

**Evaluation
de politique de santé**

**EVALUATION DE LA POLITIQUE
REGIONALE EN FAVEUR DE LA
QUALITE DE VIE DES PERSONNES
VIVANT AVEC UN TROUBLE OU UN
HANDICAP PSYCHIQUE**

**EVALUATION INTERMEDIAIRE DU PROJET REGIONAL
DE SANTE DES PAYS DE LA LOIRE 2012-2016**

Rapport final

Dr Jean-Paul BOULE

Xavier BRUN

**Direction de l'Efficienc e de l'Offre
Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs**

SEPTEMBRE 2016

Avertissement

Evaluation des dispositifs et politiques publiques

RAPPORT D'EVALUATION

Depuis sa création, l'Agence Régionale de Santé apporte une attention particulière à l'évaluation de l'impact des dispositifs et politiques régionales mises en œuvre.

Le Département d'Evaluation des Politiques de Santé de la Direction de l'Efficiences de l'Offre porte les travaux conduits au niveau régional dont la récente évaluation des dispositifs.

Vous trouverez, ci-après, le rapport d'évaluation. Les recommandations formulées n'engagent pas la Direction Générale de l'ARS qui arrêtera ses orientations après échange avec les acteurs.

Vous en souhaitant bonne lecture,

Cécile COURREGES

Directrice Générale



17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 Nantes Cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 - www.ars.paysdelaloire.sante.fr

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS 7

SYNTHESE 9

1. LA COMMANDE 13
2. LE CONTEXTE NATIONAL ET INTERNATIONAL 14
3. LA SITUATION REGIONALE 18
4. LA METHODOLOGIE D'EVALUATION 24

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS 28

1. La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ? 28

- 1.1 Dans quelle mesure les obstacles à une bonne fluidité des parcours de santé des personnes ont-ils été identifiés par l'ARS et donnent lieu à des mesures correctrices ? 28
 - 1.1.1 L'ARS est consciente de problèmes persistants d'accès à la psychiatrie, elle exerce sa vigilance sur le phénomène et s'efforce d'y apporter des réponses, même si elle dispose de peu de leviers et manque d'informations 29
 - 1.1.2 Les nombreux obstacles à la fluidité des parcours en santé mentale ont progressivement été identifiés par l'ARS, qui a clarifié sa stratégie (comprenant une dimension prévention), mais dans laquelle la méthode des appels à projets est questionnée 35
 - 1.1.3 Le « virage ambulatoire » n'a été que récemment partiellement clarifié et promu par l'ARS, mobilisant quelques leviers spécifiques, mais des freins demeurent à lever pour poursuivre une évolution amorcée dans les années 2000 39
 - 1.1.4 Les réponses intersectorielles sont à la fois fréquentes et hétérogènes, sans stratégie régionale de développement identifiée 43
 - 1.1.5 Des filières territoriales ont été très variablement organisées et formalisées (et jamais avec l'offre ambulatoire), l'ARS n'ayant pas mobilisé partout les leviers à sa disposition 44
 - 1.1.6 La réponse de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est jugée encore incomplète et peu lisible en dépit des réalisations constatées 48
- 1.2 Comment l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement ainsi que des pratiques professionnelles a-t-elle été rendue visible et lisible auprès de la population générale et des professionnels de santé, du social et du médico-social ? 54
 - 1.2.1 La population générale est très peu informée sur l'offre en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions, en dépit d'actions de communications impliquant ou non l'ARS 54
 - 1.2.2 Si l'ARS a déployé une pluralité d'initiatives pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux, il n'existe pas de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs 56
 - 1.2.3 L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont peu connues des médecins de premier recours, qui en sont peu informés 60

2. Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques ? 61

- 2.1.1 Peu structurée, peu lisible et partielle, l'organisation des appels et de la gestion des crises et des urgences en psychiatrie est peu connue des usagers, des aidants et des professionnels 61
- 2.1.2 L'organisation des services d'urgence hospitaliers pour prendre en charge les urgences psychiatriques demeure perfectible, sans progrès notable sur la période récente, la réflexion sur ce sujet devant intégrer l'émergence des unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie 64
- 2.1.3 L'ARS n'a pas investi la question de l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie des médecins généralistes pour les situations d'urgence, cet accès demeurant aujourd'hui insuffisant 66

3. Dans quelle mesure la mise en œuvre du PRS a-t-elle permis de mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?	67
3.1 L'ARS a-t-elle pu développer une politique de développement des GEM harmonisée et intégrée sur l'ensemble du territoire régional ?	67
3.1.1 L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des GEM, mais leur accessibilité demeure perfectible	68
3.1.2 Les GEM favorisent l'accès de leurs adhérents aux ressources du territoire, dans un contexte où leurs relations avec les acteurs se développent	69
3.1.3 Le GEM est un outil reconnu de socialisation des personnes présentant des troubles psychiques, et contribue également à leur autonomisation	70
3.2 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle pu mobiliser différents leviers d'actions visant à mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?	71
3.2.1 L'ARS mobilise une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la cité, mais des champs restent à investir et certains leviers sont à questionner	72
3.2.2 L'ARS s'engage progressivement dans les territoires pour l'intégration dans le logement des handicapés psychiques, davantage comme partenaire d'actions portées par d'autres acteurs ou institutions	77
4. Quelles réponses l'ARS a-t-elle mis en œuvre pour réduire les inégalités territoriales en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?	80
4.1 Dans quelle mesure les équipes mobiles en psychiatrie, existantes ou créées, ont-elles contribué à la réduction des inégalités territoriales, dans une stratégie coordonnée au sein de l'offre de soins et d'accompagnement ?	81
4.1.1 Les équipes mobiles facilitent l'accès aux soins mais sans réduire les inégalités territoriales, dans un contexte où elles se sont développées sans stratégie coordonnée	81
4.2 Comment la médecine de premier recours en cours de restructuration est-elle organisée pour prendre en charge en proximité les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?	83
4.2.1 La médecine de premier recours se perçoit globalement organisée et outillée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques auxquels elle est fréquemment confrontée	83
4.2.2 Les collaborations directes entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie sont globalement difficiles malgré des dynamiques récentes, mais des pistes d'amélioration sont identifiées (MSP, IDE libéraux)	85
TROISIEME PARTIE : CONCLUSION	91
QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS	92
AVIS DE LA CRSA sur l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou handicap psychique	106
TABLEAU DE SYNTHESE CRITERES/CONSTATS/JUGEMENTS	110
COMPOSITION DU COPIL	116
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	118
LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES	122

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des personnes qui ont participé à la démarche d'évaluation ayant abouti au présent rapport.

Merci, tout d'abord, aux membres du Comité de pilotage, qui ont consacré du temps à la participation aux séances de travail, mais aussi à la lecture des différents livrables produits dans le cadre de ces travaux.

Nous assurons également de notre reconnaissance tous les acteurs qui, par les échanges qu'ils nous ont accordés, par le temps qu'ils ont consacré à participer aux enquêtes ou par les documents qu'ils ont portés à notre connaissance, nous ont permis de mener à bien ce travail, avec un remerciement tout particulier au département de médecine générale de l'Université d'Angers.

Merci, enfin, aux personnels de l'ARS Pays de la Loire qui ont contribué à cette démarche par leurs éclairages ou par la relecture de ce rapport.

SYNTHESE

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique a été programmée dans le Projet Régional de Santé (PRS) en tant qu'évaluation intermédiaire de politique. Elle a été inscrite dans la feuille de route annuelle 2015 du groupe projet transversal de l'ARS portant sur « les personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique ».

Les définitions à adopter et le champ de cette évaluation ont nécessité des éclaircissements préalables.

Ceux-ci ont porté sur la qualité de vie, la santé mentale et le handicap psychique.

Malgré le consensus sur le poids des maladies mentales et les propositions de changements régulièrement réitérées dans des rapports nationaux, l'organisation de l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles ou un handicap psychique évolue lentement en France. Des problèmes persistants ressortent particulièrement des différents travaux :

- L'absence de connaissances exactes tant sur la prévalence des troubles que sur l'activité des équipes et des structures ;
- Le cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et spécialement entre psychiatrie et médecine générale, mais aussi entre psychiatrie et secteur social et médico-social ;
- Le poids excessif de l'hospitalisation complète au détriment des prises en charge ambulatoires ;
- Enfin l'absence de politique d'innovation et d'amélioration des soins dans une logique de parcours.

En région Pays de la Loire, malgré le poids important des maladies mentales, et peut être du fait que le recours aux établissements de santé psychiatriques est plus faible qu'au plan national, la problématique de la santé mentale, hormis la question du suicide, est rarement apparue prioritaire pour les acteurs régionaux.

Lors de l'élaboration du PRS, l'ARS Pays de la Loire a privilégié une approche globale de la santé, quelle que soit la pathologie concernée, et de son organisation en intégrant cependant souvent les questions de santé mentale dans ses réflexions. Les Programmes Territoriaux de Santé (PTS) mettent en lumière plus spécifiquement les objectifs et les actions en psychiatrie et santé mentale aux échelons territoriaux au sein de ce PRS. La santé mentale n'a donc pas fait l'objet d'un programme dédié comme cela peut être le cas dans d'autres régions.

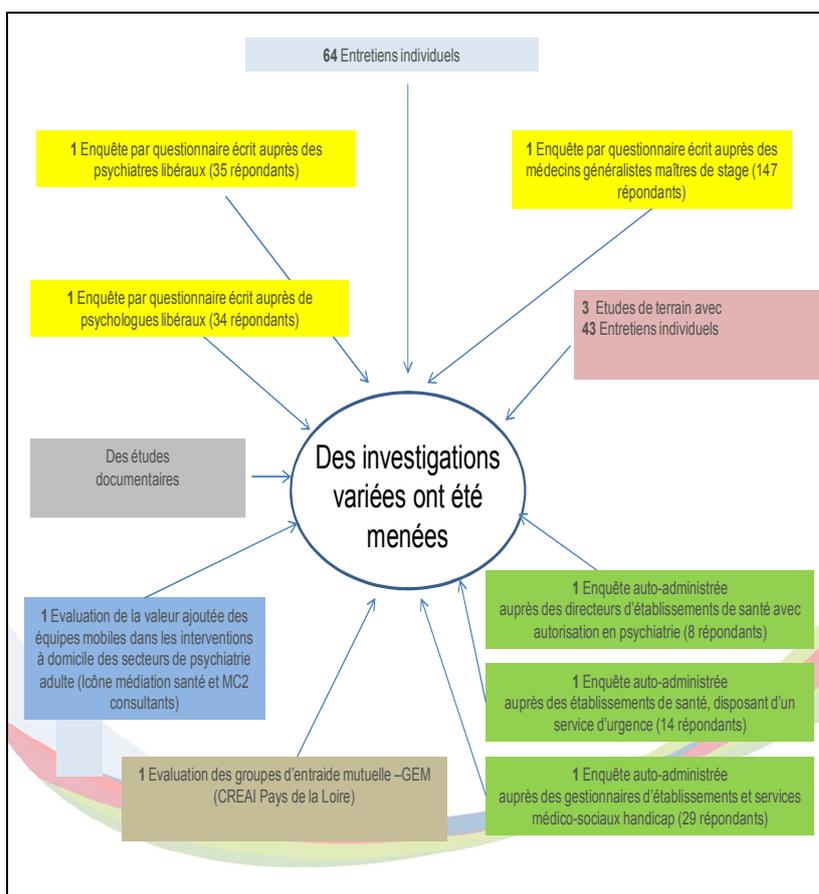
Le PRS insiste, dans ses orientations stratégiques, sur l'importance de mettre en place des filières d'offres graduées de soins et de coordinations entre acteurs autour de la personne. Un accès direct et rapide à un avis spécialisé en psychiatrie, et tout particulièrement pour un patient en crise, doit pouvoir être proposé aux médecins généralistes. L'articulation des coordinations territoriales autour de la personne doit permettre d'assurer la coordination des soins et le suivi des personnes, mais aussi le développement d'un dispositif concerté de prévention et de prise en charge des situations de crise psychiatrique. Des coordinations régionales autour de la santé mentale sont à rechercher. Une attention est portée à la prise en charge des urgences psychiatriques. Le bien être mental et le risque de suicide sont affirmés en tant que priorité régionale.

Il n'y a pas eu de modifications du PRS après 2012 suite à la parution du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 (PPSM). Pour l'ARS, les axes et les objectifs du PPSM 2011-2015 se retrouvent parfaitement dans les orientations stratégiques et les objectifs des schémas du PRS. Ils viennent illustrer concrètement les objectifs du PRS.

S'il n'y a pas eu de développement d'un programme particulier relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, chaque année (sauf en 2015 pour la publication), l'ARS élabore et publie sur son site Internet une feuille de route relative à la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique. Ce document opérationnel de l'ARS décline de façon transparente les objectifs du PRS, notamment des Programmes Territoriaux de Santé et prend en compte les objectifs du PPSM.

ÉLÉMENTS DE METHODOLOGIE

L'évaluation s'est déroulée pendant l'année 2015. L'équipe d'évaluation était constituée de deux cadres du Département d'évaluation des politiques et dispositifs de santé de l'ARS. Elle s'est appuyée sur un comité de pilotage composé des principales parties prenantes de la politique évaluée, en lien étroit avec la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie (CRSA). Une pluralité d'investigations a pu être menée, incluant 2 évaluations spécifiques confiées à des prestataires externes à l'ARS portant sur les Equipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire (**équipes mobiles en psychiatrie**) et sur les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Quatre questions évaluatives ont été posées.



La formulation des réponses à ces quatre questions évaluatives, sous la forme des jugements ci-après, s'appuie sur les constats établis sur la base des informations recueillies lors des investigations. S'agissant d'une évaluation intermédiaire, les jugements sont portés en l'état actuel de la mise en œuvre du Projet Régional de Santé, qui n'est pas achevée.

1. *La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?*

L'offre de soins et d'accompagnement a évolué ces dernières années dans le cadre d'une stratégie progressivement définie par l'ARS autour du «virage ambulatoire». Mais les évolutions apparaissent variables selon les territoires (exemples : réponses intersectorielles, filières territoriales...) et les modalités d'accompagnement par l'ARS ont pu être questionnées (exemple : appels à projets). Les difficultés d'accès aux soins et à l'accompagnement demeurent dans certains territoires, l'offre ambulatoire libérale est peu articulée avec le secteur public et les prises en charges restent trop cloisonnées. La prise en compte et la reconnaissance du rôle de chacun (médecins généralistes, psychologues,...) dans ces prises en charge apparaissent insuffisantes. Des difficultés à porter un diagnostic de territoire partagé par l'ensemble des acteurs et à co-construire une réponse articulée entre eux sont constatées. Sans réflexion globale autour du concept de parcours de santé, l'ARS a cependant identifié progressivement les obstacles à une bonne fluidité des parcours, intégrant un important volet en prévention. Les difficultés d'accès ont été particulièrement étudiées. Bien que très attendue par les acteurs, l'ARS doit encore mobiliser certains leviers pour améliorer leur coordination, ceci en lien avec les collectivités locales. Par ailleurs, la communication en santé mentale auprès du grand public malgré les initiatives nombreuses des acteurs, avec le soutien plus ou moins affirmé de l'ARS, reste difficile. Elle s'adresse le plus souvent à un public déjà averti. La communication de l'ARS vis-à-vis des acteurs a commencé à se structurer à tous les niveaux territoriaux, mais les professionnels de santé libéraux sont peu associés et l'absence de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs demeure.

2. *Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques ?*

L'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques a peu évolué depuis la mise en œuvre du PRS. Sa structuration et sa lisibilité demeurent très insuffisantes. La nécessité d'un appui aux médecins généralistes reste d'actualité. Un territoire de santé a plus particulièrement pris des initiatives pour organiser et mieux répondre aux urgences et crises psychiatriques.

3. *Dans quelle mesure la mise en œuvre du PRS a-t-elle permis de mieux insérer les personnes handicapées psychiques dans la cité ?*

L'ARS a pu mobiliser une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la société (exemples : développement des GEM, Contrat Local de Santé (CLS), accès au logement), mais des champs restent à investir (Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), accès à l'emploi, rétablissement) et les populations en situation de précarité ont plus de difficulté d'accès et de suivi. Les commissions de coordination des politiques publiques n'ont pas, paradoxalement, intégré les questions de santé mentale sous l'angle de l'intégration dans la société. L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des GEM sur l'ensemble du territoire régional, même s'il demeure encore inachevé, mais leur articulation avec les acteurs spécialisés ou non demeure perfectible. Leur développement est encore attendu car leur plus value en termes de socialisation et de contribution à l'autonomisation des adhérents est reconnue. L'ARS s'engage de plus en plus dans les territoires de santé au profit de l'accès et au maintien des handicapés psychiques au logement et à l'hébergement. En plus de son rôle de plaidoyer auprès de ses partenaires, elle en fait un axe de travail dans chaque territoire de santé, s'implique notamment dans des actions de formation d'acteurs. L'impulsion de CLSM reste difficile mais de nombreux projets, soutenus ou non dans le cadre de CLS, sont en cours. La promotion et le soutien à la réhabilitation psycho-sociale restent à développer.

4. Quelles réponses l'ARS a-t-elle mises en œuvre pour réduire les inégalités territoriales en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique

La réduction des inégalités territoriales apparaît comme un objectif peu investi par l'ARS, au vu de l'organisation des équipes mobiles en psychiatrie et des collaborations entre le premier recours et la médecine spécialisée. Les pratiques sont très hétérogènes d'un secteur psychiatrique à un autre et les pratiques entre libéraux sont peu connues et encore moins travaillées par l'ARS. Le développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP), permettant une meilleure articulation entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'une part et entre médecins et IDE d'autre part, est une réponse apportée par l'ARS pour améliorer l'organisation territoriale sur l'ensemble de la région. Les équipes mobiles en psychiatrie, le plus souvent intersectorielles, qui se sont créées sans stratégie coordonnée et de façon non régulée n'ont pas contribué à la réduction d'inégalités territoriales. La plupart ont été constituées avant l'ARS. La question plus globale de l'intervention à domicile des acteurs de la psychiatrie, dont l'équipe mobile ne représente que l'une des modalités d'organisation, reste à travailler, d'autant que les pratiques en la matière sont très hétérogènes d'un secteur à un autre. Les acteurs peinent à complètement intégrer la dimension du « aller vers » dans leurs organisations et leurs pratiques, les évolutions restant lentes. Si les médecins généralistes se perçoivent globalement bien outillés pour repérer et diagnostiquer les troubles psychiques, bien que des formations soient encore nécessaires et qu'elles soient mieux structurées, leur articulation avec les médecins spécialistes, publics comme libéraux demeure difficile. Des dynamiques récentes sont cependant à l'œuvre dans la région, à l'initiative des professionnels eux-mêmes. La politique de développement des MSP portée par l'ARS apparaît comme un levier pour favoriser les liens entre médecins. Le rôle des Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) libéraux apparaît insuffisamment soutenu et organisé.

RECOMMANDATIONS

A l'issue de cette évaluation, plusieurs pistes de travail pour l'ARS se dessinent. Quatre recommandations stratégiques ont été construites à partir des recommandations opérationnelles proposées par le comité de pilotage, complétées d'éléments issus des résultats des investigations, des constats et des jugements.

Ces recommandations, qui s'adressent à l'ARS, visent à la fois à clarifier et à développer des éléments de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique :

- Clarifier la gouvernance de la politique évaluée, à ses différents niveaux ;
- Favoriser l'accompagnement de la personne au plus près de son milieu de vie et clarifier les attentes en matière de «virage ambulatoire» ;
- Développer les conditions d'accessibilité à l'offre en psychiatrie et santé mentale dans une logique d'égalité territoriale ;
- Développer les coordinations d'acteurs permettant de fluidifier les parcours.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a intégré les spécificités de la psychiatrie et prévoit divers dispositifs en propre. Elle donne un contenu à la politique de santé mentale. Cependant, ces organisations au risque sinon de cloisonner les prises en charge et les coordinations d'acteurs, devront s'intégrer dans les organisations générales de santé et s'articuler avec l'ensemble des partenaires. Particulariser des organisations dédiées à la psychiatrie tout en les intégrant dans les organisations générales sera sans doute l'un des défis du futur PRS et de la politique régionale de santé.

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION

1. LA COMMANDE

L'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique a été programmée dans le Projet Régional de Santé (PRS) en tant qu'évaluation intermédiaire de politique. Elle a été inscrite dans la feuille de route annuelle 2015 du groupe projet transversal de l'ARS portant sur « les personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique ».

Les définitions à adopter et le champ de cette évaluation ont nécessité des éclaircissements préalables.

La définition de la **qualité de vie** est reprise de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « *façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations* ». Cette définition s'applique à l'ensemble des maladies chroniques, dont font partie les troubles psychiques. Elle implique pour cette évaluation l'étude de la personne dans son milieu de vie et nécessite donc que l'environnement de la personne (logement, travail, ...) soit étudié. La prise en compte de la qualité de vie permet de dépasser le modèle biomédical de la santé.

La **Santé mentale**, toujours selon l'OMS, 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 prône une approche globale de la personne dans son milieu de vie. Elle passe sous silence tout aspect médical pour souligner les facteurs et les conséquences sociales de la santé mentale.

Pour le Plan Psychiatrie Santé Mentale (PPSM) 2011-2015, elle comporte trois dimensions :

- **Santé mentale positive** qui, s'approchant de la définition de l'OMS s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel ;
- **Détresse psychologique réactionnelle** qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ;
- **Troubles psychiatriques**, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

C'est cette troisième dimension, correspondant au champ de la psychiatrie, qui est principalement traitée par cette évaluation. Les pathologies sont très diverses et ne se limitent pas à la seule souffrance psychique.

Concernant le **handicap psychique**, constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, « *toute limitation d'activités ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.* »

La déficience psychique affecte le malade dans les domaines suivants : troubles de la volonté, troubles de la pensée, troubles de la perception, troubles de la communication et du langage. Le handicap psychique favorise les troubles du comportement, les troubles de l'humeur, les troubles de la conscience et de la vigilance intellectuelle, les troubles de la vie émotionnelle et affective, mais la personne garde des facultés intellectuelles normales.

Les principales caractéristiques du handicap psychique sont la négation, la méconnaissance ou la minimisation des troubles par la personne malade (et quelquefois même de son entourage), la variabilité des troubles et de leur intensité dans le temps, les altérations cognitives existant fréquemment avant le processus pathologique. Les principaux domaines d'incapacités concernent les besoins fondamentaux, la capacité à prendre soin de soi, les capacités liées au logement ou à l'hébergement, les capacités à avoir une vie sociale et des loisirs, les capacités de formation et d'apprentissage et les capacités de travail.

Toutes ces caractéristiques du handicap psychique plaident, selon la politique nationale (Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015) pour l'organisation de prises en charge globale des personnes, dans une logique de parcours coordonnée de vie et de santé, identifiant et répondant à des risques de rupture de nature très divers.

Les travaux devaient porter sur la population adulte, en intégrant l'articulation enfants-adultes. La maladie d'Alzheimer et les autres démences, l'autisme et autres troubles du développement ont été exclus du champ de cette évaluation.

2. LE CONTEXTE NATIONAL ET INTERNATIONAL

Le poids des maladies mentales est considérable dans tous les pays. En France, les enjeux majeurs de santé publique liés à la santé mentale font consensus. De nombreux rapports sur le sujet ont été publiés ces dernières années. Un certain nombre de données présentées lors d'un colloque régional¹ illustrent ainsi le poids de ces maladies mentales.

- Troisième rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardiovasculaires ;
- 25 à 30% des motifs de consultation chez le médecin généraliste ;
- Une personne sur trois est susceptible de développer au cours de sa vie un trouble de santé mentale ;
- 14% de la morbidité globale (en hausse) ;
- 1^{ère} cause d'invalidité ;
- 2^{ème} cause d'arrêt de travail ;
- 15% des dépenses de santé estimées par l'assurance-maladie ;
- 107 milliards d'euros de coût économique et social (rapport de la cour des Comptes - décembre 2011).

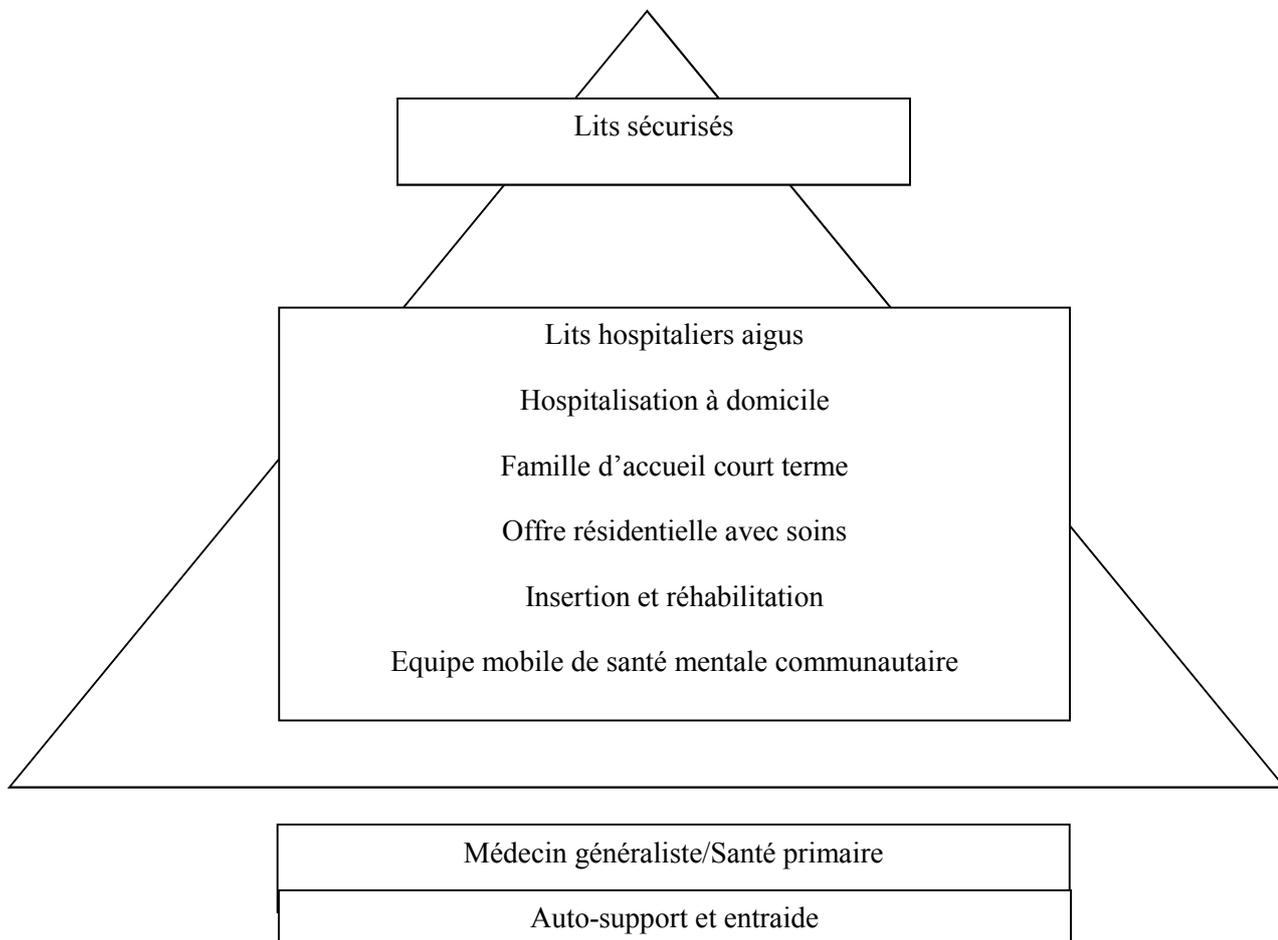
Face à ce même type de constats au niveau international et pour répondre à ce défi universel, l'OMS a élaboré d'importantes recommandations sur la santé mentale ces dernières années. Elle promeut un changement de paradigme (OMS 2001-2008 : « *pas de santé sans santé mentale* »), en passant d'une politique de structures dispensant des services à une politique de soins à l'utilisateur centrée sur ses besoins. Soigner dans la communauté s'avère plus efficace que soigner en institution.

¹ Les rencontres des acteurs et partenaires de la psychiatrie publique – FHF et ADESM – Angers – vendredi 2 octobre 2015

Les recommandations de la conférence d'Helsinki en 2005 prévoient ainsi :

- Des services de proximité pour traiter les personnes dans la collectivité ;
- Des équipes spécialisées multidisciplinaires, accessibles 24h/24, mobiles ;
- Des services résidentiels ;
- Une prise en charge des urgences (équipes mobiles ou hospitalières) ;
- Des relations avec les services de santé primaire ;
- Des liaisons intersectorielles.

Le plan global d'action pour la santé mentale OMS 2013-2020 évoque le modèle à bâtir pour le 21^{ème} siècle selon le schéma suivant :



Cela implique les actions suivantes :

- Travailler ensemble avec les médecins généralistes, les familles et proches, les usagers ;
- Intégrer dans la communauté tous les services de psychiatrie ;
- Combattre la stigmatisation : l'hospitalisation doit rester un moment bref dans le parcours de soins ;

- Organiser avec les habitants, usagers ou non, les élus locaux, les médecins généralistes et les services sociaux, la psychiatrie citoyenne, avec création de Conseils Locaux en santé Mentale ;
- Pour la psychiatrie, ne pas avoir de partenaires mais être partenaire : les équipes de psychiatrie sont toujours en deuxième ligne.

Plus précisément, **le Centre Collaborateur de l’OMS, basé à Lille, a émis certaines recommandations** pour les services spécialisés en psychiatrie :

- Service d’hospitalisation non fermé, avec un ratio de 10 lits pour 80 000 habitants ;
- Plus de 60% des personnels en extra-hospitalier ;
- Permanence téléphonique constante (réponse d’un soignant du secteur) ;
- Service toujours en relation avec les médecins généralistes (lettre de liaison systématique et prescription par les médecins généralistes) ;
- Au moins une réunion par mois avec les associations d’usagers, les familles et les élus (création d’un CLSM) ;
- Réponse à l’urgence (service d’intervention mobile dans la cité) ;
- Mais aussi transfert de compétences du médecin vers l’IDE.

Des comparaisons européennes² permettent de noter qu’en France, il y a à la fois beaucoup de psychiatres, beaucoup de lits (hospitalo-centrisme marqué), un taux de suicide élevé et une part du budget santé mentale élevée, d’où une efficacité faible du système de santé sur ce champ.

	Psychiatres pour 100 000 habitants	Lits pour 100 000 habitants	Admissions pour 100 000 habitants	Taux de suicide pour 100 000 habitants	Part en % du budget santé mentale sur le budget santé générale
France	22	95.2	1 020	16.32	12
Italie	9.8	8	758	5.98	5
Royaume Uni	12.7	23	286	6.38	14
Belgique	23	152	900	19.6	11
Allemagne	8.7	75	1 240	11.0	11
Suède	24	54	1 200	12.0	10
Espagne	6.1 (national)	8 (Galice)	184 (Castille)	7 (national)	7 (national)
Roumanie	4.7	75	1301	12	3
Grèce	15	18	355	3	Non renseigné

Par ailleurs, les délais de diagnostics sont souvent longs (7 à 10 ans), l’espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiatriques est réduite (moins 9 ans) et l’inclusion sociale reste décevante³.

Malgré le consensus sur le poids des maladies mentales et les propositions de changements régulièrement réitérées dans des rapports nationaux, l’organisation de l’accompagnement des personnes vivant avec un troubles ou un handicap psychique évolue lentement en France. Des problèmes persistants ressortent particulièrement des différents travaux :

² Source : OMS Europe 2008 policies and Practices for Mental health in Europe – meeting the challenges

³ Source : Les rencontres des acteurs et partenaires de la psychiatrie publique – FHF et ADESM – Angers – vendredi 2 octobre 2015 (données DGOS)

- L'absence de connaissances exactes tant sur la prévalence des troubles que sur l'activité des équipes et des structures ;
- Le cloisonnement persistant des soins à toutes les étapes de la prise en charge et spécialement entre psychiatrie et médecine générale, mais aussi entre psychiatrie et secteur social et médico-social ;
- Le poids excessif de l'hospitalisation complète au détriment des prises en charge ambulatoires ;
- Enfin l'absence de politique d'innovation et d'amélioration des soins dans une logique de parcours.

Pourtant, avec l'instauration de la sectorisation psychiatrique⁴, la France avait repensé sa politique dès 1960, sur des principes et des valeurs qui conservent toute leur acuité (proximité, continuité et cohérence des soins, prévention, réinsertion, non stigmatisation, égalité d'accès). Depuis les années 70, le traitement de la santé mentale et des troubles psychiatriques privilégie l'intégration du patient dans la cité et sa resocialisation. Le nombre de lits a ainsi presque diminué de moitié, de 130 000 lits en 1974 à 60 000 en 2010.

Mais ce concept de secteur a été dévoyé selon Magali Coldefy et al⁵. Il a privilégié une approche totale du patient au lieu d'une approche globale, en cherchant à protéger la personne plutôt qu'à l'intégrer. 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 hospitalo-centrisme 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, selon les mêmes auteurs à son objectif initial d'égalité des soins.

L'articulation entre la prise en charge psychiatrique et le secteur médico-social est un objectif de politique publique depuis la loi du 11 février 2005 qui a reconnu l'existence du handicap psychique. Désormais, les personnes vivant avec des troubles mentaux peuvent relever pour leur réinsertion sociale des dispositifs ouverts aux personnes handicapées.

Prenant acte de nombreux dysfonctionnements, et en application des recommandations de l'OMS, le **Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 (PPSM)** intègre pleinement les enjeux de participation sociale et de citoyenneté pour toutes les personnes qui présentent un handicap. Il affirme ainsi tout à la fois le besoin de soins de qualité pour tous et la nécessité de dépasser la dimension sanitaire pour s'intéresser aux champs de l'inclusion sociale. Logement et emploi sont ainsi des parties intégrantes du plan. Il vise à prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques.

Quatre axes ont été définis dans ce plan afin de :

- Permettre à toute personne aux différents âges de la vie 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 ;
- Garantir, selon les publics et les territoires, l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social ;
- Renforcer le dialogue entre la psychiatrie et la société ;
- Renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission.

Quatre objectifs de ce plan sont plus particulièrement toujours d'actualité au vu des difficultés constatées persistantes :

- Un diagnostic plus précoce des pathologies mentales ;
- Une prise en charge plus homogène des patients sur tout le territoire ;
- 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.

⁴ Un secteur de psychiatrie générale pour 70 000 habitants en moyenne

⁵ *Source* : Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation – Magali Coldefy, Philippe Le Fur, Véronique Lucas-Gabrielli, Julien Mousquès – IRDES - Questions d'économie de la santé – n°145 – Août 2009

3. LA SITUATION REGIONALE

3.1 Eléments épidémiologiques

Le diagnostic établi lors des travaux d'élaboration du PRS avait évalué la file active des secteurs de psychiatrie publique à 2,4% de la population régionale, sans plus entrer dans les détails.

A la question posée lors d'une enquête d'opinion en 2014 auprès des Ligériens : « *vivez-vous avec un problème de santé mentale ?* », 1,7 % des personnes interrogées ont répondu, plus récemment, oui (elles représentaient 1,8% en 2011).

L'ORS a mené en 2014 une étude exploratoire des données du Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (RIM-P 2011) en Pays de la Loire⁶. Les résultats de cette étude, qui figurent ci-dessous, portent sur des données recueillies et analysées avant la mise en œuvre du PRS. Cette étude a montré l'intérêt du RIM-P pour appréhender l'importance des recours aux soins psychiatriques et leur variabilité selon l'âge, le sexe, le type de pathologie prise en charge... Elle a montré que la qualité de la base autorisait son exploitation au niveau régional. Des approches comparatives ainsi que par territoire et par type ou par établissement peuvent ainsi être envisagées par la suite.

Plus de 80 000 personnes, âgées de 16 ans et plus, habitant les Pays de la Loire ont ainsi été prises en charge au moins une fois au cours de l'année 2011, par un établissement ayant une autorisation d'activités de soins en psychiatrie. Un quart environ (19 000) a été hospitalisé au moins une fois à temps plein. Près de 6 700 avaient un diagnostic principal de schizophrénie. Plus de 4 000 Ligériens (5 % de la file active et 22 % des patients hospitalisés à temps plein dans l'année) ont été hospitalisés à temps plein sans leur consentement.

Plus de 700 000 consultations ont été dénombrées en Centre Médico Psychologique (CMP) en 2011 en Pays de la Loire. Les consultations effectuées par 247 psychiatres libéraux (676 000 selon le SNIR-2012), 776 psychologues libéraux mais aussi par les médecins généralistes ne sont pas comptabilisées dans le RIM-P.

Le champ couvert par le recours aux établissements de soins psychiatriques est particulièrement large :

- Pour la totalité de la file active : troubles de l'humeur (21 %), troubles névrotiques (19 %), schizophrénie (14 %) et troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (10%), différant peu du plan national ;
- Pour les patients hospitalisés à temps complet : troubles de l'humeur (32 %), schizophrénie (22 %), troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives (15 %) et troubles névrotiques (15 %), avec peu de différences également par rapport au plan national.

La durée annuelle d'hospitalisation est de 47 jours, légèrement inférieure à celle observée au plan national (50 jours). Trois groupes de pathologies concentrent les 2/3 des journées : 34% des lits de psychiatrie sont occupés par des patients schizophrènes, 23% pour des troubles de l'humeur et 10% pour des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives. Le poids important des patients souffrant de schizophrénie en termes de journées d'hospitalisation s'explique par la durée de leurs séjours.

Par ailleurs, le nombre de personnes en ALD 23 – régime général (affections psychiatriques de longue durée) a fortement augmenté de 2008 à 2013 :

- 5 210 nouveaux cas en 2013 contre 3 982 en 2008 (+31%),
- 57 900 personnes exonérées du ticket modérateur en 2013 contre 45 847 en 2008 (+26%).⁷

⁶ Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire – ORS - Décembre 2014

⁷ Données issues du site ameli.fr

Malgré le poids important des maladies mentales, et peut être du fait que le recours aux établissements de santé psychiatriques est plus faible en région qu'au plan national (cf. constat 1), la problématique de la santé mentale n'apparaît pas très prioritaire pour les acteurs régionaux. A la question posée auprès d'un échantillon de professionnels de santé des Pays de la Loire « *quelles sont les populations vers lesquelles il conviendrait de faire porter les priorités ?* » lors d'une enquête d'opinion en 2014, ceux-ci ont priorisé à 38,7% la population des personnes atteintes d'un problème de santé mentale, soit la 6^{ème} population (après les personnes âgées, les personnes en précarité, les personnes handicapées, les malades chroniques et les jeunes), mais c'est plus qu'en 2011 (31,3%).

Même si le recours aux établissements de santé psychiatriques se révèle globalement moindre en Pays de la Loire qu'en France, la région se caractérise par la persistance de taux de suicide élevés. En 2012, la mortalité par suicide était de 26% supérieure au taux national, alors même que le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide était de 18,5% inférieur au taux national (données 2013), sans explication évidente à cette apparente contradiction⁸. La politique régionale de lutte contre le suicide avait d'ailleurs donné lieu à une évaluation en 2012 par l'ARS⁹. Le taux de décès par suicide pour 100 000 habitants standardisé par âge est un indicateur de suivi du PRS. Il est renseigné annuellement grâce aux travaux de l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) des Pays de la Loire. Le tableau ci-après précise l'évolution des taux triennaux nationaux, régionaux et départementaux depuis 2008-2010. Les disparités par sexe et par département persistent au fil du temps.

	2008-2010	2009-2011	2010-2012	2011-2013
Taux régional global (national global)	18.3	18.5	18	18.3
		(14.8)	(14.3)	(13.8)
Taux régional hommes (national hommes)	28.7 (22.8)		28.6 (22.5)	29.7 (21.9)
Taux régional femmes (national femmes)	8.8 (7.4)		8.2 (7)	7.8 (6.6)
Taux Loire-Atlantique global	16.4	17.2	16.8	16.5
Taux Maine-et-Loire global	18.3	17.6	16.9	16.8
Taux Mayenne global	21.5	21.7	20.9	19.9
Taux Sarthe global	23.2	22.7	20.8	24.2
Taux Vendée global	16.3	17	18.1	18.1

Un autre indicateur de suivi du PRS est renseigné tous les ans. Il s'agit de la part des patients présents depuis plus d'un an dans la file active hospitalisée à temps plein en psychiatrie générale (source Statistique Annuelle des Etablissements de santé -SAE-). L'évolution entre 2010 et 2014 retracée dans le tableau ci-dessous ne montre pas de tendance claire, y compris en comparaison de la situation nationale.

	2010	2011	2012	2013	2014
Part des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie – Pays de la Loire	4.5%	4.3%	4.7%	4.1%	3.6%
File active des personnes hospitalisées à temps plein dans l'année	18 193	18 287	18 447	17 872	17 416
Nombre de personnes hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an (292 jours)	815	784	863	726	626
Part des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie – France entière	4.4%	4.1%	4.0%	5.1%	4.0%

⁸ Données issues du 2^{ème} rapport de l'observatoire national du suicide – suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives – février 2016

⁹ Evaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide – ARS pays de la Loire – DPRS/DEPS – juin 2012

L'ARS avait lancé une enquête en août 2012 auprès des établissements de santé, en complément de l'exploitation de données Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), pour connaître les situations des personnes maintenues en long séjour (plus de 292 jours en hospitalisation à temps plein).

La Sarthe n'avait pas répondu à cette enquête. Le tableau ci-après dénombre les personnes concernées et l'orientation proposée (soit par la Commission des Droits de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CADPH) soit par l'établissement) pour certains d'entre elles.

	Pays de la Loire (hors Sarthe)	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Vendée
Nombre total de personnes concernées	430	134	142	61	93
Orientation MAS/FAM/foyer de vie	211	47	73	28	63
Orientation SAMSAH/SAVS	1	0	0	1	0
Orientation ESAT	16	4	8	4	0
Orientation EHPAD/Foyer-logement/USLD	82	21	40	16	5
Orientation Résidence-accueil/Maison-relais/Foyer d'hébergement/Famille d'accueil sociale	58	12	13	6	27
Autre orientation	19	7	8	0	4

Ces travaux de recensement ont contribué à la publication en septembre 2013 d'un appel à projets relatif à la mise en œuvre d'accompagnements médico-sociaux adaptés pour les personnes hospitalisées dans les établissements autorisés en santé mentale.

La DREES a publié en 2015 l'état de santé de la population en France. Des indicateurs de santé mentale y sont priorisés et analysés, concernant le suicide et les tentatives de suicide, l'épisode dépressif caractérisé déclaré, les troubles de l'humeur pris en charge et les troubles psychotiques. Les résultats confirment les données régionales précédentes comparées aux données nationales (taux élevés de suicide en 2009-2011, faible taux de bénéficiaires du régime général d'assurance maladie pris en charge pour troubles dépressifs en 2012, faible taux d'habitants pris en charge pour troubles psychotiques par les établissements de santé avec activité psychiatrique ou par le régime général d'assurance maladie en 2012).¹⁰

3.2 Politique régionale

3.2.1 Avant le PRS 2012-2016

Un colloque régional avait été organisé par l'ARS en juin 2011 dans le cadre de l'élaboration du PRS. Il avait permis d'ébaucher un bilan de la politique menée jusqu'alors (politiques principalement inscrites dans les Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) pour les volets hospitaliers, le Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) pour le médico-social et les programmes régionaux de santé pour la prévention) et d'envisager des pistes de progrès.

Des particularités du public concerné y avaient été fortement soulignées telles que le déni de la maladie et la non demande de soins qui expliquent que les filières de soins et de prise en charge soient distinctes de la médecine somatique, la place particulière des aidants familiaux car leur absence mène souvent à l'exclusion

¹⁰ L'état de santé de la population en France – DREES – Edition 2015

sociale du malade et l'importance de l'accompagnement qui peut prévenir les situations de crise et les hospitalisations évitables.

Des objectifs pour chaque orientation stratégique du futur PRS avaient été proposés.

- *La personne au cœur du système de santé :*
 - o favoriser le repérage précoce, crucial en santé mentale ;
 - o promouvoir un diagnostic global, bio-psycho-social à l'entrée du patient ;
 - o avoir une progressivité dans l'accès aux soins ;
 - o favoriser l'expression des usagers ;
 - o encourager l'association du patient dans le soin : enjeu de la prévention et de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) ;
 - o soutenir les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), un outil pour redevenir acteur de sa vie ;
 - o remplir les conditions pour que la personne soit acteur-citoyen : hébergement adapté, revenus, lieux d'accueil et de socialisation (GEM, ...), accès au travail, protection juridique si nécessaire, dispositifs favorisant la continuité des soins... ;
 - o informer les familles ;
 - o améliorer la formation des acteurs en santé mentale (médecins généralistes, infirmiers, SAMU...).

- *La proximité organisée :*
 - o préserver l'organisation de la psychiatrie en proximité : rôle essentiel du secteur, des CMP, maison des adolescents, activités de liaison, CATTP, urgences hospitalières... ;
 - o veiller à la démographie des professionnels en santé mentale (psychiatres mais aussi infirmiers) ;
 - o permettre le développement de projets spécifiques sur le handicap psychique, le sur-équipement historique régional en établissements et services dans certains territoires ne devant pas freiner le développement de projets d'accueil du handicap psychique, permis par la loi du 11 février 2005 ;
 - o coordonner des intervenants formés pour la prise en charge des handicapés psychiques : création de GCS, rôle du SUMPS, réactivation des CLSM, travaux sur les réseaux, les filières (maintien des USLD psychiatriques notamment)... ;
 - o clarifier la répartition des rôles pour améliorer la coordination des acteurs ;
 - o mieux organiser la sortie d'hospitalisation ;
 - o mieux articuler l'offre de soins psychiatrique avec l'offre de soins somatique en ambulatoire (1^{er} recours et spécialités) et avec les dispositifs de prévention (dépistages, vaccinations...) : s'appuyer sur les futures MSP pour implanter des antennes de CMP ;
 - o conforter les initiatives d'échange et de complémentarité entre secteur psychiatrique et cliniques psychiatriques privées : la psychiatrie privée peut entretenir des liens avec des dispositifs intersectoriels (addictologie, géronto-psychiatrie), les pathologies prises en charge par la psychiatrie privée sont essentiellement les troubles de l'humeur (dépressions, états bipolaires, troubles addictifs...)... ;
 - o assurer la concertation des autorités parties prenantes dans la santé mentale : articulation avec les schémas des conseils généraux, logement, GEM, MDPH, idée d'un centre ressource régional.

- *La maîtrise des risques en santé, centrée sur les soins sans consentement*

Si des sujets avaient pu apparaître comme ayant déjà bien progressé, comme ceux de la place des usagers et des familles, des démarches associant la personne et l'aidant à déterminer son propre parcours (déstigmatisation, alliance thérapeutique...), d'autres restaient d'actualité : le devenir du secteur, les missions de la psychiatrie, le règlement de la situation démographique (médecins y compris les médecins généralistes, paramédicaux). La question de la continuité de la prise en charge de la personne (quel référent ?) avait été particulièrement évoquée, et plus spécifiquement celle de l'organe institutionnel en charge de la continuité des parcours (CLSM, MDPH, MSP, centre de ressources...).

3.2.2 Le PRS 2012-2016

Lors de l'élaboration du PRS, l'ARS Pays de la Loire a privilégié une approche globale de la santé, quelle que soit la pathologie concernée, et de son organisation en intégrant les questions de santé mentale dans toutes ses réflexions. Les Programmes Territoriaux de Santé (PTS) mettent en lumière plus spécifiquement les objectifs et les actions en psychiatrie et santé mentale aux échelons territoriaux au sein de ce PRS. La santé mentale ne fait donc pas l'objet d'un programme dédié comme cela peut être le cas dans d'autres régions.

Les orientations stratégiques du PRS 2012-2016 pointent parmi les constats principaux :

- L'incidence des suicides parmi les principaux problèmes de santé en Pays de Loire ;
- Des difficultés d'orientation des patients en souffrance psychique lors d'une crise inaugurale ou lors d'une rechute ;
- Le manque de lisibilité du système de santé ;
- Des délais d'attente trop longs pour accéder à une consultation en santé mentale ;
- L'intérêt des équipes mobiles en psychiatrie, qui suivent les personnes vivant avec un handicap psychique permet d'aller vers les populations les plus éloignées du soin (lutte contre les inégalités de santé).

Le PRS insiste, dans ces orientations stratégiques, sur l'importance de mettre en place des filières d'offres graduées de soins et de coordinations entre acteurs autour de la personne. Un accès direct et rapide à un avis spécialisé en psychiatrie, et tout particulièrement pour un patient en crise, doit pouvoir être proposé aux médecins généralistes. L'articulation des coordinations territoriales autour de la personne doit permettre d'assurer la coordination des soins et le suivi des personnes, mais aussi le développement d'un dispositif concerté de prévention et de prise en charge des situations de crise psychiatrique. Des coordinations régionales autour de la santé mentale sont à rechercher. Une attention toute particulière est portée à la prise en charge des urgences psychiatriques. Le bien être mental et le risque de suicide sont affirmés en tant que priorité régionale.

La déclinaison des objectifs en santé mentale dans les différents volets du PRS figure en annexe 9. Parmi les 64 objectifs des schémas du PRS, 12 mentionnent ou font référence au handicap psychique et à la santé mentale. Pour les 9 programmes du PRS, les problématiques autour de la santé mentale se retrouvent dans 25 fiches actions. Pour les Programmes Territoriaux de Santé, la santé mentale est essentiellement abordée dans les 5 territoires de santé sous l'angle de la coordination des acteurs et de la mise en œuvre de filières.

Afin de mieux identifier les travaux de l'ARS en santé mentale en début de mise en œuvre du PRS, des axes prioritaires ont été définis lors d'une séance de travail d'un comité interne de l'ARS en octobre 2012 :

Urgences psychiatriques : élaborer les principes d'une organisation territoriale, en lien avec le groupe de travail de la CRSA ;

Recours à l'expertise en MSP : encourager les établissements de santé à engager des démarches de coopération avec les MSP ;

Evolution de l'offre de soins :

- Lancer un appel à projets pour des opérations de conversion sanitaire afin de répondre aux situations d'inadéquations recensées dans les établissements de santé ;
- Faire évoluer les équipes mobiles spécialisées vers des équipes mobiles aux compétences larges et intersectorielles (sur un territoire de santé, 2 équipes mobiles de psychiatrie polyvalentes peuvent remplacer plusieurs équipes spécialisées) ;
- Lancer un appel à projets sur des dispositifs expérimentaux de soins à domicile de particulière intensité.

Gouvernance :

- Inciter les groupes de travail départementaux sur la psychiatrie à évoluer en commissions départementales issues de la conférence de territoire ;
- Engager une politique de plaidoyer pour la création de comités locaux de santé mentale (CLSM).

Lutte contre le suicide

Des objectifs plus structurés ont été définis lors d'une séance de travail d'un deuxième comité interne de l'ARS en février 2015 :

Finalisation du diagnostic territorial et renforcement de la gouvernance :

- Affiner l'approche territoriale de façon intégrée en s'appuyant sur l'ANAP (mise en œuvre sur le territoire de la Sarthe début 2016) ;
- Consolider les commissions départementales de santé mentale (CDSM), dans leurs missions, notamment sur les thèmes de l'accès au logement ;
- Favoriser le développement des CLSM ;
- Veiller à la prise en compte systématique d'un volet santé mentale dans les CLS.

Amélioration du parcours des personnes souffrant de troubles psychiatriques et/ou de troubles psychiques :

- Consolider la prévention du suicide et la promotion de la santé ;
- Amplifier et accompagner le virage ambulatoire et réduire les disparités territoriales ;
- Renforcer les complémentarités entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur : renouveler l'appel d'offre pour des consultations avancées des CMP dans les MSP, mieux outiller dans leur formation les médecins généralistes ;
- Renforcer les coopérations sanitaire-social-médico-social et adapter l'offre (réhabilitation psychosociale, approche communautaire, poursuite de l'adaptation de l'offre médico-sociale et du développement d'une culture partagée, poursuite du développement des GEM) ;
- Améliorer la gestion des situations de crise et d'urgence dans un parcours de santé mentale ;
- S'appuyer sur des dispositifs spécifiques pour la prise en charge des publics les plus fragiles : personnes âgées handicapées psychiques vieillissantes, personnes en grande précarité, personnes détenues ;
- Améliorer l'efficacité des moyens humains et financiers : efficacité de l'attribution de la DAF, gestion de la tension démographique des personnes de santé en psychiatrie, suivi des établissements dans le cadre du plan triennal

Il n'y a pas eu de modifications du PRS après 2012 suite à la parution du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 (PPSM). Pour l'ARS, les axes et les objectifs du PPSM 2011-2015 se retrouvent parfaitement dans les orientations stratégiques et les objectifs des schémas du PRS. Ils viennent illustrer concrètement les objectifs du PRS. Une correspondance a pu être élaborée par l'ARS entre les axes du PPSM et les orientations/sous-orientations stratégiques du PRS (éléments remontés au ministère de la Santé en 2012) :

PPSM	PRS 2012-2016
Axe 1 : prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne	Orientation stratégique « la personne au cœur des préoccupations du système de santé » et sous-orientation « une démarche centrée sur la personne »
Axe 2 : prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires	Orientation stratégique « la proximité organisée » et sous-orientation « une coordination des acteurs pour des parcours efficaces »
Axe 3: prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal	Orientation stratégique « la maîtrise des risques concernant la santé des populations » et sous-orientation « la mobilisation pour réduire les inégalités de santé »
Axe 4 : prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs	Orientation stratégique « la maîtrise des risques concernant la santé des populations » et sous-orientation « la prévention et la promotion de la santé intégrées dans tous les champs de l'action sanitaire et sociale »
Instances de gouvernance : les niveaux de gouvernance prônés dans le PPSM se retrouvent dans le cadre du suivi du PRS et de la mise en œuvre des actions	Niveau régional : sous-commission de la CRSA « troubles et handicap psychique » Territoires de santé : commissions santé –mentale Niveau local : soutien des CLSM Interne ARS : groupe projet chargé d'élaborer et de suivre les actions de la feuille de route « personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ».

S'il n'y a pas eu de développement d'un programme particulier relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, chaque année (sauf en 2015 pour la publication), l'ARS élabore et publie sur son site Internet une **feuille de route relative à la qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique** (cf. synthèse des objectifs de ces feuilles de route de 2012 à 2015 en annexe 10). Ce document opérationnel de l'ARS décline les objectifs du PRS, notamment des Programmes Territoriaux de Santé et prend en compte les objectifs du PPSM. Par ailleurs, les rapports d'activité annuels de l'ARS abordent largement les questions de santé mentale et de psychiatrie (cf. synthèse des rapports annuels d'activités de 2012 à 2014 en annexe 11).

4. LA METHODOLOGIE D'EVALUATION

L'évaluation s'est déroulée pendant l'année 2015.

4.1 Commande

Monsieur Pascal DUPERRAY, Directeur de l'Accompagnement et des Soins à l'ARS Pays de la Loire, a été mandaté pour présider le Comité de Pilotage (COPI) de cette évaluation. L'équipe d'évaluation missionnée était composée de deux cadres du Département d'évaluation des politiques et dispositifs de santé relevant de la Direction de l'Efficiences de l'Offre de l'ARS : Monsieur le Docteur Jean-Paul BOULE et Monsieur Xavier BRUN.

Quatre questions évaluatives ont été posées dans le cadre de ce mandat pour permettre de mesurer les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS sur cette population :

- *La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?*
- *Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques ?*
- *Dans quelle mesure la mise en œuvre du PRS a-t-elle permis de mieux insérer les personnes handicapées psychiques dans la cité ?*
- *Quelles réponses l'ARS a-t-elle mises en œuvre pour réduire les inégalités territoriales en matière de prise en charge et d'accompagnement des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?*

Le cahier des charges de cette évaluation figure en annexe 1. Il précise les 6 sous-questions évaluatives adoptées.

4.2 Composition et rôle du COPIL

Un Comité de Pilotage a été composé, en associant les principales parties prenantes de la politique évaluée, avec les attributions suivantes : construire le référentiel avec l'appui technique de l'équipe d'évaluation, formuler les jugements en réponse aux questions de l'évaluation sur la base des constats dressés par l'équipe d'évaluation et formuler des éléments de recommandations au vu des résultats.

Le choix des institutions partenaires a été effectué par l'ARS. En cohérence avec le cadre de la démocratie sanitaire régionale, il a été demandé à la Conférence Régionale pour la Santé et l'Autonomie de désigner des représentants d'opérateurs et d'utilisateurs (composition à la fin de ce document).

4.3 Référentiel

Le référentiel de l'évaluation élaboré avec le Comité de pilotage a été inséré dans une note de cadrage, document de référence de l'évaluation (cf. annexe 2).

4.4 Investigations et sources

Outre un travail d'analyse documentaire, une diversité d'investigations ont été réalisées, suivant une préoccupation de croisement des points de vue et de diversification des sources (cf. schéma page suivante).

Dans le cadre de cette évaluation, la valeur ajoutée des équipes mobiles en psychiatrie a été évaluée à part entière, car ce dispositif constitue un volet important de la mise en œuvre de la politique régionale en psychiatrie. Cette évaluation a été réalisée par les cabinets Icone Médiation Santé et MC2 consultant. Le rapport d'évaluation est en ligne sur le site Internet de l'ARS : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Rapport-d-evaluation-de-dispos.188882.0.html>

De même, une évaluation spécifique sur les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) a été confiée au CREA I Pays de la Loire, délégation Poitou-Charentes. Le rapport d'évaluation est en ligne sur le site Internet de l'ARS : <http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Demarche-d-evaluation-regional.192262.0.html>



Les résultats des études réalisées par questionnaires écrits à destination des médecins généralistes, des psychiatres libéraux, des psychologues libéraux, des établissements de santé avec autorisation en psychiatrie et/ou en urgence et des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux handicap sont restitués respectivement en annexes 3 à 8.

L'enquête auprès des médecins généralistes maîtres de stage de la région Pays de la Loire a été réalisée avec la contribution du Département de Médecine Générale (DMG) de la faculté de médecine d'Angers. Le choix a été fait de cibler les médecins généralistes maîtres de stage qui sont des partenaires naturels des DMG. Le questionnaire d'enquête a été co-rédigé avec le DMG d'Angers et deux internes de médecine générale, dans le cadre du travail préparatoire d'une thèse de médecine générale.

Chaque étude de terrain se présente comme une étude de cas géographique, centrée sur une agglomération : Saumur (49), Mayenne (53) et Le Mans (72).

4.5 Jugements et recommandations

20 jugements évaluatifs ou conclusions, en lien avec les critères du référentiel, en regard de 73 constats majeurs, ont été retenus et leur formulation ajustée par le Comité de Pilotage sur la base d'une proposition de l'équipe d'évaluation.

4 recommandations stratégiques ont été construites par l'équipe d'évaluation, par synthèse des propositions de recommandations opérationnelles, en s'appuyant sur les propositions élaborées par le comité de pilotage.

4.6 Précautions de lecture

La politique évaluée est en cours de mise en œuvre. Les données de suivi sont partielles et les réalisations doivent être prises en compte dans une dynamique en devenir. L'évaluation a consisté à dégager des tendances et à fournir des éléments de réponse aux questions évaluatives qui soient utiles au déploiement de la politique et qui puissent servir l'évaluation finale du PRS.

Selon les enquêtes et les territoires, la mobilisation des acteurs s'est avérée plus ou moins aisée dans le temps imparti et selon leur disponibilité. La collecte des données s'est notamment déroulée sur la période estivale, en particulier pour l'évaluation de la plus-value des équipes mobiles en psychiatrie. Ceci a perturbé la possibilité de mobiliser des professionnels qui auraient pu l'être plus facilement sur d'autres périodes.

Pour pallier les limites sur l'exhaustivité et la fiabilité de certaines données partielles recueillies, une large palette d'investigations a été menée, permettant de conforter les résultats obtenus.

Tout au long du rapport les dénominations abrégées, le plus souvent en notes de bas de page, en référence aux catégories d'investigations menées, sont les suivantes :

- « **Etude de terrain** » pour les études sur les 3 territoires ;
- « **Enquête PSY** » pour l'enquête par questionnaire écrit auprès des psychiatres libéraux ;
- « **Enquête MG** » pour l'enquête par questionnaire écrit auprès des médecins généralistes maîtres de stage des Pays de la Loire ;
- « **Enquête PSYCHO** » pour l'enquête par questionnaire écrit auprès de psychologues libéraux ;
- « **Enquête ES PSY** » pour l'enquête auto-administrée auprès des directeurs d'établissements de santé disposant d'une autorisation en psychiatrie ;
- « **Enquête URG** » pour l'enquête auto-administrée auprès des établissements de santé disposant d'une autorisation de structure d'urgence ;
- « **Enquête ESMS** » pour l'enquête auto-administrée auprès des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux handicap.

Les chapitres suivants répondent aux 4 questions et 6 sous-questions évaluatives, dont les réponses sont formulées sous forme de jugements. Les constats majeurs sont numérotés de 1 à 73. Les objectifs du PRS sont rappelés au début de chaque sous-question évaluative.

Un tableau en fin de document récapitule les 20 jugements évaluatifs et les 73 constats, au regard des critères d'évaluation.

DEUXIEME PARTIE : RESULTATS

1. LA MISE EN ŒUVRE DU PRS A-T-ELLE FAIT EVOLUER L'OFFRE DE SOINS ET D'ACCOMPAGNEMENT EN FAVEUR DE LA FLUIDITE DES PARCOURS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP OU UN TROUBLE PSYCHIQUE ?

Réponse à la question évaluative :

L'offre de soins et d'accompagnement a évolué ces dernières années dans le cadre d'une stratégie progressivement définie par l'ARS autour du «virage ambulatoire». Mais les évolutions apparaissent variables selon les territoires (exemples : réponses intersectorielles, filières territoriales...) et les modalités d'accompagnement par l'ARS ont pu être questionnées (exemple : appels à projets). Les difficultés d'accès aux soins et à l'accompagnement demeurent cependant importantes dans certains territoires et l'offre ambulatoire libérale est peu articulée avec le secteur public. Les prises en charge restent encore trop cloisonnées. La prise en compte et la reconnaissance du rôle de chacun (médecins généralistes, psychologues,...) dans ces prises en charge apparaissent insuffisantes.

1.1 Dans quelle mesure les obstacles à une bonne fluidité des parcours de santé des personnes ont-ils été identifiés par l'ARS et donnent lieu à des mesures correctrices ?

Réponse à la sous-question évaluative :

Sans réflexion globale autour du concept de parcours de santé, l'ARS a cependant identifié progressivement les obstacles à une bonne fluidité des parcours, intégrant un important volet en prévention. Les difficultés d'accès ont été particulièrement étudiées. Celles-ci concernent l'ensemble des champs et des acteurs, avec cependant des inégalités territoriales et populationnelles. Bien que très attendue par les acteurs, l'ARS n'a pas encore mobilisé tous les leviers pour améliorer leur coordination.

Objectifs du PRS

SROS 17 : Organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé

- Construire des filières non encore créées, notamment dans le domaine de la psychiatrie

SROS 21 : Articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec des coordinations régionales autour d'une pathologie

SROS 22 : Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé

- Développer les coopérations sur exercice partagé, en lien avec les travaux de l'HAS et dans le respect des conditions prévues par l'article 51 de la loi HPST, et en concertation avec les URPS
- Développer les actions de télémédecine, la téléconsultation, les consultations téléphoniques
- Promouvoir le travail en équipe pluridisciplinaire pour les prises en charge, notamment psychiatriques

SROS 24 : Finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisée

SROS 25 : Retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficience des établissements de santé par mutualisation

- Sur chaque territoire, optimiser les modalités de fonctionnement des établissements de santé et des services : amplitudes d'ouverture, zones de couverture, mutualisation de certains postes en temps partagé, développement d'expertises spécifiques... par exemple, en santé mentale, chaque antenne de secteur continue d'accueillir la totalité des pathologies. Cependant l'investissement de certaines antennes sur des pathologies spécifiques permettra une mutualisation graduée, pour la prise en charge des cas les plus complexes

Axe 6 du SROS : volet psychiatrie

- Organiser des filières territoriales lisibles pour la prise en charge des urgences psychiatriques, avec une orientation protocolisée des patients
- Développer des organisations pour les demandes de soins non programmés
- Renforcer les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social, ces articulations concernant notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles/MSP
- Développer des équipes, si besoin intersectorielles, pour faciliter le décloisonnement en intervenant auprès des structures médico-sociales et hospitalières, non psychiatriques, avec une attention particulière à porter sur l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux
- Poursuivre le développement des prises en charge sans hébergement sans toutefois réduire les capacités d'hospitalisation complète (à ce titre, les projets expérimentaux de prises en charge à domicile seront évalués sur un ou deux territoires de santé)
- Envisager de nouvelles modalités de prise en charge, sans créer de nouvelle structure de psychiatrie autonome
- Apporter une réponse adaptée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de TED, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires (l'approche intersectorielle pour les prises en charge spécialisées et pour la prévention des crises au domicile sera favorisée)
- Mettre en place des équipes mobiles d'intervention en urgence
- Prévoir la création d'activités de psychiatrie, en hospitalisation partielle, de jour et de nuit, en appartement thérapeutique, en AFT, pour un maillage régional équilibré, dans les départements qui ne disposent pas de l'ensemble de ces offres de soins

SROMS 5 : Assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne

- Identifier les besoins en proximité pour faire évoluer l'offre : adopter une logique de diversification pour offrir une palette de réponses aux besoins, développer des réponses innovantes, réduire les inégalités entre les territoires
- En logique infra-départementale, l'équipement doit comporter des places de services diversifiés pour l'accompagnement de personnes handicapées quel que soit leur âge : SESSAD et SAMSAH, SSIAD, SPASAD, SAVS, ...
- En logique de territoire de santé : diversifier la prise en charge en établissement, développer des solutions souples. L'équipement doit comporter un nombre de services minimum dont des places en établissement pour les personnes souffrant de handicap psychique
- En logique régionale : développer une réponse très spécialisée pour les personnes souffrant de handicaps rares ou nécessitant une prise en charge particulière, répondre à la demande d'expertise et d'appui des professionnels et d'information des usagers (centres de ressources)

SROMS 7 : Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers

- Développer ou conforter les plateformes d'expertise et autres centres ressources spécialisées dans le domaine médico-social dont le handicap psychique
- Faciliter les interventions spécialisées et l'utilisation de nouveaux outils technologiques, en établissement médico-social et à domicile, pour éviter d'hospitaliser ou déplacer les personnes : recours à des équipes mobiles spécialisées, notamment en psychiatrie, consultations avancées de spécialistes...

SROMS 11 : Articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire

1.1.1 L'ARS est consciente de problèmes persistants d'accès à la psychiatrie, elle exerce sa vigilance sur le phénomène et s'efforce d'y apporter des réponses, même si elle dispose de peu de leviers et manque d'informations

1) Un taux de prise en charge en psychiatrie moindre en région qu'au niveau national

Comme cela a été précisé en introduction, le recours à la psychiatrie est moindre en Pays de la Loire qu'au plan national.

En 2011, le taux de personnes prises en charge en psychiatrie publique était de 9% inférieur à la moyenne française (inférieur de 11 % en ce qui concerne les patients hospitalisés à temps plein)¹¹, sans que cela soit compensé par un recours plus fréquent à la psychiatrie libérale puisque le nombre de consultations de psychiatres libéraux par habitant était en 2012 inférieur de 24% à la moyenne nationale¹². A noter que ce moindre recours aux soins de la région n'est pas spécifique à la discipline psychiatrique, puisqu'il concerne pratiquement toutes les disciplines médicales. En outre, cette différence se retrouve aussi dans les moyens de la psychiatrie en région, inférieurs à la moyenne nationale. A titre d'illustration, les dépenses DAF-OQN

¹¹ Source : Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire – ORS - Décembre 2014

¹² Source : SNIIRAM 2012

sont en moyenne de 133 euros par habitant en Pays de la Loire, contre 151 euros au niveau national, la DAF par habitant de la région étant une des plus faibles de France¹³.

Le constat vaut en particulier pour le recours aux hospitalisations temps plein, relativement faible en région par rapport au niveau national (237 vs 286 en 2013), même s'il connaît des disparités interdépartementales importantes (de 196 à 347).

Ce moindre recours peut être corrélé aux données de prévalence des admissions en ALD 23 : 60 000 personnes, tous régimes confondus, exonérées en région en 2011, soit 9% de moins que la moyenne nationale¹⁴.

Cette situation connaît une exception¹⁵ : inférieur au niveau national avant 70 ans, le taux de recours régional lui est supérieur au-delà de cet âge. Deux hypothèses explicatives peuvent être avancées : une promotion de la géronto-psychiatrie dans le cadre du SROS III d'une part, et d'autre part, une forte densité de la région en EHPAD, avec un possible développement par les établissements psychiatriques de prises en charge en ambulatoire de leurs résidents.

Le recours à la psychiatrie a toutefois connu une évolution en région plus forte que celle observée au niveau national : la file active totale en psychiatrie générale a progressé de 36% entre 2007 et 2014, contre 25 % au niveau national. Ces évolutions sont toutefois comparables ces dernières années (progression de 12% en région comme au niveau national entre 2010 et 2014)¹⁶.

2) La psychiatrie : une spécialité dont la démographie problématique est surveillée par l'ARS

L'ARS n'a pas finalisé d'état des lieux régional complet sur l'offre en psychiatrie, hormis récemment dans certains départements, à la demande de commissions départementales ou de conférences de territoire.

En revanche, la psychiatrie est l'une des 8 spécialités médicales dont la démographie est sous la surveillance de l'ARS ; elle est également l'une des 2 spécialités ciblées avec l'URPS Médecins libéraux pour des travaux spécifiques dans le cadre de la Commission spécialisée de l'organisation des soins de la CRSA.

Les différentes données recueillies dans le cadre de l'évaluation¹⁷ font état d'un nombre de psychiatres en région de l'ordre de 607, avec une densité régionale inférieure à la moyenne nationale (16,6 psychiatres pour 100 000 habitants vs 22,8 au niveau national), et variable selon les départements (de 9,2 en Vendée à 21,5 en Loire-Atlantique).

En ce qui concerne la psychiatrie libérale, des travaux de l'ARS¹⁸ ont permis de dénombrer 206 psychiatres libéraux dans la région, avec des densités par département variant de 1 pour 100 000 habitants (Vendée) à 7,8 (Loire Atlantique), la moyenne régionale s'établissant à 5,8 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants. En ce qui concerne la psychiatrie publique, les données de la SAE 2014 permettent d'établir un chiffre de 236,5 ETP de psychiatres exerçant en psychiatrie générale.

Outre les difficultés d'accès à la discipline psychiatrique que cette démographie pose, elle peut contrarier le fonctionnement d'instances en charge des droits des usagers : ainsi, 2 commissions départementales des soins psychiatriques de la région ne peuvent mobiliser qu'un psychiatre, quand la loi en impose deux.

¹³ Source : Données internes ARS

¹⁴ Source : Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire – ORS - Décembre 2014 (l'affection de longue durée 23 vise les « Affections psychiatriques de longue durée »)

¹⁵ Source : Analyse exploratoire des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) 2011 en Pays de la Loire – ORS - Décembre 2014

¹⁶ Source : SAE

¹⁷ Travaux de l'ARS à partir des données SNIIRAM 2012, données de l'URPS médecins libéraux, production du groupe de travail de l'ARS sur la démographie en psychiatrie lancé à l'été 2015

¹⁸ A partir de données SNIIRAM 2012

Les données disponibles¹⁹ mettent également en évidence une pyramide des âges qui augure une accentuation des difficultés dans l'avenir : si les chiffres varient selon les sources disponibles, ce sont 40 % des psychiatres de la région qui auraient plus de 55 ans, leur âge moyen s'établissant à 50,6 ans (contre 54,2 ans au niveau national). La situation est plus particulièrement péjorative chez les psychiatres libéraux (moyenne d'âge de 57 ans, 60% ayant plus de 55 ans – et jusqu'à 76 % en Vendée).

De plus, la psychiatrie publique connaît des problèmes de recrutement. Ainsi²⁰, 87 des 374 postes de praticiens hospitaliers psychiatres de la région sont vacants. Sur les 59 postes publiés en 2015, seuls 22 ont été pourvus. Il a pu être indiqué que ces problèmes sont variables en fonction des départements, voire en fonction des établissements.

L'ARS a mené plusieurs actions face à cette problématique :

- A l'été 2015, un groupe de travail sur la démographie en psychiatrie a été mis en place, avec l'objectif d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques sur l'optimisation du temps médical ;
- Le nombre d'internes formés a été augmenté de 3 par an à partir de 2015 ;
- Des recrutements de praticiens hospitaliers sur poste prioritaire ont été organisés (32 postes en 2014, et 4 primes de recrutement en 2014 et 2015).

Néanmoins, ces actions visant à attirer des psychiatres dans le secteur public (postes prioritaires) n'ont pas eu d'impact en termes d'attractivité. En outre, si 24 psychiatres par an ont été formés dans la région en 2013-2014, l'ARS ne dispose pas de données sur le devenir des internes en psychiatrie qui permettraient d'estimer un taux de fuite. Enfin, certains psychiatres libéraux affirment ne pas voir ce que l'ARS pourrait faire pour eux et leur profession.

3) Un accès à la psychiatrie difficile, sans amélioration récente, et inégal selon les territoires

L'ARS a réalisé une étude sur l'accessibilité à la médecine de premier recours, mais n'a pas réalisé cette démarche pour la psychiatrie.

L'accès des professionnels de santé mentale pour leurs usagers est jugé difficile par une majorité des acteurs sondés : 87% des médecins généralistes²¹ (contre 80% lors de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011) et 59% des gestionnaires de structures médico-sociales²². Une minorité de gestionnaires de structures médico-sociales (environ 20%) déclare avoir fait appel aux services de l'ARS dans le cadre de difficultés d'accès aux professionnels de la psychiatrie.

Le premier frein à l'adressage de patients dépressifs en psychiatrie identifiés par les médecins généralistes est d'ailleurs le délai pour obtenir un rendez-vous (83% contre 65% lors de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011)²³.

Cette difficulté est néanmoins variable selon les types de professionnels de la santé mentale.

Ainsi, les études de terrain réalisées dans le cadre de l'évaluation mettent en évidence que l'accès à un infirmier de secteur, en CMP, est généralement jugé aisé et rapide. Il ressort des résultats du benchmark des CMP proposé par l'ARS aux établissements de santé volontaires que le premier entretien en CMP est en grande majorité réalisé par le personnel infirmier, qui assure en outre plus de 40% du total des consultations dans ces structures. Selon la même source, les entretiens non programmés dans les CMP reposent essentiellement sur les permanences d'accueil ou les entretiens hors site assuré par le personnel infirmier.

¹⁹ Travaux de l'ARS à partir des données SNIIRAM 2012, données de l'URPS médecins libéraux, production du groupe de travail de l'ARS sur la démographie en psychiatrie lancé à l'été 2015

²⁰ Source : groupe de travail ARS sur la démographie médicale

²¹ **Enquête MG** et Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011)

²² **Enquête ESMS**

²³ **Enquête MG** et Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011)

Pour autant, il ressort des données de la SAE que la file active en psychiatrie générale par équivalent temps plein en infirmier et cadre tend à s'alourdir dans la région, résultant d'un effet de ciseau entre augmentation de la file active (+12% entre 2010 et 2014) et diminution des ETP en IDE et cadres (-1% entre 2010 et 2014). Entre 2010 et 2014, la file active par IDE et cadre est passée de 27 patients à 30,5 patients (cette évolution de 13% est également observée au niveau national, où la file active par ETP est de 34,5 patients en 2014). Une partie de l'augmentation de la file active des secteurs a pu être imputée au travail de repérage et de prévention mené, notamment, par les équipes mobiles, qui amènent aux secteurs des patients.

A l'inverse, l'accès à un psychiatre est jugé plus compliqué, compte tenu de leur démographie (*cf. supra*), que les départs en retraite annoncés devraient aggraver. En outre, a pu être signalé un « trou générationnel » dans la profession, imputé aux effets de la réforme de l'internat et de la fin des CES (Certificats d'Etudes Spécialisées). En 2014, en psychiatrie générale²⁴, la file active par ETP de psychiatre s'établit à 362 patients en région, contre 292 au niveau national.

En ce qui concerne l'accès à un suivi psychologique, plusieurs types de difficulté ont été relevés dans les études de terrain : manque de temps des psychiatres pour proposer les entretiens longs et itératifs que cela suppose, disponibilité faible des psychologues de secteur et délais d'attente en conséquence, obstacle du coût pour l'accès à un psychologue libéral, en l'absence de remboursement par l'assurance-maladie, absence de temps de psychologues dans des structures sociales, voire connaissance perfectible des médecins généralistes sur les psychologues et ce qu'ils peuvent proposer. De fait, $\frac{3}{4}$ des psychologues libéraux considèrent que leur accès est difficile²⁵. Dans une enquête d'opinion auprès des Ligériens commandée par l'ARS en 2014, 1,1% des sondés indiquaient avoir renoncé à l'accès à un psychologue en raison d'un remboursement trop limité, mais cette proportion était la même pour l'accès aux médecins généralistes. Enfin, certains psychiatres libéraux ont parfois l'impression d'être utilisés (y compris par les médecins généralistes) comme des « psychologues remboursés », alors qu'il existe des psychologues dans les CMP.

Parmi les difficultés concrètes d'accès qui ont pu être citées, outre les questions de disponibilité des professionnels (délais d'attente, liés aux questions de démographie et/ ou d'organisation) on pu être mentionnés par exemple :

- La proximité géographique des différents types de professionnels ;
- Des horaires d'ouverture des CMP insuffisants le soir et le samedi ;
- Des difficultés d'accessibilité physique pour les personnes en situation de handicap (les psychiatres ne se déplaçant pas toujours vers les structures médico-sociales) ;
- Des difficultés liées aux échanges entre professionnels de santé mentale et professionnels médico-sociaux ;
- Le manque de place pour hospitaliser les personnes ;
- L'accès à l'interprétariat, pour les migrants.

Le sujet de l'accès à l'offre inclut également la question de la répartition entre psychiatrie privée et psychiatrie publique. Les propos recueillis dans le cadre de l'évaluation suggèrent une répartition pragmatique des prises en charge entre psychiatrie publique et psychiatrie libérale, selon des critères financiers, de pathologie (lourdeur, permettant ou non l'insertion professionnelle), de nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un plateau technique diversifié. Le mode d'hospitalisation (libre, sous contrainte) est aussi un critère de répartition.

L'accès à la psychiatrie est contrasté d'un territoire de la région à l'autre. Une étude de l'IRDES de décembre 2014²⁶ documente l'hétérogénéité des territoires de santé en santé mentale (hospitalisations temps pleins, hospitalisations au long cours, offre de ville et offre médico-sociale). Parmi les 5 profils définis par l'IRDES pour caractériser les territoires, ceux des Pays de la Loire sont regroupés dans trois classes :

²⁴ Source : SAE 2014 ; pas de comparaison possible en ETP avec les années antérieures

²⁵ **Enquête PSYCHO**

²⁶ Source : les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique – Magali Coldefy et Charlene Le Neindre – les rapports de l'IRDES – n°558, décembre 2014

- Mayenne : territoires faiblement dotés en personnels et en équipements psychiatriques, souvent implantés à l'hôpital général ;
- Sarthe, Maine-et-Loire et Vendée : territoires où s'exercent les missions d'intérêt général de la psychiatrie publique spécialisée, ouverte vers son environnement, mais aux ressources concentrées sur l'intra hospitalier ;
- Loire-Atlantique : territoires majoritairement urbains à l'offre privée importante et avec une organisation adaptée aux pratiques urbaines.

L'hétérogénéité tient notamment à la structure de l'offre en santé mentale (statut de l'offre sanitaire, offre médico-sociale, présence de centres de post-cure, répartition entre hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation...) et à des écarts de densité – parfois du simple au triple entre départements – de différents types de professionnels²⁷. Des inégalités peuvent également se manifester au niveau infra-départemental (avec, notamment, des différences entre urbain et rural).

4) Les délais d'attente en psychiatrie : un sujet peu documenté, mais préoccupant

Hormis le benchmark des CMP, il n'y a pas eu d'étude en région sur les délais d'attente en psychiatrie. Les données collectées lors de l'évaluation permettent néanmoins d'établir des ordres de grandeur. Ainsi, le délai d'attente pour une consultation de psychiatre est de l'ordre de plusieurs mois pour un premier entretien en CMP alors qu'il est de 1 à 16 jours pour des consultations infirmières. Les 2/3 des psychiatres libéraux²⁸ et la quasi-totalité des psychologues libéraux²⁹ indiquent pouvoir proposer une première consultation en moins d'un mois. Pour les délais de première consultation en CMP (sans précision du type de professionnels), les questionnaires médico-sociaux³⁰ indiquent des durées allant de 2 jours à 90 jours, la moyenne se situant à 40 jours.

Ces ordres de grandeur peuvent être mis en perspective avec plusieurs éléments qualitatifs.

Ainsi, en ce qui concerne l'accès à la psychiatrie publique, la politique de secteur détermine en partie les délais d'attente. En outre, le type de consultation (urgence ou programmé) et de prise en charge (consultation externe ou hospitalisation) sont des facteurs qui influencent les délais d'attente. S'agissant des psychologues libéraux, si leur consultation est plus rapidement accessible et moins stigmatisante que celle d'un psychiatre, l'absence de remboursement des consultations peut constituer un obstacle. Les délais d'attente trouvent pour partie leur source dans les problématiques de disponibilité des professionnels (rapport démographie / file active), et des craintes ont pu être exprimées d'un impact des mesures d'économie sur le volume de professionnels en psychiatrie publique et, par suite, sur les délais de prise en charge des patients. Enfin, l'appréciation du caractère raisonnable ou non du délai n'est pas forcément la même pour les professionnels et pour les usagers ou leurs proches.

Constatant la difficulté pour les médecins généralistes d'obtenir rapidement et à bon escient un rendez-vous avec un psychiatre libéral, l'URPS médecins libéraux a élaboré un annuaire des psychiatres libéraux, faisant suite à un travail sur les relations entre les deux professions.

5) Des réalisations pour favoriser l'accès à la psychiatrie : démographie, formations, place des différents professionnels et accessibilité financière

Les investigations ont permis d'identifier des réalisations pour favoriser l'accès à la psychiatrie, autour de 4 axes.

²⁷ De 3 à 9 psychiatres libéraux pour 100 000 habitants, de 11 à 38 psychologues libéraux pour 100 000 habitants.

²⁸ Enquête PSY

²⁹ Enquête PSYCHO

³⁰ Enquête ESMS

Le premier axe a trait à l'installation des médecins et à l'attractivité des postes. Plusieurs leviers ont été identifiés – et pour certains mobilisés : incitation à la création de pôles de santé, aides de collectivités locales à l'installation de médecins, inclusion d'une dimension formation/études/recherche dans le projet médical des établissements publics pour les rendre plus attractifs, prise en charge par les personnels infirmiers du premier accueil des patients en psychiatrie et, plus largement et sous condition de formation (*cf. infra*), délégation plus large des psychiatres aux infirmiers. Il a pu être mentionné que l'ARS n'était pas forcément « facilitante » pour le recrutement de médecins étrangers ; cependant, l'exercice des médecins à diplôme étranger relève d'une procédure nationale sur laquelle l'ARS n'a pas de leviers.

Le second axe vise les formations. La question de la formation des personnels infirmiers aux questions de santé mentale a été évoquée de manière récurrente par une pluralité d'acteurs, déplorant souvent les effets de la réforme des études infirmières des années 1990, avec l'arrêt de formations spécifiques pour les infirmiers psychiatriques. Sont notamment imputés à cette évolution une baisse de la technicité des infirmiers, une moindre capacité à repérer et anticiper les situations de crise, un impact sur les pratiques de contention, voire un turn-over accru des infirmiers dans les services de psychiatrie. Si le retour au modèle antérieur n'est en général pas revendiqué, les professionnels insistent sur la nécessité d'une formation spécifique approfondie des infirmiers de secteur sur les questions de santé mentale, incluant des notions indispensables pour la prise en charge des patients sans risque pour le personnel. La piste de la formation continue se heurte à la possibilité de dégager du temps pour que ces personnels puissent se former, et la piste parfois avancée consisterait à maintenir un tronc commun généraliste, mais avec une spécialisation infirmière sur la psychiatrie (comme c'est le cas pour les infirmiers de bloc opératoire et les infirmiers anesthésistes). En ce qui concerne le corps médical, certains établissements de santé mentale ont fait le choix de recruter des médecins généralistes, en assurant ensuite leur formation par un parcours en psychiatrie (CMP, hôpital de jour) et une formation spécifique (DU de psychiatrie).

Le troisième axe concerne la place des différents professionnels (psychiatres, psychologues, médecins généralistes, personnels infirmiers...). Ainsi, ont été évoquées différentes formes de recours à des psychologues à défaut de psychiatres disponibles (orientation de certains patients vers des psychologues libéraux en fonction de leurs problématiques et de leurs ressources, recrutement de psychologues dans le secteur médico-social pour pallier le manque de psychiatres, positionnement de psychologues libéraux dans des MSP). L'autre piste évoquée concerne le développement des délégations de tâches. Alors que les 3/4 des établissements autorisés en psychiatrie se déclarent favorables à leur mise en place³¹, aucun projet de protocoles de coopération / délégation de tâches (modèle HAS) n'a vu le jour en région (pas plus qu'au niveau national d'ailleurs). Cette piste comporte toutefois deux éléments de vigilance : en premier lieu, les médecins seraient davantage enclins à déléguer certaines de leurs missions (diagnostic, entretiens, suivi) à des infirmiers plutôt qu'à des psychologues et, en second lieu, une fonction médicale réduite aux prescriptions et à la rédaction de certificats pourrait nuire à l'attractivité des postes.

Le quatrième axe identifié, enfin, touche à l'accessibilité financière. A ce titre, les deux PASS de psychiatrie mises en avant par leurs établissements de rattachement ne sont pas reconnues officiellement à ce jour par l'ARS.

6) La télémédecine en psychiatrie : des projets émergents et, globalement, un assentiment des acteurs

6 projets de télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) sont actuellement recensés en région dans les établissements de santé, parmi lesquels 2 CHS sont porteurs. Les publics cibles sont des EHPAD, une maison d'arrêt et un service d'urgence. L'ARS Pays de la Loire participe d'ailleurs à l'expérimentation nationale sur la tarification en télémédecine qui concerne, parmi les champs prioritaires, la psychiatrie. Malgré les arguments opposés à la télémédecine (problématique d'une consultation hors présence physique du patient, bien que cela se fasse déjà par téléphone, absence de contact avec les équipes dans les établissements médico-sociaux pour travailler les relations soignants-soigné, faisabilité différente selon le type de patients et la présence d'un autre professionnel à ses côtés lors de la téléconsultation...), les acteurs sont assez souvent favorables à la mise en place de la télémédecine : la moitié des établissements de santé autorisés en psychiatrie seraient favorable à la mise en place de ce type d'actions, un quart des psychiatres

³¹ Enquête ES PSY

libéraux se déclarent intéressés par ce type de projets, de même que la moitié des médecins généralistes³². Il a pu être indiqué lors des entretiens que la télémédecine, voie d'avenir, est aussi une question de génération, pour les professionnels comme pour les patients.

7) Les médecins généralistes : une partie de la réponse aux questions d'accessibilité en santé mentale

Les médecins généralistes de la région contribuent pour une large part à la prise en charge des pathologies mentales puisque la plupart d'entre eux déclarent prendre en charge chaque semaine des patients présentant des troubles anxieux (83%), une souffrance psychique (77%) ou un état dépressif (61%). 7% des médecins prennent en charge chaque semaine des patients pour des troubles bipolaires et 5% des patients pour schizophrénie³³.

Cependant, la question démographique affecte également la médecine générale dans certaines parties de la région, qu'elle soit d'ores et déjà posée ou redoutée dans le contexte de départs en retraite annoncés. Elle pose des problèmes pour l'identification d'un médecin traitant, pour la mise en œuvre des procédures de soins sans consentement et freine les initiatives des secteurs pour améliorer leur articulation avec les médecins généralistes.

1.1.2 Les nombreux obstacles à la fluidité des parcours en santé mentale ont progressivement été identifiés par l'ARS, qui a clarifié sa stratégie (comprenant une dimension prévention), mais dans laquelle la méthode des appels à projets est questionnée

8) Une politique de l'ARS qui s'est progressivement affinée sur la question de la fluidité des parcours

Il n'y a pas dans le PRS de réflexion spécifique sur la fluidité des parcours en santé mentale, ce qui tient notamment au fait que la notion de parcours ne s'est vraiment diffusée que postérieurement à son adoption. De plus, l'ARS ne s'est pas vraiment saisie de la parution du Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 (quelques jours avant celle du PRS), axé sur la notion de ruptures dans les parcours, qu'ils soient de soins, de santé ou de vie, pour élaborer une stratégie basée sur les parcours. Le département « coopérations et parcours de santé » de l'ARS n'a pas été sollicité pour réfléchir à une telle démarche.

Pourtant, paradoxalement, les acteurs interrogés lors des entretiens sur les objectifs de santé mentale dans le PRS ont le plus souvent cité l'amélioration de l'articulation entre les acteurs pour un meilleur parcours et une limitation des interruptions de parcours.

De fait, la doctrine de l'ARS s'est progressivement affinée. Considérant que le PRS n'était pas assez opérationnel, car définissant des objectifs généraux sans véritables priorités, et prenant en compte la publication du plan national « psychiatrie et santé mentale », l'ARS a établi en interne dès 2012 des axes prioritaires en matière de santé mentale pour mettre en œuvre le PRS (cf. chapitre situation régionale / politique régionale).

Les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM) entre l'ARS et les établissements de santé ont été négociés au cours de l'année 2012. Les CPOM de 20 des 22 établissements de santé autorisés en

³² Source : enquêtes spécifiques menées dans le cadre de l'évaluation auprès de ces différents acteurs.

³³ Source : Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011)

psychiatrie comportent des objectifs visant explicitement la fluidité des parcours ou y contribuant (par exemple objectifs d'articulation avec les établissements et services médico-sociaux, ou encore de participation à des filières en santé mentale organisés sur le territoire).

Lors du bilan en 2014 à mi-parcours du PRS, l'amélioration des parcours en santé mentale a été considérée comme à poursuivre voire à accélérer par près des ¾ des acteurs de la CRSA interrogés.

Sans remettre en cause la pertinence des axes de travail définis en 2012, mais sur le constat de résultats mitigés et compte tenu d'une évolution du contexte (tensions dans certains établissements de santé appelant une clarification de la stratégie, perspective des changements introduits par la future loi de santé avec les projets territoriaux de santé mentale, les secteurs, les GHT), de nouveaux objectifs ont été fixés en 2015 au sein de l'ARS dans le domaine de la santé mentale (cf. chapitre situation régionale / politique régionale).

Les objectifs du PRS en matière de santé mentale apparaissaient peu identifiables, avec des actions multiples déconnectées, disséminés au sein du document et ne permettant pas une vue globale d'ensemble. Les travaux internes à l'ARS menés en 2012 et 2015 ont permis de définir une stratégie autour d'actions ciblées puis d'axes de travail, en faveur d'une meilleure fluidité des parcours. Un séminaire technique sur le handicap psychique a été organisé en 2014 en interne ARS pour mieux faire partager entre les services de l'ARS les éléments de stratégie de l'agence.

9) De nombreux obstacles à la fluidité des parcours identifiés par les acteurs

Les entretiens menés dans le cadre de l'évaluation ont mis en évidence des points de rupture dans les parcours, des facteurs générant des risques de rupture et, enfin, des populations présentant des risques particuliers de rupture.

S'agissant des points de rupture, ont été identifiés : l'accès au logement ou le maintien du logement pendant une hospitalisation, les sorties d'hospitalisation (et en particulier le suivi post-hospitalisation après une tentative de suicide), un parcours difficile pour la reconnaissance du handicap psychique (notamment chez les personnes en situation de précarité), la rupture des soins à domicile quand la personne ne veut plus être suivie, l'hospitalisation au long cours de patients relevant de structures médico-sociales ou sociales, des demandes inversées - sanitaire au lieu de sociale ou réciproquement, les déménagements de patients changeant de secteurs ou de département.

Une première série de facteurs de risque de rupture tient aux défauts d'articulation des différents acteurs (pratique isolée des psychiatres libéraux, manque d'articulation psychiatrique-somatique, manque de lien entre la psychiatrie et la médecine générale, et entre la psychiatrie et le médico-social, manque d'organisation régionale coordonnée en matière de prise en charge du suicide, même si des organisations existent localement). Une seconde série renvoie à la disponibilité de l'offre, sa réactivité et la possibilité de dédier un temps suffisant aux patients (manques de psychiatres et médecins généralistes en libéral, d'infirmiers psychiatriques formés ; encombrement des CMP, manque de structures pour adolescents, d'équipes mobiles, des structures médico-sociales adaptées, notamment les ESAT, de PASS psychiatriques ; inégale répartition des équipes mobiles psychiatrie-précarité, ressenti d'une injonction à soigner dans des délais brefs alors qu'il faudrait du temps ; prévention insuffisante des situations de crise et hospitalisations à temps complet). Enfin, la troisième série de situation concerne particulièrement la dimension médico-sociale : représentations de la maladie mentale dans ce secteur, outillage insuffisant des MDPH pour évaluer le handicap psychique, mode de fonctionnement des ESAT inadapté, avec notamment des temps partiels pas assez développés.

Enfin, plusieurs publics ont été identifiés, pour lesquels il existe des risques de rupture de parcours plus accentués :

- Situations complexes mettant en échec les différents professionnels, ou encore situations « frontière » avec la psychiatrie, jeunes vivant à la rue (surtout si cela s'accompagne de phénomènes de violence) ;

- Populations éloignées des lieux de consultation et de soins (avec l'enjeu de leur mobilité faute de transports publics, de moyens de transports privés ou de l'impossibilité de les utiliser en raison de la pathologie ou du traitement) ;
- Adolescents, avec la question de structures adaptées inexistantes ou pas assez accessibles géographiquement ou en termes d'horaires, les limites d'âge dans les secteurs de psychiatrie et le cas particulier des jeunes de l'ASE (fin de l'accompagnement à 18 ans) ;
- Personnes handicapées psychiques vieillissantes ;
- Détenus, avec la question de la continuité des soins en sortie d'incarcération ;
- Personnes en grande précarité (forte prévalence des troubles et suivi médical jugé insuffisant, turnover dans les structures d'hébergement d'urgence versus logique de secteur, accès aux soins et observance quand le parcours de soin n'est pas stabilisé) ;
- Situation des polyopathologies (psychiatrie et addiction, par exemple) et des handicaps rares (exemple : maladie de Prader-Willy) ;
- D'une manière plus générale, toutes les problématiques de non demande et de déni, des « perdus de vue » (en particulier en cas de déménagement des patients).

10) La prévention en santé mentale : un sujet porté par l'ARS et relayé par les acteurs

Au sein de l'ARS comme au niveau des acteurs, la frontière entre prévention et soin demeure importante. Trois difficultés, notamment, ont été évoquées : le financement de psychologues dans les structures sociales (missions locales, CHR) faute de stratégie régionale sur la question ; la réorientation, en 2015, des actions de prévention sur des territoires à risques identifiés, pour l'implantation de dispositif de type groupement de prévention du suicide, mais avec peu de succès ; la réorientation des modalités d'intervention des dispositifs bénévoles d'écoute et de veille (qui a peu évolué).

La santé mentale tient cependant une place significative dans la politique de prévention portée par l'ARS. Initialement ciblée sur la seule prévention du suicide (avant 2013), la santé mentale est l'une des cinq thématiques de prévention faisant l'objet d'appels à projets annuels de l'ARS, avec trois objectifs constants sur la période 2012-2015 (information, sensibilisation et éducation à la santé en population générale ; prévention et postvention auprès des populations à risque ; renforcement des compétences des intervenants), auxquels s'est ajoutée en 2015 une insistance particulière sur la coopération entre acteurs dans une logique de parcours. L'année 2015 a également été caractérisée par un recentrage de cet appel à projets. En termes de financement, de 2012 à 2015, c'est une soixantaine de projets par an qui bénéficient du soutien financier de l'ARS, le montant moyen alloué chaque année sur cette thématique étant de l'ordre de 541 K€ (ce décompte n'incluant pas les actions de promotion des compétences psycho-sociales). Le ratio projets retenus / projets présentés est en moyenne de 78% sur la période, et les ¾ des projets financés sont des reconductions. Si la dispersion des projets financés entre territoires de santé n'est pas égalitaire, elle est globalement proportionnelle à la répartition des projets présentés (ainsi, par exemple, si la Loire-Atlantique regroupe 35% des projets financés sur la période, elle représente 34% des projets déposés dans la région).

La base OSCARS permet d'identifier les actions de prévention financées par l'ARS, dans le cadre des appels à projets comme dans le cadre de conventions avec les opérateurs en prévention et en promotion de la santé. L'analyse de ces données sur la période 2012-2014 met en évidence que les actions concernant le thème de la santé mentale (exclusivement ou non) représentent le quart des actions enregistrées dans OSCARS (14% pour celles concernant exclusivement la santé mentale). Lorsque le thème santé mentale n'est pas exclusif, c'est dans les 2/3 des cas le thème précarité qui lui est associé. Tous les territoires de santé de proximité (et *a fortiori* tous les départements) ont été concernés par des actions concernant la santé mentale sur cette période, même si des effets de concentration sont observés (par exemple, le territoire Nantes Métropole a été concerné par 31% des actions enregistrées sur la période). Enfin, au vu des estimations des promoteurs dans la base OSCARS, on peut évaluer à 98 500 personnes au moins ³⁴ le nombre de bénéficiaires de telles actions sur la période 2012-2014.

La contractualisation avec les établissements de santé en psychiatrie est également mobilisée de manière significative pour promouvoir la prévention en santé mentale : les CPOM de 21 des 22 établissements

³⁴ Avec toutefois de possibles doubles comptes.

autorisés en psychiatrie comportent des objectifs concernant explicitement la prévention en santé mentale, le plus souvent en matière de prévention secondaire des conduites suicidaires.

En matière de prévention, le PRS n'évoque pas l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) en psychiatrie. Cependant, son intérêt est reconnu : ateliers collectifs permettant l'acquisition de compétences par échange d'expériences, déstigmatisation de la maladie, impact sur la fréquence des urgences, des rechutes et des réhospitalisations, contribution au «virage ambulatoire». Elle présente également un intérêt pour les familles. Il convient de noter toutefois que l'annonce du diagnostic et la mise en place d'une éducation thérapeutique peuvent être dissociées dans le temps. Le fait d'intégrer sa maladie, pour un patient (en particulier psychotique) et aussi parfois pour sa famille, peut prendre parfois des années (déli). S'il a pu être indiqué que l'éducation du patient fait depuis longtemps partie intégrante de la prise en charge du patient (notamment par les personnels infirmiers), le mouvement actuel apporte à la fois un cadre (protocoolisation avec des outils solides et validés) et un financement spécifique. De fait, les demandes de reconnaissance de programmes d'ETP sont de plus en plus nombreuses. Un établissement de santé de la région a initié dès 2010 l'ETP en psychiatrie et, en septembre 2015, trois établissements de la région (dont un CHS) avaient au moins un programme d'ETP en santé mentale (auxquels s'ajoutent trois autres établissements dont les demandes étaient en cours d'instruction), pour un total de 10 programmes autorisés³⁵.

11) Des solutions avancées pour une meilleure fluidité des parcours

Une pluralité de solutions a été avancée dans le cadre de l'évaluation pour favoriser la fluidité des parcours. Une première catégorie concerne les dispositifs d'«aller vers» : création ou renforcement de consultations avancées dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles, équipes mobiles (notamment psychiatrie-précarité, mais aussi pour l'appui aux établissements et services médico-sociaux ou encore pour la gestion des crises), autres interventions à domicile ou au substitut de domicile (visites à domicile des secteurs, soins de particulière intensité à domicile, SAMSAH...).

La seconde catégorie correspond au développement de pratiques propices à la coordination des acteurs. Ont ainsi pu être mentionnés le développement de formations communes santé/social/médico-social, la mise en place d'agendas du patient partagés entre professionnels, l'amélioration de la collaboration entre psychiatrie et secteur médico-social (soins partagés, stages réciproques, rencontres entre équipes, partages sur situations individuelles, synthèse avant retour d'hospitalisation...).

En troisième lieu, les solutions avancées visent l'organisation de l'offre. Ainsi, par exemple, l'idée qu'une seule équipe assure l'ensemble du parcours en santé mentale, en intra comme en extra-hospitalier, ou encore l'amélioration de la programmation au sein des CMP (suivi des annulations et rappels des rendez-vous), la création d'UPAO, l'émergence de SRAE dans le domaine du suicide pour le développement de protocoles et l'organisation de formations. Plus particulièrement, des solutions visant une meilleure observance des traitements ont pu être évoquées (bagagerie médicamenteuse pour les personnes sans domicile fixe, utilisation d'outils de santé connectée pour le rappel des traitements et des rendez-vous).

Enfin, une série de propositions concerne particulièrement les personnes handicapées psychiques vieillissantes. Un groupe de travail interne à l'ARS sur l'accompagnement des personnes âgées hébergées en établissement présentant des troubles psychiatriques a été mis en place, et un référentiel d'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale (personnes âgées et personnes handicapées) a été élaboré par l'ARS et les conseils départementaux en 2014. De ces travaux sont issues les pistes suivantes : conventionnement entre les structures médico-sociales et la psychiatrie pour organiser le suivi des résidents et la formation des équipes médico-sociales, renforcement des temps de psychologues dans les établissements médico-sociaux en tant que de besoin, implication des établissements de santé dans les projets médico-sociaux et adaptation du secteur médico-social pour accompagner ces publics (avec des outils comme des équipes mobiles de géronto-psychiatrie, des lits de repli en psychiatrie en cas de crise, ou encore une réflexion sur l'opportunité d'unités spécialisées adossées aux EHPAD), enfin l'organisation sur les cas complexes avec les MDPH.

³⁵ Ces programmes portent sur les troubles schizophréniques (3), les troubles bipolaires (2), la dépression (2) et d'autres thématiques (anxiété, alimentation, profamille).

12) Les appels à projets pour promouvoir des actions innovantes : une pratique de l'ARS questionnée

L'ARS a volontiers utilisé le levier des appels à projets pour promouvoir des actions ou dispositifs innovants, ou pour étendre des dispositifs existants.

Cette démarche est très diversement appréciée par les acteurs sur différents aspects.

En termes de calendrier, il est reproché aux appels à projets d'être annuels, sans continuité, avec des délais de dépôt de dossier trop courts au détriment des échanges entre acteurs, phénomène aggravé par l'impossibilité pour eux d'anticiper et de préparer leurs projets (argument moins recevable dans le champ médico-social dans la mesure où le PRIAC comporte une programmation explicite).

En termes de concertation, certains acteurs perçoivent les appels à projets comme une mise en concurrence qui peut fragiliser les opérateurs, avec un sentiment de remise en cause. A l'inverse, d'autres voient les appels à projets comme un outil incitant fortement les acteurs à travailler ensemble (sous la réserve susvisée des délais). De plus, tous les appels à projets ne sont pas concurrentiels (ex. celui sur les conversions sanitaires). A été évoquée l'idée que les critères de sélection des appels à projets devraient privilégier des projets de territoire par rapport à des projets d'acteurs.

En termes de lisibilité de sa politique, l'ARS considère que les appels à projets sont un signe de l'attention qu'elle porte à un sujet, et devrait lui permettre de communiquer sur sa politique. Mais des opérateurs leur reprochent d'être trop descendants, sans débat préalable sur la problématique et sans exposé des attentes réelles de l'ARS. En outre, les appels à projets ne sont pas forcément connus de tous les acteurs (ex. professionnels de santé libéraux).

Les appels à projets sont réputés promouvoir l'innovation, permettre de porter de nouveaux projets au lieu de redéploiements. Il a pu être indiqué que les appels à projets obligent les acteurs à se découvrir, et à identifier les acteurs qui sont dans une dynamique d'évolution, et qu'ils sont à ce titre un levier pour impulser le changement.

Plusieurs arguments questionnent la pertinence des appels à projets. En premier lieu, l'ARS comme certains opérateurs craignent qu'émergent des « professionnels » de la réponse aux appels à projets. En second lieu, cette modalité s'est révélée inadéquate sur certains sujets (ainsi, dans le cadre de l'appel à projets sur les conversions sanitaires, les établissements qui ont déposé des dossiers n'étaient pas forcément les plus concernés par la problématique, et réciproquement). Enfin, le financement de dispositifs innovants alors que les moyens des missions de base des secteurs ne sont pas renforcés peut générer des tensions dans les établissements.

1.1.3 Le « virage ambulatoire » n'a été que récemment partiellement clarifié et promu par l'ARS, mobilisant quelques leviers spécifiques, mais des freins demeurent à lever pour poursuivre une évolution amorcée dans les années 2000

13) Une politique de l'ARS pour promouvoir les alternatives à l'hospitalisation et l'ambulatoire discrète avant 2015

La psychiatrie est parfois considérée comme restant encore trop hospitalo-centrée, notamment dans le secteur public.

La notion de « virage ambulatoire » pose la question du périmètre de l'offre que l'on souhaite promouvoir.

Ces questions de définition ont une influence sur l'appréciation que l'on peut porter, à la fois sur le portage par l'ARS du « virage ambulatoire », et sur sa mise en œuvre sur le terrain.

Dans tous les cas, il s'agit d'alternatives à l'hospitalisation complète, mais le type d'offre pouvant y participer n'est pas précisément défini (CATTP, hôpital de jour et de nuit, CMP, interventions à domicile, médecine générale...).

L'ARS s'est calée sur la vision de l'Organisation Mondiale de la Santé, définissant l'ambulatoire comme un accompagnement au plus près du milieu de vie. Une telle définition exclut les CATTP ou hôpitaux de jour implantés sur le site d'établissements de santé.

Le Projet Régional de Santé comporte deux objectifs en matière d'offre en psychiatrie : compléter la palette d'offre de soins dans chaque département, d'une part, et viser un équilibre entre hospitalisation complète et alternatives à l'hospitalisation complète. L'ARS n'a pas proposé de taux de change favorable aux alternatives à l'hospitalisation complète dans le PRS. Dans la continuité, les révisions successives du PRS visaient à permettre l'émergence de certaines modalités de soins, y compris dans le privé, là où elles n'existaient pas. De fait, cela a concerné l'offre en hospitalisation partielle, de jour ou de nuit. Dans un seul cas (en Sarthe), le PRS indique explicitement que l'hospitalisation de jour doit intervenir par substitution d'hospitalisation complète.

Néanmoins, il n'a pas été décrit de stratégie claire de l'ARS concernant les leviers que sont les autorisations et les CPOM hospitaliers pour le développement des alternatives à l'hospitalisation complète. De fait, si 2/3 des établissements de santé autorisés en psychiatrie se disent accompagnés par l'ARS pour développer des alternatives à l'hospitalisation complète, ils ne sont que 50% à évoquer ce soutien en ce qui concerne le développement des activités ambulatoires³⁶. De même, alors que l'hospitalisation de jour est une modalité de soins censée se développer, l'ARS avait fait le constat d'une absence d'état des lieux qualitatif et en termes de respect de la réglementation, auquel elle a répondu par un plan d'inspection spécifique.

C'est en 2015 que, dans le cadre de travaux internes sur l'offre en psychiatrie, l'ARS a commencé à documenter la question du «virage ambulatoire», notamment sur le constat d'une évolution importante de réduction des capacités d'hospitalisation complète, avec la problématique sous-jacente des prises en charge inadéquates en hospitalisation à temps plein (personnes relevant d'une offre sociale ou médico-sociale). Cependant, les éléments d'analyse mobilisés ne concernaient que l'offre sanitaire, sans information sur les offres complémentaires (médecine de ville, offre médico-sociale...). Les études récentes de l'IRDES et de l'ORS n'ont pas encore été exploitées à des fins de planification, et il est attendu d'une démarche de l'ANAP en cours dans l'ensemble des territoires de santé des éléments d'information précis.

14) Un « virage ambulatoire » qui se poursuit dans la région, mais sans adéquation entre fermeture des lits et création d'alternatives

L'évolution des modalités de prise en charge en psychiatrie peut être examinée à travers l'évolution de la structure de l'offre et à travers l'évolution de la file active.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète était déjà inscrit dans le SROS III (2006-2010). De fait, un examen en longue période de l'évolution de la structure de l'offre en psychiatrie témoigne d'un mouvement de réduction des capacités en hospitalisation à temps complet bien antérieur à la création de l'ARS³⁷ : entre 2001 et 2014, le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale a diminué de manière à peu près constante, passant de 3 009 lits à 2 493. La moitié de cette diminution est intervenue en 2004 et 2005. Le nombre de places a connu quelques augmentations entre 2011 et 2014, mais le solde de cette période est une diminution de 26 lits des capacités de la région.

Pour autant, comme le relève l'IRDES dans son étude, elle ne s'est pas accompagnée d'un développement ambulatoire véritable. A titre d'illustration, l'évolution des capacités en hospitalisation partielle (hospitalisation de jour et de nuit) sur la période 2001-2014 a été positive, mais pas à la hauteur de la diminution des capacités en hospitalisation complète : augmentation nette de 107 places en hospitalisation

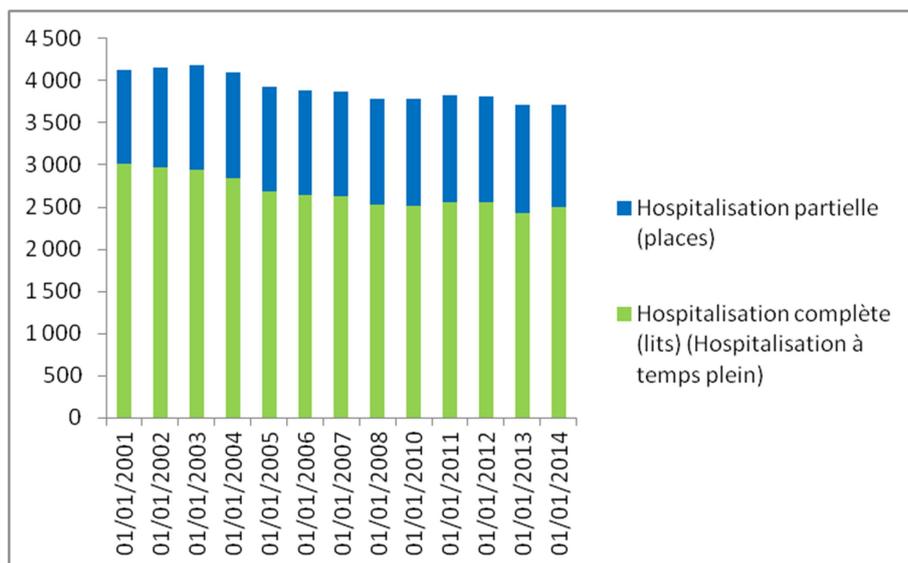
³⁶ **Enquête ES PSY**

³⁷ *Source* : STATISS 2001 à 2014

partielle (+10%) contre diminution nette de 516 places en hospitalisation complète (-17%). De surcroît, l'évolution des capacités en hospitalisation partielle a été irrégulière sur la période considérée. Le bilan net de la période 2010-2014 est une diminution de 34 places d'hospitalisation partielle.

Au global, le ratio lits / places (nombre de lits en hospitalisation complète / nombre de places en hospitalisation à temps partiel) a un peu évolué de 2001 à 2014 : de 2,7 lits pour une place en 2001, il s'établit autour de 2 lits pour une place depuis 2008. Le graphique ci-après illustre ces évolutions.

Évolution des capacités en psychiatrie générale en Pays de la Loire 2001-2014 (source STATISS)



Les données disponibles sur l'évolution de l'offre en CMP et CATTP³⁸ présentent des ruptures de série, et nécessitent d'être analysées avec prudence. Sous cette réserve, le nombre de structures ambulatoires³⁹ a progressé globalement de 7 % entre 2010 et 2014, mais de manière irrégulière. En outre, cette évolution est différenciée : augmentation de 2% du nombre de CMP, mais de 17% du nombre de CATTP et ateliers thérapeutiques.

Une approche en termes de file active met en évidence une part des prises en charge exclusivement ambulatoire légèrement supérieure en Pays de la Loire par rapport au niveau national (77% vs 72%, fruit d'une évolution différenciée (évolution de la file active exclusivement ambulatoire entre 2010 et 2014 : +18% en région vs 13% au niveau national). En région Pays de la Loire, la part de l'ambulatoire exclusif dans la file active totale a connu une évolution comparable entre 2007 et 2010 et entre 2011 et 2014 (respectivement + 9,5 pts et + 9 pts)⁴⁰, ce qui révèle une tendance antérieure à la création de l'ARS, mais qui se poursuit.

Au-delà de ces données quantitatives, les investigations ont permis de relever plusieurs appréciations générales sur le «virage ambulatoire». Ainsi, si l'ARS avait le sentiment que les établissements de santé n'avaient pas encore amorcé le «virage ambulatoire», il s'avère qu'il s'est développé de manière hétérogène selon les établissements et secteurs (on observe par exemple des différences territoriales de l'offre de soins en hospitalisation complète comme en hôpital de jour), mais que ce virage est au milieu du gué, avec une évolution jugée lente et compliquée. Tous les établissements de santé autorisés en psychiatrie font état d'objectifs de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein et des activités ambulatoires⁴¹. Néanmoins, la promotion de l'ambulatoire peut supposer des investissements pour en réorganiser les structures au sein de la cité (ce qui a pu être fait dans des départements à forte densité de population, mutualisant sur un même site géographique plusieurs structures ambulatoires quand, dans des départements

³⁸ Source : SAE 2010 à 2014

³⁹ CMP ou unités de consultation de secteur, CATTP, ateliers thérapeutiques

⁴⁰ Source : SAE 2007-2014

⁴¹ Enquête ES PSY

moins denses, ces structures sont indépendantes, non mutualisées). En outre, le «virage ambulatoire» doit s'accompagner d'une réflexion sur les missions respectives des différentes structures (notamment entre hôpitaux de jour et CATTP).

15) Des freins au développement de l'ambulatoire que sont les manques de moyens, de cadrage et de reconnaissance de l'ambulatoire

Une pluralité de freins au développement de l'ambulatoire ont été identifiés :

- Des contraintes budgétaires et d'effectifs médicaux (dont la disponibilité pour l'ambulatoire serait moindre sous l'effet de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011, qui sollicite les effectifs médicaux sur le site de l'hôpital). A pu être formulée l'idée que, si le développement de l'ambulatoire est pertinent pour l'intégration du patient dans la cité, il est aussi plus onéreux ;
- Des contraintes tenant au manque de cadrage sur l'évolution de l'offre. Il n'existe pas d'indicateur au niveau régional ou national avec des cibles de capacités d'hospitalisation complète en fonction de la population desservie. Or une telle cible, en creux, définirait un champ d'extension de l'ambulatoire. De manière complémentaire, est relevé le manque de vision globale de l'offre sur le territoire (les établissements de santé autorisés en psychiatrie⁴² constatent d'avantage une amélioration du maillage des différentes composantes de l'offre en santé mentale au niveau des territoires de santé qu'au niveau régional, et qu'au niveau de leur propre territoire) ;
- Une reconnaissance jugée insuffisante de l'ambulatoire (est jugé ce qui compte : ce sont l'hospitalisation complète, l'hospitalisation de jour et de nuit ainsi que les appartements thérapeutiques, mais ni les CMP, ni les CATTP) ;
- Des profils de patients fréquentant l'hôpital de jour dont la prise en charge ne correspond pas à une pratique de soins intensifs de courte durée ;
- Pour certains patients, un risque de repli et de perte de contact avec le milieu soignant s'ils n'adhèrent pas aux propositions de l'offre en ambulatoire (ex. en CATTP) ;
- Un risque inhérent au développement d'équipes dédiées, qui pourrait avoir pour effet de freiner le développement de l'ambulatoire par les établissements de santé ;
- Enfin, une disponibilité insuffisante des chargés de mission de l'ARS pour accompagner les démarches.

16) Quelques leviers mobilisés par l'ARS pour favoriser la réflexion sur l'ambulatoire et son développement

Il est noté que l'ARS a mené des actions identifiées en faveur du «virage ambulatoire».

Dans le domaine financier, un groupe de travail régional piloté par l'ARS travaille sur l'allocation des DAF, devant inciter au développement des alternatives à l'hospitalisation complète. L'ARS a pour objectifs d'aboutir à un modèle de péréquation de la DAF afin d'assurer une répartition équitable des ressources, d'accompagner les changements relatifs au «virage ambulatoire» et d'anticiper les évolutions des ressources humaines.

En matière d'évolution de l'offre, l'ARS a lancé un appel à projets pour la création de Services de Soins de Particulière Intensité à Domicile (SPID). 4 projets ont été mis en œuvre dans ce cadre au niveau régional fin 2013-début 2014, dont les premiers éléments d'évaluation attestent une plus value en termes d'accès aux soins et de fluidité du parcours, même si les indications thérapeutiques demeurent à préciser, ainsi que l'articulation avec les autres acteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale. En outre, l'ARS a souhaité appuyer le développement des équipes mobiles, la question du lien avec les secteurs étant néanmoins posée.

De même, elle encourage la mise en place de consultations avancées de psychiatrie au sein des MSP.

En termes d'accompagnement des acteurs, l'ARS a mené des audits organisationnels dans trois établissements autorisés en psychiatrie depuis 2013, qui ont abouti à la révision des projets d'établissement. En outre, elle accompagne une opération de benchmark des CMP, mais ses retombées possibles en termes de

⁴² Enquête ES PSY

développement de l'ambulatoire sont incertaines du point de vue des établissements⁴³ : une moitié considère que le benchmark leur apporte quelques éléments en ce sens, et l'autre moitié, pas beaucoup d'éléments. La forte mobilisation des établissements de santé au benchmark proposé par l'ARS (12 établissements sur 16, 42 CMP sur 132) a cependant engendré de nombreuses attentes.

17) Une ouverture des secteurs de psychiatrie sur l'extérieur contrastée et polymorphe

Il est observé un investissement variable des secteurs de psychiatrie sur l'extra-hospitalier et, lorsqu'il est constaté, des modalités très hétérogènes.

A titre d'illustration, les études sur trois terrains réalisées dans le cadre de l'évaluation ont révélé une ouverture croissante des secteurs sur l'extérieur, mais avec une ancienneté et des dynamiques différentes. Dans ce contexte, les fonctions assignées aux structures ambulatoires (CATTP, CMP, hôpital de jour) et le mode de recours ne sont pas comparables d'un terrain à l'autre. Des projets de développement sont constatés, parfois avec un souci de rationalisation de l'offre (mutualisations de CMP, regroupements physiques, rapprochement avec des MSP... selon le caractère urbain ou rural des implantations) et d'amélioration de sa réactivité, et parfois corrélés à une perspective de réduction capacitaire en hospitalisation complète.

Parmi les réalisations ou projets visant le développement de l'ambulatoire, ont pu être identifiés des projets d'équipes mobiles, le redéploiement de lits d'hospitalisation complète en géro-psycho-geriatrie vers l'hospitalisation à temps partiel et une équipe mobile, la constitution d'une plateforme intersectorielle dans un établissement public de santé mentale, le renforcement ou la structuration de l'accueil familial thérapeutique dans deux territoires de santé.

D'autres pratiques ou approches enfin, ont pu être préconisées. Ainsi d'un développement de la psychiatrie ambulatoire à l'image de ce qui a été fait en chirurgie (en favorisant l'hospitalisation à domicile et les visites à domicile), ou encore un appui de la psychiatrie ambulatoire aux personnels infirmiers libéraux.

1.1.4 Les réponses intersectorielles sont à la fois fréquentes et hétérogènes, sans stratégie régionale de développement identifiée

18) Une intersectorialité développée de manière diversifiée, avec ou sans impulsion de l'ARS

En préalable, il convient de rappeler que la sectorisation relève des établissements ; l'ARS n'est pas intervenue dans les derniers redécoupages. Deux actions de l'ARS ont pu être identifiées pour promouvoir l'intersectorialité, indirectement (en donnant une visibilité aux actions intersectorielles par un recensement dans le cadre de l'annuaire « agir ensemble contre le suicide ») ou directement (le cahier des charges de l'appel à projets SPID demandait que ce dispositif soit intersectoriel), mais il n'a pas été observé de stratégie régionale en la matière.

De fait, les 3/4 des établissements de santé autorisés en psychiatrie⁴⁴ déclarent avoir développé des activités intersectorielles depuis 2012, le plus souvent sans l'accompagnement de l'ARS.

L'identification de l'existant demeure à fiabiliser. S'il a permis d'identifier 200 activités portées dans un cadre intersectoriel⁴⁵, le recensement opéré par l'ARS en 2014 dans le cadre de l'annuaire « agir ensemble contre le suicide » n'était pas exhaustif. En 2014, 29 structures intersectorielles formalisées sont déclarées

⁴³ Enquête ES PSY

⁴⁴ Enquête ES PSY

⁴⁵ dont les thématiques, le public visé et la nature des activités étaient variables

dans la SAE, pour 62 secteurs (psychiatrie générale et infanto-juvénile). Le nombre de structures intersectorielles pour un secteur s'établit ainsi à 0,5, ordre de grandeur comparable au niveau national. Les données disponibles (SAE) ne permettent pas d'établir avec certitude une évolution depuis 2010 ou 2012. Néanmoins, de nombreux exemples illustrent le développement de l'intersectorialité ces dernières années : à titre d'exemple, GCS pour articuler pédopsychiatrie et psychiatrie adulte, création d'une plateforme ambulatoire intersectorielle, unité intersectorielle d'accueils séquentiels et temporaires en soutien des services médico-sociaux, unité transversale dans un CHU regroupant remédiation cognitive, bilan neuropsychologique et animation de groupes d'ETP...

L'intérêt de l'intersectorialité a pu être souligné pour développer une offre spécialisée en interne ou en externe (ce qui suppose une mutualisation entre secteurs pour des questions de taille critique, notamment), pour une réflexion sur les pratiques, pour des approches – voire politiques – communes sur un département compte tenu de la mobilité des patients.

Les investigations ont mis en évidence une diversité de modèles en matière d'actions et de dispositifs intersectoriels. En premier lieu, en termes d'organisation, deux situations extrêmes ont pu être relevées dans des établissements publics de santé mentale : regroupement de toutes les activités intersectorielles dans un pôle dédié ou, à l'inverse, regroupement au sein de chaque pôle d'un secteur et d'une activité ou d'un dispositif intersectoriel. En second lieu, une nuance a pu être apportée entre intersectorialité (des moyens différenciés, dédiés à la mission) et plurisectorialité (mutualisation de moyens pour porter ensemble une activité – ex. CMP plurisectoriel).

Dans certains établissements, l'intersectorialité a commencé dans le champ de la pédo-psychiatrie. L'accompagnement des adolescents implique une articulation entre psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile, le critère de répartition entre ces deux domaines étant l'âge de 16 ans. De fait, les deux tiers des établissements concernés ont développé des actions visant à renforcer l'articulation psychiatrie adulte - pédopsychiatrie depuis 2012, le plus souvent sans l'accompagnement de l'ARS⁴⁶.

19) Des obstacles identifiés au développement de réponses intersectorielles

Parmi les obstacles à la mise en œuvre d'actions intersectorielles, ont pu être avancés :

- Une rigidité de certains secteurs face au développement de réponses intersectorielles, malgré la création des pôles ;
- Des obstacles logistiques (ex. locaux pour un CMP intersectoriel) et financiers même lorsque la volonté est présente ;
- La nécessité de fermeture de lits en parallèle, ce que n'acceptent pas certains psychiatres ou responsables d'établissements ;
- Une difficulté particulière à investir l'intersectorialité pour les établissements ne gérant qu'un seul secteur (ajout d'une dimension inter-établissements à la dimension inter-secteurs) ;
- La crainte que la création de structures spécialisées intersectorielles se répercute sur l'engagement des professionnels dans les missions de base et leurs contraintes intrinsèques (continuité nuit et week-end...).

1.1.5 Des filières territoriales ont été très variablement organisées et formalisées (et jamais avec l'offre ambulatoire), l'ARS n'ayant pas mobilisé partout les leviers à sa disposition

La notion de filière reste floue pour les acteurs. Il y a lieu de distinguer les notions de parcours du patient, de réseau des professionnels (fluidité, pouvant impliquer des conventions, avec intégration au maximum) et de filière (chaîne d'adressage en fonction de la pathologie avec une notion de gradation des soins).

⁴⁶ Enquête ES PSY

20) Un développement des articulations entre psychiatrie hospitalière et établissements médico-sociaux initié avant l'ARS et qui se poursuit de manière inégale

L'idée selon laquelle la psychiatrie doit se centrer sur les soins, son cœur de métier, et réserver l'accompagnement aux autres acteurs, implique néanmoins des articulations entre les différents intervenants.

Le travail sur les filières en santé mentale a été commencé dans tous les territoires de santé, dès avant la création de l'ARS, même si l'avancement en est inégal selon les territoires, et de très nombreuses conventions entre les secteurs psychiatriques et les établissements médico-sociaux ont été signées⁴⁷.

Dans le cadre des études de terrain, l'existence de filières territoriales en santé mentale organisées et formalisées n'a été constatée que dans deux cas sur trois ; même lorsqu'elle existe, elle n'est pas évoquée par tous les partenaires concernés. Les articulations entre psychiatrie et champ médico-social étaient contrastées d'un territoire à l'autre : couvrant uniquement le champ handicap ou également le champ personnes âgées, avec un degré de formalisation par des conventions très inégal (et des contenus de convention très variables, y compris au sein d'une même structure).

L'ARS (et les DDASS avant elle) ont incité des coopérations entre EHPAD et psychiatrie : demande de conventions entre EHPAD et psychiatrie dans le cadre des conventions tripartites, financement d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie, financement d'un dispositif de formation aux personnels des EHPAD sur les troubles du comportement assuré par les professionnels de la psychiatrie...

50% des établissements autorisés en psychiatrie déclarent avoir renforcé leur coopération avec les EHPAD de leur territoire d'intervention, et tous se déclarent un peu ou tout à fait satisfaits de leur coopération avec les EHPAD⁴⁸.

Les investigations ont mis en évidence des articulations variables d'un terrain à l'autre entre psychiatrie et EHPAD : existence d'une filière spécifique incluant une équipe mobile de géronto-psychiatrie, politique de conventions entre psychiatrie publique et EHPAD (parfois jugée lente). Lorsqu'elles existent, les conventions peuvent organiser les visites de personnels infirmiers de psychiatrie au sein des établissements médico-sociaux. A noter que les demandes des EHPAD vis-à-vis de la psychiatrie ont pu évoluer, du fait du recrutement de psychologues par les EHPAD.

Les principaux points d'achoppement dans cette coopération ayant pu être identifiés sont :

- Des réticences ou des refus (perçus par la psychiatrie) des EHPAD à admettre des patients auparavant pris en charge en psychiatrie, publique comme privée, compte tenu des limites de l'encadrement en EHPAD (nombre et qualification) pour prendre en charge des patients présentant certaines pathologies psychiatriques, des représentations des autres résidents et des familles sur les troubles psychiatriques, mais aussi des difficultés de cohabitation entre certains publics de psychiatrie et des résidents d'EHPAD présentant des démences avec déambulation ;
- Le statut « ambigu » des démences séniles et de la maladie d'Alzheimer du point de vue de la psychiatrie, pouvant aboutir à l'absence de propositions de prise en charge par la psychiatrie de ces troubles (ou, à l'inverse, à la création d'équipes dédiées). Or, ils sont en général bien plus fréquents en EHPAD que les troubles strictement psychiatriques, jugés très marginaux ;
- Le refus (perçu par les EHPAD) de la psychiatrie de formaliser par conventions les interventions existantes.

La situation se présente un peu différemment dans les établissements et services pour personnes handicapées.

⁴⁷ Source : enquête flash de l'ARS auprès des structures pour personnes handicapées

⁴⁸ Enquête ES PSY

Les trois quarts des établissements autorisés en psychiatrie déclarent avoir renforcé leur coopération avec les établissements et services pour personnes handicapées depuis 2012, et se disent dans une même proportion satisfaits de leur coopération avec ces structures⁴⁹. Les motifs d'insatisfaction évoqués tiennent à des logiques sanitaires et médico-sociales qui s'articulent difficilement, voir s'opposent encore trop. Chaque acteur défend son champ par crainte de perdre des moyens. Par ailleurs, la lisibilité des gouvernances devient également difficile.

L'appréciation des gestionnaires d'établissements et services médicaux sociaux est moins favorable : les trois quarts des répondants ne s'estiment pas satisfaits de l'organisation du suivi sanitaire des handicaps psychiques de leurs usagers, les motifs d'insatisfaction évoqués tenant à la difficulté d'organiser une prise en charge coordonnée des usagers par les acteurs sanitaires et médico-sociaux, avec une inscription dans la durée, des difficultés d'accès au secteur de psychiatrie qu'il soit physique (locaux CMP non accessibles au handicap physique, refus de la psychiatrie de se déplacer dans les ESMS), ou que ce soit en termes de disponibilité (engorgement des services)⁵⁰.

De fait, les établissements et services de ce champ font de plus en plus appel aux secteurs de psychiatrie et non à des psychiatres vacataires. Ce constat vaut spécifiquement pour les médecins psychiatres, ces structures faisant le plus souvent appel à leur propre personnel pour les infirmiers ou psychologues. Il n'y a pas de solutions uniques : sont envisagées des mutualisations de poste, le recours à des équipes mobiles...

46% des gestionnaires d'établissements et services dans le champ du handicap⁵¹ déclarent avoir signé des conventions avec les secteurs de psychiatrie publique pour organiser le suivi sanitaire des usagers de leurs structures, mais les situations sont contrastées d'un département à l'autre. En majorité, ils sont satisfaits ou partiellement satisfaits de la mise en œuvre de ces conventions, les motifs d'insatisfaction étant une disponibilité insuffisante des professionnels, des formations non réalisées, ou des conventions pas suffisamment précises. Dans les terrains étudiés, les relations entre la psychiatrie publique et les établissements et services pour personnes handicapées n'étaient pas partout formalisées (mais la montée en charge de conventions était en projet). Des visites d'IDE dans les établissements médico-sociaux sont organisées. Dans un cas, le psychiatre et le psychologue peuvent se déplacer sur site, dans l'autre cas, les consultations de ces professionnels s'effectuent en CMP.

Des zones d'ombre existent sur la fluidité des parcours entre prise en charge en hospitalisation psychiatrique complète et accompagnement dans des structures médico-sociales : nombre des gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux, quand il leur a été demandé si leurs structures avaient déjà accueilli des personnes auparavant prises en charge en hospitalisation complète en milieu sanitaire, se sont déclarés non concernés (de 17% à 70 % selon le type de structure). En revanche, les autres déclaraient avoir pratiqué cet accueil dans des proportions significatives (de 50% pour les ESAT à 90% pour les MAS). Il était demandé à ceux qui n'avaient jamais accueilli de tels profils s'ils accepteraient de le faire ; la majorité des répondants (22/29) ne se prononçaient pas. Une limite à l'intervention de la psychiatrie publique dans les structures médico-sociales, enfin, a pu être évoquée : elle intervient auprès des résidents mais ne peut pas faire de travail auprès des équipes faute de temps, d'où des difficultés parfois pour que les établissements médico-sociaux reprennent un patient après hospitalisation.

21) Des relations perfectibles entre établissements de santé

Si les établissements de santé autorisés en psychiatrie se disent moyennement satisfaits de leur collaboration avec les établissements de santé privés, ils se disent en général satisfaits de leur collaboration avec les établissements publics. Néanmoins, avec ces derniers, des difficultés relationnelles et le manque de temps pour un travail régulier ont pu être évoqués⁵².

⁴⁹ Enquête ES PSY

⁵⁰ Enquête ESMS

⁵¹ Enquête ESMS

⁵² Enquête ES PSY

Par ailleurs, les études de terrain ont permis de constater que les articulations entre services de psychiatrie et services hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique étaient perfectibles (au sein d'un même établissement ou dans des établissements distincts), y compris en termes d'orientation des patients. Les explications apportées mettaient en avant les représentations de la pathologie psychiatrique.

22) Une intégration difficile de l'offre de ville dans les filières de psychiatrie

Les articulations entre professionnels libéraux de ville en santé mentale (psychiatres et psychologues) et avec la psychiatrie publique ont été explorées principalement à travers les études de terrain et des enquêtes spécifiques auprès de ces professionnels.

Les relations entre les professionnels de ville et la psychiatrie publique sont assez contexte-dépendantes, les obstacles identifiés étant le manque de disponibilité des professionnels de santé libéraux pour participer à des réunions avec les professionnels publics (réunions de synthèse, par exemple), et les questions de circulation de l'information en général.

La répartition entre psychiatrie publique et psychiatrie libérale n'obéit pas partout à une logique de complémentarité explicite, et d'une manière générale les relations entre psychiatrie publique et psychiatrie libérale apparaissent perfectibles (informations, orientations réciproques des patients...). Les patientèles sont cependant assez différentes.

69% des psychiatres libéraux⁵³ sont satisfaits de leur place dans le parcours de santé. Il y a cependant moins de contacts entre psychiatres libéraux et secteurs de psychiatrie (1/3 des psychiatres libéraux déclarent de tels échanges) qu'avec les médecins généralistes (50% des psychiatres en font état).

En ce qui concerne les psychologues libéraux⁵⁴, 62% se disent satisfaits de leur place dans le parcours de santé. Si une petite majorité d'entre eux participe à des coopérations interprofessionnelles, ils peuvent ressentir localement un certain isolement par rapport aux secteurs. De fait, l'adressage vers un psychologue libéral se fait souvent via le patient lui-même, voire par un médecin généraliste. Quand il est le fait d'un secteur, cela peut correspondre à une situation où le CMP est saturé, où le patient ne présente pas de problème psychiatrique stricto sensu, et dispose de ressources suffisantes. Enfin, les échanges des psychologues libéraux sont un peu plus courants avec les médecins généralistes (39%) et les autres psychologues libéraux (33%) qu'avec les autres professionnels (9% seulement avec le secteur de psychiatrie). Cependant, les frontières évoluent : il a pu être rapporté qu'un CHS avait réuni les psychologues libéraux de son territoire, ce qui aurait été inenvisageable il y a quelques années.

Enfin, les contacts entre secteur médico-social et professionnels de ville apparaissent ponctuels, et en diminution faute de disponibilité des psychiatres libéraux. A titre d'illustration, seule la moitié de ces professionnels connaît un SAMSAH⁵⁵.

23) Des obstacles multiples aux coopérations entre acteurs, dont le manque de culture partagée

Une partie des obstacles aux coopérations entre acteurs réside dans l'insuffisance de culture partagée, de langage commun entre acteurs pour décrire et définir les situations : il en va ainsi des notions de handicap psychique, de crise psychiatrique, de déficit. Le caractère comparable ou non des troubles du comportement des psychotiques et des personnes présentant une démence fait également l'objet de divergences entre les acteurs.

⁵³ Enquête PSY

⁵⁴ Enquête PSYCHO

⁵⁵ Enquête PSY

Une autre catégorie d'obstacles consiste en la possibilité de formaliser les coordinations (conventions) de manière lisible pour les partenaires (dans certains cas, le contenu des conventions varie d'un secteur à l'autre d'un même établissement de santé mentale), mais aussi de les faire vivre : certains établissements autorisés en psychiatrie ont pu faire état d'un manque de moyens humains et financiers pour honorer leurs conventions avec les secteurs médico-social et social.

Les filières présentent intrinsèquement des déficits : non intégration de la psychiatrie libérale, offre en proximité insuffisante ou absente (pédopsychiatrie libérale ou publique, dispositif de soin et/ ou d'hébergement en sortie d'hospitalisation, offre pour les adolescents hors hospitalisation...), échanges perfectibles entre acteurs de la filière (exemple entre psychiatres et psychologues, parfois au sein même de secteurs de psychiatrie).

Enfin, des marges de progrès ont été évoquées sur l'articulation entre acteurs de la filière en santé mentale, d'une part, et autres acteurs de l'offre de soins en milieu hospitalier (services MCO, urgences...) d'autre part.

24) Des attentes des acteurs vis-à-vis de l'ARS pour favoriser les coopérations

L'ARS a promu le développement de coopérations à travers différents leviers : impulsion de chartes de filières de soins en santé mentale (mises en place en Maine-et-Loire), organisation de formation des personnels des EHPAD sur les questions de santé mentale, soutien aux équipes mobiles de psychiatrie, dont certaines orientées vers le médico-social (personnes âgées et/ou handicapées, certains acteurs ayant la volonté de regrouper les équipes mobiles intervenant dans le champ médico-social compte tenu de problématiques similaires).

En ce qui concerne le conventionnement entre établissements autorisés en santé mentale et établissements médico-sociaux, l'ARS a pu avoir un rôle d'impulsion, par exemple dans le cadre des conventions tripartites des EHPAD. Ce conventionnement pourrait faciliter le transfert de certains patients hospitalisés en psychiatrie. Il a néanmoins pu être regretté que l'ARS manque de visibilité sur l'articulation entre psychiatrie et secteur médico-social. Les établissements médico-sociaux considèrent également la création d'équipes mobiles (promue par l'ARS) comme un progrès, diminuant le niveau d'appréhension lié à l'intervention de la psychiatrie publique dans leurs structures.

Les études de terrain ont révélé des organisations permettant de réunir la pluralité des professionnels (sanitaire, social, médico-social) concernés par des situations, plus ou moins ouvertes et plus ou moins structurées. Des attentes ont été formulées à l'égard de l'ARS pour favoriser l'émergence d'une organisation structurée pour coordonner les interventions, et garantir que cela se traduise par des actions concrètes.

Enfin, l'ARS peut avoir un rôle dans certaines des propositions avancées pour favoriser les filières de soins et d'accompagnement : par exemple, transférer des crédits non consommés dans le médico-social en raison de difficultés de recrutement de temps de psychiatres pour favoriser la création de tels temps de psychiatres, ou encore orienter le travail de la SRAE « qualité santé » pour qu'elle étende à la psychiatrie le travail sur l'évaluation des inadéquations qu'elle a réalisé dans le champ MCO.

1.1.6 La réponse de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est jugée encore incomplète et peu lisible en dépit des réalisations constatées

25) L'adaptation du secteur du handicap à un nouveau public : une mutation à achever

Les besoins en offre médico-sociale ont évolué sous l'effet d'une double impulsion : d'une part, la loi du 11 février 2005 identifie le handicap psychique et son accompagnement par le secteur médico-social et, d'autre

part, le développement de démarches inclusives, quel que soit le handicap, entraîne un besoin accru en services médico-sociaux.

Ces deux évolutions ont eu pour effet une modification des déficiences prises en charge dans les établissements médico-sociaux : davantage de personnes avec un handicap psychique et moins de déficients intellectuels. On relève aujourd'hui une proportion importante de personnes présentant un handicap psychique dans les MAS, FAM, ESAT et SAMSAH puisque, au moins dans un tiers des cas (ESAT) et au plus dans 61% des cas (FAM), ils représentent plus de 30% du public accueilli. Cette proportion varie selon le type de structures, et c'est dans les FAM qu'elle est le plus souvent élevée⁵⁶. Il convient néanmoins de préciser que le handicap psychique ne fait pas l'objet d'une définition univoque et partagée par les acteurs, nonobstant des travaux menés dans la région sous l'égide du Centre de Ressources sur le Handicap Psychique (CReHPsy⁵⁷). De plus, les répondants à l'enquête étant possiblement les plus concernés par la question du handicap psychique, le résultat constaté est peut-être surévalué.

L'ARS dispose de données sur le public accueilli à travers une diversité de sources : enquête nationale quadriennale « personnes handicapées », tableau de bord ANAP en cours de déploiement après une phase expérimentale et enquêtes « flash » qu'elle a mises en place. L'inclusion dans le tableau de bord ANAP d'un indicateur portant sur le nombre de personnes avec troubles psychiques, à titre principal ou associé, permet à l'ARS de suivre l'évolution du nombre de personnes concernées. Les résultats de l'enquête nationale quadriennale apportent des indications sur le type de problématiques présentées par les usagers des différentes structures médico-sociales.

Ainsi, en 2010, 3 452 adultes étaient pris en charge au titre de la pathologie « psychose infantile » et « autres psychoses » (respectivement 2 000 et 1 452).

- 1 286 étaient en ESAT,
- 966 en foyers occupationnels /foyers de vie,
- 222 en FAM, 147 en MAS,
- 332 en SAVS/SAMSAH.

Les deux tiers des gestionnaires du champ médico-social⁵⁸ en charge des adultes handicapés déclarent avoir adapté leur organisation et leurs pratiques pour l'accueil de personnes vivant avec un handicap psychique, suite à la parution de la loi du 11 février 2005. Pour certains établissements médico-sociaux, émanations de CHS, les handicapés psychiques constituent le public historique, et ils n'ont donc pas été confrontés à des enjeux d'adaptation, mais plutôt de diversification des réponses. Les principales adaptations évoquées concernent :

- La formation des personnels (dans 69% des cas, les gestionnaires mentionnent une formation des personnels sur le handicap psychique par les secteurs de psychiatrie intervenue depuis 2012) ;
- L'analyse de pratiques ou le soutien par un psychologue pour les équipes ou le public ;
- Le partenariat avec le secteur sanitaire (public ou libéral), le cas échéant formalisé par une convention⁵⁹ ;
- En ESAT : la proposition de temps partiel pour les travailleurs, avec création de section annexe ESAT le cas échéant ;
- L'adaptation des accompagnements, des activités et des espaces au public, la diversification des types de prise en charge.

Si la mutation du secteur médico-social est amorcée, des obstacles à sa transformation ont été identifiés. En premier lieu, le handicap psychique présente une spécificité : les besoins de la personne évoluent dans le temps de manière non linéaire et plus ou moins prévisible, impliquant des allers et retours entre

⁵⁶ **Enquête ESMS**

⁵⁷ Les travaux menés en Sarthe ont dégagé la définition suivante : « *difficulté à exercer des activités humaines dans son environnement de vie par une personne ayant ou ayant eu un problème de santé affectant le psychisme et se traduisant par une restriction de la participation sociale* »

⁵⁸ **Enquête ESMS**

⁵⁹ A noter que, sur ce point, l'ARS ne dispose pas d'une vision d'ensemble sur le conventionnement entre le champ médico-social et la psychiatrie

accompagnement médico-social, social et sanitaire, ce qui suppose pour les professionnels de s'adapter en permanence.

En second lieu, la question de l'accompagnement médico-social des personnes vivant avec un handicap psychique est rendue compliquée par une frontière encore floue entre les publics accueillis en MAS et les publics accueillis en FAM. En outre, le développement de services plutôt que d'établissements constitue une orientation forte de l'ARS, qui s'est traduit dans le champ du handicap psychique par la création de places de SAMSAH. Or, ceux-ci ne sont pas encore bien identifiés par les autres acteurs⁶⁰ (médecins généralistes, ou encore psychiatres libéraux dont seuls 50% connaissent un SAMSAH), et peuvent poser une question en termes d'aval (qui prend la suite si le SAMSAH cesse son accompagnement, lorsque la personne ne peut assurer elle-même la coordination de ses prises en charge, dans le cadre d'une rupture de parcours?). De plus, la juxtaposition de deux types de dispositifs à vocation proche, l'un dans le champ médico-social (SAMSAH), l'autre dans le champ sanitaire (interventions à domicile des secteurs) a pu interroger certains acteurs.

A l'inverse, la région compte des acteurs de terrain qui, pour certains, ont investi de manière très dynamique et novatrice l'inclusion des personnes : forte diversification de la réponse médico-sociale dans une optique d'insertion des personnes présentant un handicap psychique dans la cité, de développement de leur autonomie avec un appui aux professionnels « de droit commun » pour accompagner ce public.

26) Une offre médico-sociale orientée handicap psychique peu lisible et encore lacunaire

L'indisponibilité de lits d'hospitalisation complète est un écueil identifié à la fluidité des parcours. Outre l'effet de ciseau entre l'augmentation de la file active en psychiatrie et une offre en alternative qui n'a pas compensé la réduction des capacités d'hospitalisation complète (cf. constat 14), une partie des disponibilités est grevée par la présence au long cours de patients en hospitalisation complète, sans que leur état de santé justifie une telle prise en charge. Cette problématique des « inadéquations » souligne l'importance de développer une offre suffisante dans le champ médico-social pour les personnes présentant des handicaps psychiques.

La SAE comporte des données sur les personnes hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an⁶¹. La file active globale en psychiatrie générale a augmenté de 12 % entre 2010 et 2014, au niveau national comme en Pays de la Loire. Mais le nombre de ces personnes hospitalisées à temps plein depuis plus d'un an a diminué de 23% en région (de 815 en 2010 à 626 en 2014), contre une diminution de 10% au niveau national. En revanche, la part de ces personnes dans l'ensemble de la file active en psychiatrie générale a diminué dans la même proportion aux niveaux national et régional et se situe dans le même ordre de grandeur en 2014 (respectivement 0,8% et 0,7 % de la file active totale).

Le document de suivi statistique STATISS ne comporte de données spécifiques sur l'offre médico-sociale pour adultes handicapés psychiques que depuis 2014 ; il s'agit en outre de données incomplètes et imprécises, puisqu'elles ne concernent que les structures avec hébergement, sans indication du type d'établissement concerné. Il en ressort qu'au 1er janvier 2014, 1 389 places pour les personnes présentant une déficience psychique étaient recensées au niveau régional. Le taux d'équipement régional s'établit à 7,6 places pour 10 000 habitants de 20 à 59 ans (6,4 au niveau national), mais cette situation plutôt favorable est à relativiser compte tenu de taux très différenciés d'un département à l'autre : de 3,1 (Maine-et-Loire) à 11,1 (Sarthe). Plus généralement, l'offre médico-sociale sur le handicap psychique est jugée peu lisible : les arrêtés d'autorisation sont souvent imprécis sur le handicap psychique (les codes catégories « clientèle » FINESS sont de ce point de vue contraignants), et les MDPH ont des problèmes de requêtage pour identifier l'offre existante, le profil et les besoins des personnes. Des personnes handicapées psychiques peuvent ainsi être accompagnées par des dispositifs non fléchés. L'offre effectivement mobilisée ou susceptible de l'être pour des personnes avec handicap psychique est donc très probablement sous-évaluée.

⁶⁰ **Enquête MG et Enquête PSY**

⁶¹ Personnes présentes l'année précédente et hospitalisées plus de 292 jours dans l'année en cours ; toutes ne correspondent pas à des situations d'inadéquation justifiant d'une orientation dans le secteur médico-social.

Peu lisible, l'offre médico-sociale pour ce public est également jugée insuffisante. Les gestionnaires du champ médico-social⁶² trouvent en majorité insuffisant le nombre de places pour les personnes handicapées psychiques dans leur département (de 55% à 76% des réponses selon le type de structure). C'est pour les FAM (70% des répondants), et surtout pour les ESAT⁶³ (76%) que le constat de manque est le plus partagé. Il n'y a que pour les MAS que des répondants (5%) trouvent le nombre de places suffisant. Dans le cadre des études de terrain, il a été fait état de besoins en places de MAS, FAM ou foyers de vie (manque d'offre ou délais d'attente très longs, jusqu'à plusieurs années). Les services de l'ARS ont cependant engagé des travaux sur la fluidité des parcours (ex : travail sur les sorties d'ESAT pour permettre l'admission de jeunes en situation d'amendement Creton, réflexion sur des modes alternatifs d'habitat pour des personnes relativement autonomes...) et sur l'adaptation de l'offre (transformation de places enfants en places adultes pour un accompagnement adapté de ces jeunes adultes...).

Le besoin ressenti est celui de structures médico-sociales adaptées pour prendre en charge des personnes ne relevant pas ou plus d'une hospitalisation complète en psychiatrie, mais dont l'autonomie est chroniquement trop faible pour envisager un logement autonome, avec ou sans accompagnement. Le manque de capacités est à regarder sous l'angle de structures qui, de manière autonome ou avec un étayage suffisant de la psychiatrie, aient la capacité de prendre en charge des situations accompagnées de violence, notamment.

Ainsi, même dans les territoires où le taux d'équipement en structures médico-sociales est jugé correct, des problèmes de fluidité se rencontrent en sortie d'hospitalisation faute d'une offre adaptée, avec comme possible conséquence des échecs d'intégration dans le médico-social, suivis d'un retour en hospitalisation psychiatrique. S'agissant des SAMSAH, ils sont souvent saturés (des délais d'attente de 3 mois ont pu être signalés - mais ce n'est pas une généralité car certains sont sous-utilisés⁶⁴). Ils ne couvrent pas tout le territoire régional et, souvent, les conseils départementaux ne souhaitent pas que se créent des SAMSAH spécialisés pour le handicap psychique, considérant que c'est une problématique qui relève du champ sanitaire. Il n'y a pas de SAMSAH porté par un établissement autorisé en psychiatrie dans la région.

Enfin, certains besoins plus spécifiques ne sont pas couverts : manque d'offre de répit pour les familles de jeunes présentant des troubles majeurs du comportement qui contrarient leur accès ou leur maintien dans des structures médico-sociales, et dont la présence au domicile a pour conséquence un épuisement des familles (cependant, l'ARS à l'examen des comptes administratifs 2014 a constaté que près de 50% des places d'accueil temporaire, adultes et enfants, n'étaient pas occupées et a initié un plan d'actions en 2015); manque d'offre pour les personnes handicapées psychiques vieillissantes (des perspectives sont cependant envisagées dans le cadre du plan d'actions régional sur les personnes handicapées vieillissantes élaboré en 2015).

27) Des conversions sanitaire/médico-social impulsées par l'ARS plutôt décevantes

Une enquête réalisée par l'ARS en 2012 auprès des établissements de santé spécialisés avait identifié 288 personnes hospitalisées disposant d'une orientation médico-sociale handicap (MAS, FAM, foyer de vie) ou un projet d'autre orientation (EHPAD, maison-relais ou résidence-accueil).

A partir de ce constat, l'ARS a lancé fin 2013 un appel à projets relatif à la création de dispositifs médico-sociaux adaptés par conversion d'une activité sanitaire, dont le cahier des charges était destiné à laisser place à l'innovation et encourager les initiatives. Cette opération apparaît dans le PRIAC sur la période 2013-2016, sans indications de volume ou de localisation des opérations concernées.

Le bilan de cet appel à projets est jugé plutôt mitigé : un nombre de dossiers retenus assez faible (4 projets), deux seulement ayant abouti (dont une opération qui aurait vu le jour avec ou sans appel à projets, semble-t-il), deux situations pour lesquelles, nonobstant un besoin attesté de résoudre des inadéquations de prise en charge en psychiatrie, l'appel à projets n'avait pas encore permis de faire émerger une solution. Le recours à

⁶² **Enquête ESMS**

⁶³ Dans les ESAT, au-delà de l'aspect capacitaire, l'inadéquation des activités proposées pour des personnes présentant des troubles psychiques sans trouble cognitif est une difficulté qui a pu être soulevée.

⁶⁴ Constat sur l'un des terrains étudié

L'outil d'appel à projets pour répondre à cet enjeu est contesté (une majorité d'établissements de santé pense que la méthode d'appel à projets n'est pas un outil adapté⁶⁵) : un dialogue direct de l'ARS avec les établissements concernés serait souhaitable dans le cadre notamment des CPOM, d'autant plus s'il y a un schéma départemental voire régional fixant les orientations de coopération entre établissements de santé et établissements médico-sociaux. En effet, les dossiers reçus dans le cadre de l'appel à projets interrogent l'articulation nécessaire entre la psychiatrie et le médico-social (équipes mobiles, conventions, plateforme handicap d'orientation et d'évaluation).

Quelle que soit la méthode, des obstacles aux opérations de reconversions sanitaires sont identifiés : la nécessité de financements des conseils départementaux pour des conversions de capacités sanitaires en FAM et foyers de vie, la réticence de certains établissements de santé face au taux de conversion demandé dans le cadre des transformations, ou encore le fait qu'il y a encore beaucoup de patients hospitalisés au long cours que les structures médico-sociales ne veulent pas accueillir (ex. schizophrènes dissociés avec déficit intellectuel).

Le renouvellement de l'enquête faite en 2012 est programmé dans le PRIAC pour 2014-2016. D'ores et déjà, les éléments recueillis dans le cadre de l'évaluation révèlent qu'il y a toujours un potentiel de reconversion sanitaire : un nombre toujours important de personnes présentant une durée de séjour de plus de 292 jours dans les établissements autorisés en psychiatrie, deux tiers des établissements concernés⁶⁶ considérant que des personnes hospitalisées à temps plein relèveraient d'une prise en charge en EHPAD. Tous les établissements considèrent par ailleurs qu'ils accueillent des personnes relevant d'hébergements sociaux.

28) Des réalisations modifiant l'offre médico-sociale soulignées dans le cadre de l'évaluation

Le PRIAC comporte une action spécifique en matière de handicap psychique. Rappelant le renforcement de l'offre issu du plan national « psychiatrie - santé mentale », il précise que la prévalence du handicap psychique amène à poursuivre le développement de l'offre dans une logique de proximité et de réduction des inégalités territoriales, en promouvant l'innovation et l'inclusion en milieu ordinaire, et en améliorant la prévention des situations de crise et la réponse aux situations urgentes. Cette orientation est déclinée dans les actions du PRIAC concernant l'adaptation de l'offre d'accompagnement institutionnel aux besoins des publics accueillis (sujet des « inadéquations »), le développement de l'offre de services (SAMSAH), l'accès à l'expertise dans le secteur médico-social (SRAE « handicap psychique ») et à la réduction des inégalités d'équipement entre territoires. Ces axes de travail n'ont pas été modifiés entre la première version du PRIAC (mars 2012) et la version la plus récente (juin 2015).

Selon ce dernier document, l'évolution de l'offre spécifiquement dédiée aux adultes handicapés psychiques a consisté principalement en création de places de SAMSAH pour personnes handicapées psychiques.

70 places en tout se sont ajoutées aux 137 répertoriées en juin 2011⁶⁷ :

- 15 places en Sarthe en 2013,
- 25 places en Loire-Atlantique en 2014,
- 30 places en Maine-et-Loire⁶⁸ programmées pour 2015.

21 places de FAM dédiées ont également été mises en place en Vendée (11 par reconversion en 2013 et 10 par création en 2014).

⁶⁵ **Enquête ES PSY**

⁶⁶ **Enquête ES PSY**

⁶⁷ *Source* : Document interne ARS sur l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées en 2012

⁶⁸ Finalement, à la demande du conseil départemental 49, ces places n'ont pas été fléchées handicap psychique mais sont tout public

Au 25 novembre 2015⁶⁹, les capacités en places de SAMSAH pour ce public sont réparties comme suit dans la région :

- 14 % en Loire-Atlantique,
- 17% en Maine-et-Loire,
- 31% en Mayenne,
- 31% en Sarthe,
- 7% en Vendée.

En ce qui concerne les places d'ESAT, les données inscrites dans FINESS au 25 novembre 2015 ne permettent pas de disposer d'une vision précise : certains ESAT ont une catégorie de public « déficience du psychisme », mais en regard une capacité autorisée égale à 0. Sous cette réserve, la région compte 14 ESAT autorisés pour l'accompagnement de personnes présentant une déficience du psychisme, dont 6 exclusivement pour ce public (2 en Loire-Atlantique et 1 dans chacun des autres départements de la région). Un moratoire est actuellement en cours ne permettant plus de création de places d'ESAT.

S'agissant des FAM et MAS, la comparaison entre les données de juin 2011 (document ARS assis sur une extraction FINESS) et les données FINESS de novembre 2015 permet d'identifier l'augmentation nette au niveau régional de 12 places de MAS et 32 places de FAM pour les publics « déficience du psychisme » et « déficience grave du psychisme » (hors déficiences liées à une lésion cérébrale).

Outre ces créations de places et de dispositifs, on peut mentionner la création d'un établissement médico-social multiservices expérimental dans le cadre de l'appel à projets de reconversion sanitaire, en Vendée, mais aussi le développement, dans le champ social, de résidences accueil depuis 2006 – structures qui doivent obligatoirement conventionner avec la psychiatrie.

Enfin, des projets et propositions ont été évoqués, parmi lesquels la création d'une plateforme handicap psychique d'intégration des parcours pour les cas complexes.

29) La création d'un CReHPsy en région : une source d'interrogations à lever

Le CReHPsy, en cours de formalisation, a vocation à devenir pour l'ARS une « SRAE » (Structure Régionale d'Appui et d'Expertise), avec une double mission de centre ressources et d'appui sur les cas complexes, à travers chacun de ses 4 objectifs : animation du réseau d'acteurs, qualité des pratiques professionnelles, expertise et recours, information et communication. Il n'a pas vocation à être effecteur, à intervenir sur les situations individuelles, et conçoit son travail comme une interface entre le sanitaire et le médico-social, en lien étroit avec les usagers et les familles, qui définissent leurs besoins et sont considérés comme de vrais experts.

Il ressort des investigations que le positionnement du CReHPsy parmi les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux reste encore à préciser, même s'il a été rapporté qu'il constituait un lieu unique et régulier d'échanges et de partages de pratiques et d'expériences dans la région.

C'est une SRAE atypique par la taille et la composition de l'équipe, comparée aux autres SRAE de la région.

C'est également un outil récent dont les objectifs sont mal identifiés par certains acteurs. Les établissements et services médico-sociaux en ont une connaissance moyenne (seuls 41% des gestionnaires du champ médico-social déclarent connaître ses missions⁷⁰), d'autant qu'ils n'ont pas l'habitude de faire appel à un centre ressources. De même, certains psychiatres ne connaissent le CReHPsy que de nom. Par ailleurs, il ne s'implante pas encore dans tous les départements de la région, et est parfois considéré comme une structure du Maine-et-Loire plus que comme un dispositif régional. La dynamique mise en place depuis plusieurs mois et la création d'une association support pourraient considérablement faire évoluer cette représentation. La lisibilité de ses missions est également dépendante de la lisibilité de la politique régionale en santé mentale,

⁶⁹ Source : FINESS

⁷⁰ Enquête ESMS

dont il est un outil de déploiement ; or, celle-ci ne s'est précisée que progressivement (cf. constat 8). Le concept et les pratiques en matière de rétablissement et d'inclusion sociale en psychiatrie manquent de reconnaissance selon le CReHPsy.

L'évolution des missions du CReHPsy, ou leur mise en œuvre, font redouter à une partie des acteurs qu'il ne sorte de son rôle d'information, de conseil et d'expertise pour mener des actions qui pourraient s'inscrire en doublon avec des organisations de terrain, par exemple sur le thème de la constitution d'équipes territoriales de ressources. Le CReHPsy indique cependant qu'il peut s'agir pour lui de contribuer à leur promotion et en aucun cas de les créer en se substituant aux professionnels du territoire.

Le positionnement d'expert en psychiatrie se heurte à une particularité de cette discipline, dont il a pu être dit qu'elle ne connaît pas une hiérarchisation des expertises et des pratiques comme il en existe en médecine somatique – question de la définition d'un enseignement universitaire en psychiatrie. Des travaux de la Haute Autorité de Santé ou du Centre de Preuves en psychiatrie et en santé mentale n'en sont pas moins en cours sur la validation des pratiques en santé mentale. Pour autant, le CReHPsy ne revendique nullement une qualité d'expert mais entend se situer davantage dans l'esprit de favoriser le partage et la diffusion des différentes expertises existantes.

Les acteurs sont favorables à une structure pour l'aide au montage de formations et l'échanges de pratiques, mais il a pu être regretté que le CReHPsy n'intègre pas assez les psychiatres. Le CReHPsy, en tous cas, sait être attendu sur le développement d'outils. Il y a également des attentes des acteurs sur une meilleure lisibilité de l'offre en accompagnement médico-social.

1.2 Comment l'évolution de l'offre de soins et d'accompagnement ainsi que des pratiques professionnelles a-t-elle été rendue visible et lisible auprès de la population générale et des professionnels de santé, du social et du médico-social ?

Réponse à la sous-question évaluative :

La communication en santé mentale auprès du grand public, malgré les initiatives nombreuses des acteurs, avec le soutien plus ou moins affirmé de l'ARS, reste difficile. Elle s'adresse le plus souvent à un public déjà averti. La communication de l'ARS vis-à-vis des acteurs a commencé à se structurer à tous les niveaux territoriaux, mais les professionnels de santé libéraux sont peu associés et l'absence de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs demeure.

Objectifs du PRS

Axe 6 du SROS : volet psychiatrie

- Organiser des filières territoriales lisibles pour la prise en charge des urgences psychiatriques, avec une orientation protocolisée des patients

1.2.1 La population générale est très peu informée sur l'offre en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions, en dépit d'actions de communications impliquant ou non l'ARS

30) Des initiatives de communication vers le grand public identifiées, impliquant ou non l'ARS

En matière de déstigmatisation, il a été indiqué que l'accès à la psychiatrie avait tendance à se banaliser (et davantage encore le recours aux psychologues), même si ce constat peut être relativisé : 47% des médecins généralistes identifient la réticence même des patients comme l'un des freins à l'adressage en psychiatrie de patients dépressifs ; certains médecins évoquent également l'image du CHS auprès du patient et de sa

famille⁷¹. En tout état de cause, un important travail reste à faire sur le regard que la population porte sur les malades.

Les objectifs en matière de communication par l'ARS n'ont pas été clairement posés depuis 2012, en dehors des actions de lutte contre le suicide.

La principale réalisation de l'ARS en matière de communication large sur l'offre en santé mentale, avec le concours de la MSA, est un annuaire des acteurs de la lutte contre le suicide pour permettre aux professionnels et au public de mieux connaître l'offre en santé mentale. Dans les faits, ce document est peu connu des professionnels de santé mentale exerçant en libéral : la plupart des psychiatres libéraux et les trois quarts des psychologues libéraux ne connaissent pas ce guide. Le guide réalisé par l'ARS sur les majeurs protégés est également peu connu des psychiatres libéraux⁷². Prévue par le PRS, la plateforme d'information sur la santé n'est pas encore opérationnelle sur le site Internet de l'ARS. Un projet de cartographie en psychiatrie a été lancé au sein de l'ARS mais n'est pas encore finalisé.

Des guides de repérage des acteurs ont pu être élaborés plus localement par un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM), à destination du grand public, un site Internet pour ce CLSM ayant également été financé dans le cadre du CLS.

La Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM) est investie de manière variable selon les territoires de santé par les délégations territoriales de l'ARS : pas d'intervention, simple relais d'informations sur l'événement, implication au sein du comité de pilotage, incitation au partenariat, financement d'actions, apport de lisibilité... La SISM est une occasion pour les acteurs de communiquer sur leurs prestations et éventuellement les nouveautés dans leur organisation.

La SISM est considérée comme un moment fort de l'année pour les acteurs au sens large, les usagers et leurs familles, avec une dynamique régionale réelle et une implication forte des acteurs permettant de nombreuses actions diversifiées. S'il n'y a pas eu d'évaluation régionale de l'impact de la mise en œuvre en région des campagnes nationales d'information (SISM, Journée Nationale de Prévention du Suicide), il ressort d'un bilan national de la SISM 2014 que les Pays de la Loire sont l'une des trois régions où le plus grand nombre d'événements ont été déclarés. Les limites identifiées de l'exercice sont liées à l'investissement important qu'il implique, au fait que tous les acteurs concernés n'y participent pas (même si les établissements de santé commencent à s'y impliquer) et, surtout, à la difficulté à toucher le grand public. Cela n'est pas spécifique à la région : le bilan national de la SISM 2014 précise que « *le public présent est principalement composé d'usagers, de proches et de professionnels de la santé mentale* ». Ainsi, des deux objectifs des SISM (échanges entre acteurs et déstigmatisation de la maladie psychiatrique), seul le premier est considéré comme atteint (avec une appréciation très positive), et il a pu être jugé que l'objectif de déstigmatisation de la SISM était peut-être trop ambitieux. Ce constat n'est pas propre à la SISM : ainsi, les débats publics organisés en région début 2014, dans le cadre de la stratégie nationale de santé, portaient pour deux d'entre eux sur la santé mentale. Si la participation à l'un de ces événements a pu être importante (150 personnes), le public était essentiellement constitué de personnes déjà sensibilisées (professionnels, bénévoles...), et le public qui peut avoir peur des maladies mentales n'était pas présent.

Parmi les autres moyens de communication vers le grand public, dans une visée de déstigmatisation ou de lisibilité de l'offre, ont pu être évoqués la formation des équipes au contact du public (mairies, police...), des partenariats entre hôpital, structures sociales, représentants des usagers et familles et associations médico-sociales spécialisées, ou encore les sites Internet des établissements de santé autorisés en psychiatrie (12 des 13 établissements concernés en ont un), qui permettent le plus souvent de repérer le secteur dont relève une personne. A l'inverse, il apparaît que les salles d'attente des médecins généralistes comportent généralement peu d'informations sur la psychiatrie et la santé mentale.

⁷¹ **Enquête MG** et Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011) – même pourcentage retrouvé

⁷² **Enquêtes PSY et PSYCHO**

31) Une connaissance de l'offre en psychiatrie généralement faible dans la population générale

Les trois quarts des établissements concernés⁷³ pensent que l'offre en psychiatrie portée par les différents établissements de santé est assez difficilement ou pas du tout lisible pour la population. En particulier, il est parfois jugé malaisé pour les usagers de repérer le secteur de psychiatrie dont ils relèvent.

Les manifestations organisées sur les questions de santé mentale attirent principalement les personnes concernées, et très peu le grand public (cf. constat 30).

Moins de la moitié des établissements autorisés en psychiatrie a développé une maison des usagers, qui pourrait être un vecteur d'information sur l'offre en santé mentale. En outre, certaines limites de ces dispositifs ont été évoquées : difficulté de mêler familles et patients dans certains cas, usure des bénévoles qui interviennent, mais aussi impact du développement de l'ambulatoire, qui diminue les occasions de contact avec les maisons des usagers.

Enfin, pour les personnes concernées, il a pu être mentionné que la communication de la psychiatrie portait trop sur la prévention et pas assez sur le suivi de pathologies chroniques.

1.2.2 Si l'ARS a déployé une pluralité d'initiatives pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux, il n'existe pas de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs

32) Une pluralité d'initiatives de l'ARS pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux

La politique de l'ARS en matière de santé mentale est plutôt méconnue des acteurs de terrain. Seuls 2 établissements de santé autorisés en psychiatrie sur 8 répondants⁷⁴ déclarent très bien connaître les objectifs du PRS en la matière, les principales sources d'information qu'ils mentionnent étant la lecture du PRS et la participation aux conférences de territoire. Pour ces établissements, les objectifs de la politique régionale en matière de psychiatrie et santé mentale ne se démarquent pas des objectifs nationaux. S'il existe un léger décalage entre les objectifs régionaux et ceux des projets médicaux dans la plupart de ces établissements, les objectifs du PRS constituent néanmoins un cadre pour ajuster les objectifs de l'établissement dans le cadre des revues annuelles des contrats avec l'ARS. Si le dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements a pu être jugé peu adapté à la psychiatrie, cela commence à s'améliorer.

Selon que l'on soit membre ou partenaire de l'ARS, la perception des principales réalisations par l'ARS (au moins deux réponses) en psychiatrie, classées par ordre décroissant ne diffèrent que légèrement :

- En interne ARS : création des services de soins de particulière intensité à domicile, conversions sanitaires, CLS/CLSM , création d'équipes mobiles, articulation psychiatrie/établissements médico-sociaux ;
- Pour les partenaires de l'ARS : travail sur des filières en santé mentale avec conventionnement psychiatrie/établissements médico-sociaux, création d'équipes mobiles, création du CReHPsy, création des CLS, création des conseils départementaux de santé mentale, création des services de soins de particulière intensité à domicile, formation des acteurs locaux, travaux sur l'accès au logement, création des GEM, soutien des maisons des adolescents ;
- En commun : création des CLS, création d'équipes mobiles, articulation psychiatrie/établissements médico-sociaux, création des services de soins de particulière intensité à domicile.

Plus spécifiquement, peu de professionnels de santé mentale de ville connaissent les projets de l'ARS et sont en contact avec elle : 69% des psychiatres libéraux n'ont ni contact avec l'ARS, ni connaissance de ses projets⁷⁵, et la quasi-totalité des psychologues libéraux n'a aucun contact avec l'ARS⁷⁶. Cette

⁷³ Enquête ES PSY

⁷⁴ Enquête ES PSY

⁷⁵ Enquête PSY

méconnaissance peut être reliée aux difficultés de l'ARS de communiquer avec ces professions. Les psychiatres et psychologues libéraux n'ont pas de représentation structurée. L'ARS ne dispose pas d'une liste de diffusion auprès des psychiatres et psychologues libéraux pour communiquer avec eux de manière ciblée.

L'ARS a cependant pris une pluralité d'initiatives pour communiquer vers les acteurs et favoriser les échanges entre eux : contrats locaux de santé, promotion de la mise en place d'instances ou interventions dans leur cadre (Conseils Locaux de Santé Mentale, Conseils Départementaux de Santé Mentale ou groupes de travail *ad hoc* des conférences de territoire), mise en place du CReHPsy, organisation de colloques, élaboration et diffusion d'outils (guides, annuaires), organisation ou promotion de formations pluriprofessionnelles, participation à la SISM...

En matière d'outils, l'ARS a élaboré un annuaire des acteurs de la lutte contre le suicide (avec la MSA), a collaboré à un guide pratique pour le suivi des handicapés psychiques majeurs sous protection judiciaire, et publie deux guides sur les soins sans consentement (l'un général, l'autre spécifiquement à l'attention des Maires). Ces outils ne sont pas connus et utilisés par tous les professionnels de santé.

La formation apparaît comme une piste pour sensibiliser le grand public sur les questions de santé mentale, indirectement, en instruisant les personnels qui sont à son contact : personnels municipaux, police, gardiens d'immeubles... L'ouverture pluri-professionnelle des formations favorise l'inter-connaissance entre acteurs, et peut ouvrir la voie à des échanges ultérieurs. Initiées avant l'ARS mais poursuivies par elle, les formations pluri-professionnelles au repérage de la crise suicidaire sont une action généralement bien identifiée par les acteurs, dans une pluralité de champs (sanitaire, médico-social, social, milieu pénitentiaire). Un intérêt marqué a pu être formulé pour ces actions, y compris par l'étonnement qu'a suscité leur suspension temporaire sur un territoire donné. Des formations plus spécifiques sur la dépression et le suicide ont été mises en place par l'ARS, auprès des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes) en lien avec le dispositif de formation médicale continue, et auprès des EHPAD et SSIAD en lien avec le gérontopôle. L'investissement de l'ARS dans les actions de formation est semble-t-il d'autant mieux perçu que les contraintes budgétaires et de ressources humaines de certains partenaires ont tendance à peser sur les formations de leurs personnels.

Enfin, l'ARS a, depuis sa création, organisé ou accompagné plusieurs manifestations publiques relatives à la santé mentale : des colloques annuels sur le suicide depuis 2013, un colloque sur les parcours en santé mentale en mars 2014, des débats publics concernant (exclusivement ou non) la santé mentale dans le cadre de la stratégie nationale de santé. Enfin, des conférences-débats sur le risque suicidaire et la dépression ont été organisées dans chaque département par le gérontopôle à la demande de l'ARS, à destination des médecins généralistes, psychiatres et gériatres. La participation du personnel des établissements médico-sociaux pour adultes handicapés à des colloques ou journées régionales sur le handicap psychique depuis 2012 est déclarée par 50% des gestionnaires de ces établissements⁷⁷.

33) Des échanges entre acteurs déployés sur le terrain, mais pouvant encore buter sur le partage d'informations

Le dynamisme des acteurs locaux et leur volonté de se rencontrer sont suggérés par la fréquence des colloques sur la psychiatrie (à portée régionale ou nationale) qu'ils ont organisés ces dernières années. Sans visée d'exhaustivité, peuvent être évoqués : la journée organisée par la FNARS sur la place de la santé mentale au sein du dispositif national d'accueil (2012), le colloque de l'ARIFTS sur santé mentale et précarité (2013), les journées nationales des CLSM (2014), le congrès de Rehab (2014), la rencontre régionale FHF/ADESM des acteurs et des partenaires de la psychiatrie publique (2015).

Au-delà de ces manifestations, sur le terrain, des modalités variées d'échanges ont été observées ou évoquées : organisation de réunions de synthèse (dont les participants varient d'un terrain à l'autre, ainsi que l'objet : situations complexes, ruptures de parcours, maintien dans le logement), échanges de pratiques entre

⁷⁶ Enquête PSYCHO

⁷⁷ Enquête ESMS

professionnels, rencontres dans le cadre de Conseils Locaux de Santé Mentale, échanges bilatéraux entre professionnels...

Les investigations ont permis de documenter le niveau d'échanges et de partage entre les différentes catégories d'acteurs. Ainsi, en ce qui concerne leur coopération avec les dispositifs sociaux et médico-sociaux, le degré de satisfaction des médecins généralistes est assez modéré (de 31 à 44% de médecins généralistes mécontents ou insatisfaits)⁷⁸. Les gestionnaires de dispositifs médico-sociaux déclarent des échanges de pratiques sur l'accompagnement des personnes vivant avec un handicap psychique de leurs personnels avec les professionnels de la psychiatrie (parfois dans 59% des cas, régulièrement dans 31% des cas), avec d'autres professionnels du médico-social (parfois dans 54% des cas, régulièrement dans 21% des cas), mais plus rarement avec des professionnels du champ social (jamais ou parfois dans 73% des cas, régulièrement ou souvent dans 27% des cas)⁷⁹. Ont également été évoqués des échanges avec des centres ressources, des associations spécialisées, des services mandataires... Les psychologues libéraux, quant à eux, ont très peu d'échanges de pratiques ou de formations communes avec les psychiatres libéraux et les secteurs de psychiatrie⁸⁰.

Les obstacles aux échanges qui ont été identifiés concernent principalement le partage des informations. La question du secret médical est abordée de manière diversifiée selon les lieux et selon les acteurs non médicaux concernés. Dans certains cas, des informations sont transmises sous forme de conseils ou d'explications, sans que le secret médical soit violé pour autant, dans d'autres cas le secret médical est opposé avec une certaine rigueur. D'une manière générale, des aménagements sont trouvés pour que l'échange d'informations utiles à l'accompagnement par les professionnels non médicaux puisse se faire, sans violation du secret médical et avec une vigilance sur l'accord du patient. Certains partenaires de la psychiatrie considèrent également ce secret comme une protection pour l'utilisateur. Des questions éthiques se posent également aux associations dont le fonctionnement repose sur la confidentialité, sauf pour les situations de danger.

En ce qui concerne les modalités des échanges, il est relevé que la communication écrite est plutôt marginale : au travers des terrains étudiés, les échanges d'informations apparaissent être davantage oraux dans le cadre de réunions de synthèse ou d'échanges téléphoniques. Les causes identifiées tiennent à des modalités de travail de certains professionnels (ex. psychologues), au manque de supports plus souples que le courrier papier pour l'échange d'informations (base permettant de connaître les antécédents des patients, messagerie sécurisée, DMP, annuaires des acteurs...), ou encore aux risques d'incompréhension de certains termes pouvant avoir un sens distinct dans le langage courant (psychose, par exemple) appelant à la vigilance dans la rédaction des écrits.

La communication de la psychiatrie (et notamment des psychiatres) est encore peu spontanée : les autres acteurs ont peu d'informations sauf à prendre l'initiative du contact. Parmi les freins à l'adressage de patients dépressifs, nombre de médecins mettent en avant l'absence de retour d'informations de la part de la psychiatrie (78% contre 55% lors de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011)⁸¹. Une prise de conscience a pu être observée parmi les acteurs de la psychiatrie publique, avec une volonté d'améliorer les pratiques (courriers de sortie...). Dans les terrains étudiés, un manque de retour des psychiatres libéraux vers les médecins généralistes a aussi pu être évoqué.

Dans un autre registre, le manque de disponibilité des acteurs, particulièrement des professionnels libéraux, pour participer aux rencontres, réunions de synthèse... constitue un frein aux échanges, et ce d'autant plus que les structures d'échanges et de rencontre se multiplient, avec un sentiment de doublons (ex. conseils locaux en santé mentale, conseils départementaux de santé mentale...) et d'opérationnalité insuffisante de certains travaux.

⁷⁸ **Enquête MG**

⁷⁹ **Enquête ESMS**

⁸⁰ **Enquête PSYCHO**

⁸¹ **Enquête MG** et Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011)

34) Une place inégale et incertaine de la psychiatrie dans les coopérations inter-hospitalières

Les coopérations inter-hospitalières constituent un cadre possible pour l'échange entre acteurs (entre acteurs de la psychiatrie, mais aussi avec les acteurs des autres disciplines médicales).

Conformément à la législation, les deux syndicats inter-hospitaliers en santé mentale ont été dissous en Loire-Atlantique et en Mayenne au début 2015, les activités étant reprises sous d'autres formes.

En l'état, la place de la psychiatrie dans les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) est inégale : la CHT de Loire-Atlantique n'a pas intégré les deux établissements psychiatriques, alors que les autres CHT de la région (Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée) ont intégré dans leur programme de travail la santé mentale et, parmi leurs membres, les établissements psychiatriques. Les actions ont surtout porté sur des partages de postes, sur des projets de télémédecine et pour la Vendée sur la consolidation du parcours patient, en articulant notamment les protocoles de bonnes pratiques des secteurs sanitaire et médico-social. Même lorsque les CHT incluent la santé mentale, sa visibilité n'apparaît pas clairement : certains acteurs rencontrés ont indiqué que la CHT n'intégrait pas la psychiatrie, alors que c'est théoriquement le cas. Enfin, il a pu être regretté que les CHT n'intègrent pas les établissements privés de santé mentale.

Dans l'attente du cadre que les textes d'application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé doivent fixer, la place de la psychiatrie dans les futures Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) fait débat. Les observations de terrain ont mis en lumière les liens forts entre la question des CHT/GHT et les questions d'articulations entre la psychiatrie et les disciplines somatiques, d'une part, les questions relatives à l'intersectorialité, d'autre part.

Les arguments et positions qui ont pu être exprimés sur la place de la psychiatrie dans les futures GHT sont les suivants :

- Un GHT spécifique à la psychiatrie accentuerait les séparations entre disciplines somatiques et psychiatrie, alors qu'une logique de parcours du patient plaide au contraire pour une synergie accrue des deux champs ; certains sujets se prêtent particulièrement à l'articulation entre disciplines somatiques et psychiatrie : équipes de liaison, coopération avec le secteur médico-social, hospitalisations psychiatriques en médecine ;
- L'intégration de la psychiatrie dans un GHT généraliste fait craindre que ces questions ne soient pas assez portées, soient moins prioritaires que des questions d'équipement lourd ou autres sujets concernant les disciplines somatiques ;
- La création d'un GHT spécifique en psychiatrie permettrait de favoriser (ou rétablir) les réflexions et démarches intersectorielles en psychiatrie que l'évolution des structures a pu fragiliser ;
- Un GHT psychiatrique permettrait d'affirmer la spécificité de la discipline et en particulier ses liens forts avec le secteur médico-social ; de fait, l'organisation actuelle des CHT n'inclut pas le champ médico-social et a pu être considéré comme un facteur de cloisonnement, leur gouvernance excluant de fait la psychiatrie privée et le secteur médico-social ;
- Il faudrait à la fois un GHT psychiatrique et une participation de la psychiatrie à un GHT général avec les services somatiques ;
- Il ne faut pas de GHT psychiatrique, mais un volet spécifique psychiatrie dans le projet médical de chaque GHT, avec un maillage valable pour tous les établissements sanitaires, psychiatriques et médico-sociaux.

35) Un groupe dédié à la santé mentale créé par la CRSA, mais des incompréhensions entre l'ARS et la CRSA sur son rôle

Dès juin 2012, la CRSA des Pays de la Loire a créé en son sein un groupe de travail permanent « psychiatrie et santé mentale ». Il s'inscrit en miroir du groupe projet transversal de l'ARS « qualité de vie des personnes vivant avec des troubles et/ou un handicap psychique », et en application du Plan Psychiatrie Santé Mentale

qui prévoyait, au sein d'un fonctionnement en 3 échelons, une commission régionale de concertation avec les usagers, les professionnels et les élus pour le suivi des politiques de psychiatrie et de santé mentale, qui peut être une sous-commission de la CRSA.

Il est constitué de professionnels et d'associatifs des champs sanitaire, médico-social et social, intégrant l'addictologie et l'autisme, et ouvert à des acteurs qui ne sont pas membres de la CRSA. L'ARS est invitée aux travaux de ce groupe.

La mise en place de ce groupe de travail est un levier plébiscité pour promouvoir les spécificités de la psychiatrie, favoriser les échanges entre les divers acteurs ainsi qu'avec l'ARS.

Néanmoins, il y a un malentendu entre l'ARS et la CRSA sur la fonction de ce groupe. Du point de vue de la CRSA, il a pour missions d'une part, de participer à la mise en conformité du PRS avec le Plan Psychiatrie Santé Mentale (ce que recommande ce plan) et d'autre part, de veiller et contribuer à l'application des principes du PRS dans le champ de la psychiatrie. Il peut également se saisir de problématiques d'actualité. Ses travaux ont porté notamment sur l'élaboration de deux recommandations (urgences, addiction), l'appel à projets de l'ARS sur les conversions sanitaires et la stratégie nationale de santé. L'ARS attendait de ce groupe qu'il soit une courroie de transmission d'informations entre l'ARS et les acteurs de terrain. C'est une fonction qu'il remplit peu, d'une part parce qu'il ne comprend pas toujours la stratégie de l'ARS en matière de santé mentale et, d'autre part, parce qu'en logique de démocratie sanitaire, la CRSA émet des avis et n'est pas obligée d'être en accord avec la politique de l'ARS (ce qu'assumer le relais vers le terrain pourrait laisser supposer). Réciproquement, s'il est admis qu'il est de la responsabilité de l'ARS de s'emparer ou non des avis de la CRSA, il a pu être déploré que cette dernière n'ait pas de retour de l'ARS sur les suites qui leur sont données.

1.2.3 L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont peu connues des médecins de premier recours, qui en sont peu informés

36) Des professionnels libéraux peu informés des évolutions de l'offre en psychiatrie

Plus des deux tiers des médecins généralistes déclarent n'être pas informés des modifications locales de l'offre de soins et d'accompagnement social. Leur information sur l'offre locale se fait principalement par le secteur de psychiatrie, par les patients eux-mêmes ou par des professionnels exerçant en cabinet. Ils sont très peu informés par l'ARS ou par la formation médicale continue, recherchent rarement l'information sur Internet et consultent très peu les documents de référence. A ce titre, plus des trois quarts des médecins généralistes ne connaissent pas l'existence du PRS ; les médecins généralistes connaissent peu les guides régionaux (annuaire suicide, guide majeurs protégés) et aucun ne les utilise. Seul un quart des médecins généralistes connaissent un SAMSAH dans leur zone d'exercice, et moins encore connaissent un GEM⁸².

L'offre hospitalière peut être en général bien identifiée par les médecins généralistes, mais elle nécessite parfois d'être facilitée par la mise en place d'un annuaire de correspondants (pour un contact direct avec des médecins)⁸³.

Un tiers des médecins généralistes considère que la difficulté d'identifier le CMP dont relève le patient constitue un frein à l'adressage de patients dépressifs⁸⁴. Ce frein n'apparaît cependant pas comme le plus déterminant : le sont bien davantage le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous (cf. constat 3), le manque de collaboration avec le CMP (67% contre 51% lors de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011), ou encore la réticence du patient (évoquée par la moitié des praticiens). Même si cela est plus marginal, le

⁸² **Enquête MG**

⁸³ **Etude de terrain**

⁸⁴ **Enquête MG** et Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ml Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011)

manque d'identification des équipes et la variabilité des intervenants ont également été exposées par les médecins généralistes comme des freins à l'adressage de patients dépressifs.

Même s'il est moins fréquent que pour les médecins généralistes, le manque d'informations de professionnels de ville spécialisés en santé mentale sur les évolutions de l'offre n'en est pas moins préoccupant, compte tenu de leur champ d'intervention. Ainsi, un tiers des psychiatres libéraux et plus du tiers des psychologues libéraux se disent non informés des modifications de l'offre en santé mentale, avec très peu d'informations de la part des administrations sanitaires et sociales⁸⁵.

2. LES ACTIONS DEPLOYEES PAR L'ARS ONT-ELLES PERMIS D'AMELIORER L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ?

Réponse à la question évaluative :

L'organisation de la prise en charge des urgences psychiatriques a peu évolué depuis la mise en œuvre du PRS. Sa structuration et sa lisibilité demeurent très insuffisantes. Les médecins généralistes, en particulier, n'ont pas bénéficié d'une nouvelle organisation pour la prise en charge de patients en crise. La nécessité de leur appui reste d'actualité. Cependant, un territoire de santé a plus particulièrement pris des initiatives pour organiser et mieux répondre aux urgences et crises psychiatriques.

Objectifs du PRS

SROS 22 : Renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé

- Pendant ses consultations, garantir à tout médecin généraliste de premier recours un accès direct et rapide à un avis spécialisé, notamment en psychiatrie, et tout particulièrement pour un patient en crise

SROMS 7 : Faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers

- Faciliter les interventions spécialisées et l'utilisation de nouveaux outils technologiques, en établissement médico-social et à domicile, pour éviter d'hospitaliser ou déplacer les personnes : recours à des équipes mobiles spécialisées, notamment en psychiatrie, consultations avancées de spécialistes...

Axe 6 du SROS : Volet psychiatrie

- Organiser des filières territoriales lisibles pour la prise en charge des urgences psychiatriques, avec une orientation protocolisée des patients
- Mettre en place des équipes mobiles d'intervention en urgence

2.1.1 Peu structurée, peu lisible et partielle, l'organisation des appels et de la gestion des crises et des urgences en psychiatrie est peu connue des usagers, des aidants et des professionnels

37) Une recommandation de la CRSA à l'ARS sur les urgences peu suivie d'effets

A de nombreuses reprises, la CRSA a manifesté sa préoccupation sur les questions ayant trait à la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiques, et plus particulièrement à la problématique de l'urgence. Le groupe de travail permanent « psychiatrie et santé mentale » de la CRSA a ainsi rédigé en février 2014 une recommandation concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie (cf. annexe 12), visant à inciter l'ARS à se saisir de cette problématique. Elle s'est appuyée sur l'article L 3222.1 du code de la santé publique qui dispose que « dans chaque territoire de santé, l'Agence Régionale de Santé organise un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques ». La CRSA recommande de replacer la problématique des urgences au sein d'un dispositif global et gradué de prise en

⁸⁵ Enquête PSY et Enquête PSYCHO

charge de l'urgence et de la crise, mobilisant en amont et en aval toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de diagnostic des troubles psychiques. Ceci suppose une réponse ambulatoire connue et cohérente, une forte coordination des acteurs et une réponse hospitalière adaptée.

La commission Psychiatrie et santé mentale de la Fédération Hospitalière de France (FHF) met également en exergue, dans le domaine des urgences, « une pluralité des intervenants qui implique une meilleure lisibilité pour les patients et leur entourage (services d'urgence, médecins généralistes, centres d'accueil et de crise, pompiers, police...) ».

La réponse de l'ARS à la CRSA renvoyant la responsabilité aux directeurs des établissements de santé et aux commissions médicales d'établissement pour traiter ces questions a été globalement mal perçue par les membres du groupe de travail CRSA.

D'ailleurs, tous les établissements de santé n'ont pas eu connaissance de cette recommandation : environ les 2/3 des établissements de santé⁸⁶ et un seul service d'urgence parmi les répondants⁸⁷ ont déclaré la connaître. La question des modalités de transmission des avis de la CRSA aux différents acteurs régionaux a pu être posée à cette occasion.

La recommandation de la CRSA a été portée à la connaissance des délégations territoriales de l'ARS, via le groupe projet transversal « personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique » de l'ARS. Il n'y a pas eu de suites données dans la plupart des territoires de santé. Les priorités de la CRSA et des conférences de territoire ne se sont pas rejointes sur le sujet.

Seuls les acteurs du Maine-et-Loire, avec l'animation de la délégation territoriale, et dans le cadre d'un groupe de travail mis en place au sein de la commission départementale de santé mentale, se sont réellement investis, en rédigeant un protocole de signalement des urgences et des crises. Ce protocole a été diffusé aux autres délégations territoriales, sans appropriation jusqu'à maintenant.

Sur le sujet particulier des soins psychiatriques sans consentement, l'ARS a élaboré et mis à disposition sur son site Internet en 2015 un guide des procédures (<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Guide-de-procedures-Les-soin.182677.0.html>). Une version spécifique à l'attention des maires a été élaborée. Un guide à l'attention des familles est prévu.

38) Une organisation des appels et de la gestion des urgences globalement mal connue des professionnels et encore plus des usagers

Il convient de noter que peu de réclamations d'usagers concernant la psychiatrie sont transmises à l'ARS et très rarement à propos d'urgences.

Les établissements de santé et les services d'urgence ont une perception différenciée sur la connaissance de l'organisation des appels et de la gestion des urgences en fonction du public : usagers ou professionnels. Presque tous les établissements de santé⁸⁸ considèrent que l'organisation du traitement des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est satisfaisante et connue des professionnels. Mais un tiers seulement d'entre eux considère que cette organisation est connue de la population. Près de la moitié des services d'urgence⁸⁹ pensent que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie dans le département est connue des autres établissements de santé, des établissements et services médico-sociaux et des professionnels de santé libéraux (résultats à l'identique). Mais environ 1/4 des services d'urgence seulement pensent que cette organisation est connue des usagers et de leurs familles.

La porte d'entrée privilégiée pour la réponse aux urgences diffère selon les territoires. Ainsi, dans deux terrains sur les trois étudiés, le CMP est identifié comme la porte d'entrée privilégiée pour une prise en

⁸⁶ Enquête ES PSY

⁸⁷ Enquête URG

⁸⁸ Enquête ES PSY

⁸⁹ Enquête URG

charge rapide – mais pas nécessairement la seule. Lors des horaires de fermeture du CMP, les réponses sont plus diversifiées : services des urgences de l'hôpital, appel aux pompiers pour transfert vers les urgences de l'hôpital...

Dans l'un des terrains, il est identifié que le recours aux urgences du centre hospitalier général est la solution adoptée en raison de la difficulté à joindre directement les services de l'hôpital ou la psychiatrie. Sur ce terrain, les premiers contacts sont variables (urgences de la clinique, urgences du centre hospitalier, médecin généraliste...), mais ont pour trait commun un passage par les urgences du centre hospitalier, un examen par l'équipe de liaison puis l'orientation vers le centre hospitalier spécialisé le cas échéant (en secteur ou à l'unité d'accueil et d'orientation, par défaut).

La communication sur les outils disponibles apparaît déficiente sur certains sujets. Par exemple, les services d'urgence⁹⁰ ne connaissent généralement pas l'annuaire des acteurs ressources « Agir ensemble contre le suicide » (élaboré par l'ARS et la MSA, accessible sur Internet). Aucun ne l'a utilisé à ce jour.

Deux Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) se sont spécialisées en psychiatrie. Ces PASS spécialisées ne sont pas reconnues par l'ARS et n'apparaissent pas dans le récent document de communication de l'ARS sur les PASS.

39) Des dysfonctionnements et des limites de la gestion des urgences identifiés

Les définitions de l'urgence et de la crise sont différentes selon les types d'acteurs, ce dont ils sont bien conscients. Pour les professionnels du social, le constat est que les professionnels de santé n'interviennent que lorsqu'il y a eu passage à l'acte, ce qui leur semble trop tardif. Par ailleurs, selon la FHF, le recours aux urgences recouvre des situations bien distinctes : de la décompensation d'une pathologie psychiatrique identifiée à la prise en charge de la souffrance psycho-sociale.

L'enquête réalisée auprès des services d'urgence montre qu'il n'y a le plus souvent pas d'organisation formalisée du traitement des urgences psychiatriques (gestion des appels et des situations) au sein de leur territoire d'intervention ; 3 répondants précisent cependant que leur organisation passe par des procédures internes, une charte ou un protocole concernant leur Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP).

Il n'y a pas plus d'organisation du traitement des urgences psychiatriques (gestion des appels et des situations) mise en place au niveau des départements, à l'exception soulignée du Maine-et-Loire. Moins de la moitié des services d'urgence⁹¹ pense d'ailleurs que l'organisation du traitement des urgences en psychiatrie est partout assurée dans le département. Insuffisance d'acteurs spécialisés (psychiatres et IDE), manque important de lits d'hospitalisation en secteur psychiatrique, absence de permanence d'accès aux consultations spécialisées la nuit et les weekends sont plus particulièrement cités par l'un des services d'urgence.

D'autres difficultés récurrentes ont été mises en évidence. Les situations d'urgences psychiatriques, une fois une pathologie somatique écartée, peuvent « emboliser » les services d'urgence, faute de présence psychiatrique sur place et de disponibilité de lits d'aval. Le découpage en secteurs du département ne rend pas toujours aisé les transferts vers l'établissement psychiatrique (hospitalisations, consultations) et ne répond pas toujours à une logique de proximité pour le patient. Parfois, il est difficile d'identifier une solution (exemple du vendredi soir), alors que le circuit en semaine est bien identifié (CMP), même si les plages d'ouverture des CMP sont citées comme souvent insuffisantes, notamment le soir, après les horaires de travail.

Les gestionnaires d'établissements médico-sociaux du secteur handicap interrogés⁹² sont partagés sur l'appréciation de ces difficultés. Sur 29 gestionnaires répondants, 62 % déclarent ne pas avoir de difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de leurs structures, 38% déclarent avoir des difficultés.

⁹⁰ Enquête URG

⁹¹ Enquête URG

⁹² Enquête ESMS

Les gestionnaires qui déclarent ne pas avoir de difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de leurs structures ont pu apporter les explications suivantes : faible volume des situations d'urgence vu le public accueilli, intervention d'un psychiatre qui facilite l'organisation des urgences, bonnes relations avec l'équipe hospitalière, convention permettant d'anticiper les situations et de limiter les durées d'hospitalisation. Les gestionnaires qui déclarent avoir des difficultés pour faire face à une urgence psychiatrique au sein de leurs structures ont pu apporter les explications suivantes : manque ou absence de places en hospitalisation, crainte de la psychiatrie d'une hospitalisation au long cours, nécessité de passer par les urgences de l'hôpital ou par une procédure de soins sur demande d'un tiers, différence d'appréciation de l'urgence psychiatrique entre sanitaire et médico-social, délai d'attente pour une consultation psychiatrique...

2.1.2 L'organisation des services d'urgence hospitaliers pour prendre en charge les urgences psychiatriques demeure perfectible, sans progrès notable sur la période récente, la réflexion sur ce sujet devant intégrer l'émergence des unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie

40) Une contractualisation non systématique de l'ARS avec les établissements de santé sur la prise en charge des urgences en psychiatrie

36 établissements de santé de la région ayant conclu un CPOM avec l'ARS disposent d'une autorisation en médecine d'urgence et/ou en psychiatrie. Des objectifs concernant explicitement la prise en charge des urgences en santé mentale sont inscrits dans les CPOM de 21 d'entre eux (58%).

Des objectifs concernant explicitement l'articulation entre les services d'accueil des urgences et la psychiatrie (y compris l'activité de liaison) figurent dans les CPOM de 11 d'entre eux (31%).

Par ailleurs, l'enquête de l'ARS sur la prise en charge des urgences suicidaires à l'hôpital datant de 2010 n'a pas été renouvelée. L'ARS a préféré se concentrer sur le suivi de deux aspects de cette prise en charge : formation des personnels au repérage de la crise suicidaire (formation régionale) et mise en place de protocoles dans l'idée de les mutualiser.

41) Des organisations des services d'urgences jugées peu satisfaisantes pour répondre aux urgences psychiatriques et sans progrès récents

La quasi-totalité des services d'urgence autorisés (86%) des Pays de la Loire⁹³ accueillent des patients présentant des urgences psychiatriques exclusives. Leur dénombrement précis n'est pas encore possible car l'observatoire régional des urgences est en cours de montée en charge.

La moitié des services d'urgence⁹⁴ considère que leur organisation et leur fonctionnement ne permettent pas d'accueillir et de prendre en charge correctement les urgences psychiatriques. Les deux principales raisons évoquées sont le manque d'espace dédié et l'absence de présence 24h/24 d'une équipe de liaison.

Pour 3/4 des services d'urgence⁹⁵, l'action de l'ARS ne leur permet pas d'assurer leur mission d'accueil des urgences psychiatriques. L'ARS est attendue sur une évaluation de leur charge de travail, une meilleure articulation avec les structures d'aval, une mise à disposition plus grande de personnel formé et sur l'ouverture de lits dédiés.

Des équipes de liaison sont en place dans les services des urgences des trois terrains étudiés, sous des formes et avec des dynamiques diverses. Dans un cas, il est prévu d'étendre la mission de l'équipe au suivi de courte

⁹³ Enquête URG

⁹⁴ Enquête URG

⁹⁵ Enquête URG

durée aux urgences ou en unité d'hospitalisation de courte durée pour gérer des crises sans hospitalisation en psychiatrie. Dans un autre cas, les effectifs et horaires d'intervention de l'équipe de liaison ont été réduits. Il convient de noter que la prise en charge des urgences peut faire l'objet de différends entre des établissements de santé public et privé.

Il n'y a quasiment pas eu de nouvelles modalités d'organisation⁹⁶ mises en place pour fluidifier les urgences psychiatriques depuis 2012 dans les services d'urgence ou dans les départements. Sont cependant cités l'Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation (UPAO) du CESAME, une équipe mobile de liaison et un protocole d'accueil des tentatives de suicide sans gravité avec admission rapide vers le service d'urgence psychiatrique. Un seul établissement de santé autorisé en psychiatrie, parmi les 8 répondants à l'étude sur les urgences, a réorganisé son dispositif d'accueil et de prise en charge des urgences depuis 2012.

Au niveau national, néanmoins, une charte nationale a été signée le 11 juin 2015 entre la conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés et SAMU-URGENCE de France. Elle traduit une volonté forte des co-signataires à favoriser une implication réciproque entre urgentistes et équipes de psychiatrie de secteur.

42) La création d'unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie : une piste pour une meilleure prise en charge des crises de certains patients

Une UPAO a été ouverte au CESAME en septembre 2014. Elle accueille des primo-arrivants pendant les heures d'ouverture des services et tout patient pendant la permanence des soins. Ce n'est pas un service d'urgence à proprement dit mais un service d'accueil et d'orientation de crise. Les patients viennent d'eux-mêmes ou sont adressés par un médecin généraliste ou le centre 15. C'est un projet d'alternative à l'hospitalisation. L'UPAO n'est pas prescripteur, le CMP de secteur restant l'organisateur des soins. Une vraie complémentarité s'est créée entre deux dispositifs créés par le CESAME depuis 2012, l'UPAO et le dispositif de soins de particulière intensité à domicile, en termes de fluidité des parcours et de réduction des hospitalisations.

¾ des services d'urgence⁹⁷ sont d'ailleurs favorables à la création de telles unités d'accueil, d'observation et d'orientation de moins de 72 heures.

La création d'unités de ce type est accueillie de façon plus contrastée par certains acteurs de la psychiatrie, des craintes de désinvestissement des secteurs sur l'activité non programmée ayant été avancées. Le CMP pourrait ne plus être la porte d'entrée naturelle dans le parcours de soin avec de telles unités, alors que l'accueil des urgences figure parmi les missions des secteurs, notamment des CMP, à côté des soins programmés.

Des conditions au développement de telles unités ont par ailleurs été mises en avant : un important travail de préparation au sein de l'établissement, le respect de la cible des 72 heures, des locaux accueillants, des effectifs paramédicaux et une contenance soignante importants pour faire face à des situations de crise psychiques, une réduction des délais de prise en charge par les CMP (3 à 4 jours maximum pour une réévaluation IDE) et une articulation étroite avec les urgences générales de l'établissement de santé le plus proche.

⁹⁶ Enquête URG

⁹⁷ Enquête URG

2.1.3 L'ARS n'a pas investi la question de l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie des médecins généralistes pour les situations d'urgence, cet accès demeurant aujourd'hui insuffisant

43) L'accès en urgence des médecins généralistes à un avis spécialisé en psychiatrie : un domaine non investi par l'ARS

Il n'y a pas eu en effet de travaux spécifiques sur le sujet engagé par l'ARS.

Le recours à un avis spécialisé en psychiatrie en urgence est pourtant difficile voire très difficile pour 2/3 des médecins généralistes⁹⁸. Il l'est encore plus pour un patient nécessitant un avis en semi-urgence (près de 90%).

Des outils ont pu être recensés sur certains terrains pour faciliter le contact des médecins généralistes avec les psychiatres, jugé souvent difficile y compris en urgence : annuaire de spécialistes à destination des médecins généralistes, possibilité pour le médecin généraliste de saisir une unité d'accueil et d'orientation....

L'UPAO d'Angers a ainsi mis en place un numéro téléphonique accessible 24h/24 à un professionnel de santé. L'UPAO d'Angers qui a informatisé ses dossiers médicaux a prévu de mieux se faire connaître des médecins généralistes, au-delà des courriers de sortie qu'elle adresse systématiquement pour leurs patients. Les Urgences Médico-Psychologiques (UMP) de Nantes sont également joignables facilement.

44) Avec un accès jugé difficile à un avis psychiatrique, un adressage fréquent des patients aux urgences par les médecins généralistes en cas de crise/urgence

A défaut d'accès à un tel avis, par manque d'interlocuteur et/ou de réponse, le risque de demande d'hospitalisation systématique est pourtant souligné.

Lors d'une urgence psychiatrique au cabinet ou au domicile d'un patient, les médecins généralistes⁹⁹ gèrent difficilement seuls la situation, voire très difficilement. Il leur est plus facile d'adresser le patient aux urgences psychiatriques ou générales. L'appel au centre 15, même s'il est aisé, n'est pas pratiqué par tous les médecins.

Il leur est plus facile de gérer seuls une urgence psychiatrique dans un établissement médico-social. En revanche, l'adressage aux urgences psychiatriques apparaît plus difficile.

Pour organiser un transfert dans un contexte d'urgence psychiatrique, le médecin généraliste appelle plus facilement une ambulance. Dans un tiers des cas, il propose également un traitement.

La présence d'une compétence psychiatrique au sein des SAMU a pu être proposée.

Par ailleurs, s'il ne vise pas spécifiquement les situations d'urgences, le point 3 de la charte signée le 20 mars 2014 entre la conférence nationale des présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés et le collège de la médecine générale dispose : « *Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.* »

⁹⁸ Enquête MG

⁹⁹ Enquête MG

Des psychiatres libéraux exerçant en ambulatoire considèrent qu'ils n'ont pas de rôle à jouer dans les situations d'urgence psychiatrique, en raison du type de patients qu'ils suivent en majorité et de leur situation d'isolement face à des personnes présentant des troubles majeurs du comportement.

Il est pourtant regretté par des représentants du secteur psychiatrique public que les psychiatres libéraux (ambulatoires comme dans les cliniques) ne participent pas à la prise en charge des urgences, notamment les week-ends et les nuits.

La cotation spécifique « accueil en moins de 48 heures ouvrées » suite à une demande de médecin généraliste est, par ailleurs, peu utilisée par les psychiatres libéraux. Elle concerne surtout l'évaluation du risque suicidaire ou les crises d'angoisse. Cette possibilité oblige le psychiatre à revoir généralement le patient alors que son agenda est déjà très chargé. Les psychiatres libéraux n'ont en effet généralement pas de problème de remplissage de leur carnet de rendez-vous, d'autant plus qu'il y a dans les faits, beaucoup d'accès directs sans adressage par un médecin généraliste.

3. DANS QUELLE MESURE LA MISE EN ŒUVRE DU PRS A-T-ELLE PERMIS DE MIEUX INSERER LES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE OU UN HANDICAP PSYCHIQUE DANS LA CITE ?

Réponse à la question évaluative :

L'ARS a pu mobiliser une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la société (exemples : développement des GEM, CLS, accès au logement), mais des champs restent à investir (CLSM, accès à l'emploi, rétablissement) et les populations en situation de précarité ont plus de difficulté d'accès et de suivi. Les commissions de coordination des politiques publiques n'ont pas, paradoxalement, intégré les questions de santé mentale sous l'angle de l'intégration dans la société.

3.1 L'ARS a-t-elle pu développer une politique de développement des GEM harmonisée et intégrée sur l'ensemble du territoire régional ?

Réponse à la sous-question évaluative :

L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des GEM sur l'ensemble du territoire régional, même s'il demeure encore inachevé, mais leur articulation avec les acteurs spécialisés ou non demeure perfectible. Leur développement est encore attendu car leur plus value en termes de socialisation et de contribution à l'autonomisation des adhérents est reconnue.

Objectifs du PRS

SROMS 16 : Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les intégrer dans un système de droit commun :

- Renforcer l'offre de service en SAMSAH et les GEM pour favoriser l'insertion des personnes souffrant de handicap psychique

SRP 4 : Prévenir la perte d'autonomie, son aggravation et ses conséquences

- Promouvoir le maintien d'un bon niveau de santé physique et psychique des personnes en situation de handicap quel que soit leur âge

SRP 13 : Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

3.1.1 L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des GEM, mais leur accessibilité demeure perfectible

46) Un maillage des GEM amélioré, mais des inégalités d'accès persistantes

26 GEM, dont 4 concernant des traumatisés crâniens, étaient fonctionnels dans la région au 1^{er} janvier 2015.

La montée en charge des GEM est manifeste, que ce soit en nombre de GEM ou en nombre d'adhérents.

De nouveaux GEM ont été ouverts au public depuis 2011 (8 au total) :

- 2 en 2011,
- 1 en 2012,
- 1 en 2013,
- 4 en 2014.

En outre, un GEM supplémentaire était en cours de création en 2015.

19 GEM ont été financés par des mesures nationales, les autres ont été financés sur le FIR. 1 844 usagers de GEM ont été dénombrés en 2014, contre 1 357 usagers en 2011, avec une augmentation annuelle constante.

La moitié des établissements de santé¹⁰⁰ ont observé une montée en charge de la couverture géographique des GEM dans leur département. Les GEM sont implantés dans les villes importantes de chacun des départements et dans des communes plus rurales, mais le maillage de l'ensemble du territoire est complexe du fait de la couverture territoriale limitée de chaque GEM.

La répartition des GEM n'est cependant pas en lien avec les populations départementales (6 en 44, 5 en 49, 4 en 53, 4 en 72 et 3 en 85). A noter que le niveau de financement est différencié selon le GEM et la péréquation des financements entre les départements tient compte à la fois du nombre d'adhérents et de la population 20-59 ans sur le territoire. La population fréquentant les GEM est majoritairement composée d'hommes de 40-60 ans vivant en logement autonome.

Des inégalités d'accès sont par ailleurs constatées entre GEM en termes de :

- Distinction urbain/rural ;
- Transport (adhérents habitant essentiellement la commune d'implantation) ;
- Ouverture les week-ends ;
- Saturation (capacité maximale d'accueil atteinte) ;
- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

47) Une connaissance inégale des GEM par les acteurs

Globalement, le GEM est un dispositif plutôt bien identifié par les acteurs rencontrés.

Pour autant, certains acteurs libéraux n'ayant pas de patients adhérents à un GEM, par exemple, ne le connaissent pas. C'est ainsi que seul un médecin généraliste sur dix¹⁰¹ connaît un GEM dans sa zone d'exercice. La très grande majorité des psychologues libéraux¹⁰² pour leur part ne connaît pas de GEM. En revanche, ¾ des psychiatres libéraux¹⁰³ connaissent un GEM.

¹⁰⁰ Enquête ES PSY

¹⁰¹ Enquête MG

¹⁰² Enquête PSYCHO

¹⁰³ Enquête PSY

3.1.2 Les GEM favorisent l'accès de leurs adhérents aux ressources du territoire, dans un contexte où leurs relations avec les acteurs se développent

48) Des relations de plus en plus étroites entre les GEM et les acteurs spécialisés de la santé mentale

Les relations entre secteurs de psychiatrie et GEM sont variables : certains ont conventionné avec les GEM, d'autres ne l'ont délibérément pas fait pour bien marquer la différence entre le cadre thérapeutique (par exemple CATTP), et le GEM, qui appartient à la personne. La fréquentation du GEM n'est pas exclusive de celle d'un CATTP ou d'une structure médico-sociale, et certains adhérents de GEM ne souhaitent pas parler avec les professionnels de ce qu'ils y font.

Seuls six gestionnaires¹⁰⁴ d'établissement médico-social handicap sur 29 (21%) indiquent que leurs structures ont des relations de partenariat avec un GEM local. Historiquement, certains GEM ont été créés pour socialiser des usagers d'ESAT. Les partenariats de ces établissements avec les GEM, lorsqu'ils existent, portent sur le parrainage du GEM, l'accompagnement de personnes prises en charge par ailleurs en établissement médico-social (socialisation, facilitation du parcours de ces personnes).

De nombreux acteurs participent à faire connaître le GEM aux usagers (ex. CMP, IDE libéral). Parmi eux, le secteur psychiatrique est le principal, pour la majorité des GEM orientés handicap psychique.

Les relations GEM/familles ont été rapportées comme parfois compliquées. Il a pu être déploré que l'UNAFAM n'implique pas plus les GEM dans ses manifestations.

49) Des GEM qui facilitent l'accès de leurs adhérents aux ressources du territoire

Le GEM favorise l'accès aux ressources du territoire par des actions en direction à la fois de ses adhérents, partenaires et de la population en proximité. Les partenariats des GEM sont nombreux et très diversifiés selon les opportunités, les projets et les activités menées. Les nombreux types de partenaires témoignent de l'implantation dans la vie de la cité et des liens qu'ils créent avec les acteurs de proximité.

50) Des relations institutionnelles entre GEM et acteurs non spécialisés plus difficiles mais une dynamique amorcée par des collectivités locales

Les GEM sont de plus en plus reconnus par les partenaires institutionnels : intégration dans un CLSM, hébergement dans une cité d'associations, participation au Conseil consultatif régional des personnes accueillies ou accompagnées (CCRPA), participation au comité stratégique du CReHPsy, membre d'un comité de surveillance de CHS, intégration au groupe de travail psychiatrique de la CRSA...

Les GEM sont reconnus comme étant bien placés pour diffuser de l'information, participer à des actions de déstigmatisation, faire changer le regard du grand public, mais leurs partenaires jugent qu'ils manquent pour cela de moyens et que cela nécessite l'autonomisation au préalable des adhérents. Les GEM pourraient mieux rendre compte du progrès des patients à leurs partenaires, montrant les effets du travail de socialisation.

Le GEM peut être enfin un lieu de repérage de problèmes de logement et donc favoriser la prévention de crises liées aux logements.

¹⁰⁴ Enquête ESMS

Au moins la moitié des GEM a des conventions ou des partenariats informels avec les collectivités locales, les acteurs de l'offre de soins et d'accompagnement ou le milieu associatif. Mais seulement 1/3 des GEM a des conventions ou partenariats avec les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle.

Des modalités variables d'intégration du GEM dans la cité sont constatées : soutien de la collectivité locale et participation aux activités déployées dans la ville, intégration annoncée au comité de pilotage du CLSM, participation au comité de pilotage de la SISM, projets communs entre le GEM et une association d'écoute...

Les GEM et les acteurs de la cité ont cependant des difficultés à établir des partenariats étroits (disponibilité, méconnaissance réciproque, représentations et stigmatisation, hétérogénéité des rythmes des adhérents...).

Si 10 Contrats Locaux de Santé (CLS) sur 12 comportent des objectifs en matière de santé mentale, seuls 4 évoquent les GEM : comme partenaires du CLS dans son ensemble ou pour certaines actions (exceptionnellement comme pilote d'une action), ou comme acteur ressource.

3.1.3 Le GEM est un outil reconnu de socialisation des personnes présentant des troubles psychiques, et contribue également à leur autonomisation

51) Les GEM, des outils de socialisation pouvant contribuer indirectement à une moindre fréquentation des structures soignantes

Le GEM est une modalité de compensation du handicap psychique sur le volet socialisation à l'instar du logement avec accompagnement. Il repose sur la philosophie de la pair aide.

Le principal effet produit par la fréquentation d'un GEM est la lutte contre l'isolement (le GEM est considéré comme un vecteur de rencontres) et dans une moindre mesure, la prise d'initiative et de responsabilité ainsi qu'une plus grande confiance en soi. Le GEM est la plupart du temps vu comme un lieu permettant de restaurer ou maintenir un lien social, un lieu sans contrainte, où la parole est libre. Une des plus-values des GEM est leur ouverture les week-ends quand d'autres structures sont fermées, notamment en psychiatrie.

Des différences ont pu être constatées selon les acteurs rencontrés pour des patients fréquentant un GEM ou non (car il n'y a pas de GEM sur certains territoires) en termes d'autonomie y compris en matière de soins, où les activités en CATTP par exemple doivent être maintenues. Le GEM, comme cela a été rapporté par des acteurs de la psychiatrie, peut par ailleurs faire évoluer la psychiatrie et ses structures en « désengorgeant » CATTP et hôpital de jour de leurs patients qui ont essentiellement besoin de lien social.

Des risques ont cependant été identifiés avec les GEM, comme celui d'une certaine forme de « ghettoïsation » : risque que la socialisation se limite au cadre du GEM, sans échange avec le reste de la cité.

Le GEM (activités, occupation) peut par ailleurs être perçu comme un dispositif remplaçant l'emploi dans certaines situations, compte tenu du manque de structures de travail pour les personnes handicapées psychiques. Le GEM apparaît alors comme une solution ne débouchant pas sur l'emploi (effet « trappe »). Le statut de handicap peut conforter également le patient dans ce statut de non accessibilité à l'emploi, en plus de l'absence de contraintes imposées par les GEM.

52) Des GEM reconnus par leurs adhérents comme un outil de leur autonomisation

Les adhérents, en fonction de leurs attentes et possibilités, sont invités à participer aux différentes étapes de la vie du GEM : propositions, choix, planification, organisation, animation. La prise de responsabilité par les adhérents de GEM peut s'effectuer à plusieurs niveaux selon les souhaits, le rythme et les possibilités de l'adhérent.

Dans ce cadre, les animateurs ont un rôle pivot dans le fonctionnement et l'organisation du GEM, pour favoriser cette autonomie, qui peut parfois être à la frontière d'une fonction de soins ou d'accompagnement personnalisé.

Des adhérents de GEM font clairement le lien entre les effets produits par le GEM et la diminution des hospitalisations et/ou la stabilisation de leur état psychique. Mais la libre adhésion et donc la liberté de fréquentation/d'implication différencient bien la fonction du GEM par rapport à un lieu de soins.

Le GEM n'est cependant pas un outil universel, adapté à toutes les personnes. Ainsi, les femmes fréquentent moins que les hommes ces dispositifs (cause ?).

3.2 Dans quelle mesure l'ARS a-t-elle pu mobiliser différents leviers d'actions visant à mieux insérer les personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique dans la cité ?

Réponse à la sous-question évaluative :

L'ARS s'engage de plus en plus dans les territoires de santé au profit de l'accès et au maintien des handicapés psychiques au logement et à l'hébergement. En plus de son rôle de plaidoyer auprès de ses partenaires, elle en fait un axe de travail dans chaque territoire de santé, s'implique notamment dans des actions de formation d'acteurs. L'impulsion de CLSM reste difficile mais de nombreux projets, soutenus ou non dans le cadre de CLS, sont en cours. La promotion et le soutien à la réhabilitation psycho-sociale n'apparaissent pas clairement comme des objectifs prioritaires de l'ARS et restent à développer.

Objectifs du PRS

SROS 30 : Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun

- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques, assurer une collaboration entre le médecin généraliste de ville et le CMP, activer ou réactiver les Conseils Locaux de Santé Mentale

SROMS 16 : Aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les intégrer dans un système de droit commun :

- Renforcer le partenariat entre les acteurs de la veille et de l'urgence sociale avec les structures hospitalières et les équipes mobiles en psychiatrie
- Renforcer l'articulation entre les différents intervenants chargés de l'accompagnement et du suivi des personnes sous main de justice (UCSA, CSAPA, SPIP, professionnels libéraux et associatifs) y compris dans les domaines de la santé mentale
- Renforcer les liens avec les acteurs de la psychiatrie pour améliorer le repérage et le suivi des personnes atteintes de troubles psychiatriques en grande précarité
- Améliorer l'accompagnement et le suivi des personnes souffrant de handicap psychique
- Renforcer l'offre de service en SAMSAH et les GEM pour favoriser l'insertion des personnes souffrant de handicap psychique

SRP 13 : Faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité

SROMS 3 : Assurer la mise en place des dispositifs de participation, de représentation et de médiation au sein des établissements et services médico-sociaux

3.2.1 L'ARS mobilise une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la cité, mais des champs restent à investir et certains leviers sont à questionner

53) Un investissement par les Commissions de Coordination des Politiques Publiques (CCPP) des questions de santé mentale, mais pas en termes d'intégration dans la cité

La CCPP médico-sociale a abordé la question de la santé mentale principalement autour de la question des prises en charges inadéquates et de longue durée en psychiatrie, avec l'enjeu de solutions d'aval médico-sociales. Aucun sujet concernant l'intégration des handicapés psychiques dans la cité, *stricto sensu*, n'a été évoqué dans cette commission.

La CCPP prévention est engagée fortement sur la prévention du suicide et est à l'origine de nombreux projets coordonnés entre institutions (MSA, Rectorat, PJJ, Fondation de France, DIRECCTE notamment).

54) Des concertations départementales sur la psychiatrie organisées par toutes les délégations territoriales de l'ARS

Le PPSM 2011-2015 a préconisé l'organisation de commissions territoriales chargées de la coordination entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale afin de mettre en œuvre un parcours de soins fluide.

Ce type d'instance existait auparavant sous la forme des Commissions Régionales de Concertation en santé Mentale (CRCM), qui étaient chargées de contribuer à la définition, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé mentale définie notamment par le SROS, mais abrogées en avril 2010. Elles étaient déclinées au niveau des départements.

Conformément aux objectifs fixés, les délégations territoriales de l'ARS ont mis en place des instances de concertation départementale en psychiatrie. Deux grandes modalités d'organisation ont été déployées. Des Conseils Départementaux de Santé Mentale (CDSM) ont été créés *de novo* en Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe. Des groupes de travail spécifiques sur la psychiatrie issus de la conférence de territoire ont été créés en Loire-Atlantique et en Vendée, dans l'idée de ne pas ajouter de nouvelles structures au sein du « mille-feuilles » administratif.

Ces différentes organisations ont été installées entre décembre 2012 et novembre 2013. Leurs travaux concernent essentiellement le logement (4 territoires de santé concernés). Seul un territoire de santé s'est saisi de la question des urgences. L'animation et le pilotage sont variables selon les configurations (le préfet de Maine-et-Loire est ainsi co-pilote du CDSM 49 ce qui facilite le lien avec les différents services de l'Etat concernés, le CDSM 49 s'est doté d'un règlement intérieur...). De même, les compositions sont très différentes, en termes de nombre et d'origine des acteurs (sanitaires, sociaux, médico-sociaux, associatifs, administratifs...). Les acteurs sociaux sont, par exemple, associés de façon variable à ces organisations départementales.

Leurs objectifs généraux sont cependant communs, axés sur le partenariat et sur la production de documents visant à renforcer ce partenariat au niveau du territoire de santé. C'est un lieu de rencontres qui permet de créer des liens et d'acquérir des connaissances sur les actions mises en œuvre.

Parmi les acteurs, tous les établissements de santé concernés participent à une commission ou à un groupe de travail départemental de santé mentale à l'initiative de l'ARS ou de la conférence de territoire. Si les établissements de santé¹⁰⁵ sont satisfaits des objectifs de ces instances de concertation et des échanges entre acteurs, ils sont partagés sur les résultats obtenus.

Les acteurs regrettent cependant la redondance de réunions régionales, départementales ou locales, qui parfois réunissent les mêmes acteurs (CDSM, CReHPsy, CLS, futur CLSM, Commission Santé Mentale

¹⁰⁵ Enquête ES PSY

CHT...). Cela oblige chacun à faire des choix de participation et pose la difficile question de la coordination des coordinations.

55) Les Contrats Locaux de Santé (CLS) : des leviers pertinents pour la promotion de l'intégration sociale des personnes, mobilisés par l'ARS

Les CLS abordent très fréquemment la santé mentale. 9 CLS sur les 12 analysés (analyse exploitable au moment de l'évaluation) évoquent les problématiques de santé mentale dans leur diagnostic (problématique suicidaire incluse). Si 10 CLS comportent des objectifs en matière de santé mentale, cette thématique fait cependant l'objet d'un investissement hétérogène : un CLS (Angers) lui était entièrement consacré tandis que, pour d'autres, c'est une action qui est inscrite sur ce champ. Sur le fond, les axes de travail qui reviennent le plus souvent concernent la prévention et le repérage, la coordination des acteurs (y compris la lisibilité de leurs rôles respectifs), l'appui aux partenaires (conseil, formations...), l'inclusion sociale des personnes et la gestion des crises.

Pour les délégations territoriales de l'ARS, tous les CLS devraient comporter des objectifs en santé mentale, mais c'est une thématique que l'ARS doit porter car elle reste souvent stigmatisante pour les élus.

La santé mentale dans les faits n'est ni un axe imposé ni un axe rédhibitoire au sein des CLS des Pays de la Loire.

Les CLS des trois terrains étudiés comportent un volet santé mentale. Pour autant, pour diverses raisons, leur plus-value n'apparaît pas encore dans tous les terrains étudiés :

- le fait que cette problématique soit moins investie que d'autres par les participants,
- la fragilité inhérente à l'animation du CLS et sa pérennité,
- l'absence de certains partenaires concernés par la thématique au sein du CLS, voire leur méconnaissance de ce qu'est le CLS,
- la possible disparité de prise en charge de la problématique santé mentale liée à des réalités différentes d'une commune à l'autre dans le cadre de CLS intercommunaux,
- l'existence à côté du CLS d'un CLSM ou CISM qui porte ces questions,
- le fait que le travail en réseau fonctionne, avec ou sans CLS.

A l'inverse, est relevé le rôle moteur que peuvent jouer les villes dans le cadre des CLS, pour notamment organiser des réponses sociales en complément des réponses sanitaires et accompagner les acteurs de la santé, et plus largement impulser des dynamiques entre acteurs sur les questions portées par le CLS. Sur le plan des réponses sanitaires, les approches des villes d'Angers et de Nantes sont assez divergentes. La ville d'Angers a ainsi fait le choix de disposer d'une psychologue clinicienne qui va à la rencontre des Angevins, proposant un accompagnement psychique et une orientation vers le droit commun le plus souvent. Sa plus-value est « d'aller vers » les publics, ce que ne font pas ou peu les psychologues publics ou libéraux.

56) Des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM) encore peu développés dans la région

Des liens ont été créés par l'ARS avec le centre collaborateur de l'OMS de Lille (Pr Roelandt) pour promouvoir les Conseils Locaux de Santé Mentale en Pays de la Loire, mais les résultats sont encore peu visibles. L'ARS n'a d'ailleurs pas souhaité financer l'installation et le fonctionnement de CLSM, au contraire d'autres régions, d'où un frein potentiel évoqué à leur développement (ex : financement de coordonnateur CLSM par le FIR).

Lors du bilan à mi-parcours du PRS, la CRSA interrogée a estimé que la création des CLSM devait être poursuivie voire accélérée pour près de 55% des répondants.

Au moment de la rédaction de ce rapport, seuls 2 CLSM étaient fonctionnels, à Nantes et au sein de la communauté de communes de Mayenne. Divers projets de CLSM, dont certains sont bien avancés, sont cependant en cours de réflexion dans les principales villes de la région (Angers, Cholet, Saumur, Laval, Le

Mans, Sablé-sur-Sarthe, La Roche-sur-Yon...), encouragés par les délégations territoriales. Sur les dix CLS qui comportent des objectifs en matière de santé mentale, cinq font référence à un Conseil Local de Santé Mentale (comme ressource, s'il existe, mais le plus souvent comme une instance à créer ou, du moins, sur laquelle une réflexion doit s'engager).

Pour transformer le réseau local de santé mentale en CLSM, la ville de Nantes a commencé par une enquête d'observation de santé mentale en population générale en décembre 2014. Elle s'est appuyée sur un autre réseau, la coordination santé-précarité et sur la signature d'un CLS. Elle envisage une gouvernance sous forme de co-pilotage avec les acteurs. La délégation territoriale 44 de l'ARS est impliquée dans cette transformation en incitant notamment le CHU à y être plus présent. La légitimité d'une ville à animer un CLSM a cependant été questionnée, de façon surprenante, par certains acteurs de santé en dépit de ses interventions reconnues dans de nombreux champs : logement, loisirs, formation des divers professionnels (travailleurs sociaux, gardiens d'immeubles), gestion des urgences par la police municipale et communication.

La mise en place du Conseil Intercommunal de Santé Mentale (CISM) de Mayenne a été d'évidence facilitée par un contexte local où les acteurs sont stables, se connaissent et travaillent ensemble de longue date sur le territoire. Les questions de santé mentale y sont très présentes historiquement (présence d'un CHS autrefois) et un poste d'animation a pu être créé (commun avec le CLS). La plus-value du CISM a été de donner un cadre et d'élargir ces partenariats, d'impliquer davantage les élus sur ces questions et d'avancer sur de nouveaux chantiers (en l'occurrence, le logement et les questions de psychiatrie et de précarité). Parmi les plus-values d'un CLSM, est décrite la prévention des crises, en mettant autour d'une table l'ensemble des acteurs de prévention et d'accompagnement. Plus généralement, il est un lieu facilitant le passage d'une approche « parcours de soins » vers une approche « parcours de vie » des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Sur un terrain où il n'existe pas encore, la création d'un CLSM est ainsi jugée souhaitable dans la mesure où les personnes ayant des troubles psychiques sont de plus en plus dans la ville. Est redoutée cependant la difficulté à mettre en place un CLSM compte tenu de l'avancée modeste du CLS sur ce thème et des moyens de coordination que suppose sa mise en place sur plusieurs villes. La création des CLSM peut donc se heurter à la fois à la crainte de créer une nouvelle structure de coordination et de devoir financer du temps de coordination. Les limites d'un CLSM les plus fréquemment citées sont une animation pas toujours bien assurée, les difficultés à associer certains professionnels comme les libéraux et le risque de marginalisation de la psychiatrie. Enfin, ses contours territoriaux méritent d'être précisés : limites communales, intercommunales, d'un CLS...

57) D'autres initiatives pour l'intégration des personnes dans la société, avec un rôle plus ou moins direct de l'ARS

Des initiatives régionales ou locales pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la société ont été repérées. L'ARS y est plus ou moins associée, dans le cadre de ses partenariats.

Le Document d'Objectifs Partagés (DOP) entre l'ARS et la DRJSCS, signé en 2012, prévoyait divers objectifs en matière de psychiatrie. Ainsi figurent concrètement en 2015 :

- l'amélioration de la fluidité de l'offre pour les personnes handicapées psychiques vieillissantes (hôpital, résidences accueil, EHPAD, EHPA, logement-foyer avec appui d'un professionnel libéral ou d'un SSIAD) ;
- l'utilisation du guide de bonnes pratiques concernant les personnes sous protection juridique présentant des troubles psychiques.

Parmi les initiatives évoquées dans les terrains étudiés, l'ARS a pu jouer un rôle direct ou non dans les actions suivantes :

- appel à projets « culture et santé » (ARS-DRAC) : un hôpital a pu faire participer des patients à des actions culturelles (création d'un CD avec des artistes locaux, création des affiches de la tournée faite dans l'intercommunalité). Ce travail avec une résidence d'artistes est jugé plus inclusif pour les patients que les opérations de communication à visée de déstigmatisation ;
- une association médico-sociale du département de Mayenne (financée entre autres par l'ARS) déploie une offre médico-sociale résolument tournée vers l'autonomisation des personnes et incluant un appui à l'environnement (social, de travail...) pour l'insertion des personnes handicapées psychiques. Dans ce cadre, une expérience de « job coaching » est initialisée, par exemple ;
- le secteur psychiatrique d'un établissement de santé a un projet de séjour de 4 jours afin d'évaluer si les personnes peuvent se repérer dans la ville (théâtre, GEM...).

Les actions de déstigmatisation apparaissent difficiles à organiser. La déstigmatisation peut même faire peur aux professionnels par la libération de la parole des usagers. Des initiatives ont cependant été développées notamment lors des SISM : « bibliothèques des livres vivants », campagnes d'affichage...

58) Un développement de la réhabilitation psycho-sociale dans les établissements de santé encore limité

Si les concepts de psychiatrie communautaire et de rétablissement apparaissent généralement peu concrets chez de nombreux acteurs rencontrés, les pratiques de réhabilitation psycho-sociale, incluant l'éducation thérapeutique du patient (cf. 10) commencent à se développer en région. Cette approche représente, selon certains acteurs, un projet d'avenir nécessaire pour la psychiatrie. Ils déplorent que de nombreux secteurs de psychiatrie soient encore frileux à développer ces techniques.

L'ARS n'a cependant pas encore clairement porté le sujet. Elle n'a pas par exemple, au contraire d'autres ARS en France, labellisé de centres ressources en réhabilitation psycho-sociale avec remédiation cognitive.

La réhabilitation psycho-sociale pourrait permettre à terme une très nette diminution des hospitalisations, mais il s'agit d'un investissement à moyen terme (2-3 ans), à effets non immédiats pour les établissements de santé. De plus, les neuropsychologues pouvant réaliser des bilans neurocognitifs sont encore peu nombreux dans la région.

Il convient de noter que, au-delà de ce que peut porter l'ARS, la DREAL a répercuté un appel à projets national d'accompagnement à la réhabilitation psycho-sociale en Loire-Atlantique.

59) Une absence de consensus sur la pair-aidance

La pair aidance en est à ses balbutiements en France et particulièrement en région, excepté le cas particulier des GEM.

Si le développement de la fonction de pair aidance est soutenu par le CReHPsy et par certains autres acteurs, la pair aidance a cependant des détracteurs qui mettent en avant l'absence de validation scientifique, des rivalités possibles au sein des adhérents de GEM par exemple, des risques pour la santé du pair aidant, la question du secret médical...

L'ARS ne souhaite pas, à ce stade, se positionner sur ce sujet.

60) Un accès difficile à l'emploi pour les personnes handicapées psychiques, et des mesures spécifiques en la matière

L'ARS a davantage porté ses travaux sur les questions de logement et d'hébergement que sur les questions de travail et d'emploi.

Les liens ARS-DIRECCTE existent et seraient encore à développer, même si le sujet du handicap psychique est évoqué lors des réunions. Le Plan Régional d'Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés (PRITH) 2014-2017 prévoit une action spécifique, portée par l'Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH), de recensement et de qualification des outils, dispositifs et actions mis en place dans les territoires afin de résoudre les difficultés liées au handicap psychique. Un lien à faire entre PRST et PRITH sur le sujet a par ailleurs été évoqué.

L'accès à l'emploi est plus compliqué que l'accès au logement. Les personnes handicapées psychiques ont été particulièrement victimes de la dégradation de la situation de l'emploi ces dernières années. Mais s'il est difficile aux personnes avec handicap psychique d'être embauchées, il est important lorsque le trouble apparaît, et que la personne travaille déjà, qu'elle soit maintenue au travail. Les médecins du travail, selon des acteurs rencontrés, ne sont cependant pas toujours à l'aise avec les pathologies psychiatriques et auraient besoin de se former sur la problématique « handicap psychique et insertion en milieu professionnel ».

La quasi-totalité des psychiatres libéraux¹⁰⁶ constatent un manque d'intégration sociale des patients, portant d'ailleurs plus sur le travail que sur le logement

Le niveau de satisfaction des médecins généralistes¹⁰⁷ concernant l'intégration sociale de leurs patients varie selon les domaines : il est le plus élevé pour le travail en milieu protégé, il l'est moins avec le travail en milieu ordinaire et avec la vie sociale.

61) Les sorties d'incarcération et la continuité des soins : des travaux engagés sur un sujet difficile

La question de la sortie de détention est prise en compte au niveau régional. Trois groupes de travail ont été mis en place pour modéliser la sortie d'un détenu quel que soit le problème (Angers, la Roche-sur-Yon et Fontenay-le-Comte).

Les professionnels apparaissent en général démunis pour les prises en charge post-carcérales, sauf dans le cadre de parcours très fléchés. Une thèse de médecine¹⁰⁸ soutenue fin 2014 a étudié la continuité des soins, quels qu'ils soient, des ex-détenus à la sortie des prisons d'Angers, du Mans et de Nantes. L'analyse du devenir des détenus a révélé une perte importante de continuité des soins : 65.9% des suivis psychologiques mis en place pour les détenus qui le nécessitaient ont ainsi été interrompus.

Trois cas de figures différents ont été recensés chez les personnes ayant des troubles psychiques, sortant de détention, et pour lesquels des solutions de suivi doivent être mises en place :

- Rares personnes autonomes ;
- Personnes malades devant être suivies ;
- Personnes n'apparaissant pas « vraiment malades » mais qui ont des difficultés à accéder à un hébergement : ce sont des personnes en précarité, souvent laissées pour compte, ce sont des sujets intermédiaires complexes, pour lesquels il faut des connaissances et des liens interinstitutionnels forts. Cette situation est la plus complexe à résoudre.

¹⁰⁶ Enquête PSY

¹⁰⁷ Enquête MG

¹⁰⁸ La continuité des soins des ex-détenus à la sortie des prisons d'Angers, Le Mans et Nantes – Thèse de médecine – Université d'Angers - Pierre Anotin

Les détenus recourent ainsi peu à l'hébergement médico-social et social, même si quelques places leur sont réservées. L'articulation entre l'hébergement spécialisé médico-social ou social et les services pénitentiaires (ex : service pénitentiaire d'insertion et de probation) apparaît insuffisante faute de connaissance mutuelle.

3.2.2 *L'ARS s'engage progressivement dans les territoires pour l'intégration dans le logement des handicapés psychiques, davantage comme partenaire d'actions portées par d'autres acteurs ou institutions*

62) Une problématique reconnue du maintien et de l'accès au logement et/ ou à l'hébergement, malgré l'absence d'évaluation des besoins

Deux constats ont été faits par la commission « psychiatrie et santé mentale » de la FHF et la FNARS : d'une part, un pourcentage important de personnes hospitalisées en milieu spécialisé par carence de solutions d'hébergement ou de logement et d'autre part, le fait que disposer d'un logement ou d'un hébergement constitue un facteur majeur de stabilisation.

Ces constats sont partagés dans la région, mais les besoins de logement chez les personnes vivant avec un handicap psychique se révèlent diversifiés et évolutifs dans le temps, d'où la difficulté d'évaluer les besoins en temps réel. Il s'agit alors, selon les acteurs rencontrés, de disposer d'une palette territoriale d'offre de logements et d'hébergements, souple dans ses modalités d'admission comme de transfert.

Il n'y a pas de recensement des besoins d'hébergement pour les personnes handicapées psychiques (en particulier par les MDPH). La réponse n'est toutefois pas seulement médico-sociale. L'observatoire du social, qui donne une photographie précise du parc social, n'intègre pas les données sanitaires et en particulier ne compte pas d'informations sur le handicap psychique. Des enquêtes sur les conditions de logement auprès des usagers et de leurs familles ont cependant été menées par l'UNAFAM dans la région.

Un contexte commun a été retrouvé au niveau des trois terrains étudiés : s'il y a une offre locale de logement suffisante, sans pression immobilière en population générale, les questions de la sortie d'hospitalisation et de la capacité (ou non) des patients à occuper un logement autonome sont posées. Cette problématique a pu dans certains cas être présentée en lien avec la dynamique de réduction des durées de séjour en hospitalisation psychiatrique. La question de l'étayage social en sortie d'hospitalisation est ainsi parfois présentée comme un manque ; sont évoqués des patients qui, malgré un tel étayage, ne peuvent pas rester dans un logement autonome et retournent en hospitalisation psychiatrique. L'articulation de la psychiatrie avec les acteurs sociaux (au sens large : collectivités locales, associations,...), étudiée au niveau des trois terrains, présente des réponses contrastées, dépendant fortement des partenariats qui ont pu se nouer historiquement. Les partenaires ne jugent pas toujours suffisant le partenariat avec la psychiatrie. Il peut y avoir une différence d'appréciation sur l'accompagnement apporté par la psychiatrie entre le secteur psychiatrique (qui le croit suffisant) et le secteur social (qui souhaiterait davantage d'intervention de la psychiatrie). L'intervention de la psychiatrie dans les CHRS, notamment, est parfois jugée perfectible : les équipes sociales sont confrontées à des personnes qu'elles jugent insuffisamment stabilisées, avec des problèmes d'observance de traitements et des risques ressentis de passage à l'acte, et elles ont parfois des difficultés à faire signer un certificat d'hospitalisation sous contrainte. D'autres structures font état d'un manque d'informations de la part de la psychiatrie sur les personnes qu'elles accueillent (dangerosité pour elles-mêmes ou pour leur entourage, notamment).

Les "diagnostics à 360°" (diagnostics territoriaux partagés dans le cadre du plan national pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale) ont mis en évidence les besoins de coordination entre acteurs de l'hébergement et du logement et les acteurs de santé, pour que la réponse apportée soit la plus anticipée possible : maintien dans le logement et prévention des expulsions. Les Plan Départementaux d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD) insistent sur l'articulation des acteurs logement-santé-social. Mais l'insertion par le logement de patients handicapés psychiques n'est pas toujours considérée comme un projet sanitaire par les établissements de santé et est donc variablement investie.

Les médecins généralistes¹⁰⁹ sont partagés sur l'intégration via le logement de leurs patients : 1/3 des médecins généralistes en sont satisfaits, 1/3 ne le sont pas, tandis que 1/3 ne se prononcent pas.

Pour les baux locatifs, le problème de maintien est plus fréquent que le problème d'accès au logement. Trois cas de figures ont d'ailleurs été recensés pour les personnes habitant des logements de type HLM :

- Personnes qui commencent à présenter des troubles qui n'étaient pas connus, sans accompagnement antérieur : le bailleur se trouve souvent démuné, en l'absence de demande de la personne ;
- Personnes déjà suivies sur le plan psychiatrique : le bailleur peut, plus ou moins, contacter un référent selon les territoires (ex : Sarthe Habitat et Adgesti, appui sur une équipe SAMSAH...);
- Personnes en soins demandant un accès à un logement de droit commun : initiatives variées en région, mais cela peut rester problématique.

63) Une montée en charge de l'ARS sur ces questions, sous l'impulsion des délégations territoriales

L'ARS, notamment ses délégations territoriales, a investi le champ du logement de diverses manières. Des groupes de travail sur le logement ont pu être mis en place par l'ARS au sein des CDSM ou des conférences de territoire, dans quatre territoires de santé sur cinq, ayant pu déboucher sur des projets de conventionnement entre acteurs ou de rédaction d'un guide de recensement des structures de logement/hébergement.

L'ARS s'est associée au projet de l'UDAF 44 et de nombreux autres partenaires pour créer un dispositif « famille gouvernante » en Loire-Atlantique pour six personnes sous mesure de protection. Les quatre gouvernantes de l'équipe se relaient pour apporter aide et soutien aux locataires de deux appartements dans tous les actes de la vie quotidienne, de surveillance et de participation à la vie sociale.

Il existe une réflexion partagée ARS/DRJSCS pour favoriser les parcours, notamment l'entrée/sortie des résidences accueil.

Le problème du repérage des troubles psychiques est essentiel pour le maintien à domicile. Une expérimentation régionale à laquelle participe l'ARS prévoit que des travailleurs sociaux puissent alerter une infirmière qui évalue et oriente.

L'ARS, avait en revanche peu de contacts jusqu'à récemment avec la DREAL sur la question des troubles psychiques, alors même que c'est un partenaire naturel sur le sujet, qui finance des logements adaptés via des appels à projets nationaux.

L'ARS s'est également engagée sur des actions de prévention dans le cadre de la lutte contre l'habitat indigne au travers de la sensibilisation des travailleurs sociaux et des intervenants à domicile plus généralement. L'habitat indigne a des effets négatifs sur la santé et notamment la santé mentale. Il existe par ailleurs une réponse réglementaire en cas d'incurie entraînant des risques pour la personne et le voisinage, à laquelle participe l'ARS. Les situations sont hétérogènes, moins repérées dans les campagnes qu'en ville, car la densité démographique y est moins forte et les récidives s'avèrent nombreuses.

64) Des formations et sensibilisations du secteur logement / hébergement à l'initiative des acteurs de terrain

Les formation-actions, l'évaluation des situations et une orientation adéquate des personnes sont des vecteurs reconnus de l'acquisition d'une culture commune entre acteurs sanitaires et sociaux.

¹⁰⁹ Enquête MG

La formation des acteurs sociaux sur la psychiatrie/santé mentale s'est engagée de façon inégale selon les territoires de santé, impliquant de façon variable les directions départementales de la cohésion sociale, les établissements de santé et des associations. Des attentes sont exprimées vis-à-vis de l'ARS pour la poursuite de l'appui aux formations. La FNARS organise également des formations sur les problèmes de santé mentale des personnes accueillies et accompagnées à destination des intervenants sociaux.

Des formations auprès des professionnels et des bénévoles au contact des personnes en souffrance psychique sont organisées par la psychiatrie publique (parfois avec des associations spécialisées) dans deux terrains étudiés sur trois. Des rencontres entre psychiatrie et bailleurs sociaux sont déclarées dans deux terrains sur trois. Dans l'un d'eux, cette action a été particulièrement ciblée auprès des bailleurs sociaux et de leurs équipes, fondée sur des échanges d'expérience et axée sur le repérage des troubles et les réactions à avoir dans ces situations. Dans l'autre, outre la formation générale proposée depuis une dizaine d'années, il est prévu dans le cadre du CLS de développer des formations au repérage de la souffrance psychique auprès d'une pluralité d'acteurs, dont les bailleurs sociaux, travailleurs sociaux et agents d'accueil. Sur le troisième terrain, il a été précisé qu'il y avait peu de formations de professionnels du champ social pour le repérage des situations, mais que la psychiatrie était beaucoup sur le terrain à la rencontre des acteurs, ce qui est jugé préférable à la tenue de conférences.

En Sarthe, la question de l'accès et du maintien dans le logement des personnes présentant des troubles psychiques a été très fortement investie, dans le cadre de partenariats bilatéraux (CHS-résidence accueil, CHS – bailleurs sociaux dont Sarthe Habitat), ou multilatéraux (plateformes partenariales où sont présentées les situations problématiques, avec recherche de solutions ; dispositif de médiation expulsion CCAS-bailleurs sociaux-cellule logement du CHS). Le CHS est partie prenante de ces différentes actions via une équipe mobile spécialisée, la cellule logement.

Même si des formations sont assurées par le secteur de psychiatrie pour certains établissements, et si des psychologues peuvent proposer des analyses de pratiques, les travailleurs sociaux éprouvent toujours le besoin de formations sur ce thème (peur des retours d'hospitalisations, sentiment d'être démunis par méconnaissance des pathologies et peur de tenir des propos inadaptés aux personnes en souffrance psychique).

A côté des bailleurs sociaux, les propriétaires privés considèrent qu'ils ne sont pas assez associés aux réunions (ex : CLSM) ou aux interventions des autorités lors de situations d'incurie dans les logements devenus insalubres.

65) Un besoin repéré de lieux de transition entre hospitalisation et logement ordinaire

Le besoin d'un hébergement accompagné de type sanitaire (appartement thérapeutique), social (résidence accueil), ou médico-social (appartement de coordination thérapeutique) est ressenti pour les patients dont l'étayage social ne suffit pas à garantir le maintien dans un logement autonome. Le logement autonome nécessite en effet souvent un minimum d'étayage (veilleur de nuit, professionnel qui distribue les médicaments, réponse à tel ou tel besoin de la vie courante...), qu'il n'est pas toujours possible de proposer.

La DRJSCS a récemment mené une étude sur les listes d'attente en maison relais et en résidence accueil. Tout le monde s'accorde sur le bien-fondé du développement des résidences accueil, mais il existe un gel actuel de leurs créations. De plus, la question du vieillissement des personnes en maison relais ou résidence accueil se pose quant à leur orientation en EHPAD à partir de 60 ans, d'autant que leur vieillissement est précoce (parcours de vie compliqués, avec addictions et précarité).

Les appartements thérapeutiques sont unanimement reconnus comme des structures à développer, y compris par transformation d'autres structures sanitaires. Le manque d'appartements thérapeutiques a cependant été constaté sur les trois terrains étudiés (sur deux sites, ceux qui existaient avant ont disparu). De même, le manque de solutions de types accueil familial thérapeutique a pu être signalé, parfois pallié par des solutions adaptées de familles d'accueil social.

A côté d'une offre de logement adapté spécifique, des solutions d'étayage des personnes dans leur logement (ou dans des structures sociales d'hébergement ou de logement) ont été repérées dans les trois terrains étudiés :

- Visites à domicile des équipes de secteur, y compris dans les structures de logement social ;
- Appui de la psychiatrie aux équipes de CHRS ;
- Création d'une cellule logement au sein d'un hôpital psychiatrique qui échange avec les partenaires sur les problèmes d'accès ou de maintien dans le logement des patients et peut organiser des interventions sur des situations de crise ou en anticipation ;
- Aide aux aidants de personnes handicapées psychiques, s'accompagnant cependant du ressenti d'un manque d'offre de répit pour les familles.

D'autres réalisations ou d'autres projets de ce type ont pu être évoqués, parfois pour des publics spécifiques : association gérant des appartements associatifs communautaires, création d'un lieu de répit avec hébergement pour des jeunes adultes (18-25 ans) en souffrance psychique, projet d'hébergement social en proximité d'un CHS pour les sorties d'hospitalisation, projet d'appartement d'évaluation pour les personnes hospitalisées avant de décider d'une orientation vers un type de logement ou l'autre, familles gouvernantes à Nantes... La ville de Nantes, le CHU et les bailleurs sociaux ont par ailleurs signé une convention pour mettre à disposition dix nouveaux logements par an au bénéfice des personnes avec handicap psychique. Les bailleurs sociaux sont ainsi rassurés par l'identification de différents référents.

Un Infirmier Diplômé d'Etat rattaché à un Service Intégré d'Accueil et d'Orientation (SIAO) peut être un élément facilitateur pour une orientation vers un logement adapté, d'autant que les documents administratifs ne sont pas toujours faciles à remplir pour une personne handicapée psychique en situation de précarité sociale, et même si les appartements thérapeutiques ne sont pas dans le champ des orientations du SIAO¹¹⁰. Une MDPH a par ailleurs, et de manière dérogatoire, inclus dans la Prestation Compensation Handicap (PCH) des prestations d'entretien de logement.

Enfin, il y a des modes d'habitat qui n'existent pas. Il y a ainsi pas ou peu de formules de petites unités insérées. Tous les acteurs s'accordent aussi à dire que l'offre de logement social devrait être diversifiée notamment pour les sortants de psychiatrie.

4. QUELLES REPONSES L'ARS A-T-ELLE MIS EN ŒUVRE POUR REDUIRE LES INEGALITES TERRITORIALES EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE ET D'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES VIVANT AVEC UN HANDICAP OU UN TROUBLE PSYCHIQUE ?

Réponse à la question évaluative :

La réduction des inégalités territoriales apparaît comme un objectif peu investi par l'ARS, au vu de l'organisation des équipes mobiles et des collaborations entre le premier recours et la médecine spécialisée. Les pratiques sont très hétérogènes d'un secteur psychiatrique à un autre et les échanges entre professionnels de santé libéraux sont peu connus et encore moins travaillés par l'ARS. Le développement des MSP, permettant une meilleure articulation entre médecins généralistes et médecins spécialistes d'une part et entre médecins et IDE d'autre part, apparaît cependant comme une réponse de l'ARS pour améliorer l'organisation territoriale sur l'ensemble de la région.

¹¹⁰ 2 types de dispositifs ont en effet été constatés en parallèle : sociaux et sanitaires

4.1 Dans quelle mesure les équipes mobiles en psychiatrie, existantes ou créées, ont-elles contribué à la réduction des inégalités territoriales, dans une stratégie coordonnée au sein de l'offre de soins et d'accompagnement ?¹¹¹

Réponse à la sous-question évaluative :

Les équipes mobiles en psychiatrie, qui sont le plus souvent intersectorielles, se sont créées sans stratégie coordonnée, de façon non régulée et n'ont pas contribué à la réduction d'inégalités territoriales. La plupart ont été constituées avant l'ARS. La question plus globale de l'intervention à domicile des acteurs de la psychiatrie, dont l'équipe mobile ne représente que l'une des modalités d'organisation, reste à traiter par l'ARS, d'autant que les pratiques en la matière sont très hétérogènes d'un secteur à un autre. Les acteurs peinent à complètement intégrer la dimension du « aller vers » dans leurs organisations et leurs pratiques, les évolutions restant lentes.

Objectifs du PRS

Axe 6 du SROS : Volet psychiatrie

- Développer des équipes, si besoin intersectorielles, pour faciliter le décloisonnement en intervenant auprès des structures médico-sociales et hospitalières non psychiatriques, avec une attention à porter sur l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrant de troubles mentaux
- Mettre en place des équipes mobiles d'intervention en urgence

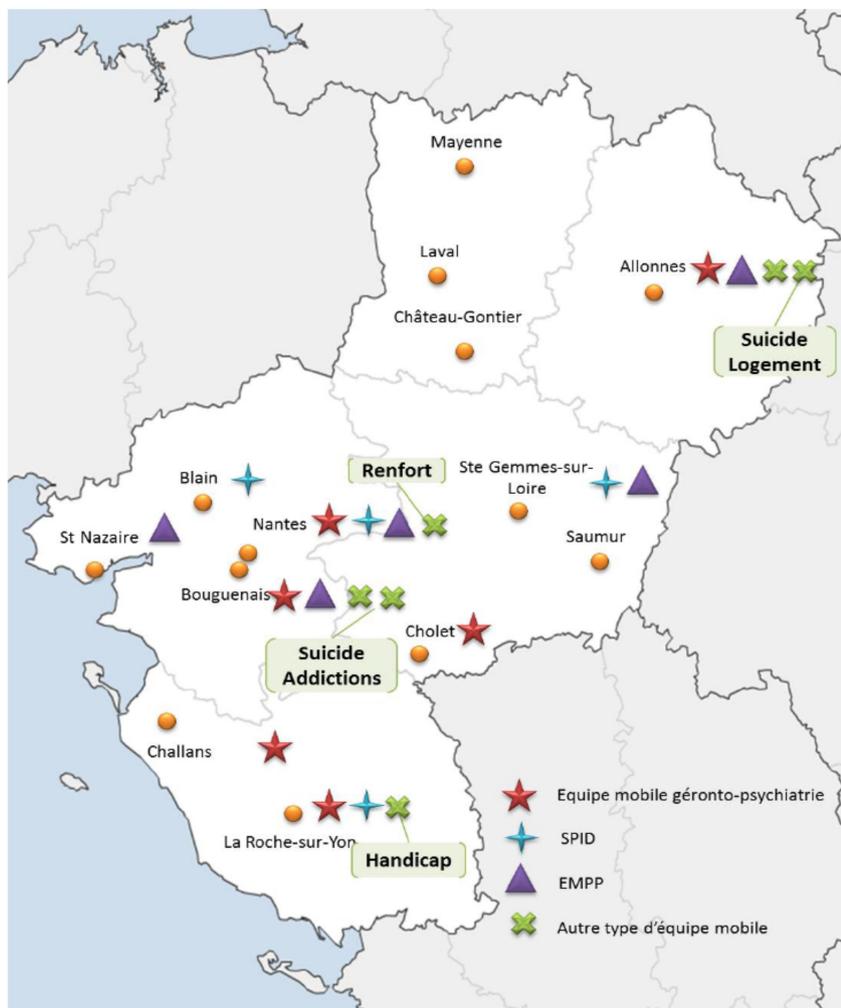
4.1.1 Les équipes mobiles facilitent l'accès aux soins mais sans réduire les inégalités territoriales, dans un contexte où elles se sont développées sans stratégie coordonnée

66) Des équipes mobiles apportant une plus – value mais sans réflexion globale sur les interventions à domicile dans le champ de la santé mentale

Tous les secteurs de psychiatrie réalisent des Interventions A Domicile (IAD), mais dans des proportions très variables (de 2% à 75% de la file active). Les équipes mobiles formalisées le font de manière systématique, interviennent auprès des patients non connus du CMP et effectuent davantage d'accompagnement des aidants et professionnels, en développant particulièrement les permanences et consultations délocalisées et les actions de formation/sensibilisation. Les IAD des secteurs sont majoritairement réalisées sur une base sectorielle, rarement intersectorielle, alors que les équipes mobiles se déploient plus volontiers sur une base intersectorielle. Globalement, les outils actuels de mesure de l'activité psychiatrique ne rendent pas compte assez finement de l'activité à domicile et des actions auprès des partenaires.

¹¹¹ Source des réponses à cette sous-question évaluative : Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire – Icône Médiation Santé et MC2 consultants – ARS PDL - décembre 2015

Les trois facteurs les plus importants de succès et d'échec des interventions à domicile, des secteurs comme des équipes mobiles, sont le dimensionnement des moyens humains et techniques, le niveau de coopération avec les partenaires extérieurs à la psychiatrie publique et le degré de coopération entre équipes mobiles, secteurs de psychiatrie et services somatiques.



Carte d'implantation des équipes mobiles en psychiatrie adulte et des services de soins de particulière intensité à domicile en Pays de la Loire¹¹²

17 équipes mobiles ont été recensées en Pays de la Loire, très inégalement réparties sur le territoire et de cibles très diverses : 6 Equipes Mobiles Géro-Psi (EMGP), 5 Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP), 2 Equipes Mobiles de Prévention du Suicide (EMPS, 1 équipe mobile « handicap », 1 équipe mobile « logement », 1 équipe mobile de renfort et 1 équipe mobile addictions. La plupart de ces équipes sont intersectorielles. Elles ont été créées dans la région de 1992 à 2014 et ont des caractéristiques très différentes : organisation administrative, thématiques, effectifs, files actives...

Les équipes mobiles présentent une plus-value par rapport aux IAD « classiques » à de nombreux égards : une intervention précoce et une meilleure fluidité du parcours du patient, un accès aux soins des personnes non connues (ou perdues de vue), l'apport d'une expertise (ex : suicide, gériatrie), une grande réactivité pour effectuer une intervention à domicile, plus de souplesse dans l'organisation de la réponse, une approche globale des situations, un travail en réseau facteur de décloisonnement. Les équipes mobiles présentent des caractéristiques d'intervention « idéales » par rapport aux attentes de l'ARS (intervention en milieu de vie, approche globale, en prévention des hospitalisations, associant les aidants, etc.), mais elles ne proposent pas de prises en charge au long cours (sauf exceptions), qui relèvent des secteurs.

Cependant, si l'articulation et la coopération entre équipes mobiles et secteurs n'est pas suffisamment travaillée, il peut y avoir redondance et/ou cloisonnement.

¹¹² Evaluation de la valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire – Icône Médiation Santé et MC2 consultants – ARS PDL - décembre 2015

Par ailleurs, des secteurs ont pu mettre en œuvre des actions généralement attribuables aux équipes mobiles.

Les EMPP, plus spécifiquement, répondent globalement au cahier des charges national, que ce soit en matière d'actions auprès des patients, ou d'appui aux professionnels. Il existe une grande proximité entre les EMPP de la région qui ont formalisé un réseau régional, favorisant notamment l'amélioration de leurs pratiques.

L'objectif de l'ARS de disposer de deux équipes mobiles par territoire de santé, aux compétences larges et pluripopulationnelles, et non d'équipes spécialisées sur des monopopulations, n'a pas été largement diffusé, d'où son absence de mise en œuvre par les établissements de santé. L'objectif du PRS de mettre en place des équipes mobiles d'intervention en urgence n'a pas, non plus, été mis en œuvre.

4.2 Comment la médecine de premier recours en cours de restructuration est-elle organisée pour prendre en charge en proximité les personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?

Réponse à la sous-question évaluative :

Si les médecins généralistes se perçoivent globalement bien outillés pour repérer et diagnostiquer les troubles psychiques, bien que des formations soient encore nécessaires en veillant à ce qu'elles soient mieux structurées, leur articulation avec les médecins spécialistes, publics comme libéraux demeure difficile. Des dynamiques récentes sont cependant à l'œuvre dans la région, à l'initiative des professionnels eux-mêmes. La politique de développement des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles portée par l'ARS apparaît comme un levier pour favoriser les liens entre médecins. Le rôle des IDE libéraux apparaît insuffisamment soutenu et organisé.

Objectifs du PRS

Axe 6 du SROS : Volet psychiatrie

- Renforcer les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social, ces articulations concernant notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles/MSP

SROS 30 : Aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun

- Pour les patients psychiatriques et/ou handicapés psychiques, assurer une collaboration entre le médecin généraliste de ville et le CMP, activer ou réactiver les Conseils Locaux de Santé Mentale

4.2.1 *La médecine de premier recours se perçoit globalement organisée et outillée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques auxquels elle est fréquemment confrontée*

67) Sollicités fréquemment par des patients ayant des troubles psychiatriques, des médecins généralistes qui se pensent suffisamment outillés en général

La fréquence des troubles psychiatriques est importante au niveau national : 25 à 30% des motifs de consultation chez le médecin généraliste, 1 personne sur 3 touchée au cours de sa vie, 14% de la morbidité globale (proportion croissante), 1^{ère} cause d'invalidité, 2^{ème} cause d'arrêt de travail. Malgré des avancées certaines, certains indicateurs restent préoccupants : délais de diagnostic longs (7 à 10 ans), espérance de vie réduite (- 9 ans), taux de suicide élevé, inclusion sociale décevante...¹¹³

¹¹³ Données DGOS au colloque FHF/ADESM à Nantes du 2 octobre 2015

Cette fréquence élevée est retrouvée au niveau régional, corrélée aux pratiques des médecins généralistes¹¹⁴ :

- 1/3 des médecins généralistes de la région a déclaré qu'au moins 1 patient sur 5 présentait des troubles psychiatriques lors de leur dernière journée de consultation ;
- 2/3 des médecins généralistes ont repéré des populations à risque parmi leur patientèle sur lesquelles faire porter prioritairement le repérage et le diagnostic précoce de troubles psychiatriques.

2/3 des médecins généralistes se disent suffisamment outillés (formation et mise en pratique) pour repérer et réaliser des diagnostics précoces, pour préparer un patient à un travail de psychothérapie. Un peu moins disent l'être pour annoncer un diagnostic en santé mentale. Localement, il apparaît que la répartition entre psychiatrie et médecine générale n'est pas calée en matière d'annonce d'un diagnostic au patient.

1/3 des médecins généralistes¹¹⁵ déclarent cependant des difficultés à évaluer le risque suicidaire. Les raisons avancées sont par ordre croissant :

- le fait de ne pas oser aborder la question du suicide avec le patient (6% contre 11% lors de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011),
- le manque de savoir-faire sur la façon d'aborder le sujet avec les patients (27% contre 27%),
- le manque de temps pour le faire (28% contre 35%),
- le **manque de formation sur le sujet** (36% contre 37%) qui est la difficulté majeure.

68) Une formation des médecins au repérage « élargi » de la crise suicidaire qui se développe avec une implication de l'ARS

Les besoins de formations rapportés par des représentants de médecins généralistes concernent le repérage de la souffrance psychique et du syndrome dépressif ainsi que les échelles d'évaluation. Evaluer la dangerosité potentielle d'un patient pour lui-même est jugé comme le plus important.

Ayant cet objectif parmi ses priorités, l'ARS s'est impliquée de différentes manières sur la formation médicale continue des médecins généralistes en matière de santé mentale.

Elle s'est ainsi récemment associée à l'Union Régionale des Associations de Formation Médicale et d'Évaluations Continues (URAFORMEC), en lien avec le CHS Daumézon, sur un programme de formation autour de la prévention de la dépression et du suicide, avec la volonté d'identifier localement des binômes de formation psychiatre/médecin généraliste. Ce programme de prévention du suicide vise à mieux attirer les médecins généralistes que ne le fait la formation pluri professionnelle régionale de repérage et de prise en charge de la crise suicidaire. Cette action pourrait être aussi un levier pour mieux articuler localement médecins généralistes et psychiatres.

Un Contrat Local de Santé prévoit une formation au repérage précoce des personnes en souffrance psychique, entre autres à destination des médecins généralistes.

Des groupes qualité, pilotés par l'association APIMED (Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale) en partenariat avec l'URPS-ML (Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux), l'ARS et l'assurance-maladie, basés sur des échanges de pratiques, ont été constitués en Pays de la Loire. Ils accueillent uniquement des médecins généralistes sur un même territoire (10 kms sur 10 kms environ). Environ 260 médecins généralistes sont concernés (26 groupes) sous forme d'une réunion par mois, 10 fois par an (6 thèmes imposés et 4 thèmes libres). Un thème sur les urgences psychiatriques en 2014 (repérage de la crise suicidaire) a montré le déficit de communication entre médecins généralistes et psychiatres ; il s'est appuyé sur l'annuaire « agir ensemble contre le suicide » ARS/MSA.

¹¹⁴ **Enquête MG**

¹¹⁵ **Enquête MG** et Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale (ORS et URPS-ML Pays de la Loire, Ministère de la santé-Drees, septembre-décembre 2011)

Diverses attentes vis-à-vis de l'ARS ont pu être notées lors d'entretiens avec des médecins généralistes : une meilleure diffusion de l'annuaire « agir ensemble contre le suicide », l'organisation de rencontres locales entre médecins généralistes et professionnels de la psychiatrie, la diffusion d'outils d'évaluation des patients, la possibilité de recourir à la télémédecine.

Moins de la moitié des médecins généralistes¹¹⁶ connaissent les recommandations de pratique clinique de la HAS en psychiatrie. Les recommandations les plus connues sont « reconnaître et prendre en charge le risque suicidaire » de 2000 et « prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » de 2002. Ce sont elles qui sont également les plus utilisées (par plus d'un tiers des médecins généralistes). La recommandation la moins connue et la moins utilisée est celle concernant les ALD pour schizophrénies (2007).

4.2.2 Les collaborations directes entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie sont globalement difficiles malgré des dynamiques récentes, mais des pistes d'amélioration sont identifiées (MSP, IDE libéraux)

69) Des relations entre médecins généralistes et psychiatres qui demeurent difficiles

Une charte a été signée le 20 mars 2014 entre le président de la conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés et le président du collège de la médecine générale, qui témoigne d'une mobilisation des acteurs nationaux pour améliorer leur collaboration. Elle prévoit une meilleure coordination des soins en huit points, parmi lesquels une répartition claire des responsabilités thérapeutiques, un accès téléphonique direct à un psychiatre, la transmission d'informations dans les meilleurs délais, la coordination des interventions au domicile, la formation des internes. Le texte de la charte précise : « *La mise en œuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.* »

La commission « Psychiatrie et santé mentale » de la FHF invite à améliorer les relations entre médecins généralistes et psychiatrie, mettant en exergue l'importance du lien entre médecins généralistes et psychiatrie (rôle des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques, insuffisance de coordination avec la psychiatrie soulignée dans de nombreux rapports). Elle préconise la mise en œuvre de la charte nationale.

Au niveau régional, la question de l'articulation médecins généralistes/psychiatres suscite de plus en plus de travaux : thèses médicales¹¹⁷, travaux de l'URPS ML ... L'auto-évaluation des pratiques professionnelles lors du benchmark des CMP a ciblé l'amélioration de liens ville-hôpital, notamment par un travail sur l'accès direct par les médecins de ville et la mise à disposition des comptes rendus. Ces objectifs répondent à des constats très négatifs sur le sujet.

En matière de collaborations entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie publique, les constats sont diversement documentés selon les terrains étudiés, et contrastés. Hormis les questions de circulation de l'information (traitées en 1-2-2), il ressort des relations variables entre médecins généralistes et psychiatrie hospitalière, dépendant du contexte mais aussi des médecins généralistes eux-mêmes.

Plus des trois quarts des médecins généralistes¹¹⁸ se déclarent peu satisfaits voire mécontents de leur place dans le parcours de santé d'un patient vivant avec des troubles psychiatriques. Plus de 85% d'entre eux n'ont

¹¹⁶ **Enquête MG**

¹¹⁷ Exemple : Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres : enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique – thèse de médecine générale – Université de Nantes – 12 janvier 2016 – Cécile Parléani

¹¹⁸ **Enquête MG**

pas constaté d'évolution bénéfique des possibilités de prise en charge depuis 2012. Par exemple, il n'y a pas de programme d'éducation thérapeutique du patient en santé mentale porté par des professionnels du premier recours.

Il existe, selon les médecins généralistes rencontrés, un chaînon manquant entre les professionnels du 1^{er} recours et les acteurs de la psychiatrie pour la communication d'informations. Les médecins généralistes déplorent la perte progressive de leurs réseaux personnels de correspondants, qui facilitaient l'adressage des patients. En découlent maintenant une perte de temps à la recherche d'un psychiatre libéral disponible et une méconnaissance des spécificités thérapeutiques des psychiatres. Les médecins généralistes¹¹⁹, en dehors d'un contexte d'urgence, afin d'orienter un de leurs patients, proposent plus souvent un type de professionnel à contacter qu'ils n'indiquent un nom de professionnel à contacter. Ils contactent rarement eux-mêmes le professionnel. Les médecins généralistes téléphonent rarement aux psychiatres, lesquels sont souvent insatisfaits des courriers des médecins généralistes, tous constatant une diminution des relations confraternelles.

Les résultats de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011 révélaient que 37% des médecins généralistes se disaient satisfaits de leur collaboration avec les professionnels spécialisés de santé mentale. Ce sont seulement 31% des médecins généralistes¹²⁰ qui se sont dits en 2015 satisfaits ou contents de leur coopération avec le secteur psychiatrique ou avec les cliniques et établissements privés. Globalement, les dysfonctionnements pointés par les médecins généralistes concernant leurs coopérations avec les autres professionnels de santé portent essentiellement sur les échanges d'informations avec les médecins psychiatres et leur accessibilité.

Pour les échanges avec le secteur public, les insatisfactions des médecins généralistes¹²¹ portent surtout sur :

- L'information de la sortie d'hospitalisation ;
- La transmission d'informations médicales concernant les diagnostics au cours d'une prise en charge ambulatoire, la transmission d'informations médicales concernant les modifications thérapeutiques au cours d'une prise en charge ambulatoire ;
- La possibilité d'un avis ;
- Le délai pour une primo-consultation ;
- Le délai pour avoir une consultation pour un patient en décompensation ;
- Ainsi que l'intégration dans un travail d'équipe pluridisciplinaire.

L'insatisfaction est moins grande pour l'existence d'un compte-rendu d'hospitalisation et la qualité de ce compte-rendu.

Les médecins généralistes¹²² prennent le plus souvent possible en charge leurs patients avec un psychiatre public, mais ils en prennent aussi en charge souvent seuls. Ils citent plus rarement des prises en charge seules par un psychiatre public, un psychiatre libéral ou un psychologue libéral.

Des évolutions ont été constatées par les médecins généralistes¹²³ chez leurs partenaires : une aggravation marquée chez les professionnels de santé du secteur de psychiatrie publique, moindre chez les psychiatres libéraux. Il n'y a pas eu de changements constatés chez les psychologues libéraux et les travailleurs sociaux.

Les évolutions constatées dans le secteur public sont une amélioration de l'existence d'un compte-rendu d'hospitalisation et de sa qualité mais une aggravation sur la possibilité d'un avis auprès des psychiatres, le délai pour une primo-consultation et le délai pour avoir une consultation pour un patient déjà connu en décompensation. Une aggravation est aussi constatée pour l'intégration dans un travail d'équipe pluridisciplinaire, mais de moindre ampleur.

¹¹⁹ Enquête MG

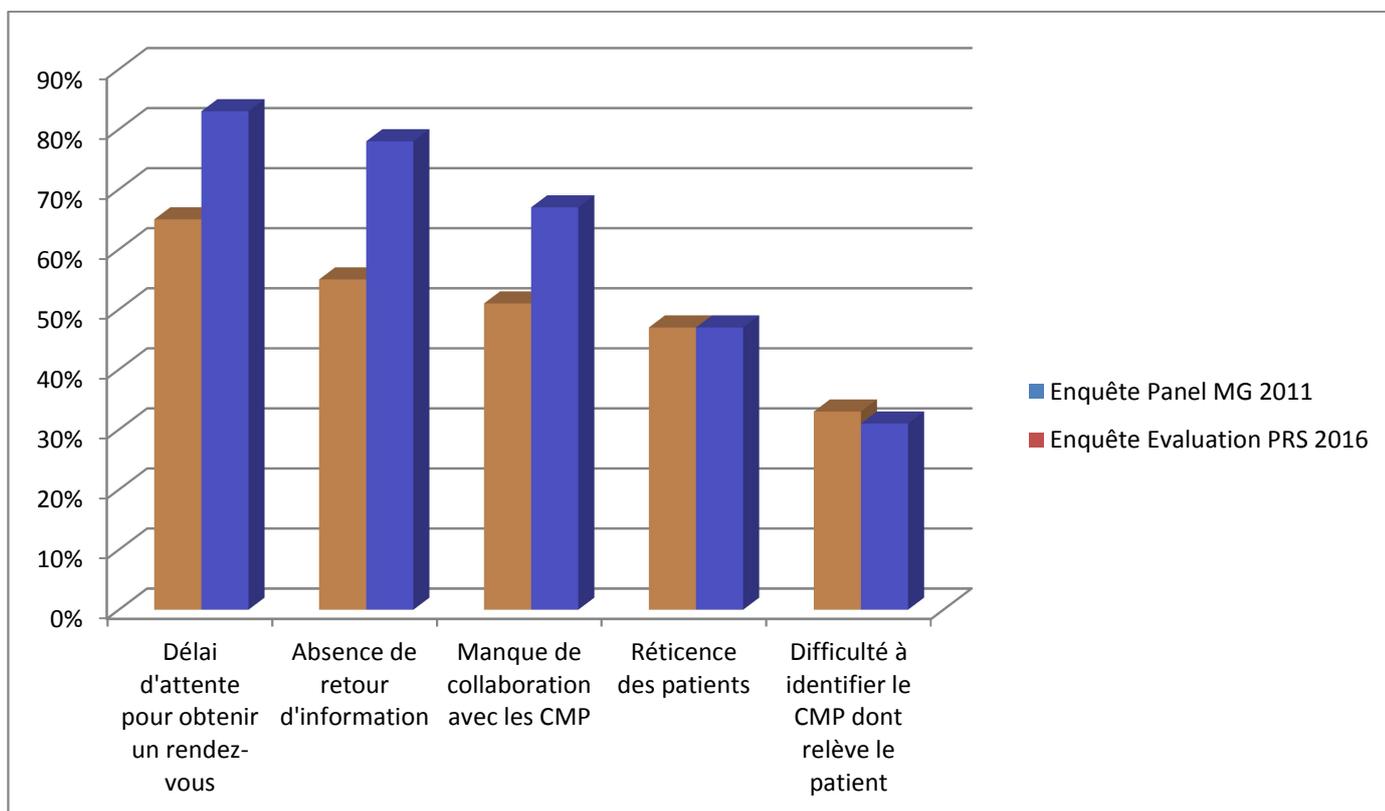
¹²⁰ Enquête MG

¹²¹ Enquête MG

¹²² Enquête MG

¹²³ Enquête MG

Les principaux freins à adresser des patients dépressifs pour un médecin généraliste¹²⁴ sont par ordre décroissant le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous (83%), l'absence de retour d'information (78%), le manque de collaboration avec les CMP (67%), la réticence des patients (47%) et la difficulté d'identifier le CMP dont relève le patient (31%). L'ordre de classement est strictement le même que celui rapporté par l'enquête de panel en médecine générale fin 2011 (cf. graphique suivant). D'autres freins ont pu être rapportés : image du centre hospitalier spécialisé auprès du patient et de sa famille, passage par un infirmier avant d'accéder au psychiatre, pas d'identification des équipes, variabilité des intervenants, distance au CMP.



Pour les échanges avec le secteur privé, les **insatisfactions des médecins généralistes¹²⁵ portent sur les mêmes critères que pour le secteur public, sauf pour le délai pour une primo-consultation en secteur privé, qui engendre moins de mécontentement que pour le public.**

Les évolutions constatées dans le secteur privé sont surtout des aggravations, cependant moindres que dans le public : délai de primo-consultation, délai pour avoir une consultation pour un patient déjà connu en décompensation, possibilité d'un avis auprès des psychiatres.

Pour des représentants des psychiatres libéraux, les médecins généralistes ne savent malheureusement pas toujours exprimer ce qu'ils attendent d'un psychiatre libéral quand ils lui adressent un patient : avis spécialisé, suivi, préparation d'une hospitalisation... Cependant dans l'enquête menée auprès des psychiatres libéraux¹²⁶, plus des deux tiers d'entre eux estiment que les médecins généralistes connaissent le type de patients à adresser à un psychiatre. Les médecins généralistes connaissent mal les spécificités des psychiatres et leurs pratiques. Ils déplorent par ailleurs la disparition des réseaux informels médecins généralistes/psychiatres entretenus autrefois par le financement des laboratoires, et il n'y a plus guère aujourd'hui d'occasion de se rencontrer, chacun suivant désormais des formations cloisonnées.

¹²⁴ Enquête MG

¹²⁵ Enquête MG

¹²⁶ Enquête PSY

70) Des collaborations des médecins généralistes plus satisfaisantes avec les psychologues qu'avec les psychiatres

Si les médecins généralistes¹²⁷ sont insatisfaits voire mécontents de leur coopération avec le secteur psychiatrique et les psychiatres libéraux (plus des deux tiers dans chaque cas), ils sont plus satisfaits de leur collaboration avec les psychologues libéraux (un tiers seulement d'insatisfaits). Ils n'ont pas constaté de changements de pratiques chez eux.

Trois quarts des psychologues libéraux¹²⁸ estiment que les médecins généralistes connaissent le type de patients à adresser à un psychologue, soit une pertinence meilleure qu'avec les psychiatres libéraux¹²⁹.

Les psychiatres libéraux regrettent qu'il y ait parfois confusion entre psychiatres et psychologues.

71) Des points d'amélioration identifiés pour les relations entre médecine de premier recours et psychiatrie

Des efforts de la part de la psychiatrie pour améliorer les relations avec les médecins généralistes ont pu être évoqués lors des études de terrain : efforts sur les communications, notamment des courriers de sortie, création d'un annuaire à destination des médecins généralistes pour qu'ils puissent contacter les spécialistes hospitaliers... Des réunions de staff de secteur psychiatrique avec des médecins généralistes se sont mises en place récemment pour des situations complexes.

L'UPAO d'Angers peut conseiller les médecins généralistes sur les procédures médico-légales, qui sont difficiles à assimiler pour ces professionnels de santé libéraux qui y sont peu confrontés.

Cinq Contrats Locaux de Santé (CLS) sur douze visent des actions de collaboration entre psychiatrie et premier recours, mais de manière plus ou moins explicite.

Un annuaire des psychiatres libéraux va être publié à l'issue de travaux de l'URPS médecins libéraux entre médecins généralistes et psychiatres libéraux.

Les domaines d'amélioration des prises en charge proposés par les médecins généralistes¹³⁰ sont par ordre décroissant : la collaboration MG/psychiatres (regroupant 50% des propositions), les formations, les actions sur la démographie des psychiatres, l'accompagnement social et l'accès aux psychologues. Cela montre leur degré de préoccupation sur le sujet.

72) Les MSP : un atout repéré pour renforcer les collaborations entre médecine de premier recours et psychiatrie

Les MSP pourraient manifestement, selon les professionnels rencontrés, être un levier pour faciliter l'échange d'informations entre les professionnels du premier recours et les acteurs de la psychiatrie.

Le règlement arbitral sur les MSP¹³¹ intègre la psychiatrie et ne devrait pas bouleverser les projets déjà mis en place. Les modules optionnels comportent la souffrance psychique et les addictions chez les jeunes, la prévention du suicide, la dépression de la personne âgée. Parmi les protocoles, figurent le syndrome

¹²⁷ **Enquête MG**

¹²⁸ **Enquête PSYCHO**

¹²⁹ **Enquête PSY**

¹³⁰ **Enquête MG**

¹³¹ Arrêté du 23 février 2015 portant approbation du règlement arbitral applicable aux structures de santé pluri-professionnelles de proximité

dépressif avec désinsertion socioprofessionnelle. Il convient de préciser que l'éducation thérapeutique du patient ne figure pas dans ce règlement arbitral.

Un appel à projets relatif au développement de coopération entre les médecins généralistes en maison de santé et les professionnels spécialisés en santé mentale a été lancé par l'ARS en 2014, ciblant prioritairement les départements de Sarthe, Mayenne et Vendée. Peu de projets ont été reçus et un seul a abouti, à Saint-Nazaire. Cet appel à projets a voulu renforcer les initiatives existant en région. C'est ainsi que le CHS Daumézou a ouvert dès septembre 2009 une première consultation avancée en MSP (assurée par une IDE ou un psychologue) ayant concerné de 2009 à 2013 près de 350 patients (avec cinq lieux de consultation avancée dans le Sud-Loire). L'action porte aussi sur l'appui aux médecins généralistes. Des mises à disposition auprès de MSP de psychologues des secteurs de psychiatrie ont été réalisées en Maine-et-Loire, Loire-Atlantique et Sarthe. Il existe par ailleurs des interventions de centres hospitaliers spécialisés au niveau de cabinets de groupe, non MSP, non connues de l'ARS. Il convient de noter que sur l'un des terrains étudiés, une équipe de prévention du suicide peut intervenir au cabinet d'un médecin généraliste. Si les consultations avancées (IDE, psychologue) en MSP apparaissent comme une réponse intéressante, en termes de soutien de prise en charge et de maillage territorial, il conviendrait néanmoins d'évaluer ce type de dispositif avant d'envisager une éventuelle généralisation.

La mise en place de consultations avancées en MSP nécessite un travail local de préparation, de suivi et de mise en place de collaborations étroites entre IDE/psychiatre référent et médecin généraliste. La présence de quatre médecins généralistes au sein d'un cabinet de groupe ou d'une MSP apparaît être un minimum selon certains professionnels rencontrés.

Deux tiers des médecins généralistes¹³² seraient favorables à une consultation avancée de psychiatre, d'infirmier ou de psychologue au sein ou à proximité de leur cabinet.

Les MSP ou PSP (Maisons de Santé ou Pôles de Santé Pluriprofessionnels) sont, dans deux terrains étudiés, perçus comme des vecteurs pour améliorer cette collaboration. Dans l'un d'eux, le projet du pôle de santé comporte une dimension santé mentale, destinée à améliorer les relations du premier recours avec la psychiatrie alors que le projet médical du centre hospitalier local prévoit de son côté le renforcement des liaisons avec les médecins de ville.

La fréquence de la thématique santé mentale dans les projets médicaux de MSP ne fait actuellement pas l'objet d'une identification particulière par l'ARS. Les services de l'ARS constatent cependant que peu de MSP travaillent aujourd'hui sur la prévention en santé mentale, une seule MSP travaillant sur la prévention du suicide.

Plus de la moitié des établissements de santé¹³³ est favorable à la mise en place par eux-mêmes de consultations avancées au sein de MSP ou de cabinets de groupe. Les conditions pour les établissements de santé à s'engager dans des consultations avancées en MSP ou cabinets de groupe portent sur la compensation des charges, l'intégration de cette offre dans un projet médical global, une démographie médicale suffisante, l'adossement à proximité d'un CMP, la ruralité plus adaptée que le milieu urbain.

Si seulement quelques psychologues libéraux ont intégré une MSP, la très grande majorité d'entre eux¹³⁴ serait prête à consulter au sein d'une telle structure.

73) Les IDE libéraux : un rôle particulier en matière de santé mentale, avec un enjeu de formation

93% des IDE libéraux¹³⁵ des Pays de la Loire ont pris en charge en 2012 des patients atteints d'une pathologie psychiatrique, pour la distribution de médicaments, les injections retardés.... La fréquence des

¹³² **Enquête MG**

¹³³ **Enquête ES PSY**

¹³⁴ **Enquête PSYCHO**

¹³⁵ ORS Pays de la Loire, URPS infirmiers libéraux Pays de la Loire. (2014). Conditions d'exercice et activité des infirmiers libéraux des Pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des infirmiers libéraux des Pays de la Loire

accompagnements de pathologies psychiatriques (mesurée par la prise en charge de 5 patients et plus pour pathologie psychiatrique la semaine précédant l'enquête) présente une variation statistiquement significative en fonction du nombre d'actes réalisés par le cabinet infirmier, et surtout de la taille du cabinet infirmier.

Le rôle important que jouent les infirmiers libéraux auprès des patients à domicile est confirmé par une pluralité de professionnels : surveillance et dispensation des traitements, suivi et exercice d'une vigilance puisqu'ils interviennent plus régulièrement au domicile que les infirmiers des secteurs psychiatriques, voire alerte des secteurs de psychiatrie. L'intégration dans la filière psychiatrique apparaît néanmoins perfectible, les raisons évoquées étant le manque de reconnaissance de ce rôle, la nécessité de formation (ou de démarche de déstigmatisation) auprès de ces professionnels, le manque de connaissance des acteurs locaux en santé mentale, un ressenti d'isolement face à des situations jugées à risque, un manque d'information spontanée des secteurs aux infirmiers libéraux, avec une crainte de propos ou comportements inappropriés de leur part faute d'une connaissance de la pathologie du patient. Les échanges avec les secteurs sont *a priori* plus aisés avec les infirmiers de secteur qu'avec les psychiatres. Ces échanges insuffisants des infirmiers libéraux sont également ressentis vis-à-vis des psychiatres libéraux.

Dans tous les cas, la nécessité soit de démarche de déstigmatisation, soit de formation de ces professionnels en matière de santé mentale (au moins pour connaître les acteurs locaux dans ce domaine) a été évoquée. Ont pu être évoquées des situations où, de fait, les IDE libéraux se retrouvent isolés face à des situations à risque (tentatives de suicide), avec des inquiétudes en termes de responsabilité.

Il existe donc aussi un besoin de formation continue des IDE, notamment libéraux, sur la psychiatrie. Selon un psychiatre rencontré, un IDE pourrait même être plus en première ligne, plus en contact avec les patients que ne peut l'être le médecin généraliste. Le positionnement de ces IDE libéraux nécessite donc d'être réévalué.

Qu'il s'agisse des IDE libéraux ou des IDE de secteur, a pu être évoquée une perte d'expertise sur les questions de santé mentale à la suite de la réforme de la profession infirmière des années 1990, avec pour conséquence une moindre capacité de repérage et d'anticipation de glissements dans l'état des patients.

La formation des IDE comporte actuellement des cours sur les processus psychopathologiques (référentiel national cadrant), avec 100 heures de formation. Elle ne vise pas à former des IDE spécialisés à la prise en charge des troubles et handicaps psychiques, mais à former des IDE qui peuvent surtout repérer des troubles de toute nature, dont les troubles psychiatriques, chez un patient. Un des quatre profils de stage de la formation des IDE concerne la psychiatrie au sens large (de 5 à 10 semaines). Mais les étudiants paraissent peu intéressés par la psychiatrie. Ainsi, dans un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) interrogé, seuls 5 mémoires sur 145 ont concerné la psychiatrie en 2014.

Des besoins concernant la formation initiale ont été repérés : des cadres formateurs qui ont une expertise en psychiatrie, même si ce n'est pas possible partout¹³⁶, des formations croisées entre le sanitaire et le social notamment pour les IFSI, l'adoption de la simulation qui apparaît comme un outil pédagogique adapté à la psychiatrie et qui se développe dans la région.

¹³⁶ A noter qu'il y a toujours des IFSI implantés en CHS comme en Sarthe

TROISIEME PARTIE : CONCLUSION

Le PRS 2012-2016 n'a que très peu individualisé des objectifs de l'ARS en matière de psychiatrie et de handicap psychique car il a envisagé les transformations des organisations sanitaires et médico-sociales de façon systémique et transversale autour de grandes orientations stratégiques et d'objectifs généraux « décloisonnants ».

Dans un souci à la fois d'approfondissement et d'opérationnalité, l'ARS a engagé dès 2012 des travaux ayant permis l'élaboration d'une première feuille de route annuelle sur la psychiatrie et le handicap psychique. Malgré ces premiers travaux qui ont pu mettre en place ou renforcer un certain nombre de dispositifs, la stratégie de l'ARS n'est pas apparue suffisamment globale, sans ligne directrice claire, et n'a pas été clairement diffusée et énoncée à ses partenaires.

Fort de ce constat général et en réaction à l'émergence de situations locales notamment hospitalières difficiles, l'ARS a souhaité mieux définir sa stratégie et mieux communiquer. Une stratégie plus globale a ainsi été élaborée en 2015 (promotion du «virage ambulatoire», ...) et des chantiers d'importance ont été lancés : diagnostic territorial en Sarthe avec l'appui de l'ANAP, groupe de travail sur les modalités de répartition de la DAF et sur la démographie des professionnels de santé... La stratégie de l'ARS nécessite encore d'être mieux diffusée et explicitée.

Les problématiques rencontrées sur le terrain par l'ensemble des acteurs concernés, relevant aussi bien des champs sanitaire que médico-social ou social, nécessitent à l'évidence des travaux spécifiques, intégrant la réflexion et l'action de l'ensemble des partenaires y compris institutionnels. Il s'agit pour les acteurs de la psychiatrie et du handicap psychique, comme c'est le cas pour les acteurs concernés par les maladies chroniques, d'évoluer plus fortement d'une démarche centrée sur l'offre vers une démarche centrée sur l'évolution des besoins des patients tout au long de leur parcours de vie. Le «virage ambulatoire», la psychiatrie communautaire et la réhabilitation psycho-sociale en sont des axes forts, insuffisamment promus ou saisis par l'ARS. Ceci apparaît d'autant plus nécessaire que les maladies psychiatriques sont évolutives dans le temps, marquées par des épisodes plus ou moins aigus, et nécessitent des prises en charge bio-médico-psycho-sociales pluriprofessionnelles.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a intégré les spécificités de la psychiatrie et prévoit divers dispositifs en propre. Elle donne un contenu à la politique de santé mentale. Elle institue un projet territorial de santé mentale défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé établi par les acteurs de santé du territoire et mis en œuvre par un contrat territorial de santé mentale. Elle prévoit la possibilité de créer une communauté psychiatrique de territoire entre établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale. Des Conseils Locaux de Santé Mentale sont également institués par la loi, donnant une base légale à ces dispositifs. Enfin, le Conseil Territorial de Santé, remplaçant la Conférence de Territoire, comprend une commission spécialisée en santé mentale.

Cependant, ces organisations au risque sinon de cloisonner les prises en charge et les coordinations d'acteurs, devront s'intégrer dans les organisations générales de santé et s'articuler avec l'ensemble des partenaires. Particulariser des organisations dédiées à la psychiatrie tout en les intégrant dans les organisations générales sera sans doute l'un des défis du futur PRS et de la politique régionale de santé.

QUATRIEME PARTIE : RECOMMANDATIONS

Quatre recommandations stratégiques ont été construites à partir des recommandations opérationnelles proposées par le comité de pilotage, complétées d'éléments issus des résultats des investigations, des constats et des jugements.

Ces recommandations, qui s'adressent à l'ARS, visent à la fois à clarifier et à développer des éléments de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique :

- Clarifier la gouvernance de la politique évaluée, à ses différents niveaux ;
- Favoriser l'accompagnement de la personne au plus près de son milieu de vie et clarifier les attentes en matière de «virage ambulatoire» ;
- Développer les conditions d'accessibilité à l'offre en psychiatrie et santé mentale dans une logique d'égalité territoriale ;
- Développer les coordinations d'acteurs permettant de fluidifier les parcours.

Chaque recommandation stratégique est rattachée aux enjeux régionaux (PRS) et nationaux (PPSM : Plan Psychiatrie Santé Mentale).

S'agissant des pistes de recommandations opérationnelles, elles ouvrent un éventail de possibilités pour mettre en œuvre les recommandations stratégiques, à ajuster selon les opportunités, et ne prétendent pas à l'exhaustivité. Si certaines sont susceptibles d'être mises en œuvre dans le cadre du Projet Régional de Santé actuel, d'autres pourront nourrir les travaux d'élaboration du prochain Projet Régional de Santé.

RECOMMANDATION STRATEGIQUE n°1

Clarifier la gouvernance, à ses différents niveaux, de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique

JUGEMENTS EVALUATIFS SUR LESQUELS S'APPUIE LA RECOMMANDATION

5 *Des filières territoriales ont été très variablement organisées et formalisées (et jamais avec l'offre ambulatoire), l'ARS n'ayant pas mobilisé partout les leviers à sa disposition.*

16 *L'ARS mobilise, en tant que partenaire, une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la société, mais des champs restent à investir et certains leviers sont à questionner.*

17 *L'ARS s'engage progressivement dans les territoires pour l'intégration dans le logement des handicapés psychiques, davantage comme partenaire d'actions portées par d'autres acteurs ou institutions.*

ENJEUX REGIONAUX ET NATIONAUX

PRS 2012-2016

SROS 21 : articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec des coordinations régionales autour d'une pathologie.

PPSM 2011-2015

- Consolider la gouvernance en psychiatrie et santé mentale,
- Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagnée, adaptée et diversifiée,
- Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques,
- Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'accès à la vie professionnelle.

PISTES DE RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

Accompagner la mise en place de la loi de modernisation de notre système de santé et, dans ce cadre, remettre à plat les différentes instances de gouvernance en psychiatrie et santé mentale en évitant les doublons, en appliquant le principe de subsidiarité, en tenant compte de l'existant et en tentant d'éviter de nouvelles strates structurelles.

- **Gouvernance au niveau régional : organiser l'ingénierie, l'observation et le plaidoyer**
- Mettre en place un comité pluraliste pour suivre les effets de la présente évaluation sur la politique de l'ARS et les conditions de sa mise en œuvre sur le terrain,
- Mener des travaux spécifiques dans une logique de parcours afin :
 - d'une part, de clarifier les leviers prioritaires retenus par l'ARS pour faciliter l'intégration des personnes handicapées psychiques dans la société et définir son rôle et sa place
 - et d'autre part, de définir précisément les notions de parcours, filières et réseaux en psychiatrie/santé mentale.
- Distinguer clairement dans les plans d'action actuels de l'ARS, ainsi que pour l'élaboration du PRS2, les objectifs relevant de la psychiatrie de ceux relevant plus globalement de la santé mentale ou pouvant être mixtes,
- Améliorer la connaissance de l'ARS sur les articulations psychiatrie/médico-social/social, ainsi que sur l'offre proposée par les établissements privés,
- Mobiliser les Commissions de Coordination des Politiques Publiques pour définir et mettre en œuvre une stratégie concertée d'insertion des personnes handicapées psychiques dans la société, en particulier sur les questions de logement et d'emploi, en capitalisant sur des expériences concrètes,
- Clarifier les attentes respectives entre l'ARS et la CRSA vis-à-vis du groupe de travail

- permanent de la CRSA portant sur la psychiatrie et la santé mentale,
 - Poursuivre les travaux engagés autour des personnes handicapées vieillissantes en lien avec les conseils départementaux et interroger l'opportunité d'élaborer un référentiel spécifique,
 - Etendre le travail réalisé en MCO par la SRAE « qualité santé » aux inadéquations constatées en psychiatrie,
 - Adapter plus finement le dialogue de gestion de l'ARS aux établissements autorisés en psychiatrie,
 - Développer les relations de l'ARS avec les psychiatres libéraux (via l'URPS-médecins libéraux) et les psychologues libéraux ; identifier des psychologues libéraux comme interlocuteurs de l'ARS et associer les psychiatres et les psychologues libéraux aux échanges avec les autres professionnels organisés par l'ARS sur la santé mentale et la psychiatrie.
- **Gouvernance au niveau des territoires de santé : renforcer les partenariats et l'animation territoriale pour fluidifier les parcours**
 - Renforcer les liaisons de l'ARS avec les autres acteurs territoriaux (conseils départementaux, cohésion sociale) concernés par l'accompagnement des personnes vivant avec des troubles ou un handicap psychique,
 - Renforcer plus spécifiquement les liens de l'ARS avec les conseils départementaux afin de sensibiliser les MDPH sur les orientations en faveur de l'accompagnement des handicapés psychiques et de l'attribution de la PCH,
 - Généraliser les coopérations au niveau départemental, en fonction des âges (adultes, personnes âgées, enfants et adolescents) : politiques des chartes de filières, conventions-types, formations, ... à élaborer en collaboration avec les acteurs de terrain pour une bonne appropriation,
 - Intégrer la question des conversions sanitaires dans les réflexions sur la réponse territoriale en psychiatrie, quelle qu'en soit la forme (filières ou autres), en tenant compte des modifications législatives récentes (loi d'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015) qui ne prévoient plus une procédure systématique via l'appel à projets,
 - Clarifier les missions des équipes mobiles, en particulier celles de géronto-psychiatrie (EMGP) au sein de la filière personnes âgées, au sein des interventions à domicile,
 - Veiller à la prise en compte de la psychiatrie (volet spécifique) dans les projets médicaux des GHT,
 - Favoriser l'organisation d'articulations entre les établissements de santé privés et les futurs GHT pour accélérer les coopérations entre établissements.
 - **Gouvernance locale : promouvoir la prise en compte des questions de psychiatrie/santé mentale et appuyer la mise en place de gouvernances transversales**
 - Organiser une gouvernance transversale des opérateurs prenant en compte les secteurs sanitaires (y compris les médecins généralistes de ville), médico-sociaux, sociaux / public, privé et privé non lucratif,
 - Veiller à ce que les questions de psychiatrie/santé mentale soient abordées dans les diagnostics de tous les CLS, en incluant les questions d'intégration dans la société,
 - Dans le cadre des CLS, veiller à positionner les GEM comme partenaire des actions sur la psychiatrie/santé mentale, les faire connaître aux élus si nécessaire et promouvoir des temps d'échange avec des collectifs de personnes vivant avec un handicap psychique,
 - Développer le soutien aux Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), en apportant par exemple une aide à la mise en place/au lancement du CLSM (ex : temps d'assistant), dans les communes ou les communautés de communes où un portage par un élu et un acteur de la santé mentale est attesté.

- **Démocratie sanitaire : associer les usagers et les acteurs sociaux aux questions de psychiatrie et santé mentale**
 - Veiller à associer systématiquement les usagers dans les instances décisionnelles, avec une vigilance sur les conditions de cette association (éviter l'isolement des usagers, en particulier des GEM, au sein des instances, veiller à leur représentativité, assurer que les conditions du débat limitent les asymétries entre usagers et professionnels),
 - En lien avec la DRDJSCS, expérimenter le cadre du CCRPA pour un échange avec un collectif d'usagers sur les questions de santé mentale,
 - Compte tenu des limites constatées des maisons des usagers dans un contexte de «virage ambulatoire», étudier la possibilité d'étendre les missions des CRUQPC/ commissions des usagers et des conseils de la vie sociale,
 - Veiller à l'association des acteurs sociaux aux différentes instances (membres permanents ou participation *ad hoc*), notamment les CRUQPC/commissions des usagers.

- **Plaidoyer et partenariat de l'ARS en matière de logement et d'hébergement : planifier un développement du logement accompagné**
 - Promouvoir le développement d'une offre de logement adapté, à mi-chemin entre le logement autonome et les institutions médico-sociales de type services de soins et d'accompagnement,
 - En lien avec la DREAL, la DRDJSCS et les conseils départementaux, dresser un état des lieux quantitatif et qualitatif des différentes formes de logement accompagnées (sanitaire, médico-sociales et sociales) et estimer les besoins dans ce domaine,
 - Asseoir une planification conjointe réaliste compte tenu des financements disponibles (y compris appels à projets nationaux DREAL) et des possibilités d'étayage par les acteurs de la santé mentale (psychiatrie, mais aussi SAMSAH...), en lien notamment avec l'Union Sociale de l'Habitat (USH),
 - Mener un plaidoyer auprès de la CNSA en engageant un dialogue sur les évolutions de la Prestation de Compensation du Handicap ou PCH (possibilités de dérogation sur les aides ménagères en particulier) dans le cadre de la réflexion sur le logement accompagné, dont elle est un élément clé.

- **Plaidoyer de l'ARS en matière d'accès au travail en milieu ordinaire : contribuer à diffuser les possibilités d'accompagnement en milieu ordinaire de travail**
 - S'appuyer sur le PRITH (Programme Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés) pour promouvoir l'accès au milieu ordinaire de travail des personnes ayant un handicap psychique chaque fois qu'il est possible en instituant un dialogue avec le monde de l'entreprise,
 - Développer / encourager le développement de postes protégés en milieu d'emploi ordinaire (initiatives existantes, appel à projets),
 - Créer ou soutenir le parrainage en entreprise pour favoriser l'embauche et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées psychiques,
 - Etudier l'opportunité d'expérimenter des rencontres GEM-AGEFIPH pour exposer aux adhérents les modalités d'accompagnement vers l'emploi ordinaire existantes, en veillant au respect des adhérents,
 - En lien avec la DIRECCTE, l'AGEFIPH et le CReHPsy, faire connaître aux employeurs les dispositifs existants et expériences évaluées en matière d'emploi des personnes handicapées psychiques en milieu ordinaire,
 - Sur la base d'une évaluation de l'expérience de « job coaching », étudier avec la DIRECCTE la possibilité d'étendre le dispositif et de le faire connaître aux entreprises en lien avec le CReHPsy,
 - Mobiliser les ESAT sur l'objectif d'accès au milieu ordinaire de travail des personnes en situation de handicap psychique chaque fois qu'il est possible dans l'intérêt de l'utilisateur,
 - En partenariat avec les services de santé au travail, dans le cadre du Programme Régional Santé-Travail (PRST), promouvoir la prévention du burn-out, de la dépression, du suicide et des addictions.

RECOMMANDATION STRATEGIQUE n°2

Favoriser l'accompagnement de la personne au plus près de son milieu de vie et clarifier les attentes en matière de «virage ambulatoire»

JUGEMENTS EVALUATIFS SUR LESQUELS S'APPUIE LA RECOMMANDATION

2_ Les nombreux obstacles à la fluidité des parcours en santé mentale ont progressivement été identifiés par l'ARS, qui a clarifié sa stratégie (comprenant une dimension prévention), mais dans laquelle la méthode des appels à projets est questionnée.

3_ Amorcé dans les années 2000, le « virage ambulatoire » se poursuit dans la région, même s'il n'y a pas d'adéquation entre la fermeture des lits et la création de dispositifs alternatifs.

4_ Les réponses intersectorielles sont à la fois fréquentes et hétérogènes, sans stratégie régionale de développement identifiée.

7_ La population générale est très peu informée sur l'offre en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions, en dépit d'actions de communications impliquant ou non l'ARS.

13_ L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des GEM, mais leur accessibilité demeure perfectible.

16_ L'ARS mobilise, en tant que partenaire, une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la société, mais des champs restent à investir et certains leviers sont à requestionner.

18_ Les équipes mobiles facilitent l'accès aux soins mais sans réduire les inégalités territoriales, dans un contexte où elles se sont développées sans stratégie coordonnée

ENJEUX REGIONAUX ET NATIONAUX

PRS 2012-2016

SROMS 16 : aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les intégrer dans un système de droit commun.

Axe 6 du SROS, volet psychiatrie :

- Poursuivre le développement des prises en charge sans hébergement sans toutefois réduire les capacités d'hospitalisation complète (à ce titre, les projets expérimentaux de prises en charge à domicile seront évalués sur un ou deux territoires de santé),
- Prévoir la création d'activités de psychiatrie, en hospitalisation partielle, de jour et de nuit, en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique, pour un maillage régional équilibré, dans les départements qui ne disposent pas de l'ensemble de ces offres de soins.

PPSM 2011-2015

- Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soins et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population,
- Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et l'accès à la vie professionnelle,

PISTES DE RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

- **Leviers et communication : communiquer sur les connaissances et les objectifs de l'ARS en matière de « virage ambulatoire » et adapter des outils pour le soutenir**
 - Mieux communiquer sur la stratégie de l'ARS en matière de «virage ambulatoire» en psychiatrie (définition, périmètre incluant ou non le champ médico-social, l'offre de ville avec une articulation clarifiée entre psychiatres et médecins généralistes de ville, liens avec les notions de psychiatrie communautaire et de rétablissement...),
 - Sécuriser les acteurs en adoptant une organisation lisible de l'accompagnement du «virage ambulatoire» par l'ARS, et en veillant à ce que l'allocation des ressources aux acteurs soit cohérente avec la stratégie (par exemple, que les fermetures de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie s'accompagne effectivement d'un développement de l'offre ambulatoire),

- Améliorer la connaissance de la réalité et des enjeux de l'ambulatoire en région (partage avec l'ensemble des acteurs des résultats des études de l'IRDES et de l'ORS et exploitation de la base PMSI du RIM-P selon les modalités proposées par l'ORS en affinant le niveau d'analyse – territoires, établissements, pathologies),
 - Modifier les modalités d'appels à projets : pluriannuels, avec une concertation préalable, stimulant la coordination, plus ouverts sur les professionnels libéraux et ne rentrant pas en conflit avec les activités de base,
 - Continuer d'accompagner les établissements de santé dans le cadre de la démarche régionale de benchmark de leurs CMP, en spécifiant les questions d'urgence et de visites à domicile dans la réflexion,
 - Instaurer/maintenir un dialogue direct avec les établissements de santé les plus concernés par des situations d'inadéquations d'hospitalisations et le besoin de conversions sanitaires,
 - Encourager la mutualisation de certaines activités ambulatoires par les établissements de santé sur des territoires ciblés, notamment en milieu urbain (ex : CMP intersectoriel à horaires élargis).
- **Alternatives à l'hospitalisation : les développer en les adossant à une base minimale de capacités d'hospitalisation complète**
 - Fixer des cibles de capacités d'hospitalisation complète en fonction des populations desservies (nombre de lits/habitants),
 - Soutenir le développement des alternatives à l'hospitalisation complète, à l'extérieur de l'hôpital : appartements thérapeutiques, CATTP, hôpital de jour, ...
 - Accompagner le «virage ambulatoire» avec une réflexion sur les missions respectives des hôpitaux de jour et des CATTP, en réorientant par exemple l'hôpital de jour (hors soins de post-cure) sur du soin intensif et court (médecine ambulatoire) et en différenciant bien les activités de CATTP et de CMP,
 - Engager une réflexion sur les missions des appartements thérapeutiques et leur développement.
- **Interventions à domicile (IAD) : favoriser les différentes modalités d'actions d' « aller vers »**
 - En s'appuyant le cas échéant sur des évaluations (équipes mobiles, soins de particulière intensité à domicile ou SPID), mettre à plat l'ensemble de l'offre d'IAD en santé mentale dans chaque territoire de santé (équipes mobiles, SPID, IAD des secteurs, SAMSAH, médecins et IDE libéraux...) en identifiant les champs de compétence et d'excellence des différentes formes (logique de subsidiarité),
 - Accompagner les établissements de santé publics dans le développement de l'ambulatoire (offre en ville) (proposition d'objectif : 50% de moyens humains),
 - Sur cette base, construire une stratégie articulée de redéploiement et/ ou de développement des différentes formes d'IAD, dans une logique d'aller vers,
 - Dans le cadre de ce travail, organiser la réponse aux situations complexes (y compris en logique d'aller vers les personnes éloignées des soins ou refusant les soins, en lien avec les communes) et les interventions auprès des personnes en situation de handicap, quel que soit l'âge,
 - Soutenir le développement des stages en psychiatrie, y compris en libéral, pour les internes de médecine générale (objectif : 10% des lieux de stage), dans un contexte d'évolution de la formation initiale des médecins,
 - Favoriser les actions à destination des aidants, y compris l'offre en solutions de répit.
- **« Empowerment » des personnes et des patients : soutenir le développement des GEM et définir une politique de développement des techniques de réhabilitation psycho-sociale**
 - Améliorer l'accessibilité du public aux GEM : nombre, localisation (rééquilibrage entre départements, proximité des transports publics, conditions d'accès pour les personnes vivant

en milieu rural), adaptation au handicap physique, horaires, question de l'accès des femmes aux GEM, visibilité des GEM auprès des professionnels (notamment médecins généralistes et psychologues libéraux), capacités (seuil de 100 personnes évoqué),

- Favoriser l'articulation entre les GEM et les structures associatives tous publics (sports, loisirs, culture, éducation populaire...), en lien avec la DRDJSCS,
- Promouvoir la fonction de *Community manager* pour modérer un site [Internet] sur la maladie mentale type tabac info services (encourager la prise de parole des malades),
- Promouvoir des aides à l'observance des traitements (domotique et santé connectée, bagageries médicamenteuses pour les personnes sans domicile fixe...),
- Sur la base d'évaluations (*evidence-based*) de leurs impacts sur la santé des personnes et sur le recours aux soins, en concertation avec l'ensemble des acteurs régionaux, définir une stratégie en matière de pratique de la pair-aidance par des médiateurs de santé pairs,
- En lien avec les ARS l'ayant fait, évaluer la pertinence de labelliser des centres ressources en réhabilitation psycho-sociale avec remédiation cognitive et, si cela ne s'avère pas pertinent, organiser avec les acteurs l'harmonisation des référentiels d'évaluation des situations en lien avec les ressources expertes nationales,
- Accompagner l'évaluation des démarches novatrices en matière d'intégration des personnes handicapées psychiques dans la société (ex. job coaching, actions culture-santé...) et, compte tenu des résultats, les faire connaître,
- Promouvoir les compétences psycho-sociales dès le plus jeune âge,
- En prévention, promouvoir les actions de santé communautaire sur les territoires (au niveau d'un quartier, par exemple).

RECOMMANDATION STRATEGIQUE n°3

Développer les conditions d'accessibilité à l'offre en psychiatrie et santé mentale dans une logique d'égalité territoriale

JUGEMENTS EVALUATIFS SUR LESQUELS S'APPUIE LA RECOMMANDATION

1 *L'ARS est consciente de problèmes persistants d'accès à la psychiatrie, exerce sa vigilance sur le phénomène et s'efforce d'y apporter des réponses, même si elle dispose de peu de leviers et manque d'informations.*

6 *La réponse de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est jugée encore incomplète et peu lisible en dépit des réalisations constatées.*

10 *Peu structurée, peu lisible et partielle, l'organisation des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est peu connue des usagers, des aidants et des professionnels.*

11 *L'organisation des services d'urgence hospitaliers pour prendre en charge les urgences psychiatriques demeure perfectible, sans progrès notable sur la période récente, la réflexion sur ce sujet devant intégrer l'émergence des unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie.*

12 *L'ARS n'a pas investi la question de l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie des médecins généralistes pour les situations d'urgence, cet accès demeurant aujourd'hui insuffisant.*

14 *Les GEM favorisent l'accès de leurs adhérents aux ressources du territoire, dans un contexte où leurs relations avec les acteurs se développent.*

15 *Le GEM est un outil reconnu de socialisation des personnes présentant des troubles psychiques, et contribue également à leur autonomisation.*

18 *Les équipes mobiles facilitent l'accès aux soins mais sans réduire les inégalités territoriales, dans un contexte où elles se sont développées sans stratégie coordonnée*

19 *La médecine de premier recours se perçoit globalement organisée et outillée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques auxquels elle est fréquemment confrontée.*

ENJEUX REGIONAUX ET NATIONAUX

PRS 2012-2016

SROS 17 : organiser un parcours fluide, adapté et efficient des patients entre les pôles d'activité au sein des établissements de santé et entre les établissements de santé.

SROS 22 : renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé,

SROS 24 : finaliser la réponse graduée de l'offre de soins spécialisée,

SROS 25 : retrouver des marges de manœuvre et améliorer l'efficacité des établissements de santé par mutualisation,

SROS 30 : aller vers les personnes éloignées du soin afin de les réintégrer dans un système de droit commun,

SROMS 5 : assurer la réponse graduée de l'offre médico-sociale en adéquation aux besoins de la personne,

SROMS 16 : aller vers les personnes en situation de vulnérabilité sociale afin de les intégrer dans un système de droit commun.

SRP 13 : faciliter l'accès à la prévention et aux droits des personnes en situation de vulnérabilité.

Axe 6 du SROS, volet psychiatrie :

- Apporter une réponse adaptée aux populations nécessitant une prise en charge spécifique : adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de TED, personnes souffrant de conduites addictives, d'idées suicidaires (l'approche intersectorielle pour les prises en charge spécialisées et pour la prévention des crises au domicile sera favorisée),
- Organiser des filières territoriales lisibles pour la prise en charge des urgences psychiatriques, avec une orientation protocolisée des patients,
- Mettre en place des équipes mobiles d'intervention en urgence.

PPSM 2011-2015

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

- Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie et de la personne,
- Faire évoluer le secteur et organiser une offre assurant partout responsabilité et continuité des soins,
- Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie.

PISTES DE RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

- **Organisation générale : faciliter l'accessibilité des personnes au travers de tous les leviers disponibles et mobilisables lors d'un parcours, en adoptant notamment quelques principes de vigilance**

- Veiller à ce que l'organisation de l'offre tienne compte de la « non linéarité » des parcours des personnes, qu'ils soient de santé ou de vie,
- Veiller à tendre vers une certaine égalité de l'offre disponible sur la région (tous champs confondus),
- Etudier les délais de prise en charge dans les différentes structures pour leur fixer des objectifs en la matière,
- Mobiliser le potentiel des nouvelles technologies pour favoriser l'accès à la psychiatrie (télémédecine, e-santé en matière de prévention, d'éducation thérapeutique., santé connectée..); en particulier, poursuivre le développement de la télémédecine en psychiatrie (téléconsultation et télé-expertise).

- **Adaptation du champ sanitaire : clarifier et ajuster les missions des différents acteurs sanitaires**

- Accompagner les établissements de santé qui seront désignés comme assurant une mission de psychiatrie de secteur dans la définition des secteurs de leur zone d'intervention, y compris l'organisation intersectorielle pour les établissements n'ayant qu'un seul secteur de psychiatrie,
- Dans ce cadre, veiller à la lisibilité des différentes missions et de leur organisation: soins spécialisés/soins généralistes, missions d'évaluation et d'orientation/missions de suivi et d'accompagnement au long cours, missions de secteur/missions plurisectorielles/missions intersectorielles...
- Encourager des ouvertures plus larges (plages horaires) des CMP en milieu urbain, notamment le soir, via des mutualisations,
- Définir l'organisation spécifique de l'offre de soins pour adolescents, avec l'articulation enfants/adultes,
- Articuler les dispositifs d'annonce et d'éducation thérapeutique du patient en psychiatrie,
- Appuyer les « démarches qualité » initiées au sein de la médecine générale de ville (diffusion des annuaires, aide à la tenue de réunions locales médecine générale/psychiatrie – par la contractualisation, par exemple-, aide à la diffusion des outils d'évaluation validés),
- Promouvoir/mener une expérimentation de remboursement, par exemple, d'au moins une consultation chez un psychologue une fois par an, notamment chez les 15-30 ans, dans une logique d'avis en premier recours.

- **Adaptation du champ médico-social : réduire les inégalités territoriales et adapter l'offre médico-sociale**

- Réduire les inégalités entre territoires de santé des places pour personnes présentant une déficience psychique,
- Soutenir le développement des SAMSAH en veillant à la question des inégalités territoriales et de leur articulation avec les dispositifs de la psychiatrie,
- Poursuivre/ accompagner l'adaptation des modèles et des modalités d'évaluation du handicap à ce type de public,
- En lien avec le PRITH, accompagner la définition par les acteurs médico-sociaux et sociaux

d'un référentiel sur l'accompagnement à l'emploi des personnes handicapées psychiques, dans une logique d'inclusion en milieu ordinaire chaque fois qu'elle est possible (répartition entre ESAT et milieu ordinaire, types d'activités à proposer, temps partiels en ESAT, parcours gradué d'ESAT vers le milieu ordinaire, par exemple par des ESAT hors les murs ou encore des actions de job coaching si leur évaluation en démontre l'efficacité),

- Sur la base de ce référentiel, évaluer les besoins des personnes en places d'ESAT orientées handicap psychique, adapter en conséquence l'offre dans l'ensemble des ESAT dans le cadre de la négociation des CPOM et rendre plus lisible, après réadaptation de l'offre, les possibilités offertes aux personnes handicapées psychiques,
- Organiser une offre adaptée pour les personnes handicapées psychiques vieillissantes ou âgées, après réalisation d'un diagnostic,
- Encourager le développement des Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) par les conseils départementaux.

• **Démographie médicale : favoriser l'attractivité et adapter l'organisation des tâches aux ressources disponibles**

- Inciter les établissements de santé à inclure un volet études/recherche dans leur projet médical, dans le but notamment d'attirer des médecins, en lien avec les universités ; étudier l'opportunité d'inscrire un ou plusieurs établissements de santé au sein du réseau national des centres experts en santé mentale (troubles bipolaires, schizophrénie),
- Suivre le devenir des internes de psychiatrie formés en Pays de la Loire,
- Etudier avec les établissements de santé (CME) les conditions du développement des délégations de tâches, et accompagner la mise en place de protocoles type HAS si cela s'avère pertinent,
- Mutualiser l'enveloppe sanitaire du médico-social non utilisée par les gestionnaires pour créer du temps de psychiatre.

• **Lisibilité et communication : identifier l'ensemble des ressources opérationnelles, décrire leurs missions et assurer la communication de ces éléments**

- Finaliser les travaux portant cartographie de l'offre territoriale en psychiatrie,
- Mieux identifier l'offre médico-sociale sur le handicap psychique (arrêtés d'autorisation, MDPH...),
- Mieux faire connaître les SAMSAH, leurs spécificités et leur articulation avec la psychiatrie, en particulier vis-à-vis des équipes mobiles,
- Mieux identifier les frontières de prise en charge des personnes vivant avec un handicap psychique entre FAM et MAS, dans le cadre de conversions sanitaires,
- Soutenir avec vigueur une dynamique d'accès à l'information des médecins généralistes, intégrant l'accès aux recommandations de la HAS les concernant.

• **Crises et urgences : organiser des réponses aux crises et urgences sur l'ensemble du territoire et les faire connaître**

- Investir dans chaque territoire de santé, suite à la recommandation de la CRSA, l'organisation des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie,
- Protocoliser au niveau de chaque territoire de santé le signalement, l'organisation et la gestion des crises ainsi que celui des situations d'urgence en y associant les divers intervenants au niveau du territoire (SAMU, SOS Médecins, médecin libéraux, forces de l'ordre, ambulanciers, SDIS, psychiatrie dont CMP...),
- Caractériser les populations recourant aux services d'urgences pour des urgences psychiatriques et évaluer la charge de travail correspondante,

- Intégrer systématiquement la problématique des urgences psychiatriques dans les relations de l'ARS avec les établissements de santé disposant d'une autorisation en médecine d'urgence et/ou en psychiatrie (contractualisation), avec une vigilance sur le maintien, en opportunité, d'équipes de liaison psychiatrique dans les services d'urgence,
 - Etudier localement avec les acteurs concernés, selon les configurations territoriales, l'opportunité de créer une unité d'accueil, d'observation et d'orientation de durée limitée (exemple : moins de 72 heures) en psychiatrie pour une meilleure prise en charge des crises,
 - Définir et mettre en œuvre une organisation dans chaque territoire de santé pour l'accès des médecins généralistes à un avis spécialisé psychiatrique en urgence (numéro d'appel connu), distinguant patients connus et primo-consultants, en lien avec les travaux de l'URPS-ML et en prenant appui sur la charte 2015 signée entre les CHS et SAMU-URGENCE de France,
 - Mieux faire connaître aux usagers l'organisation des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie,
 - Clarifier le rôle des psychiatres libéraux dans l'urgence et la crise,
 - Etudier, dans chaque département, l'opportunité de disposer de compétences psychiatriques au sein des SAMU.
- **Lutte contre la stigmatisation : déstigmatiser l'accès à la psychiatrie et favoriser les droits des personnes en précarité**
- Développer l'offre de soins et les lieux de consultation banalisés (non caractérisés « psychiatriques ») dans la société, au plus près des habitants (exemple MSP, centres sociaux, centres de soins en résidences favorisant la mixité sociale...),
 - Faciliter la demande de reconnaissance par les personnes en précarité de leur handicap psychique au niveau des MDPH,
 - Etudier les conditions de reconnaissance des 2 Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) de psychiatrie existant de fait et du développement de cet outil dans la région.

RECOMMANDATION STRATEGIQUE n°4

Développer les coordinations d'acteurs permettant de fluidifier les parcours

JUGEMENTS EVALUATIFS SUR LESQUELS S'APPUIE LA RECOMMANDATION

4 *Les réponses intersectorielles sont à la fois fréquentes et hétérogènes, sans stratégie régionale de développement identifiée.*

8 *Si l'ARS a déployé une pluralité d'initiatives pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux, il n'existe pas de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs.*

9 *L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont peu connues des médecins de premier recours, qui en sont peu informés.*

10 *Peu structurée, peu lisible et partielle, l'organisation des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est peu connue des usagers, des aidants et des professionnels.*

18 *Les équipes mobiles facilitent l'accès aux soins mais sans réduire les inégalités territoriales, dans un contexte où elles se sont développées sans stratégie coordonnée*

20 *Les collaborations directes entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie sont globalement difficiles malgré des dynamiques récentes, mais des pistes d'amélioration sont identifiées (MSP, IDE libéraux).*

ENJEUX REGIONAUX ET NATIONAUX

PRS 2012-2016

SROS 21 : articuler les coordinations territoriales autour de la personne avec des coordinations régionales autour d'une pathologie.

SROS 22 : renforcer les coopérations formalisées pour un recours pertinent aux professionnels de santé.

SROMS 7 : faciliter l'accès à l'expertise pour les professionnels et les usagers.

SROMS 11 : articuler les dispositifs de soins, sociaux et médico-sociaux au sein de chaque territoire.

Axe 6 du SROS, volet psychiatrie :

- Renforcer les articulations entre les secteurs hospitalier, libéral et médico-social, ces articulations concernant notamment les secteurs de psychiatrie et les pôles/MSP.

PPSM 2011-2015

- Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associatifs,
- Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits et le développement des pratiques avancées.

PISTES DE RECOMMANDATIONS OPERATIONNELLES

- **Instances de coordination : recenser et adapter les différentes instances locales de coordination sans création de nouvelles instances**
 - Sur la base d'un recensement des instances de coordination existantes et de leurs missions, identifier les besoins non couverts (coordination autour des cas complexes, communication unifiée sur l'offre de soins vers les professionnels de santé, coordination régionale des suivis post-hospitaliers après tentative de suicide, SRAE, dont le CReHPsy...) et organiser la réponse,
 - Accompagner l'élargissement du réseau d'acteurs impliqués dans la Semaine d'Information en Santé Mentale (SISM), en particulier la psychiatrie hospitalière,
 - Renforcer les liaisons entre les équipes de terrain et les acteurs de proximité (cas particulier

des quartiers).

- **Outils et modalités de coordination**

Connaissance mutuelle :

- Améliorer la connaissance mutuelle des différents acteurs œuvrant dans le champ du handicap psychique,
- S'impliquer plus dans la SISM, en mobilisant cet outil comme levier de partenariats,
- Avoir une meilleure visibilité régionale des manifestations de la SISM,
- Intégrer l'ensemble des acteurs concernés dans la SISM, en particulier la psychiatrie hospitalière,
- Organiser un colloque annuel sur la psychiatrie/santé mentale, comme cela a été fait en 2014, en point d'orgue de la SISM,
- Solliciter la DRDJSCS pour favoriser le renforcement des liens entre les MDPH et les mandataires judiciaires.

Communication entre acteurs (supports et contenus) :

- Favoriser les appels à projets et les projets pilote pour améliorer la communication entre professionnels (concrètement : temps d'échange, temps d'intervention¹³⁷, permanence téléphonique),
- Créer un plan de soins psychiatriques pour le patient (comme en oncologie),
- Inciter à la mise en place d'un agenda partagé du patient entre tous les professionnels et associé à des fiches de liaison très concises (question du DMP),
- Aider la psychiatrie à échanger avec les structures d'hébergement et de logement social lors des sorties d'hospitalisation (points de vigilance, niveau de risque, conduite à tenir en cas de problème – y compris aux heures de la permanence des soins),
- Promouvoir la définition de règles de transmission d'informations par les professionnels de la psychiatrie/santé mentale aux acteurs sociaux, dans le respect du secret médical.

Décloisonnement entre les différents champs :

- Participer, par la contractualisation, à une meilleure coordination des acteurs en psychiatrie et santé mentale, avec decloisonnement des secteurs (ex : fiche action systématique sur coopération sanitaire/médicosocial avec des indicateurs, stages réciproques, synthèses avant sortie d'hospitalisation...), en y intégrant les acteurs sociaux,
- Développer/diffuser une stratégie intersectorielle incluant la médecine libérale pour le développement des actions de soins (développement et diffusion d'un fichier à jour des actions menées),
- Privilégier des organisations et/ou des projets impliquant la coopération des autres acteurs (ex : procédures d'urgences),
- Développer les conventions entre les bailleurs sociaux, les soignants et les travailleurs sociaux impliqués, pour étayer l'accès ou le maintien dans le logement,
- Promouvoir les échanges entre acteurs du logement et de la psychiatrie, à l'exemple de ce qui a été développé en Sarthe, avec une double ambition d'accès et de maintien dans le logement autonome,
- Promouvoir la tenue de rencontres régulières entre secteurs psychiatriques et acteurs de l'hébergement social pour lever les incompréhensions réciproques entre les deux champs, en associant également les mandataires judiciaires.

¹³⁷ Echanges entre professionnels autour d'une situation donnée (terme utilisé en psychiatrie)

- **Situations complexes : identifier les réponses existantes et les compléter**

- A partir d'une identification des situations complexes et d'un recensement des organisations mises en place localement pour y répondre (notamment autour des MDPH), compléter le dispositif de réponse (questionnaires de cas complexes, intervention d'équipes mobiles, staffs mixtes...),
- En lien avec les Services Pénitentiaires d'Insertion et de Probation (SPIP) et le Service Médico-Psychologique Régional (SMPR), créer une grille de repérage des détenus présentant des troubles psychiques à risque de chronicité et un risque de rupture de soins à la sortie.

- **Relations entre la médecine de premier recours et la psychiatrie : instaurer des liens formalisés entre les différents acteurs concernés**

- Structurer l'offre de santé ambulatoire en recentrant le suivi spécialisé sur les patients présentant les troubles les plus sévères ou les plus complexes,
- Favoriser les échanges en proximité entre les médecins généralistes et les psychiatres (moyens de communication, rencontres, formations communes...) pour renforcer les liens de confraternité et les habitudes de travail,
- Impulser l'organisation des collaborations entre la psychiatrie et la médecine libérale, notamment la déclinaison en région de la charte nationale de mars 2014, en particulier à travers la contractualisation entre l'ARS et les établissements autorisés en psychiatrie,
- Promouvoir des modalités facilitant l'accès des médecins généralistes aux psychiatres (psychiatre référent pour un patient permettant d'anticiper la conduite à tenir en cas de décompensation, gestion des demandes d'avis des médecins généralistes, gestion des délais de consultation en psychiatrie sur demande du médecin traitant...),
- Clarifier les rôles respectifs des médecins généralistes et des psychiatres dans le parcours de soin de la personne présentant un trouble psychiatrique (annonce du diagnostic de santé mentale, suivi des patients connus, prise en charge des effets physiques des psychotropes...)
- Promouvoir les collaborations directes entre les professionnels de la santé mentale (psychiatres et psychologues, publics ou privés) et la médecine générale dans le cadre des MSP ou des cabinets de groupe (consultations avancées...), par un travail d'animation territoriale plutôt que par appel à projets,
- Evaluer le dispositif de consultations avancées (IDE et psychologues) en MSP avant d'envisager une généralisation,
- Réunir les acteurs de la psychiatrie et l'URPS-IDE pour définir des pistes générales d'articulation entre IDE libéraux et psychiatrie, définir des priorités de formation (exemple : violences physiques, écoute) à décliner ensuite au sein des territoires de santé de proximité.

- **Formations pluriprofessionnelles et/ou croisées : encourager les échanges interprofessionnels via des formations**

- Promouvoir la formation aux questions de santé mentale des professionnels du champ social (y compris mandataires judiciaires) et médico-social en formation initiale comme en formation continue (notamment sur les questions de secret professionnel et les alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie), avec une visée de déstigmatisation des malades et de meilleure compréhension des principes de la prise en charge en santé mentale (notamment les indications d'hospitalisation),
- Poursuivre les efforts de formation des médecins généralistes à la prise en charge du risque suicidaire,
- Encourager le développement de formations croisées et pluriprofessionnelles (santé y compris médecine de premier recours, social, médico-social) sur les questions de santé mentale et de risque suicidaire,
- Encourager les formations visant à développer les pratiques de réhabilitation en psychiatrie,
- Développer la formation des IDE (notamment exerçant en libéral) sur les questions de santé mentale, avec une vigilance accrue sur l'effectivité des stages en psychiatrie des infirmiers en formation initiale et sur les possibilités de formation continue.

AVIS DE LA CRSA SUR L'ÉVALUATION DE LA POLITIQUE REGIONALE EN FAVEUR DE LA QUALITE DE VIE DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE OU HANDICAP PSYCHIQUE

CRSA du 28 juin 2016

Ce rapport sur « l'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique » rend compte d'un travail considérable et de grande qualité.

Il constitue une revue lucide et exhaustive des réalités de santé mentale dans notre région, de leurs conséquences sur le destin des personnes et sur leur vie sociale, et de leur prise en charge par le système de santé.

La CRSA est en accord avec la **grande majorité** des constats qui y sont formulés, dont se déduisent les progrès indispensables et aujourd'hui attendus des professionnels, des usagers, des familles, et maintenant de la société toute entière.

Ce travail impressionnant par le nombre de thématiques abordées, de personnes rencontrées, de propositions formulées, débouche sur des recommandations précises et ambitieuses. **Il peut constituer une réelle « feuille de route »** dans la perspective de la rédaction du PRS2. La Conférence espère qu'il contribuera à inspirer et à enrichir la politique conduite par l'Agence Régionale de Santé dans les prochaines années.

Paradoxalement, pour certains membres de notre Conférence, l'exigence et l'ambition que ce travail illustre a semblé conduire les rapporteurs à formuler des jugements un peu sévères à l'encontre des effets du PRS 2012/2017. Nous souhaitons rappeler ici que **la qualité des réponses aux problèmes de santé mentale dans un pays comme le notre est le résultat d'une dynamique sociétale complexe**, qui se déploie aussi dans le champ des politiques publiques territoriales, du débat citoyen, de l'évolution des idées en sciences humaines, et qu'il est intimement lié à la dynamique socio-économique des territoires. Une Agence Régionale de Santé qui ne dispose pas de tous les leviers, ne peut rétablir une situation (que l'on pourrait qualifier de médiocre sur bien des plans) en deux ans.

En revanche, elle doit clairement s'engager davantage.

Pour la Conférence, l'intérêt de ce rapport réside plutôt dans ce qu'il esquisse du futur que dans ce qu'il décrit du passé. Si l'on examine la question sur une échelle de temps plus large, on peut se féliciter que depuis 2011 et le Plan de Santé Mentale, les vecteurs de parcours, les outils, **la politique à suivre, les moyens à utiliser soient enfin arbitrés, mais on ne doit pas perdre de vue que ces clarifications sont récentes.**

A titre d'exemple, les recommandations portant sur l'importance de la mise en œuvre des programmes de réhabilitation psycho-sociale apparaissent maintenant comme des évidences, mais on doit se souvenir que l'agrément général dont elles bénéficient aujourd'hui date de moins d'une dizaine d'années en France. Et si le progrès est en marche, dans une direction désormais définie, **il reste aussi**, sur le terrain comme dans les évolutions réglementaires, **beaucoup à concevoir.**

La psychiatrie a encore une énorme marge de progrès, sur des champs dont nous n'avons pas forcément une conscience claire. **Il faudra lui laisser le temps de les explorer, puis de les assimiler.**

D'une manière générale, le rapport énonce un grand nombre de recommandations. Elles gagneraient à être hiérarchisées et globalisées pour faire apparaître une ligne directrice structurante. Elles gagneraient également à ce qu'une distinction soit effectuée entre les actions qui ne dépendent que de la seule ARS et celles qui relèvent du plaidoyer parce qu'elles dépendent également d'autres institutions, collectivités territoriales ou autres services de l'Etat.

Ce dernier point, abordé par la première recommandation stratégique, concerne tout spécialement les conséquences sociales des troubles, et les situations de « handicap psychique » qui sont constatées, dans tous les domaines de la citoyenneté (logement, travail, rôle social, vie de relations), pertinemment évoqués dans le rapport. **L'intérêt de « gouvernances transversales » dans ces registres est indiscutable, mais comment peut-on concrètement les faire advenir ?**

La démocratie sanitaire peut effectivement être un puissant catalyseur de la mise en synergie des politiques publiques au niveau territorial si **elle est encouragée, considérée, et respectée dans son indépendance.**

De ce point de vue le fait que soit évoquée une « incompréhension » entre l'ARS et la Conférence sur la fonction du groupe de travail permanent de la CRSA consacré à la santé mentale est en soi étrange. En relayant ce trouble, le rapport pourrait entretenir une confusion qu'il dénonce par ailleurs. Le rôle de la démocratie sanitaire, s'il peut participer d'une pédagogie des problèmes, ne saurait être de constituer une « courroie de transmission » entre l'ARS et les acteurs de terrain. Il ne peut exister aucune ambiguïté sur cette question.

La deuxième recommandation stratégique va concerner les pratiques propres au système de soins. La Conférence approuve totalement l'objectif d'évolution des pratiques dans un sens qui facilite l'accès aux soins, qui favorise l'inclusion sociale et le rétablissement, qui développe l'*empowerment* des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces évolutions dépendent directement des impulsions données et du pilotage conduit par l'ARS, **qui doit s'engager sans timidité dans cette direction**, en se servant de tous les moyens à sa disposition. Pour autant, il lui faudra tenir compte, dans son évaluation des résultats à porter au crédit des acteurs sanitaires, des obstacles qu'ils auraient pu aussi rencontrer, notamment dans le champ des initiatives à prendre dans le registre du « handicap psychique ». **A bien des égards en effet, il existe sur cette question une complémentarité, - et donc une interdépendance -, entre les champs sanitaire et médico-social, qui peuvent, si les volontés sont absentes, conduire à la paralysie des politiques d'évolution des pratiques des établissements.**

La Conférence approuve également largement la troisième recommandation stratégique, qui s'intéresse à **la question des parcours de santé**, à la fois en termes d'efficacité, de fluidité et en termes de pertinence. Cette recommandation pose la question de la priorité d'affectation des ressources, en termes de métiers, de structures, de formation, de champs d'intervention. Elle pose également la question de la distribution des réponses aux besoins, entre réponses de soins de santé et **réponses d'accompagnement médico-social et social, réservant à juste titre une place croissante à ces dernières**, et permettant aux premières de se recentrer sur leur cœur de métier. Elle décline les différentes modalités d'articulation entre les étapes de ces parcours à organiser, les formalisations souhaitables, les référentiels à construire, les

dispositifs à susciter et à soutenir. La Conférence estime toutefois qu'il y aurait lieu, sur ce chapitre comme sur d'autres, de distinguer des objectifs prioritaires. Le caractère quasi-exhaustif des préconisations évoquées dans ce chapitre pose la question pratique de leur mise en œuvre : par où commencer, et quelle(s) action(s) seraient-elles porteuses des changements les plus mobilisateurs ?

Pour la Conférence, et conformément à la recommandation qu'elle a émise en 2014, la question de la clarification des responsabilités en matière de **réponse de prévention et de prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie** ainsi que leur appropriation par les acteurs du territoire en est une. L'accent porté sur la **prise en charge précoce** pourrait en être une autre, en mobilisant les questions de l'accès aux soins, de la stigmatisation, de la démographie des professionnels, du recentrage de l'appareil de soins sur ses missions spécifiques et donc de son articulation avec un champ médico-social qui doit se développer vigoureusement.

La dernière recommandation stratégique porte sur la question de **la coordination des acteurs**. Comment concilier étendue, précocité, proximité de l'accueil, et précision et spécificité de la réponse ? Comment régler les « situations complexes » sans s'adresser à un réseau différent de celui du recours immédiat ? Comment concilier focalisation sur le cœur de métier de chaque système et décloisonnement sans mettre un accent tout particulier sur la coordination ?

Mais, à l'inverse, comment éviter que la tendance inflationniste propre aux coordinations de toute espèce vienne parasiter l'action des intervenants de terrain ? Comment éviter que cette coordination soit « plaquée » de l'extérieur, et œuvrer pour qu'elle émane des acteurs eux-mêmes ?

La Conférence estime, comme les auteurs du rapport, qu'il convient sans doute de s'abstenir désormais de créer de nouvelles structures de coordination. Mais elle estime que les objectifs à juste titre ambitieux qui y sont formulés impliquent de faire jouer un **rôle accru aux dispositifs et outils existants et légitimés par la reconnaissance des partenaires. La démocratie sanitaire doit être introduite jusqu'au plus près des réalités d'organisation des territoires** : Contrats locaux de santé, conseils locaux de santé, et de santé mentale, réflexions des groupements hospitaliers, rencontres thématiques, doivent être développés, et surtout, rejoints par l'usage des outils de la loi de modernisation du système de santé : Conseils territoriaux de santé et commissions spécialisées de santé mentale, réflexions transversales dans le cadre des Communautés professionnelles territoriales de santé, Communautés psychiatriques de territoires, Projets territoriaux de santé mentale, etc. D'autres structures doivent jouer un rôle moins politique mais plus scientifique (Centres experts), ou plus technique (Centre ressources handicap psychique), ou encore symbolique (chartes) qui pourront faire progresser les pratiques vers davantage d'homogénéité, ainsi que la communication interprofessionnelle et interinstitutionnelle, véritable enjeu pour une plus grande efficacité du système de santé.

Faire avancer et converger les pratiques, communiquer les acteurs, améliorer la lisibilité du système pour le progrès et la qualité des prises en charge, est un enjeu majeur pour les personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi pour leur entourage familial ou amical, qui participe grandement à leur rétablissement. **Il est impératif, non seulement de ne pas les oublier mais de les associer pleinement à la construction des parcours. Le rapport est trop discret sur ce thème de « l'aide aux aidants »**. Des outils existent (éducation thérapeutique, groupes d'échanges, Pro-Famille) dont il faut développer et encourager l'usage.

En conclusion, la CRSA salue la qualité de ce travail, mais elle souhaite le remettre en perspective. L'amélioration des réalités de santé mentale dans notre pays et notre région sera œuvre de longue haleine. Il faut s'y engager calmement, ne pas vouloir tout régler d'emblée, donc choisir ses cibles immédiates, porter attention aux acteurs et aux partenaires. Il ne faut pas « exagérer » la responsabilité des acteurs actuels, et futurs, mais d'abord compter sur une évolution progressive, une prise de conscience, une dynamique sociétale. Il faut rester investis, inventifs, à l'écoute.

Pour la Conférence, la « posture » de l'ARS aujourd'hui sur cette question serait correcte, si l'attention portée était plus résolue, si les incitations à progresser étaient plus vigoureuses, et si les moyens consacrés se hissaient à la hauteur des besoins, dont l'importance et l'urgence sont largement décrits dans ce travail.

TABLEAU DE SYNTHÈSE CRITERES/CONSTATS/JUGEMENTS

CRITERES	CONSTATS	JUGEMENTS
C11-1. L'accessibilité à la spécialité psychiatrique (publique et privée) est assurée	1_Un taux de prise en charge en psychiatrie moindre en région qu'au niveau national	1_L'ARS est consciente de problèmes persistants d'accès à la psychiatrie, exerce sa vigilance sur le phénomène et s'efforce d'y apporter des réponses, même si elle dispose de peu de leviers et manque d'informations.
	2_La psychiatrie : une spécialité dont la démographie problématique est surveillée par l'ARS	
	3_Un accès à la psychiatrie difficile, sans amélioration récente, et inégal selon les territoires	
	4_Les délais d'attente en psychiatrie : un sujet peu documenté, mais préoccupant	
	5_Des réalisations pour favoriser l'accès à la psychiatrie : démographie, formations, place des différents professionnels et accessibilité financière	
	6_La télémédecine en psychiatrie : des projets émergents et, globalement, un assentiment des acteurs	
	7_Les médecins généralistes : une partie de la réponse aux questions d'accessibilité en santé mentale	
C11-2. Les obstacles à la fluidité des parcours de santé ont été identifiés et des objectifs définis en conséquence	8_Une politique de l'ARS qui s'est progressivement affinée sur la question de la fluidité des parcours	2_Les nombreux obstacles à la fluidité des parcours en santé mentale ont progressivement été identifiés par l'ARS, qui a clarifié sa stratégie (comprenant une dimension prévention), mais dans laquelle la méthode des appels à projets est questionnée.
	9_De nombreux obstacles à la fluidité des parcours identifiés par les acteurs	
	10_La prévention en santé mentale : un sujet porté par l'ARS et relayé par les acteurs	
	11_Des solutions avancées pour une meilleure fluidité des parcours	
	12_Les appels à projets pour promouvoir des actions innovantes : une pratique de l'ARS questionnée	

CRITERES	CONSTATS	JUGEMENTS
C11-3. Les structures de soins ambulatoires psychiatriques dans la cité ont été développées en alternative à l'hospitalisation complète	13_ Une politique de l'ARS pour promouvoir les alternatives à l'hospitalisation et l'ambulatoire discrète avant 2015	3_ Le « virage ambulatoire » n'a été que récemment partiellement clarifié et promu par l'ARS, mobilisant quelques leviers spécifiques, mais des freins demeurent à lever pour poursuivre une évolution amorcée dans les années 2000.
	14_ Un «virage ambulatoire» qui se poursuit dans la région, mais sans adéquation entre fermeture des lits et création d'alternatives	
	15_ Des freins au développement de l'ambulatoire que sont les manques de moyens, de cadrage et de reconnaissance de l'ambulatoire	
	16_ Quelques leviers mobilisés par l'ARS pour favoriser la réflexion sur l'ambulatoire et son développement	
	17_ Une ouverture des secteurs de psychiatrie sur l'extérieur contrastée et polymorphe	
C11-4. Des réponses intersectorielles ont été développées pour garantir une meilleure offre de soins sur un territoire et/ ou en réponse à des problématiques spécifiques (publics, pathologies...)	18_ Une intersectorialité développée de manière diversifiée, avec ou sans impulsion de l'ARS	4_ Les réponses intersectorielles sont à la fois fréquentes et hétérogènes, sans stratégie régionale de développement identifiée.
	19_ Des obstacles identifiés au développement de réponses intersectorielles	
C11-5. Des filières territoriales intégrant l'ensemble de l'offre ambulatoire ont été organisées et formalisées	20_ Un développement des articulations entre psychiatrie hospitalière et établissements médico-sociaux initié avant l'ARS et qui se poursuit de manière inégale	5_ Des filières territoriales ont été très variablement organisées et formalisées (et jamais avec l'offre ambulatoire), l'ARS n'ayant pas mobilisé partout les leviers à sa disposition.
	21_ Des relations perfectibles entre établissements de santé	
	22_ Une intégration difficile de l'offre de ville dans les filières de psychiatrie	
	23_ Des obstacles multiples aux coopérations entre acteurs, dont le manque de culture partagée	
	24_ Des attentes des acteurs vis-à-vis de l'ARS pour favoriser les coopérations	

CRITERES	CONSTATS	JUGEMENTS
C11-6. Une réponse graduée de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est proposée	<p>25_ L'adaptation du secteur du handicap à un nouveau public : une mutation à achever</p> <p>26_ Une offre médico-sociale orientée handicap psychique peu lisible et encore lacunaire</p> <p>27_ Des conversions sanitaire – médico-social impulsées par l'ARS plutôt décevantes</p> <p>28_ Des réalisations modifiant l'offre médico-sociale soulignées dans le cadre de l'évaluation</p> <p>29_ Création d'un CReHPsy en région : une source d'interrogations à lever</p>	6_ La réponse de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est jugée encore incomplète et peu lisible en dépit des réalisations constatées.
C12-1. La population générale est informée sur l'offre en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions	<p>30_ Des initiatives de communication vers le grand public identifiées, impliquant ou non l'ARS</p> <p>31_ Une connaissance de l'offre en psychiatrie généralement faible dans la population générale</p>	7_ La population générale est très peu informée sur l'offre en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions, en dépit d'actions de communications impliquant ou non l'ARS.
C12-2. La communication et la diffusion de l'information entre acteurs (santé, social, médico-social, dans chaque champ et entre champs) sont organisées	<p>32_ Une pluralité d'initiatives de l'ARS pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux</p> <p>33_ Des échanges entre acteurs déployés sur le terrain, mais pouvant encore buter sur le partage d'informations</p> <p>34_ Une place inégale et incertaine de la psychiatrie dans les coopérations inter-hospitalières</p> <p>35_ Un groupe dédié à la santé mentale créé par la CRSA, mais des incompréhensions entre l'ARS et la CRSA sur son rôle</p>	8_ Si l'ARS a déployé une pluralité d'initiatives pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux, il n'existe pas de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs.
C12-3. L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont connues des médecins de premier recours	<p>36_ Des professionnels libéraux peu informés des évolutions de l'offre en psychiatrie</p>	9_ L'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont peu connues des médecins de premier recours, qui en sont peu informés.

CRITERES	CONSTATS	JUGEMENTS
C21-1. L'organisation des appels et de la gestion des crises et suspicions d'urgence en psychiatrie est connue des usagers et des aidants (familiaux, professionnels y compris sociaux et médico-sociaux)	37_ Une recommandation de la CRSA à l'ARS sur les urgences peu suivie d'effets	10_ Peu structurée, peu lisible et partielle, l'organisation des appels et de la gestion des crises et des urgences en psychiatrie est peu connue des usagers, des aidants et des professionnels.
	38_ Une organisation des appels et de la gestion des urgences globalement mal connue des professionnels et encore plus des usagers	
	39_ Des dysfonctionnements et des limites de la gestion des urgences identifiés	
C21-2. Les services d'urgence hospitaliers se sont organisés pour prendre en charge les urgences psychiatriques	40_ Une contractualisation non systématique de l'ARS avec les établissements de santé sur la prise en charge des urgences en psychiatrie	11_ L'organisation des services d'urgence hospitaliers pour prendre en charge les urgences psychiatriques demeure perfectible, sans progrès notable sur la période récente, la réflexion sur ce sujet devant intégrer l'émergence des unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie.
	41_ Des organisations des services d'urgences jugées peu satisfaisantes pour répondre aux urgences psychiatriques et sans progrès récents	
	42_ La création d'unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie : une piste pour une meilleure prise en charge des crises de certains patients	
C21-3. L'accès à un avis spécialisé en urgence en psychiatrie est organisé pour les médecins de premier recours	43_ L'accès en urgence des médecins généralistes à un avis spécialisé en psychiatrie : un domaine non investi par l'ARS	12_ L'ARS n'a pas investi la question de l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie des médecins généralistes pour les situations d'urgence, cet accès demeurant aujourd'hui insuffisant.
	44_ Avec un accès jugé difficile à un avis psychiatrique, un adressage fréquent des patients aux urgences par les médecins généralistes en cas de crise/urgence	
	45_ Un rôle limité des psychiatres libéraux en matière d'urgences	
C31-1. L'action de l'ARS a permis d'améliorer l'accessibilité aux GEM (maillage et dimensionnement de chaque GEM)	46_ Un maillage des GEM amélioré, mais des inégalités d'accès persistantes	13_ L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des GEM, mais leur accessibilité demeure perfectible.
	47_ Une connaissance inégale des GEM par les acteurs	

CRITERES	CONSTATS	JUGEMENTS
C31-2. Les GEM déploient leurs activités en lien étroit avec les structures de la cité	48_Des relations de plus en plus étroites entre les GEM et les acteurs spécialisés de la santé mentale	14_ Les GEM favorisent l'accès de leurs adhérents aux ressources du territoire, dans un contexte où leurs relations avec les acteurs se développent.
	49_Des GEM qui facilitent l'accès de leurs adhérents aux ressources du territoire	
	50_Des relations institutionnelles entre GEM et acteurs non spécialisés plus difficiles mais une dynamique amorcée par des collectivités locales	
C31-3. L'autonomisation des adhérents des GEM est renforcée par leur fréquentation de ces associations	51_ Les GEM, des outils de socialisation pouvant contribuer indirectement à une moindre fréquentation des structures soignantes	15_ Le GEM est un outil reconnu de socialisation des personnes présentant des troubles psychiques, et contribue également à leur autonomisation.
	52_Des GEM reconnus par leurs adhérents comme un outil de leur autonomisation	
C32-1. Divers leviers d'action (CCPP, CDSM, CLS et CLSM, CHT, CReHPsy) ont été mobilisés par l'ARS dans le souci de mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la cité	53_ Un investissement par les commissions de coordination des politiques publiques (CCPP) des questions de santé mentale, mais pas en termes d'intégration dans la cité	16_ L'ARS mobilise une pluralité de leviers pour mieux intégrer les personnes handicapées psychiques dans la cité, mais des champs restent à investir et certains leviers sont à requestionner.
	54_ Des concertations départementales sur la psychiatrie organisées par toutes les délégations territoriales de l'ARS	
	55_ Les Contrats Locaux de Santé (CLS) : des leviers pertinents pour la promotion de l'intégration sociale des personnes, mobilisés par l'ARS	
	56_ Des conseils locaux de santé mentale (CLSM) encore peu développés dans la région	
	57_ D'autres initiatives pour l'intégration des personnes dans la société, avec un rôle plus ou moins direct de l'ARS	
	58_ Un développement de la réhabilitation psycho-sociale dans les établissements de santé encore limité	
	59_ Une absence de consensus sur la pair-aidance	
	60_ Un accès difficile à l'emploi pour les personnes handicapées psychiques, et des mesures spécifiques en la matière	
	61_ Les sorties d'incarcération et la continuité des soins : des travaux engagés sur un sujet difficile	

CRITERES	CONSTATS	JUGEMENTS
C32-2. Une politique d'intégration par le logement est impulsée par l'ARS en lien avec les institutions concernées	62_ Une problématique reconnue du maintien et de l'accès au logement et/ ou à l'hébergement, malgré l'absence d'évaluation des besoins	17_ L'ARS s'engage progressivement dans les territoires pour l'intégration dans le logement des handicapés psychiques, davantage comme partenaire d'actions portées par d'autres acteurs ou institutions.
	63_ Une montée en charge de l'ARS sur ces questions, sous l'impulsion des délégations territoriales	
	64_ Des formations et sensibilisations du secteur logement / hébergement à l'initiative des acteurs de terrain	
	65_ Un besoin repéré de lieux de transition entre hospitalisation et logement ordinaire	
C41.1. Les équipes mobiles en psychiatrie ont contribué à la réduction des inégalités territoriales, dans une stratégie coordonnée	66_ Des équipes mobiles apportant une plus – value mais sans réflexion globale sur les interventions à domicile dans le champ de la santé mentale	18_ Les équipes mobiles facilitent l'accès aux soins mais sans réduire les inégalités territoriales, dans un contexte où elles se sont développées sans stratégie coordonnée.
C42.1. La médecine de premier recours est organisée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques	67_ Sollicités fréquemment par des patients ayant des troubles psychiatriques, des médecins généralistes qui se sentent suffisamment outillés en général	19_ La médecine de premier recours se perçoit globalement organisée et outillée pour repérer et diagnostiquer précocement les troubles psychiques auxquels elle est fréquemment confrontée.
	68_ Une formation des médecins au repérage « élargi » de la crise suicidaire qui se développe avec une implication de l'ARS	
C42-2. Des collaborations directes entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie sont opérationnelles	69_ Des relations entre médecins généralistes et psychiatres qui demeurent difficiles	20_ Les collaborations directes entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie sont globalement difficiles malgré des dynamiques récentes, mais des pistes d'amélioration sont identifiées (MSP, IDE libéraux).
	70_ Des collaborations des médecins généralistes plus satisfaisantes avec les psychologues qu'avec les psychiatres	
	71_ Des points d'amélioration identifiés pour les relations entre médecine de premier recours et psychiatrie	
	72_ Les MSP : un atout repéré pour renforcer les collaborations entre médecine de premier recours et psychiatrie	
	73_ Les IDE libéraux : un rôle particulier en matière de santé mentale, avec un enjeu de formation	

COMPOSITION DU COFIL

Président du COFIL :

Monsieur	DUPERRAY	Pascal	ARS Pays de la Loire - Directeur de l'accompagnement et des soins (DAS)
----------	----------	--------	---

Membres :

Docteur	BINDLER	Louis	Représentant de la psychiatrie libérale
Madame	DELOFFRE	Sophie	CRÉHPSy des Pays de la Loire - Cadre de santé
Docteur	GARRIGOU-CANEVET	Christine	CHS Daumézon Médecin psychiatre Présidente de la CME CHS Daumézon Présidente conférence régionale des CME CHS
Monsieur	GIRAUD	Pierre	Délégué régional UNAFAM
Professeur	HUEZ	Jean-François	Médecin généraliste à Trélazé Enseignant au DMG de la faculté de médecine d'Angers
Madame	LE BERRE	Sophie	Adjointe au chef de service évaluation, MDPH 44
Docteur	MESLET	Bruno	ARS Pays de la Loire - Médecin Responsable du groupe transversal ARS « Qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique »
Monsieur	RAFAUD	Gérard	Usager et membre du CA du GEM de Nantes
Docteur	SARAUX	Patricia	Mairie de Nantes - Médecin responsable du service de santé publique à la ville de Nantes
Madame	SERVEAU	Audrey	ARS Pays de la Loire - Chargée de projet DAS - Unité Personnes handicapées - Membre du groupe transversal « Qualité de vie des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique »
Madame	VERITE	Carine	DRJSCS - Responsable Pôle cohésion sociale
Monsieur	VIOLLET	Raphaël	Les Apsyades - Directeur Général

Equipe d'évaluation :

Docteur	BOULE	Jean-Paul	ARS Pays de la Loire - Médecin chargé d'évaluation - Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs - Direction Efficience de l'Offre (DEO)
Monsieur	BRUN	Xavier	ARS Pays de la Loire - Chargé d'évaluation - Département Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs - Direction Efficience de l'Offre (DEO)

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Rencontres pour entretiens de cadrage (8)

Docteur De SEVERAC Hélène - Médecin, ARS Pays de la Loire (DAS)
Docteur GALLET Bruno - Psychiatre libéral Cholet, URPS Médecins Libéraux
Docteur GARRIGOU-CANEVET Christine - Psychiatre, Présidente de la conférence régionale des présidents de CME de CHS - CHS G. Daumézou
Monsieur GIRAUD Pierre - Délégation régionale, UNAFAM
Monsieur GRALEPOIS Louis-Marie - Directeur EPSMS du Pays de Challans,
Docteur MESLET Bruno - Responsable du groupe projet transversal psychiatrie, ARS Pays de la Loire (DEO DHOP)
Monsieur RAFFAUD Gérard - Président GEM Nantes
Madame SERVEAU Audrey - Chef de projet, ARS Pays de la Loire (DAS)

Rencontres internes ARS (21)

Madame AUBRY Céline - ARS Pays de la Loire (DRUP)
Madame BASTARD Sylvie - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 72)
Monsieur BERLINET Didier - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 44)
Docteur BLAISE Pierre - ARS Pays de la Loire, Directeur PRS
Docteur BLANCHIER Véronique - ARS Pays de la Loire (DPSP)
Docteur CAULIER Sylvie - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 85)
Docteur CHARPENTIER Alain - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 72)
Monsieur DUSSAUX Hervé - ARS Pays de la Loire –(Délégation Territoriale 44)
Docteur HISTACE Dominique - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 49)
Monsieur GUILLET Freddy - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 49)
Madame KUMAR Monika - ARS Pays de la Loire (Délégation Territoriale 53)
Monsieur MEYER Benjamin - ARS Pays de la Loire (DEO DHOP)
Monsieur MICHELET Vincent - ARS Pays de la Loire (DEO-DCPS)
Madame MONNIER Isabelle - ARS Pays de la Loire (DAS-RHSS)
Madame PASSETEMPS Marie-Jo - ARS Pays de la Loire (DEO-DHOP)
Madame PERIBOIS Elodie - ARS Pays de la Loire (DEO-DMS)
Monsieur POUGET Florent - ARS Pays de la Loire (DAS-DASR)
Madame RIVET Evelyne - ARS Pays de la Loire (DAS-DASP)
Monsieur SEMECURBE François - ARS Pays de la Loire (DOA)
Madame TROHEL Armelle – ARS Pays de la Loire (DAS)
Docteur VINCENT Benoit - ARS Pays de la Loire (DEO-DHOP)

Rencontre avec divers professionnels (35)

Docteur BARRIT Joëlle - DIRECCTE
Madame BENSCHRI Nadine - Cadre supérieur de santé, Coordinatrice de l'équipe pédagogique de l'IFSI d'Angers
Docteur BESCOND Yves - Chef du pôle Sud-Ouest Vendée - CHS G. Mazurelle La Roche sur Yon
Docteur BINDLER Louis - Psychiatre libéral Clinique du Parc Nantes
Docteur BOCHER Rachel - Psychiatre CHU Nantes
Monsieur BOURREL Philippe - Directeur des Soins, Coordinateur des Instituts de formation des professions de santé, Directeur de l'IFSI d'Angers
Docteur BOUSSIN Gérard - Ville d'Angers
Docteur BUYCKE Jean-François - ORS
Docteur CHARLERY Martine- Présidente CME CESAME
Docteur DELAUNAY Vincent - Psychiatre CHU Nantes
Madame DELOFFRE Sophie - Cadre de santé CReHPsy Angers
Docteur FERRONNIERE Frédéric - MDPH, Conseil Départemental 85
Monsieur GACHOT Claude - URPI
Docteur GARRET Jean-Pierre - Président de CME , CHS G. Mazurelle La Roche sur Yon,
Docteur GENDRY Pascal - Médecin généraliste, APMSL
Madame GERGAUD Séverine - DREAL
Docteur GIRON Olivier - Psychiatre SMPR CHU Nantes
Docteur GOGUET Karine - Psychiatre CH Cholet
Docteur GOHIER Bénédicte - Psychiatre CHU Angers
Docteur HALIMI Yvan - Président du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS, Vice-président de la Conférence de Territoire de Vendée
Madame HEMERY Céline - Ville de Nantes
Docteur LEQUEUX Yves -Médecin généraliste, APIMED
Docteur LEGRAS Matthieu - Psychiatre UPAO, CESAME
Monsieur LEHMANN Olivier - DDCS 72
Madame LEMERCIER Soazic - FNARS
Madame MANCEAU Sophie - Association ALPHA
Madame MARIONNEAU Chrystèle - DRJSCS
Madame OBERDORF Béangère - Psychologue, Ville d'Angers
Madame PICHELIN Corinne - Directrice CREA
Madame ROGEON Laurence - ADAPEI-ARIA 85
Docteur SARAUX Patricia – Ville de Nantes
Docteur TALLEC Anne - Directrice ORS
Docteur TUFFREAU François - ORS
Madame VERITE Carine - DRJSCS
Docteur YEBBAL Kahina - Psychiatre CHS Daumézon

Rencontre avec divers professionnels (3 études de terrain) :

Secteur de Saumur (14)

Madame ALLAIN Valérie - Pharmacien à Saint-Hilaire Saint Florent
Madame BERT Isabelle - Association ASEA (CHRS/CAVA)
Monsieur COCHET Eric - Directeur Maison-relais (pension de famille), Association ADOMA,
Docteur COTTIER-JOUET Martine - Psychiatre de secteur CH de Saumur
Docteur ESPINASSE Marie-Laure - Psychiatre libérale
Monsieur GUYOT Olivier - Pharmacien à Saint-Hilaire Saint Florent
Docteur LEBREUILLY-PAILLARD Armelle - Psychiatre libérale
Madame Le GOFF Claudine - Psychologue libérale
Madame LELIEVRE Astrid - Adjointe au maire – Ville de Saumur
Monsieur LEPRETRE Yves - Directeur CCAS – Ville de Saumur
Monsieur PINSON Jean-Christophe - Directeur CH Saumur
Madame PROVOST Laetitia - Infirmière libérale
Monsieur RIOT Olivier - Directeur FJT Saumur,
Madame SALES China - Infirmière libérale

Secteur de Mayenne (13)

Monsieur BISSON Wilfried - Infirmier libéral
Madame CREUZET Catherine - Directrice CH Nord Mayenne
Madame GAUME Dominique - Mission locale
Docteur LAVANDIER Jean-Claude - Conseiller municipal Ville de Mayenne - Président CME CH Nord Mayenne
Monsieur LEBLANC Rémi - Directeur Général Association GEIST 53
Monsieur LEBORGNE Eric - Directeur EHPAD La Providence
Monsieur LEVIEUGE Samuel - Directeur-adjoint EPSMS Mayenne
Monsieur MOUTEL Christophe - Directeur-adjoint CH Nord Mayenne
Docteur POULIQUEN André - Psychiatre, Chef de secteur CH Nord Mayenne
Monsieur ROY Christian - Psychologue libéral
Docteur SPY Thierry - Médecin généraliste
Monsieur TALOIS Xavier - Cadre supérieur de santé, secteur CH Nord Mayenne
Madame TROTTIER Agnès - Directrice Mission Locale, site Mayenne

Secteur du Mans (16)

Docteur ALAMI Ismaïl - Psychiatre libéral CMCM Le Mans
Madame BAKOUR Nadia - Association ADGESTI
Docteur BELLEFONTAINE Laurent - Responsable des urgences CH Le Mans
Docteur CANET Joël - Psychiatre , Président CME - CHS Allonnes
Monsieur CHOLAT Alain - Directeur EHPAD La Reposance
Docteur EMERIT Patrice - Médecin MDPH 72
Madame FREYDIER Perrine - Résidence Accueil Maya Angelou
Monsieur JEULIN Jean-Jacques- Résidence Accueil Maya Angelou
Madame LECOURT Laurence - Sarthe Habitat
Monsieur LEREVEREND Martial - Correspondant CLS Ville d'Allonnes, association l'Escale
Madame LUCAS Karène - Association ADGESTI
Docteur MOURTADA - Psychiatre, président CDSP CHS Allonnes
Docteur N'GUYEN Michel - Psychiatre CHS d'Allonnes
Docteur PEROL - Médecin généraliste et coordonnateur EHPAD La Reposance
Monsieur THOMAS - Directeur CHS d'Allonnes
Monsieur VALAT Stéphane - Directeur général CMCM Le Mans

LISTE DES PRINCIPAUX SIGLES UTILISES

AAP : Appel A Projets
ADESM : Association Des Etablissements participant au service public de Santé Mentale
ADGESTI : Association Départementale de Gestion de Structures Intermédiaires
AGEFIPH : Association de GEstion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées
AFT : Appartement Familial Thérapeutique
ALD : Affection longue Durée
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
APIMED : Amélioration des Pratiques et de l'Information Médicale
APMSL : Association des Pôles et Maisons de Santé Libéraux
ARIFTS : Association Régionale pour l'Institut de Formation en Travail Social
ARS : Agence Régionale de Santé
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
CADPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CCOMS Lille : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CCPP : Commission de Coordination des politiques Publiques
CCRPA : Conseil Consultatif Régional des Personnes Accueillies ou accompagnées
CDSM : Commission Départementale en Santé Mentale
CDSP : Commission départementale des soins psychiatriques
CES : Certificat d'Etudes Spécialisées
CESAME : Centre de Santé Mentale Angevin
CH : Centre Hospitalier
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISM : Conseil Intercommunal de Santé Mentale
CLS : Contrat Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CMP : Centre Médico Psychologique
COPIL : COmité de PILotage
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CREAI : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CREHPsy : Centre de Ressources sur le Handicap Psychique
CRSA : Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRUQPC : Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CT : Conférence de Territoire
CUCS : Contrats Urbains de Cohésion Sociale
CUMP : Cellule d'Urgence Médico Psychologique
DAF : Dotation Annuelle de Financement
DAMS : Département Accompagnement Médico-Social
DAS : Direction de l'Accompagnement et des Soins
DASP : Département Accès aux Soins de Proximité
DASR : Département Accès aux Soins de Recours
DCPS : Département Coopérations et Parcours de Santé
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDCS : Direction Départementale de Cohésion Sociale
DEO : Direction de l'Efficiencia de l'Offre
DEPS : Département d'Evaluation des Politiques de Santé et des dispositifs
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DIRECCTE : DIRECTION Régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DMG : Département de Médecine Générale
DMP : Dossier Médical Partagé
DOA : Département Observation et Analyses
DOP : Document d'Objectifs Partagés
DPPS : Département de la Promotion de la Santé et de Prévention

DPRS : Direction du Projet Régional de Santé
 DPSP : Direction de la Prévention et de la Protection de la Santé
 DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles
 DREAL : Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement
 DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
 DRDJSCS : Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
 DRJSCS : Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale
 DT : Délégation Territoriale
 DU : Diplôme Universitaire
 EHPA : Etablissement Hébergeant des Personnes Agées
 EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
 EMGP : Equipe Mobile de Géronto-Psychiatrie
 EMPP : : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
 EMPS : Equipe Mobile de Prévention du Suicide
 EMS : Etablissement Médico-Social
 ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
 ETP : Equivalent Temps Plein
 ETP : Education Thérapeutique du Patient
 FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
 FdR : Feuille de Route
 FHF : Fédération Hospitalière de France
 FIR : Fonds d'Intervention Régional
 FJT : Foyer de Jeunes Travailleurs
 FNARS : Fédération Nationale des Associations d'accueil et de Réinsertion Sociale
 GCS : Groupement de Coopération Sanitaire
 GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle
 GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
 HJ : Hôpital de Jour
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique
 IAD : Intervention A Domicile
 IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
 IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
 IREPS : Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé
 Loi HPST : loi Hôpital, Patient, Santé, Territoires
 MA : Maison d'Arrêt
 MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
 MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
 MDA : Maison Départementale de l'Autonomie
 MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
 MG : Médecin Généraliste
 ML : Médecin Libéral
 MSA : Mutualité Sociale Agricole
 MSP : Maison de Santé Pluri-Professionnelle
 MT : Médecin Traitant
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé
 OQN : Objectif Quantifié National
 ORS : Observatoire Régional de la Santé
 OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé
 PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
 PCH : Prestation de Compensation du Handicap
 PDALPD : Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées
 PDL : Pays de la Loire
 PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
 PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
 PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale
 PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
 PRGDR : Programme Régional de Gestion Du Risque
 PRIAC : Programme Interdépartemental d'Accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
 PRITH : Plan Régional d'Insertion professionnelle des Travailleurs Handicapés
 PRS : Projet Régional de Santé

PRSIT : Programme Régional de Systèmes d'Information et de Télémédecine
PRST : Plan Régional Santé au Travail
PS : Professionnel de Santé
PSP : Pôle de Santé Pluriprofessionnel
PTS : Programme Territorial de Santé
RIM-P : Recueil d'Information Médicalisé en Psychiatrie
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SAMSAH : Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAVS : Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SESSAD : Service d'Education Spéciale et de Soins A Domicile
SIAO : Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM : Semaine d'Information sur la Santé Mentale
SMPR : Service Médico-Psychologique Régional
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie
SNS : Stratégie Nationale de Santé
SPASAD : Service Polyvalents d'Aide et de Soins A Domicile
SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SRAE : Structure Régionale d'Appui et d'Expertise
SROMS : Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale
SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
SRP : Schéma Régional de Prévention
SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
SUMPS : Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TED : Trouble Envahissant du Développement
UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UDAF : Union Départementale des Associations Familiales
UNAFAM : Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
UPAO : Unité Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation
URAFORMEC : Union Régionale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluations Continues
URPI : association de défense et d'information des propriétaires immobiliers
URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé
URPS-ML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux
USLD : Unité de Soins de Longue Durée
USH : Union Sociale de l'Habitat

Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire

17 boulevard Gaston Doumergue - CS 56233

44262 NANTES cedex 2

Tél. 02 49 10 40 00 – Mél. ars-pdl-contact@ars.sante.fr

www.ars.paysdelaloire.sante.fr