, Centre Mercure, 2, avenue de l'université 64000 Pau Chartier@adapei-sifa.org 05 59 14 31 91
Descriptif du dispositif	Ce dispositif permet l'insertion par le travail de personnes en situation de handicap psychique (11 places) et la prévention des décompensations dans les ESAT. Les personnes qui sont intégrées dans le dispositif sont : des personnes en situation de handicap psychique suivies dans des hôpitaux de jour, des CATTP ou en ambulatoire ; des personnes travaillant en ESAT et en grande difficulté sur le plan psychiatrique ; Ces personnes travaillent à temps partiel en ESAT et sont suivies dans une structure alternative à l'hospitalisation. Chaque mois, dans le cadre d'une réunion conjointe associant les moniteurs et le personnel médico-social de l'ESAT avec les référents du CHP, les progrès sont évalués. La prise en charge est prévue pour deux ans maximum.
Coût	Pas de coût car le dispositif est intégré dans le travail des personnels de l'ESAT ou des services de soins.
Effectifs	Il n'y a pas d'effectif défini car tous les encadrants des ESAT et les personnels des hôpitaux de jour ou des CATTP du centre hospitalier des Pyrénées sont susceptibles d'être mobilisés.
Apports	Problématique initiale : Les personnes en situation de handicap psychique n'avaient pas d'accès aux ESAT soient parce qu'elles suscitaient une certaine réticence, soit parce qu'elles ne pouvaient s'y adapter. Un certain nombre d'ouvriers d'ESAT présentant des troubles psychiatriques n'avaient accès aux soins hospitaliers que tardivement, pour des hospitalisations trop longues, voire des hospitalisations sans retour. Apports réciproques pour les participants : Accès réel au travail protégé pour les personnes en situation de handicap psychique (une trentaine d'embauches en 10 ans) dans 6 ESAT ; Accès à des soins rapides pour les travailleurs d'ESAT permettant une diminution de la durée moyenne de séjour ; Ouverture à la problématique des partenaires que ce soit pour les soignants ou pour le médico-social ; Formation réciproque à la problématique psychiatrique et à celle du handicap ; Trajectoire d'accompagnement où chaque acteur est à sa place.
Éléments d'évaluation du dispositif	Bilan semestriel par les responsables du CHP et les établissements accueillant des personnes en situation de handicap psychique demandant des soins pour leurs usagers. Bilan annuel avec l'ARS. Résultats : environ 120 personnes ont été concernées sur les 10 dernières années. Chaque personne en situation de handicap psychique prise en charge au CHP souhaitant travailler en ESAT et le pouvant a intégré le dispositif avec un délai d'attente raisonnable. Les tensions existantes entre les acteurs des soins et de l'accompagnement social ont été considérablement atténuées. Il existe à présent une habitude de travail en commun sur le territoire de santé. Cela permettra de mettre en place un groupement de coopération sanitaire dans des conditions favorables.
Bibliographie	Pratiques en santé mentale année 2013, N°1

La coordination adolescent Alsace Nord (LACAAN)

Localisation	Territoire de santé 1 de l'Alsace (Nord du Bas-Rhin). Secteur de pédopsychiatrie IO2
Porteur du dispositif	EPSAN Pôle de pédopsychiatrie IO2. 67170 Brumath.
Personne référente	Docteur Edmond Perrier
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Docteur Edmond Perrier : 06.76.09.92.21 - Secrétariat : 03.88.64.61.09 edmond.perrier@ch-epsan.fr
Descriptif du dispositif	<p>Une équipe pluriprofessionnelle dédiée aux adolescents pour la prévention, les soins et les suivis des adolescents jusqu'à 18 ans (voir au-delà si lycéen) et 21 ans pour des contrats jeunes majeurs ou des bénéficiaire de l'amendement Creton.</p> <p>Consultations thérapeutiques et psychothérapie en CMP, liaisons en pédiatrie (CHG) et participation aux unités de médecine de l'adolescent, soins psychothérapeutiques à domicile (SPAD), groupes thérapeutiques (CATTP) et séances d'hôpital de jour, coordination avec les partenaires (parents, institutions médico-sociales, éducation nationale et médecine scolaire, justice...), formations.</p>
Coût	Utilisation des CMP et antennes CMP du secteur, 1 véhicule...
Effectifs	5,5 ETP (infirmiers et éducateurs spécialisés), 0,5 cadre de santé, 1 ETP pédopsychiatre (réparti sur plusieurs médecins) avec un référent identifié pour la structure.
Apports	<p>Répondre aux demandes de soins des 11-18 ans et surtout des plus de 16 ans qui étaient dans l'entre deux ado-adulte.</p> <p>Porter les soins aux domiciles d'adolescents qui ne viennent pas consulter et intervenir en tiers auprès des familles en grande souffrance au domicile (SPAD).</p> <p>Groupes thérapeutiques tenant compte des horaires scolaires.</p> <p>Petite équipe motivée qui s'est fait connaître auprès de tous nos partenaires. Bien identifiée, l'équipe est maintenant facilement sollicitée.</p> <p>Disponibilité pour répondre en urgence aux difficultés des partenaires, des familles et des adolescents (complétée par les liens avec la pédiatrie pour les urgences).</p> <p>Partenariat important avec les services de la PJJ et de l'ASE dans le cadre des adolescents particulièrement difficile.</p> <p>Connaissance des réseaux, coordination et maillage du territoire avec les lieux de consultations et de soins.</p> <p>Renfort ponctuel et soutien aux équipes de pédiatrie par des interventions à l'hôpital général.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Augmentation de la file active des adolescents de 11-18 ans.</p> <p>Nombre de conventions de partenariat. Réunions institutionnelles avec les partenaires (bilan, situations, fonctionnement commun).</p>
Bibliographie	Interventions de l'équipe de LACAAN aux journées de Saint-Alban et de Brumath.

Cluster ProFamille Ile-de-France

Localisation	Ile-de-France (IDF)
Porteur du dispositif (institution concernée)	Centre hospitalier Sainte Anne ; établissement de santé Maison Blanche, Centre hospitalier Henri Ey, MGEN Rueil Malmaison, CHI Clermont de l'Oise.
Personne référente	Mme Dominique Willard.
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Service Hospitalo-Universitaire - 7 rue Cabanis - CHSA 75014 Paris Tel : 01 45 65 74 35 - d.willard@ch-sainte-anne.fr
Descriptif du dispositif	Regroupement des équipes animant Profamille en IDF : actuellement 5 équipes. Le programme Profamille est nécessairement une offre qui doit être trans-sectorielle. Il permet de recruter de nouvelles équipes, la mutualisation de la communication, d'organiser le recrutement et l'offre ; une visibilité plus grande pour les autorités de santé ; une visibilité et de la cohérence pour les familles ; une offre intéressante pour les participants.
Coût	Coût d'un cycle de 18 séances : 23.140 € Environ 2 500 € par participant pour les 2 modules 1 groupe correspond à 2 mi-temps d'animateurs
Effectifs	2 animateurs par groupe de psychoéducation (psychologue, psychiatre, infirmier...)
Apports	Un intérêt d'efficacité des soins , et d'amélioration de la qualité de vie des malades et des aidants familiaux. La psychoéducation des familles des malades est l'approche qui, avec le traitement médicamenteux, a le plus fort niveau d'efficacité montré. Des méta-analyses récentes montrent un taux de rechute divisé par 2 les années suivantes lorsqu'une prise en charge psychoéducative est proposée aux familles. Le niveau d'émotions exprimées des familles est le deuxième facteur de rechute des patients. Pro-famille a justement comme objectif de réduire le fardeau émotionnel pour réduire ses conséquences néfastes sur la santé des participants. Un intérêt sociétal qui permet une lutte plus efficace contre la stigmatisation
Éléments d'évaluation du dispositif	Un classeur d'assurance qualité permet une traçabilité du respect des procédures du programme et des outils d'évaluation utilisés avant le début, au début, à la fin et jusque 2 ans après la fin du programme, sous formes d'auto-questionnaires des participants permet d'évaluer leur connaissances acquises, leur état de santé physique et psychologique, leurs savoir-faire et l'état de santé psychologique du malade. On évalue l'efficacité par des questionnaires à différents temps (avant, pendant, à 1 an et à 2 ans) : <input type="checkbox"/> Préjugés et connaissances (modifications des croyances) <input type="checkbox"/> Savoir-faire face (coping et questionnaire au malade) <input type="checkbox"/> L'état du malade (autonomie, durée d'hospitalisation...) <input type="checkbox"/> Le fardeau émotionnel (CES-D, échelle de croyances défensives) <input type="checkbox"/> La santé somatique des participants <input type="checkbox"/> la satisfaction
Bibliographie	Y. Hodé. Psychoeducation of patients and their family members during episode psychosis. Encephale. 2013 Sep ; 39 Suppl 2 : S110-4. Y. Hodé / Prise en charge des familles de patients schizophrènes Annales Médico-Psychologiques 169 (2011) 196–199. X. Amador, Comment faire accepter son traitement au malade Schizophrénies et troubles bipolaires Collection Savoir-Faire Psy. Editions Retz (2007). F. Petitjean (2010). Les effets de la psychoéducation, annales médico-psychologiques, 2011.

Centre Ressources en Psychiatrie de Liaison

(Nota Bene : la structure réunit les qualités requises pour une telle dénomination, mais n'en a pas pour l'instant le label).

Localisation	Hôpitaux universitaires Paris Ouest (groupe hôpital européen Georges Pompidou, Hôpital Corentin Celton, hôpital Vaugirard).
Porteur du dispositif (institution concernée)	Assistance publique-hôpitaux de Paris et université Paris Descartes, pôle psychiatrie et addictions, service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé.
Personne référente	Pr Silla M Consoli, PUPH, ex-chef de service de la structure, à la retraite à partir du 31 août 2015. Successeur : Dr Cédric Lemogne, MCUPH.
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Unité fonctionnelle de psychologie et psychiatrie de liaison et d'urgences, HEGP, 20, Rue Leblanc, 75908 Paris cedex 15 - Tél : 01 56 09 33 71 silla.consoli@aphp.fr et cedric.lemogne@aphp.fr
Descriptif du dispositif	Equipe pluridisciplinaire coordonnée de psychiatrie de liaison intervenant sur l'ensemble du groupe hospitalier, dans tous les services de médecine ou de chirurgie tous les jours de la semaine aux heures ouvrables (nuits et week-end également couverts par le recours possible aux psychiatres de garde du site). Par convention, la structure intervient également en milieu adulte sur Necker-Enfants malades. L'expertise de plusieurs membres de l'équipe est mise à profit par des demandes d'évaluation en provenance d'autres hôpitaux ou structures médico-sociales de la région parisienne (greffes, cancer, troubles fonctionnels...). La souplesse du dispositif permet de répondre à un ensemble de besoins (intervention en urgence, évaluations systématiques programmées, participation aux réunions de concertation pluridisciplinaire, éducation thérapeutique, soutien aux équipes soignantes, diverses actions de formation et d'enseignement spécifiques dans le domaine).
Coût	Le coût en ressources humaines est pour l'instant incomplètement compensé par la répartition de la dotation annuelle financière globale en psychiatrie.
Effectifs	7,7 ETP en personnel médical, dont un titulaire et un contractuel universitaires, + 3 internes en DES de psychiatrie, 13 ETP de psychologues cliniciens et 3 secrétaires.
Apports	Offre de soins complète en psychiatrie de liaison et psychosomatique, doublée d'une implication scientifique et pédagogique soutenue. Services rendus aux patients, à leur entourage (prise en charge des proches), aux équipes soignantes et aux professionnels de santé en formation.
Éléments d'évaluation du dispositif	Quantification de l'activité annuelle (environ 16 000 interventions au lit du malade ou consultations externes/an). Raccourcissement potentiel de la durée moyenne de séjour pour les patients « complexes » ayant fait l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire. Valorisation de l'activité par un codage systématique en PMSI-psy et possibilité d'intégrer les diagnostics ayant un effet sur le niveau des groupes homogènes de séjour lors des résumés de sortie du PMSI-MCO. Activité soutenue de publications (scores SIGAPS). Caractère formateur pour les internes en psychiatrie de la région Ile de France. Inscription aux diplômes universitaires et inter-universitaires organisés par la structure.
Bibliographie	Consoli SM. La psychiatrie de liaison. Quelle actualité, quelles perspectives ?, Ann Méd Psychol 2010 ; 168:198-204 ; Desan PH et al., Proactive Psychiatric Consultation Services Reduce Length of Stay for Admissions to an Inpatient Medical Team, Psychosomatics 2011 ; 52:513-520 ; Stiefel F et al., Effects of a Multifaceted Psychiatric Intervention Targeted for the Complex Medically Ill: A Randomized Controlled Trial, Psychother Psychosom 2008 ; 77:247-256 ; Van der Feltz-Cornelis CM et al., Effect of psychiatric consultation models in primary care. A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials, Journal of Psychosomatic Research, 2010 ; 68:521-533 ; Yrondi A et al., Impact économique de la psychiatrie de liaison dans un CHU français, L'Encéphale doi :10.1016/j.encep.2014.10.015

Réseau de remédiation cognitive

Localisation	Multicentrique
Porteur du dispositif	Association Francophone de Remédiation Cognitive (AFRC)
Personne référente	Pr Nicolas Franck
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, CH Le Vinatier, 4 rue Jean Sarrazin 69008 Lyon. 04 26 73 85 31 / 04 26 73 85 33. nicolas.franck@ch-le-vinatier.fr
Descriptif du dispositif	Les structures psychiatriques ayant une offre de soin de remédiation cognitive se sont regroupées au sein du réseau de remédiation cognitive (porté par l'association francophone de remédiation cognitive – AFRC). Il s'agit d'un réseau de soins, dont la structure référente est le centre ressource de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive du centre hospitalier Le Vinatier, placé sous la responsabilité du Professeur Nicolas Franck. Le réseau de remédiation cognitive rassemble une trentaine de structures spécialisées sur le territoire français (www.remediation-cognitive.org).
Coût	Subvention annuelle de la DGS pour la réunion annuelle du réseau.
Effectifs	Ceux des structures de remédiation cognitive impliquées. Il serait intéressant que des temps de secrétariat-comptabilité et de gestion de projets puissent être dévolus spécifiquement aux actions de coordination nationale du réseau.
Apports	La remédiation cognitive regroupe des techniques de prise en charge qui ont fait l'objet de nombreux travaux scientifiques et sont susceptibles d'améliorer le pronostic, entre autres, des personnes souffrant de troubles psychotiques. De nombreux professionnels de santé français ont été formés à ces techniques durant les dernières années, ce qui a permis leur implantation dans des structures existantes ou la création de structures spécifiquement consacrées à leur utilisation. Au-delà de la formation des professionnels à la pratique de ces outils de soins, il existe un enjeu d'homogénéisation des pratiques de prise en charge et d'articulation des différentes structures spécialisées de remédiation cognitive et de réhabilitation. Ce besoin justifie la rencontre et la concertation des professionnels impliqués au sein de la réunion annuelle du réseau. Ce réseau favorise par ailleurs la mise en œuvre de la recherche clinique (en particulier d'essais cliniques consacrés aux effets thérapeutiques de la remédiation cognitive).
Éléments d'évaluation du dispositif	Nombre de structures appartenant au réseau Nombre de professionnels participant à la journée annuelle du réseau Nombre d'essais cliniques consacrés à la remédiation cognitive
Bibliographie	Demily C, Franck N. Schizophrénie : diagnostic et prise en charge. Elsevier-Masson, Paris, 2013 ; Franck N. La schizophrénie. Odile Jacob, Paris, 2006 ; Franck N. Remédiation cognitive. Elsevier-Masson, Paris, 2012 ; Franck N. Entraînez et préservez votre cerveau. Odile Jacob, Paris, 2013 ; Franck N. Cognition sociale et schizophrénie. Elsevier-Masson, Paris, 2014 ; Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. EMC-Psychiatrie 2014 ; 37-820-A-55 ; Franck N., Fromager F., Thibaut F. Prescrire les antipsychotiques. Elsevier-Masson, Paris, 2015.

Séminaire de clinique psychosociale

Localisation	Centre de formation du centre hospitalier des Pyrénées (INFOPSY)
Porteur du dispositif	Associations SMPA (santé mentale Pays de l'Adour)
Personne référente	Dr Pierre Godart – Mme Francine Gratiollet
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Dr Pierre Godart, CHP, 29, av. Gal Leclerc 64039 Pau cedex. pierre.godart@chpyr.fr ; Tél : 05 59 80 90 00. Mme Francine Gratiollet, OGFA, 4 avenue Henri IV 64110 Jurançon. francine.gratiollet@ogfa.fr ; Tél : 05 59 06 15 32.
Descriptif du dispositif	Travail en commun depuis 2010 de travailleurs du champ social ou des soignants autour de situations cliniques rencontrées dans les pratiques communes. Les professionnels concernés sont des éducateurs, des infirmiers, des assistantes sociales, des mandataires judiciaires, des psychologues et des psychiatres. Tous les deux mois, une trentaine de personnes sont réunies et échangent à partir d'un travail réalisé par des personnels de différentes structures sur un thème décidé à l'avance. Les situations abordées sont celles posant le plus de problèmes à chacun : les limites des interventions, l'intérêt des interventions croisées, le désarroi des professionnels face à la complexité de certaines situations.
Coût	Aucun (ce travail est mené sur le temps de travail ou le temps personnel des acteurs).
Effectifs	40 à 60 personnes sont investies sur une année.
Apports	Problématique initiale : il y avait une grande ignorance respective des problématiques des partenaires et une inefficacité devant les situations complexes. Les patients adressaient leurs problématiques sociales aux personnels de soins et inversement leurs problématiques de santé aux travailleurs sociaux. Les psychiatres étaient peu au fait de l'évolution de la clinique liée aux pertes des liens et à la précarisation. Apports : co-construction d'un référentiel socio-psychiatrique face à des problématiques communes vues sous différents angles. Connaissance et reconnaissance des acteurs et du rôle ou des limites de chacun. Prise en charge des situations complexes de meilleure qualité. La trajectoire des personnes est plus adaptée à leurs besoins.
Éléments d'évaluation du dispositif	L'évaluation est réalisée chaque année par les promoteurs (CHP, OGFA, AJIR ESCALE, l'Estanguet, CCAS, Mission locale) et par les participants. Les résultats sont très positifs et il existe une réelle appétence pour continuer. Il n'y a pas de problème pour recruter de nouveaux participants. Il y a beaucoup moins de tension entre les divers partenaires de la ville de Pau.
Bibliographie	Pratique en santé mentale n° 1 année 2014, journées des croix marines, Caen 2013

Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) parisienne pour la psychiatrie

Localisation	Paris – Département 75
Porteur du dispositif (institution concernée)	Membres de la CHT : centre hospitalier Sainte-Anne, établissement public de santé Maison Blanche, groupe public de santé Perray-Vaucluse Etablissements associés : hôpitaux de Saint-Maurice, association de santé mentale du 13ème arrondissement (ASM13)
Personne référente	Cellule médico-administrative de la CHT : Anastasia Strizyk (AAH), Lakri Ouadah (secretariat CHT)
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	Centre hospitalier Sainte-Anne. 1 rue Cabanis – 75014 Paris / 01 45 65 73 08 cht@ch-sainte-anne.fr
Descriptif du dispositif	5 établissements dédiés exclusivement à la psychiatrie adulte, infanto-juvénile et aux neurosciences autour d'un projet médical commun. La CHT pour la psychiatrie parisienne, demain GHT, est une structure de coopération souple entre établissements de santé, approuvée par l'ARS Ile-de-France en 2013. En conformité avec le projet régional de santé 2013-2017, la CHT a élaboré un projet médical commun en vue de conforter l'offre de proximité pour les patients parisiens et de favoriser la coordination des acteurs de santé. Elle contribue ainsi à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. En outre, la CHT, forte de la file active la plus importante d'Europe (76 400 patients), entend se doter d'un dispositif de recherche innovant grâce à son ancrage universitaire (PRES Paris Sorbonne Cité) et scientifique (Inserm, centre psychiatrie et neurosciences), enrichi d'une cellule d'épidémiologie dédiée. En permettant une mise en cohérence des stratégies hospitalières au sein d'un territoire clairement identifié, la CHT facilite la coopération avec les secteurs sanitaire, social et médico-social : l'assistance publique-hôpitaux de Paris, la ville de Paris, les associations, les praticiens libéraux, l'Education nationale, etc...
Coût	Tous les projets de la CHT sont financés par redéploiement interne des budgets des établissements membres. Deux exceptions : Financement d'un poste d'épidémiologiste Cofinancement (50 % ARS et 50 % CHT) d'un projet d'unité hospitalisation pour adolescents (12-14 ans)
Effectifs	Effectifs dédiés : cellule médico-administrative de la CHT 1 ETP secrétariat 0,5 ETP praticien hospitalier 0,5 ETP cadre supérieur de santé 0,5 ETP directrice de la communication 0,5 ETP attaché d'administration hospitalière Supervision de la cellule par la secrétaire générale de la direction commune
Apports	Priorisation de cinq groupes de travail pour lesquels des objectifs ont été fixés par le DG ARS : 1. CMP (ouverture de tous les CMP parisiens au moins deux fois par semaine jusqu'à 20 heures, élaboration d'une charte des CMP), 2. Précarité (mise en place d'un réseau précarité à l'échelle de la capitale), 3. Urgences (amélioration de la prise en charge en urgences psychiatriques à Paris), 4. Epidémiologie (création d'une cellule dédiée en recherche épidémiologique), 5. Périnatalité (état des lieux des structures périnatalité, réalisation d'une plaquette d'information, mise en place des équipes mobiles)
Éléments d'évaluation du dispositif	L'article 22 de la convention constitutive de la CHT prévoit une évaluation de la mise en œuvre de la convention et du projet médical par la CME-C, la CSIRMT-C et le CTC sous la coordination du bureau exécutif.

Travail thérapeutique de réseau (coordination spécifique, clinique de la concertation) en partenariat avec les équipes mobiles de gérontopsychiatrie et les guidances familiales

Localisation	Travail thérapeutique de réseau (Pau et alentours), concertation paloise et coordination socio-gérontopsychiatrique (centre hospitalier des Pyrénées) Guidance familiale (CLIC de Pau) : approche centrée sur les liens d'interdépendance multidirectionnels réactivés dans ces périodes de vie et ces pathologies ou handicaps chroniques, pour trouver une forme plus juste et équitable entre ceux qui donnent et ceux qui prennent
Porteur du dispositif	CCAS de Pau et centre hospitalier des Pyrénées (CHP) : convention
Personne référente	Concertation Paloise : Mme Lageyre, responsable du CLIC de Pau
Coordonnées :	Mme Lageyre : 05 59 27 83 70 ; concertation.paloise@ccas-pau.fr Dr Guillaumot : 06 86 08 44 96 ; philippe.guillaumot1@orange.fr
Descriptif du dispositif	Il s'agit d'un embryon de dispositif dit d'intégration « complète » pour des situations familiales, souvent qualifiées « d'indisciplinables », car complexes, instables, en crise chronique « grave et persistante », « à haut risque de rupture ou d'effets négatifs quant à l'observance, la compliance, la stabilité et la qualité de vie des personnes ». Les partenaires pensent que le niveau de la santé mentale est significativement impliqué. Visions pas forcément partagées par les usagers (situations n'activant pas des contraintes de soins). Le dispositif de la « clinique de concertation » révèle que les familles en détresses multiples ne fonctionnent pas par des « demandes » conformes aux exigences des services, mais par des « activations » des acteurs et institutions du réseau. Une étape indispensable est de (re)connaître la valeur de leur force activatrice, et de la traiter comme une dynamique légitime et respectable. Un tel projet nécessite une méthodologie ouverte et rigoureuse, sous-tendue par l'étayage de la thérapie contextuelle.
Coût	Formation/action au travail thérapeutique de réseau soutenu par la « clinique de concertation » : 10 journées par an, pour un nombre illimité de participants. Coût : 25 000 €. Celui de la formation de cliniciens de concertation (à Paris), nouvelle profession, assurée par l'association française pour la « clinique de concertation ».
Effectifs	Effectifs VARIABLES. Un clinicien de concertation est nécessaire pour les dispositifs à grande échelle ou à conflictualité peu praticable.
Apports	« Il s'agit d'un dispositif qui revendique une portée, voire une efficacité thérapeutique. Il ne s'agit pas d'un dispositif de coordination des compétences spécifiques de différents services « à cause et autour » d'un « patient », mais bien d'un dispositif thérapeutique construit « grâce à et avec » les membres d'une famille, voire un clan, un groupe... La participation des membres d'une famille dès les premières phases de construction du « travail thérapeutique de réseau » et la continuité du processus assuré par une « feuille de route », en font un travail thérapeutique à échelles variables ». (Dr J.M. Lemaire – son initiateur. Psychiatre, thérapeute familial, clinicien de concertation. Liège. Belgique).
Éléments d'évaluation du dispositif	Le dispositif fera l'objet d'une évaluation spécifique transversale qui sera construite de façon partenariale.
Bibliographie	www.concertation.net. « École, famille, cité. Pour une coéducation démocratique » (PU de Rennes).

Centres référents en réhabilitation et en remédiation cognitive et réseaux territoriaux de prise en charge d'aval

Localisation	Lyon, Grenoble et Saint-Etienne
Porteurs du dispositif	ARS Rhône-Alpes, CH Le Vinatier, CHU de Saint-Etienne et CH Alpes-Isère
Personnes référentes	Pr N. Franck, Pr C. Massoubre, Dr E. Giraud-Baro et Dr J. Dubreucq
Coordonnées : adresse, téléphone	<p>- Centre référent lyonnais en réhabilitation et en remédiation cognitive (CL3R), CH Le Vinatier, 4 rue Jean Sarrazin 69008 Lyon, nicolas.franck@ch-le-vinatier.fr</p> <p>- Centre référent en réhabilitation psychosociale et en remédiation cognitive de Grenoble, 26 avenue Marcellin Berthelot, 38100 Grenoble, jdubreucq@ch-alpes-isere.fr</p> <p>- Réseau Handicap Psychique (RéHPsy), 26 avenue Marcellin Berthelot, 38100 Grenoble, egraudbaro@orange.fr</p> <p>- Centre Référent en réhabilitation psychosociale et en remédiation cognitive de Saint Etienne (REHACOOR 42), Pavillon 5 bis - Hôpital Bellevue, CHU de Saint Etienne, 42055 Saint Etienne cedex 2, catherine.massoubre@chu-st-etienne.fr/y.boulon@rehacoor.fr; réseau d'aval, d.linossier@rehacoor.fr</p>
Descriptif du dispositif	<p>Les centres référents en réhabilitation psycho-sociale et en remédiation cognitive (voir la partie Rhône-Alpes de l'onglet « notre réseau » sur www.remediation-cognitive.org) interviennent en articulation avec le centre ressource. Ils ont 4 missions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Soins : développement de soins de réhabilitation spécifiques et de référence le plus précocement possible dans l'évolution de la maladie psychiatrique 2) Formation partenariat : collaborer avec les équipes du terrain ; assurer la formation, l'actualisation régulière des connaissances sur les soins de réhabilitation auprès des professionnels impliqués dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des personnes atteintes de maladies mentales afin de favoriser leur accès à ces soins ; assurer des formations en coopération avec le centre ressource. 3) Réseau : favoriser la coordination du parcours d'insertion des personnes ; améliorer la cohérence des ressources sanitaires et médicosociales pour l'évaluation et la prévention du handicap psychique en lien avec le centre ressource 4) Evaluation-recherche : développer la recherche clinique en concertation avec le centre ressource ; participer aux activités du centre ressource, notamment à l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques sur la réhabilitation ; coopérer avec le centre ressource afin d'obtenir une harmonisation des pratiques. <p>Dans le dispositif régional, les trois centres référents (niveau 2) s'articulent avec le centre ressource régional (niveau 3 ; www.centre-ressource-rehabilitation.org) et avec les structures intersectorielles de réhabilitation (niveau 1) pour contribuer au développement de la réhabilitation psychosociale en Rhône Alpes. Le dispositif régional met l'accent sur le lien avec la communauté via la structuration de réseaux territoriaux (GCSMS RéHPsy, GCSMS REHACOOR 42, Coordinations 69 et 01).</p>
Coût	Celui de chacune des 3 structures : 500 000 € / an
Effectifs	1 ETP de psychiatre, 0,80 ETP d'attaché, 0,50 ETP de cadre de santé, 2 ETP d'infirmiers, 0,80 ETP de psychologue, 0,80 ETP de neuropsychologue, 0,50 ETP de secrétaire et 0,50 ETP d'assistant social
Apports	<p>L'efficacité thérapeutique des outils thérapeutiques de la réhabilitation (remédiation cognitive, entraînement des compétences sociales, psychoéducation, TCC et soutien à l'emploi) a été mise en évidence par des essais cliniques et des méta-analyses.</p> <p>Le pronostic des patients ayant bénéficié de ces techniques de réhabilitation est meilleur que celui des autres patients. La création des 3 centres référents a rendu ces techniques disponibles pour la population qui en relève.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Indicateurs/structure : nombre de patients pris en charge, pathologies prises en charge, durée de l'attente avant prise en charge</p> <p>Indicateurs/projet régional : assise de l'implantation des techniques de réhabilitation sur le bassin de population desservi, assise de l'évaluation précoce</p>
Bibliographie	<p>Bonsack, C. and J. Favrod (2013). "De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne " L'Information Psychiatrique 89, 227-232 ; Franck N. Remédiation cognitive. Elsevier-Masson, Paris, 2012.</p> <p>Le manifeste de Reh@b'. L'information Psychiatrique 2008/10 (Volume 84).</p>

Ascodocpsy, réseau documentaire en santé mentale

Localisation	France et 3 établissements associés à l'étranger (Guinée Conakry, Vietnam)
Porteur du dispositif	Groupement d'intérêt public
Personne référente	Nathalie Berriau, Coordinatrice générale
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	290 route de Vienne 69373 Lyon cedex 08 / 06 82 44 18 24/ ascodocpsy@gmail.com
Descriptif du dispositif	<p>Ascodocpsy est un réseau documentaire en santé mentale qui existe depuis 1984 et regroupe aujourd'hui 99 établissements de santé mentale et associations. Il a été fondé par le réseau des documentalistes des établissements de santé mentale, soutenu par les associations ADESM et ANPCME. Il fonctionne sur le principe du tripartisme (représentation égale des directeurs / médecins et documentalistes dans les instances).</p> <p>Ascodocpsy poursuit quatre objectifs : Favoriser la coopération documentaire et archivistique entre les établissements francophones de santé mentale ; Promouvoir le développement des centres de documentation par le recrutement de professionnels, la formation permanente et la création d'un statut de documentaliste ; Développer des partenariats avec les organismes acteurs dans le champ de la santé mentale ; Renforcer la diffusion des publications francophones spécialisées en psychiatrie et sciences connexes.</p> <p>Partenariats : HAS, service interministériel des archives de France, ANRQPSY, ANAP, ministère de la santé, fédération des criavs, réseau banque de données en santé publique (BDSP), Inter-réseaux documentaires en santé et social, etc.</p> <p>Soutien : fédération hospitalière de France (FHF) et fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)</p>
Coût	Le réseau est financé par les établissements adhérents. Le montant de l'adhésion d'un établissement de santé au réseau Ascodocpsy varie suivant son budget de fonctionnement. Budget annuel 300.000 €
Effectifs	Salariés : 2.1 emplois temps plein + collaboration des 170 documentalistes et archivistes des établissements adhérents.
Apports	<p>Il propose des services d'information et de veille pour les professionnels de la psychiatrie, en poste ou en formation.</p> <p>Le site www.ascodocpsy.org avec des ressources sélectionnées et validées par le réseau sur les thématiques intéressant les professionnels de la psychiatrie actuels ou futurs : une base documentaire SantéPsy, une sélection de 300 sites spécialisés et de ressources thématiques en accès libre, des abonnements à des veilles régulières sur les thèmes de la psychiatrie et de la santé mentale, la législation, les rapports officiels, etc.</p> <p>Le groupe des archivistes d'Ascodocpsy réalise le travail de définition de la réglementation en matière d'archives hospitalières en lien avec les autorités concernées. Le guide des archives hospitalières est mis à jour depuis 2006.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	Rapport annuel d'activité ; Statistiques de consultation et d'usage des différents services d'information et de veille
Bibliographie	<p>Berriau N. Un GIP pour la gouvernance de l'information. Documentaliste – Sciences de l'information, 2013 50(2) : 40-41</p> <p>Billebot MN, Meissonnier A. L'avenir des archives hospitalières : les recommandations de l'Anap. Revue de la société française de l'histoire des hôpitaux, 2014, 150 : 32-35</p>

Dispositif de soins partagés

Localisation	Maison médicale ou lieu non stigmatisé d'un hôpital général ou U.R.P.S.
Porteur du dispositif (institution concernée)	Union régionale des professionnels de santé (URPS médecins), ou hôpital général. CHU de Toulouse avec soutien de l'ARS Midi-Pyrénées.
Personnes référentes	Professeur Marie-Christine Hardy-Bayle, Docteur Maurice Bensoussan, Docteur Michel Combier, Professeur Laurent Schmitt.
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	CHG Secteur 78 G17 – 177 rue de Versailles – 78150 Le Chesnay URPS Midi-Pyrénées Espace Pierre Gaubert – 33 route de Bayonne – 31300 Toulouse - urps@urps-mp.org - Tél : 05 61 15 80 90 Bâtiment de psychiatrie Purpan. 330, avenue de Grande Bretagne 31059 Toulouse. Tél : 05 34 55 75 02 – Courriel : schmitt.l@chu-toulouse.fr
Descriptif du dispositif	<ul style="list-style-type: none"> - Plateforme de mise en relation entre un généraliste et un psychiatre pour obtenir un conseil, un avis psychiatrique. Il s'agit d'une véritable séquence thérapeutique comprenant l'élaboration coordonnée avec le médecin généraliste d'un projet de soins situant la place de chacun et, le cas échéant, introduisant un nouveau professionnel. Le psychiatre assure la mise en lien des professionnels impliqués dans le projet de soins. - Elle est régulée par un personnel paramédical et concerne les soins psychiatriques courants fréquents que rencontrent les médecins généralistes et permet d'obtenir un avis psychiatrique rapide adéquat à l'état de santé du patient. Ce dispositif peut intégrer la participation des psychiatres libéraux ; ils sont rémunérés selon la nomenclature de la consultation sans délai. - Possibilités d'un suivi conjoint : lorsque le suivi psychiatrique est assuré par le médecin généraliste (le plus fréquent), le psychiatre du dispositif reste le correspondant du médecin généraliste et peut être sollicité autant que de besoin voire pour la prise en charge d'une situation de crise. - Ceci améliore l'articulation : hôpital, généralistes, psychiatres ; soins programmés-soins non programmés et l'aval des urgences. - Dispositif dédié aux demandes du médecin généraliste, il peut faciliter l'aval des urgences du CHU rendant l'exercice des médecins généralistes moins isolé.
Coût	300 000 € annuels en budget de fonctionnement.
Effectifs	1,5 ETP de psychiatre, dont 0,3 ETP de coordination, 2 ETP infirmiers, 0,5 ETP de psychologue, 1 ETP de secrétariat.
Apports	<p>Instaure sur le mode du volontariat un partenariat entre généralistes et psychiatres libéraux et/ou hospitaliers</p> <p>Par le jeu des consultations conjointes, dispositif apprenant qui développe les connaissances et par ce fait porte un transfert de compétences</p> <p>Améliore le soin somatique, cardiovasculaire, métabolique, pulmonaire, endocrinien et oncologique pour les patients psychiatriques.</p> <p>Applicable à un territoire de santé.</p> <p>Extension possible vers des téléconsultations ou e-santé.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Ce dispositif a fait l'objet d'une évaluation dans le territoire Yvelines Sud avec en 2014, 84,6 % des patients et 92,3 % des médecins généralistes ayant un niveau de satisfaction très bon voire excellent.</p> <p>Nombre d'actes effectués dans une année proche de 1 400. Près de 45 % des patients nécessitent 4 consultations ou plus.</p>
Bibliographie	Bulletin de l'U.R.P.S. de Midi-Pyrénées, Juin 2015, n° 10.

Optimisation de l'insertion sociale dans un Groupe d'Entraide Mutuelle

Localisation	14 avenue Fédérico Garcia Lorca bâtiment Arlas 64000 Pau
Porteur du dispositif	Groupe d'Entraide Mutuelle Le SAS Béarn, Structure d'Aide par le Sport-loisir
Personne référente	M. Gilbert Capblancq, directeur.
Coordonnées	Le SAS Béarn - 14 avenue Federico Garcia Lorca bâtiment Arlas 64000 Pau 05 59 30 58 99 – 06 79 70 68 68. sasbearn@pau.fr ; gilbert.capblancq@free.fr
Descriptif du dispositif	<p>Créée en octobre 2000 par des patients du centre hospitalier des Pyrénées, Le SAS Béarn a développé certaines spécificités dont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) une mixité relative de publics : 70 % des personnes sont suivies médicalement en psychiatrie, 30 % relèvent de problèmes psychosociaux (bénéficiaires du RSA, demandeurs d'emploi de longue durée, chefs de familles monoparentales, résidents de foyers d'hébergement d'urgence, personnes isolées) Cette proportion reste stable depuis plusieurs années. 2) Une communication externe différenciée en fonction de l'interlocuteur (partenaires, grand public) afin d'éviter la stigmatisation qui reste fortement liée aux pathologies psychiques. 3) le sport est utilisé comme un support privilégié (50 % des activités) pour les bienfaits qu'il apporte à la fois pour la santé physique que psychologique des participants et pour les valeurs qu'il véhicule. 4) le bénévolat, réalisé aussi bien de manière interne qu'externe à l'association est utilisé pour développer l'autonomie, la reprise de confiance en soi, et pour certains, favoriser le retour vers la formation ou l'emploi.
Coût	Nous pensons que ces spécificités expliquent la forte fréquentation enregistrée depuis de nombreuses années, nous ayant conduit à étoffer notre équipe salariée : nous estimons le surcoût annuel à 30 000 € (cf budgets 2015 à 2017).
Effectifs	330 adhérents en 2014 dont 230 « usagers GEM » soit 70 % du public - 5 salariés pour 4,3 ETP - 25 bénévoles
Apports	La mixité des publics telle qu'elle est pratiquée au sein du SAS Béarn apparaît comme un facteur favorisant l'insertion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques fréquentant l'association. Elle présente le double avantage d'élargir son action de manière préventive en faveur de personnes en souffrance psychosociales tout en créant un environnement plus propice à favoriser l'épanouissement personnel des personnes souffrant de troubles psychiques.
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Afin d'évaluer son action de manière précise et fiable, Le SAS Béarn s'est doté d'un outil de traitement informatisé des données, simple à utiliser, assurant la traçabilité des informations.</p> <p>On peut ainsi mesurer et analyser statistiquement la mixité des publics et vérifier qu'elle réponde aux obligations de notre convention GEM (minimum 50 % du public accueilli). La mise en place d'un outil d'évaluation est indispensable pour garantir que l'action respecte le cahier des charges des GEM.</p>
Bibliographie	<p>Article paru dans le Journal Le Monde du 21 mars 2015</p> <p>« Promouvoir la mixité des publics dans un Groupe d'Entraide Mutuelle ou comment mettre en œuvre un projet associatif innovant à l'aune des politiques sociales » - mémoire CAFERUIS réalisé en 2008 par Gilbert Capblancq, directeur du SAS Béarn</p>

**CRISALID Centre Intersectoriel de Remédiation Cognitive et de
Réhabilitation Médico-Psycho-Sociale**

Localisation	Clermont de l'Oise - Département de l'Oise (région Picardie)
Porteur du dispositif	CHI Clermont de l'Oise
Personne référente	Docteur Marie-Cécile Bralet, praticien hospitalier, psychiatre
Coordonnées	CRISALID, CHI Clermont de l'Oise. 2, rue des finets. 60607 Clermont cedex ; Tél : 03 44 77 50 00 poste 5703. Email : crisalid@chi-clermont.fr; mcbralet@gmail.com
Descriptif du dispositif	<p>- En 2009 ouverture d'un dispositif unique à vocation territoriale (Picardie, Oise : 85 000 habitants) s'adressant aux secteurs, au privé et au médico-social</p> <p>- Equipe pluri-professionnelle formée en remédiation cognitive (AFRC) et en éducation thérapeutique (modules d'éducation thérapeutique créés spécifiquement par l'équipe soignante à partir des troubles cognitifs)</p> <p>- Population : adultes (18-60 ans) avec pathologie psychiatrique chronique source d'handicap psychique et proches (schizophrénies, troubles du spectre autistique et/ou neuro-développementaux)</p> <p>- CRISALID offre un programme de soins personnalisé et coordonné, dont l'innovation porte sur une prise en charge tripartite avec une articulation entre : 1. Une évaluation clinique, cognitive (neuropsychologue), sociale et fonctionnelle complète du patient (évaluations objectives et subjectives) ;</p> <p>2. Mise en place de techniques innovantes, intégratives et individualisées, en fonction de cette évaluation et du souhait de réhabilitation du patient : remédiation cognitive, éducation thérapeutique, entraînement aux habiletés sociales, prise en charge de l'entourage (dont le programme psycho-éducatif Pro-Famille), thérapie comportementale et cognitive, prise en charge « in vivo », soutien en emploi ;</p> <p>3. Participation des différents acteurs impliqués autour du parcours de soins du patient (secteur, médecins généralistes, psychiatres libéraux, proches, structures médico-sociales, MDPH, service de protection juridique, conseil local de santé mentale, milieu professionnel, associations).</p> <p>- Implication dans des actions de formation, d'enseignement, de recherche, de diffusion et d'innovation (collaborations nationales et internationales) : universités (UPJV), organismes de recherche (Inserm 1178 « santé mentale et santé publique », GDR 3557), réseau AFRC (www.remediation-cognitive.org), réseau Pro-Famille, IFSI, associations d'usagers (Unafam), conventions avec le médico-social.</p> <p>OBJECTIF : obtenir la reconnaissance de centre référent de remédiation cognitive et de réhabilitation pour le secteur public de santé mentale dans le cadre de la région Nord-Pas-de-Calais/Picardie.</p>
Effectifs	0,5 ETP PH psychiatre/0,75 ETP neuropsychologue/2, 9 ETP IDE /1 ETP Aide-soignante/1 ETP secrétariat/0,2 ETP cadre de santé
Apports	<p>- Affiner les diagnostics et proposer une prise en charge intégrative plus ciblée dans le parcours de soin</p> <p>- Amélioration : fonctions cognitives déficitaires, symptômes, estime de soi, adaptation sociale, qualité de vie</p> <p>- Décloisonnement (psychiatrie/somatique)/Déstigmatisation/Désinstitutionnalisation/Prévention des rechutes</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>- File active/Résultats avant-après évaluations cliniques, neuropsychologiques et fonctionnelles</p> <p>- Nombre de projets réalisés / - Nombre de jours d'HC avant-après/ - Nombre de psychotropes avant-après/ - Nombre de courriers de transmission-synthèses pluri-professionnelles/ - Questionnaires de satisfaction/</p> <p>- Nombre d'actions de coordination, de formation, d'enseignement, de diffusion et de recherche</p>
Bibliographie	<p>a) MODEN : programme d'éducation thérapeutique dans la schizophrénie centré sur l'équilibre alimentaire et le plaisir, sollicitant les fonctions cognitives: étude pilote Farhat S.L, Bralet MC ; Encephale, 2015, in press</p> <p>b) In patients with schizophrenia, symptoms improvement can be uncorrelated with quality of life improvement. Wilson-d'Almeida K, Karrow A, Bralet MC, Bazin N, Hardy-Baylé MC, Falissard B. Eur Psychiatry. 2013 Mar; 28(3):185-9.</p> <p>c) Validation of the French version of the BACS (the brief assessment of cognition in schizophrenia) among 50 French schizophrenic patients.Bralet MC, Falissard B, Neveu X, Lucas-Ross M, Eskenazi AM, Keefe RS.Eur Psychiatry. 2007 Sep; 22(6):365-70.</p>

Clubhouse Paris

Localisation	Paris
Porteur du dispositif	Association Clubhouse France
Personne référente	Jean-Philippe Cavroy, Directeur du Clubhouse Paris
Coordonnées :	7, rue de Lunéville. 75019 Paris. Tél : 01 71 37 30 18. jpcavroy@clubhousefrance.org
Descriptif du dispositif	<p>Le Clubhouse est un lieu d'activité et d'entraide, non médicalisé, qui propose aux personnes souffrant de troubles psychiques de les accompagner dans leur rétablissement global et leur réinsertion socioprofessionnelle.</p> <p>Le Clubhouse s'appuie sur les valeurs d'« empowerment », de solidarité entre pairs, de bienveillance, et d'ouverture sur l'extérieur.</p> <p>Le Clubhouse propose 4 activités aux membres bénéficiaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la cogestion à 100 % du lieu entre l'équipe salariée et les membres, qui redonne confiance dans ses capacités et encourage l'entraide - le suivi individuel pour aider chacun à élaborer un projet professionnel - l'animation du réseau des partenaires (bénévoles, experts, entreprises, etc.) - la sensibilisation aux troubles psychiques, en particulier en entreprise. <p>Un membre du Clubhouse est acteur de son rétablissement et c'est lui qui choisit la manière dont il se « sert » du Clubhouse pour avancer.</p> <p>Membre à vie, il peut revenir quand il en a besoin, sans limite dans le temps.</p>
Coût	Le budget annuel estimé pour un Clubhouse de 160 membres est de 500 000 € par an, soit environ 3 100 € par membre bénéficiaire et par an.
Effectifs	Le Clubhouse à Paris accompagnera 160 membres bénéficiaires. Il s'appuie sur une équipe de 1 directeur et 6 chargés de cogestion et d'insertion.
Apports	<p>Pour les membres bénéficiaires : le Clubhouse est un lieu « passerelle » où l'on retrouve confiance en soi, où l'on peut se projeter dans l'avenir, où l'on (ré)apprend à vivre et travailler en groupe, dans un cadre structurant, et où l'on est également en lien avec l'extérieur.</p> <p>Pour les entreprises : le Clubhouse est un partenaire qui permet d'avancer sur le sujet des troubles psychiques, d'anticiper et mieux gérer certaines situations, et qui peut jouer un rôle de tiers/médiateur dans l'accompagnement des membres dans la prise de poste et le maintien dans l'emploi.</p> <p>Pour les autres parties prenantes (médecins et structures médico-sociales, acteurs de l'insertion, autres associations, familles, etc.) : le Clubhouse est un partenaire en appui et complément au service du rétablissement des membres.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	<p>Le Clubhouse Paris est le premier en France, mais l'association fait partie de la fédération « Clubhouse International », qui a une expérience de 65 ans avec environ 330 clubhouses dans 30 pays (USA, Nord de l'Europe, Asie...)</p> <p>Plusieurs recherches et évaluations ont été réalisées à l'étranger, mettant en valeur l'apport des clubhouses sur le rétablissement et la qualité de vie des membres, ainsi que leur réinsertion socio-professionnelle.</p> <p>En France, une recherche scientifique doit permettre d'évaluer l'impact du Clubhouse sur le rétablissement des membres. Elle est menée sur 3 ans par une doctorante de l'université de Paris Ouest Nanterre, financée par la CNSA. Le rapport final est prévu pour mars 2016, avec d'encourageants premiers résultats.</p> <p>Par ailleurs, 30 % des membres sont en cours de réinsertion professionnelle.</p>
Bibliographie	<ul style="list-style-type: none"> - Article Revue Pratique en Santé Mentale - Mai 2014 - Article Revue L'Encéphale - Septembre 2014 - Article Revue ASH (Actualités Sociales Hebdomadaires) - Mai 2013 - Article Revue TSA (Travail Social Actualités) - Janvier 2015 - Article Revue Direction(s) - Janvier 2015 - Article Journal Le Parisien - Janvier 2014

Projet territorial de dispensation nominative automatisée de médicaments et de programmes d'actions au bénéfice des patients de 10 établissements sanitaires et médico-sociaux du département des Pyrénées-Orientales dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire : GCS Pharmacoopé

Localisation	Intervient dans le département des Pyrénées-Orientales, siège social Thuir (66)
Porteur du dispositif (institution concernée)	2 centres hospitaliers : Thuir et Prades 4 maisons d'accueil spécialisées : Prades, Thuès, Saint-Estève et Tordères 1 EHPAD disposant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) : EHPAD de Banyuls-sur-Mer 3 EHPAD ne disposant pas de PUI : ÉHPAD de Thuir, d'Ille-Sur-Têt et de Port-Vendres
Personne référente	Dr Sylvie Colomes (chef de service pharmacie) / Carole Gleyzes (administratrice du GCS) / Philippe Banyols (directeur du centre hospitalier)
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	GCS Pharmacoopé - Avenue du Roussillon - BP 22 - 66301 Thuir cedex 1 Tel : 04 68 84 67 00 – Fax : 04 68 84 66 01 - direction.generale@ch-thuir.fr Site internet du GCS : http://www.gcs-pharmacoopé.fr
Descriptif du dispositif	Créé en 2012, le GCS Pharmacoopé, dispose d'une pharmacie à usage intérieur, implantée au sein du centre hospitalier de Thuir, qui dessert les différents sites géographiques des établissements membres ne disposant pas de PUI. Afin de répondre aux objectifs relatifs à la sécurité et à la qualité de la prise charge médicamenteuse des patients, cette pharmacie est pourvue des moyens et de l'organisation nécessaires à la préparation automatisée de doses à administrer appliquée à l'ensemble des lits des établissements membres. Pour ce faire, le GCS a réalisé un appel d'offres qui consiste en l'implantation de trois modules sur les sites de Thuir, Prades et Banyuls-Sur-Mer. Le dispositif, dont l'installation a été terminée en novembre 2013, est en cours de déploiement. Au 30 juin 2015, 85 % des lits d'hospitalisation ou de séjours à temps plein sont automatisés (dont 100 % au centre hospitalier de Thuir). Cette automatisation permet d'assurer la traçabilité des médicaments sur l'ensemble du circuit, de la prescription à l'administration. Un « intercomedims » réunissant l'ensemble des prescripteurs des établissements a été mis en place et un livret commun du médicament a été validé. Des formations de bonnes pratiques sur les gaz médicaux, sur l'administration des médicaments, sont régulièrement réalisées par les pharmaciens aux soignants des différentes structures.
Coût	EPRD 2015, exploitation : 2 519 916 €
Effectifs	3,5 ETP praticiens hospitaliers pharmaciens, 1 ETP interne, 6,8 ETP préparateurs en pharmacie, 1 cadre de santé et 1 agent administratif
Apports	Les apports de ce projet sont de plusieurs ordres : Sécurité et qualité du circuit du médicament des établissements signataires par l'acquisition d'un automate de préparation des piluliers Maîtrise de l'évolution des dépenses pharmaceutiques Recentrage des infirmiers sur leur mission de soins Mutualisation des moyens humains, techniques et organisationnels des trois pharmacies à usage intérieur Développement des programmes d'actions au bénéfice des patients ou résidents pris en charge par ses membres
Indicateurs	Un suivi d'indicateurs spécifiques cliniques, économiques, qualitatifs a été mis en œuvre avant le dispositif d'automatisation et après son déploiement.

PSYCOM. Information et Santé mentale

Localisation	11, rue Cabanis - 75014 Paris
Porteur du dispositif	Le Psycom fonctionne grâce à une dotation de l'ARS Ile-de-France et à des subventions ponctuelles par projet du ministère de la santé (DGS), de la DRJCS IdF, de l'Institut national d'éducation et de promotion de la Santé (INPES) et de la Fondation de France.
Personne référente	Aude Caria, Directrice
Coordonnées :	11, rue Cabanis - 75014 Paris. 01 45 65 74 80 et 06 80 37 08 38 a.caria@psycom.org – www.psycom.org
Descriptif du dispositif	<p>Le Psycom est un organisme public d'information, de formation et de lutte contre la stigmatisation en santé mentale, qui développe son action sur les axes suivants :</p> <p>Information</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion d'information sur les troubles psychiques, les droits des usagers, les soins, l'accompagnement et l'entraide, ainsi que sur la santé mentale (voir sur www.psycom.org / Télécharger les brochures). Plus de 250 000 brochures diffusées en 2014 (+ 70% par rapport à 2013). - Développement et diffusion d'Annuaire des ressources en santé mentale. - Animation d'un site web ressource (www.psycom.org) : 14 000 visiteurs par semaine. - Suivi de l'actualité Psy et santé mentale : l'Hebdo du Psycom (4200 abonnés), Facebook et Twitter. - Gestion du Secrétariat général du Collectif national des Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) (financement DGS et INPES). Plus de 850 événements recensés en 2015. <p>Lutte contre la stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actions auprès des jeunes (financement DRJCS et Fondation de France). - Développement d'un kit pédagogique pour lutter contre les discriminations liées aux problèmes de santé mentale, chez les jeunes (financement DRJCS). - Développement d'outils et d'actions innovants de lutte contre la stigmatisation en santé mentale. - Création d'une plateforme de ressources pour lutter contre la stigmatisation, comprenant une médiathèque sur la santé mentale (700 références de films, livres témoignages, documentaires,...). <p>Promotion des droits des usagers en psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diffusion nationale gratuites de brochures d'information sur les droits des usagers en psychiatrie, auprès d'acteurs de la santé mentale (financement DGS). Lauréat Concours Droits des usagers 2010 - Création d'un kit pédagogique sur les droits en santé mentale "Histoires de droits", développé de manière participative avec des usagers, des proches et des professionnels et diffusé gratuitement à 500 exemplaires (financement DGS). Label Droits des usagers 2014 <p>Promotion de la participation des usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accompagnement, en amont et en aval, à la prise de parole de personnes désirant témoigner d'un parcours de rétablissement, de l'accompagnement d'un proche ou d'une pratique. - Développement et conseil au développement de dispositifs de participation des usagers pour favoriser la démocratie en santé. - Etude qualitative sur les mots de la Santé mentale, auprès des usagers. <p>Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilisation à la santé mentale des équipes municipales développant des CLSM. - Formation courte "Changer les regards sur la santé mentale" / Université Paris 8. - Formation coordinateurs de CLSM, avec le CCOMS, l'association Elus, Santé publique et territoires (ESPT) et le Centre national de formation du personnel territorial (CNFPT)
Coût	Budget annuel autour de 500 000 €
Effectifs	4,5 ETP
Éléments d'évaluation	Les rapports d'activité disponibles sur le site www.psycom.org rendent compte des évaluations quantitatives et qualitatives de toutes les actions du Psycom.
Bibliographie	<p>Liberté et psychiatrie : les mots des usagers. Caria A., Letailleur C. et Loubières C. Santé mentale n°199, 6/2015 ; Passer de l'asile à la Cité : un défi collectif. Destigmatisation et environnement politique. Caria A. Arfeuillère S., Joseph C. et Loubières C. Revue Pratiques en Santé mentale. 01/2015</p> <p>Un kit pédagogique sur les droits des usagers. Arfeuillère S. et Caria A. Santé mentale n°159, 9/2014</p> <p>Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations, Caria A., Vasseur Bacle S., Arfeuillère S. et Loubières C. Revue ADSP, 11/2013.</p>



J'♥ l'Arc en Ciel : Maison et Radio Arc en Ciel

Localisation	50, avenue du Maréchal Joffre 47200 Marmande
Porteur du dispositif	Association des usagers de la psychiatrie de Marmande
Personne référente	- GEM Arc en Ciel : Président, Xavier De Scoraille - Radio Arc en Ciel : Rédacteur en chef, Alain Malval - Parrainage ASAM47 : Michel Cazassus, Alain Martin, Jean-Pierre Boulhol
Coordonnées : adresse, téléphone, courriel	- GEM et radio Arc en Ciel : 50, avenue du Maréchal Joffre 47200 Marmande Tél : 05 53 20 85 84 - Parrainage ASAM47 : tél : 06 03 54 36 58 / Mail : asam47@voila.fr
Descriptif du dispositif	<p>La maison Arc en Ciel : un pont entre ombre et couleurs</p> <p>Mise à disposition de l'Arc en Ciel un ancien hôpital de jour inoccupé.</p> <p>Organisation de la semaine autour de différentes activités : un groupe cuisine, une unité informatique, un studio photo, un atelier d'art plastique, un cours d'alphabétisation, théâtre, gymnastique, tricot, coiffure, esthétique, jardin, voyages et la radio. Tous ces ateliers sont animés par les usagers de l'association Arc en Ciel. L'ASAM (association de sport adapté du marmandais) qui réunit soignants-soignés depuis plus de 20 ans parraine cette entreprise depuis 5 ans, entièrement gérée par les usagers.</p> <p>Une radio libre : Radio Arc en Ciel</p> <p>Le groupe d'usagers de l'Arc en Ciel investit dans l'expérience radiophonique : Alain Malval (rédacteur en chef), Jackie Bourribon, Sabine Baclet, Martine Merilleau, Sylvie Martineau, Xavier Lurguie, Jean Jacques Magnier, Fernando Zidane se sont saisis du matériel d'enregistrement et informatique mis généreusement à leur disposition par CFM92 et sont partis sur les routes interviewer personnalités et expériences là où très peu de radios existent en France autour des usagers de la psychiatrie.</p>
Coût	Dans la perspective du développement du GEM (augmentation de la capacité d'accueil, acquisition de matériel pour la radio Arc en Ciel, accompagnement pour des usagers éloignés et isolés, embauche d'un ou deux animateurs...) : budget GEM de 75 000 euros.
Effectifs	Actuellement 50 personnes accueillies dans la semaine à la maison Arc en Ciel. (potentiel de 140 adhérents)
Apports	<p>« J'aime l'Arc en Ciel » a pour but de rompre l'isolement et la solitude, de favoriser écoute, échanges et rencontres, de s'inscrire dans la cité en participant à la vie de celle-ci et de développer l'aide mutuelle entre les usagers/adhérents.</p> <p>L'Arc en Ciel anime des ateliers /activités du lundi au samedi avec une possibilité d'ouverture à la demande le dimanche ou le soir.</p> <p>Une convention est prévue avec CMP/hôpital de jour sur le modèle utilisé par l'Asam47</p> <p>Développement des liens sociaux de nos adhérents dans la citoyenneté et par une pratique de réseaux vers les institutions sociales et d'insertion.</p>
Éléments d'évaluation du dispositif	Bilan d'activité et financier ainsi qu'un prévisionnel seront fournis annuellement dans le respect du cahier des charges national.
Bibliographie	<p>- Alfredo Oliveira. 2012. La Colifata. Hôpital Borda, Buenos Aires.</p> <p>- Bernard Jolivet. 2009. Pour une psychiatrie citoyenne.</p> <p>- François Tosquelles. 1992. L'enseignement de la folie.</p> <p>- Jean Oury. 1959. Les clubs thérapeutiques.</p>

« Coordination marseillaise santé mentale et habitat » à constituer en groupement de coopération social et médico-social en santé mentale et habitat

Localisation	Zone de couverture correspondant à la zone de sectorisation psychiatrique rattachée au CH Édouard Toulouse : 1er 2ème, 3ème, 13ème, 14ème, 15ème et 16ème arrondissements, les Pennes Mirabeau et Septèmes-les-Vallons. Une extension est prévue dans l'ensemble de la ville de Marseille dans un second temps.
Porteurs du dispositif	Ville de Marseille, association d'usagers ARGOS, Association HAS (intermédiation locative), hôpital Édouard Toulouse, gestionnaire des crédits en attendant la constitution du GCSMS ; le comité de suivi de juillet 2015 va solliciter des partenaires complémentaires. Ce projet est validé et suivi au sein du conseil d'orientation en santé mentale de la Ville de Marseille-COSM.
Pers référente	Coordinatrice - Laure Plais Richard
Coordonnées :	118, Chemin de Mimet. 13917 Marseille cedex 15 - Fixe 04 91 96 97 09 / Mobile 06 67 00 28 40 Laure.plaisrichard@ch-edouard-toulouse.fr
Descriptif du dispositif	<p>Travail de préfiguration d'un groupement de coopération social et médico-social en santé mentale et habitat.</p> <p>Naissance du projet</p> <p>Depuis plusieurs années, les questions d'habitat, d'accès à un logement et du maintien dans un logement des personnes souffrant de troubles mentaux, sont des problématiques qui ont mobilisé, de manière significative, de nombreux acteurs de la ville de Marseille. Pourtant, malgré l'implication importante des partenaires, la situation reste fragile et les dispositifs mis en place sont saturés. Même si la mobilisation et le rayonnement des acteurs représentent un atout par la construction d'un réseau compétent, elle soulève cependant la question de l'organisation d'un tel réseau, capable de répondre aux besoins des patients dans la construction d'un projet de territoire structurant.</p> <p>Objectifs du projet</p> <p>Échanges et synergie de compétences pour structurer des filières rattachées à différents secteurs activité et/ou des innovations socio-économiques :</p> <p>Fluidifier les parcours des personnes souffrants de troubles psychiques dans leur accompagnement dans l'habitat ; Reconnaître l'intérêt et la plus-value de l'action des structures membres, en vue de proposer de nouveaux modèles de coopération ; Partager une culture commune concernant les modes d'intervention rattachés à la problématique santé mentale et habitat. En travaillant sur des groupes de réflexion afin de pérenniser des actions innovantes ; Articuler les politiques et développer les synergies entre les différents partenaires membres de la convention et consolider le partenariat autour de chaque structure, pour développer l'offre de logement, d'hébergement et d'accompagnements adaptés.</p>
Coût	85 000 € (crédits du « Plan Ayrault » Pacte de sécurité et de cohésion sociale)
Effectifs	1 ETP poste de coordinatrice – 0,3 ETP secrétariat
Apports	<p>Les apports du groupement</p> <p>Créer une coopération afin de garantir une action commune structurée et représentative des champs d'intervention de chacun en visant la complémentarité et les savoir-faire des acteurs. Valoriser et accompagner les structures dans leurs missions et trouver de nouveaux modèles d'intervention pour apporter des solutions inter partenariales afin de répondre à des besoins en termes d'habitat et de prise en charge</p> <p>Identifier l'organisation territoriale sur ces mêmes champs</p> <p>Réfléchir et proposer des modes d'intervention concertés, pertinents et adaptés.</p>
Éléments d'évaluation du travail de préfiguration	<p>Nombre de comités de suivi / analyse des contenus</p> <p>Nombre de comités de pilotage / analyse des contenus</p> <p>Représentation des partenaires en lien avec les secteurs d'activité du GCSMS</p> <p>Dépôt de la convention constitutive en fin d'année (novembre)</p>
Bibliographie	<p>Rapport final : les besoins en logement et hébergement des personnes rencontrant un problème de santé psychique- Octobre 2010- Mission Habitat.</p> <p>L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale - Octobre 2014-IRDES.</p> <p>Rapport d'information par la commission des affaires sociales - sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie- Assemblée nationale le 18 décembre 2013- Déposé et présenté par M. Denys Robiliard.</p> <p>Le groupement de coopération sociale et médico-social – 2011 Ministère santé/ANAP.</p> <p>Guide des dispositifs d'hébergement et de logement adapté – sept 2008 –DGAS</p>

Articles 69 et suivants de la loi de modernisation de notre système de santé

Article 69

I.-Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2, telle qu'elle résulte de l'article 65 de la présente loi, est complétée par les mots : « *et assurent la mise en place du projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2* » ;

2° A la première phrase de l'article L. 3211-2-3, les mots : « *n'exerce pas la mission de service public mentionnée au 11° de l'article L. 6112-1* » sont remplacés par les mots : « *n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale* » ;

3° A la deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-11-1, après le mot : « *écrite* », sont insérés les mots : « *et motivée* » ;

4° L'article L. 3212-5 est ainsi modifié :

a) Le I est ainsi rédigé :

« I.-Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2. » ;

b) Le II est abrogé ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 3212-7, les mots : « *au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et* » sont supprimés ;

6° L'article L. 3212-8 est ainsi modifié :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « *les procureurs de la République mentionnés au II de l'article L. 3212-5* » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

7° A la deuxième phrase du II de l'article L. 3214-1, la référence : « II » est remplacée par la référence : « I » ;

8° Au 1° de l'article L. 3215-1, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 3212-8 ou » est supprimée ;

9° Au 4° de l'article L. 3215-2, la référence : « de l'article L. 3212-7, » est supprimée ;

10° Le chapitre Ier du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : « *Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie* » ;

b) Les articles L. 3221-1 à L. 3221-4 sont ainsi rédigés :

« Art. L. 3221-1.-La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion »

« Art. L. 3221-2.-I.-Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. »

« Il tient compte des caractéristiques socio-démographiques de la population, des caractéristiques géographiques des territoires et de l'offre de soins et de services contribuant à la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques. »

« En l'absence d'initiative des professionnels, le directeur général de l'agence régionale de santé prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. »

« II.-Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux. »

« Les diagnostics et les projets territoriaux tiennent compte des projets des équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et des communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12. »

« Le diagnostic, qui comprend un état des ressources disponibles, a pour objet d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier. »

« III.-Le projet territorial de santé mentale organise la coordination territoriale de second niveau. Il définit les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé ».

« Il organise les conditions d'accès de la population :

« 1° A la prévention et en particulier au repérage, au diagnostic et à l'intervention précoce sur les troubles ;

« 2° A l'ensemble des modalités et techniques de soins et de prises en charge spécifiques ;

« 3° Aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

« A cet effet, il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services répondant à des priorités définies par voie réglementaire.

« Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique.

« Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

« La coordination territoriale de second niveau est déclinée dans l'organisation des parcours de proximité pour assurer à chaque patient, notamment aux patients pris en charge dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur, l'accès à cet ensemble de dispositifs et de services.

« IV.-Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé informe des diagnostics et des projets territoriaux de santé la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et assure leur publication.

« V.-Les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions.

« Le contrat territorial de santé mentale définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

« Selon leur territoire d'application, ces actions peuvent être déclinées au sein de conseils locaux de santé mentale. Le conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 comprend une commission spécialisée en santé mentale.

« VI.-Les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale peuvent constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire pour la définition et la mise en œuvre de leur projet médical d'établissement, selon des modalités définies par décret.

« Art. L. 3221-3.-I.-L'activité de psychiatrie peut être exercée par l'ensemble des établissements de santé, universitaires ou non, indépendamment de leur statut juridique. Au sein de cette activité, la mission de psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1, consiste à garantir à l'ensemble de la population :

« 1° Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires mentionnées à l'article L. 1411-11-1 et les communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12 ;

« 2° L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ;

« 3° La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

« La mission de psychiatrie de secteur se décline de façon spécifique pour les enfants et les adolescents.

« II.-Les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur participent aux actions menées en matière de prévention, de soins et d'insertion dans le cadre du projet territorial de santé mentale et par les équipes de soins primaires et communautés professionnelles territoriales de santé mentionnées à l'article L. 1434-12.

« Art. L. 3221-4.-Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.

« Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie.
» ;

11° Après l'article L. 3221-4, il est inséré un article L. 3221-4-1 A ainsi rédigé : *« Art. L. 3221-4-1 A.-L'établissement peut conclure avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique qu'elle définit.*

« La convention précise notamment les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements et de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Elle détermine les modalités de contrôle médical de son exécution. « L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition. » » ;

12° A l'article L. 3221-4-1, la référence : *« au second alinéa de l'article L. 3221-1 »* est remplacée par la référence : *« à l'article L. 3221-1 »* ;

13° Le chapitre II du titre II du livre II de la troisième partie est ainsi modifié :

a) L'intitulé est ainsi rédigé : *« Établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement »* ;

b) L'article L. 3222-1 est ainsi rédigé : *« Art. L. 3222-1.-I.-Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, après avis du représentant de l'État dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale.*

« II.-La zone géographique dans laquelle l'établissement de santé ainsi désigné exerce ces missions est définie, en tenant compte des modalités d'organisation en secteurs de psychiatrie mentionnés à l'article L. 3221-4 dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 6114-1.

« III.-Les moyens mis en œuvre pour l'exercice de ces missions et les modalités de coordination avec l'activité de psychiatrie de secteur mentionnée à l'article L. 3221-3 sont précisés dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents fixant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2.

« Lorsque l'établissement de santé désigné en application du I du présent article n'est pas chargé de la mission de psychiatrie de secteur dans la même zone géographique, les modalités de coordination font l'objet d'une convention tripartite entre l'établissement de santé désigné en application du même I, l'établissement de santé désigné au titre de l'article L. 3221-4 et le directeur général de l'agence régionale de santé.

« IV.-Dans les établissements n'assurant pas le service public hospitalier, tout patient faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale bénéficie des garanties prévues au I de l'article L. 6112-2 du présent code. » ;

c) L'article L. 3222-1-1 A devient l'article L. 3221-5-1 ;

14° A la fin du premier alinéa de l'article L. 3311-1, les mots : « , sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 3221-1 » sont supprimés ;

15° A la première phrase des articles L. 3251-2 et L. 3824-2, les mots : « ou, à défaut, par la notoriété publique » sont supprimés ;

16° Le premier alinéa de l'article L. 6143-2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans les établissements désignés pour assurer la mission de psychiatrie de secteur en application de l'article L. 3221-4, il précise les modalités d'organisation de cette mission au sein de la zone d'intervention qui lui a été affectée. »

II.-Dans un délai de trois ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de la politique de santé mentale.

Article 70

Aux deux premières phrases du 3° du I de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, après la référence : « L. 3211-12 », sont insérées les références : « , L. 3213-3, L. 3213-8 ».

Article 71

Le dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En cas de transfert de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques dans un autre établissement de santé, après que la saisine du juge des libertés et de la détention a été effectuée, l'établissement d'accueil est celui dans lequel la prise en charge du patient était assurée au moment de la saisine. »

Article 72

Après l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 3222-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3222-5-1.-L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »

Article 73

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris pour sa mise en conformité avec le régime de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins psychiatriques sans consentement.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier :

- Mme Claude Finkelstein, présidente de la FNAPSY (fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie)
- M. Michel Girard, vice-président de l'UNAFAM (union nationale de familles et amis de malades et/ou handicapés psychiques)
- M. le docteur Christian Müller, psychiatre, praticien hospitalier, président de la commission médicale d'établissement de l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole (Nord), président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie,

pour leur engagement et l'apport de leurs convictions durant le temps où ils ont bien voulu accompagner la mission.

- La direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé et la direction générale de la cohésion sociale pour leur soutien au long cours et tout particulièrement Mme Christine Bronnec, Mme Isabelle Prade et M. le docteur Philippe Leborgne.
- Vincent Cailliet et Michel Minard, tous deux si précieux.