

LES LIVRETS DE L'ÉVALUATION

.....
ÉVALUATION DES POLITIQUES
DE SANTÉ

**POLITIQUE RÉGIONALE EN FAVEUR DE
LA QUALITÉ DE VIE DES PERSONNES
VIVANT AVEC UN TROUBLE
ET/OU UN HANDICAP PSYCHIQUE**

L'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire s'est engagée à améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou handicap psychique.

Ces deux dernières années, elle en a d'ailleurs fait une de ses priorités en accélérant les travaux dans ce domaine, un diagnostic territorial en santé mentale (expérimenté en Sarthe avec l'aide de l'ANAP) a été lancé et des réflexions ont été menées sur les ressources humaines et financières. La présente évaluation programmée en 2015 s'inscrit d'ailleurs dans le cadre de divers travaux visant à préciser et définir les besoins de la population ainsi que les attentes des nombreux acteurs intervenant en santé mentale. Ces divers travaux vont se poursuivre, en lien notamment avec l'application de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016.

Cette évaluation a été pilotée par un comité représentatif des institutions, des professionnels et des associations œuvrant en santé mentale, et que j'ai eu le plaisir de présider. Ses débats ont montré à la fois la mobilisation des acteurs sur ce sujet, leur volonté à co-construire cette politique régionale de santé afin d'améliorer le parcours en santé et la vie des personnes.

L'évaluation de cette politique, dont une synthèse vous est présentée dans ce livret, montre que si l'ARS dispose de leviers dans les champs sanitaire et médico-social, l'intégration des personnes vivant avec un handicap psychique dans la société nécessite l'implication et la mobilisation de nombreux acteurs de la cité, au sein desquels œuvrent notamment les différents services de l'Etat et les collectivités territoriales. Les dernières avancées scientifiques poussent d'ailleurs vers une nouvelle orientation des pratiques sanitaires et sociales, basées sur le paradigme du rétablissement.

Le devenir de la personne ne dépend pas seulement de déterminants médicaux mais aussi de ses propres ressources et de facteurs environnementaux (par exemple : investissement par le logement, entourage...) pouvant favoriser ou au contraire faire obstacle à un engagement dans la vie. En région, le développement et l'apport des GEM (Groupes d'Entraide Mutuelle) au profit des personnes handicapées psychiques en sont le témoin. Il s'agit donc de favoriser une politique interinstitutionnelle ainsi qu'une meilleure articulation entre tous les professionnels intervenant auprès des personnels.

Les recommandations stratégiques et opérationnelles de cette évaluation constituent un vivier de propositions pour aider à la mise en œuvre de cette politique. Elles n'engagent pas la Direction Générale de l'Agence Régionale de Santé qui arrêtera ses orientations après échanges avec les acteurs, notamment lors des travaux d'élaboration du PRS de deuxième génération (PRS 2018-2022).

Pascal DUPERRAY
Directeur Accompagnement et Soins

Retrouvez l'ensemble de nos publications à l'adresse suivante :
<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Les-publications-du-Departemen.174611.0.html>



CONTEXTE DE LA POLITIQUE ÉVALUÉE

Malgré le consensus sur le poids des maladies mentales en France¹ (3ème rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardio-vasculaires, 25 à 30% des motifs de consultation chez le médecin généraliste, 1ère cause d'invalidité, 15% des dépenses de santé estimées par l'assurance maladie) et des propositions d'évolutions 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 régulièrement des différents travaux, également évoqués dans les Pays de la Loire :

>> 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 France, par comparaison avec d'autres pays européens, il a pu être constaté à la fois un nombre important de psychiatres, un nombre élevé de lits (avec un hospitalo-centrisme marqué), un taux de suicide supérieur et une part de budget santé mentale conséquente.

Prenant acte des divers dysfonctionnements constatés et en application des dernières recommandations de l'OMS², le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 (PPSM) a été axé sur la prévention et la réduction des ruptures de parcours de vie des personnes vivant avec des troubles et/ou un handicap psychique. Il a pleinement intégré les enjeux de participation sociale et de citoyenneté pour tous.

¹ 3ème rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardio-vasculaires, 25 à 30% des motifs de consultation chez le médecin généraliste, 1ère cause d'invalidité, 15% des dépenses de santé estimées par l'assurance maladie

² Organisation Mondiale de la Santé

+ de 80 000 personnes, de 16 ans ou plus, prises en charge au moins une fois dans l'année 2011 par un établissement exerçant une activité de soins en psychiatrie (taux de recours aux établissements de santé plus faible en Pays de la Loire qu'en France)

>> Près de 19 000 de ces patients ont été hospitalisés au moins une fois à temps plein (- 11% pour les patients hospitalisés temps plein par rapport au taux national) :

6 700 avaient un diagnostic de **schizophrénie**
4 000 ont été hospitalisés à temps plein **sans leur consentement**

Environ **60 000** personnes exonérées du ticket modérateur en 2011 pour l'ALD* 23 - affections psychiatriques de longue durée (- 9% par rapport au taux national)

Environ **700 000 consultations** ont été dénombrées en Centre Médico Psychologique (CMP) en 2011. Auxquelles il faut rajouter les consultations effectuées par les psychiatres libéraux (676 000 consultations en 2012), par les médecins généralistes et par les psychologues libéraux.

39 secteurs de psychiatrie adulte, rattachés à 13 établissements de santé. 21 équipes mobiles de psychiatrie incluant les 4 dispositifs expérimentaux de soins de particulière intensité à domicile.

25 Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), dont 21 au profit des personnes handicapées psychiques avec 1 844 usagers recensés en 2014.

Mortalité par suicide supérieure au taux national (+26%)

Dépenses de santé :
133 euros/habitant/an
 (contre 151 euros en France)

En conclusion,

un recours en Pays de la Loire aux établissements de santé globalement plus faible, non compensé par un recours au système libéral ambulatoire et corrélé à de moindres admissions en ALD 23 ainsi qu'à de moindres dépenses de santé.

* Affection longue durée



Lors du diagnostic régional inaugural du projet régional de santé, l'ARS avait pointé un certain nombre de problèmes (incidence des suicides, difficultés d'orientation des patients en souffrance psychique lors d'une crise inaugurale ou lors d'une rechute, manque de lisibilité du système de santé, délais d'attente trop longs pour accéder à une consultation) mais aussi relevé l'intérêt des équipes mobiles en psychiatrie.

Aussi, le PRS insiste, dans ses orientations stratégiques, sur l'importance de mettre en place des coordinations entre acteurs autour de la personne et des filières d'offre graduées de soins (accès direct et rapide à un avis en psychiatrie, coordinations territoriales des soins autour du suivi des personnes, développement d'un dispositif concerté de prévention, prise en charge des situations de crise psychiatrique). Le bien être mental et la lutte contre le suicide y sont affirmés en tant que priorité régionale.

Si la santé mentale n'a pas fait l'objet d'un programme dédié en Pays de la Loire, comme cela a pu être le cas dans d'autres régions, une feuille de route annuelle spécifique est mise en œuvre depuis 2012, déclinant les objectifs du PRS en matière de santé mentale, notamment des programmes territoriaux de santé et prenant en compte les objectifs du PPSM 2011-2015.

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 PRS 2012-2016 en tant qu'évaluation intermédiaire de politique.

Enjeux de l'évaluation :

-  **Ajuster la politique en cours de mise en œuvre et préparer l'évaluation finale du PRS 2012-2016 ;**
-  **Aider aux décisions stratégiques de l'ARS sur les orientations mises en débat suite à cette évaluation et préparer l'élaboration du PRS 2018-2022 ;**
-  **Adapter les actions de la feuille de route annuelle de l'ARS « qualité de vie des personnes vivant avec des troubles et/ou un handicap psychique » ;**
-  **Nourrir les débats de la démocratie sanitaire en région.**



Définitions et champ de l'évaluation

Le cadrage de cette évaluation a nécessité des éclaircissements préalables sur les définitions de l'intitulé de l'évaluation.

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 ». Elle s'inscrit dans la nécessité de faciliter les parcours de vie des personnes concernées.

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 ».

Pour le PPSM 2011-2015, elle comporte trois dimensions :

- 1 - 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 ;
- 2 - Détresse psychologique réactionnelle** qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles ;
- 3 - 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 a été traitée par cette évaluation.

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 ».

Les travaux ont porté sur la population adulte. La maladie d'Alzheimer et autres démences, l'autisme et autres troubles du développement ont été exclus du champ de cette évaluation.

Quatre questions ont servi de fil conducteur à cette évaluation afin de permettre de mesurer les premiers résultats obtenus par la politique de l'ARS sur cette population :

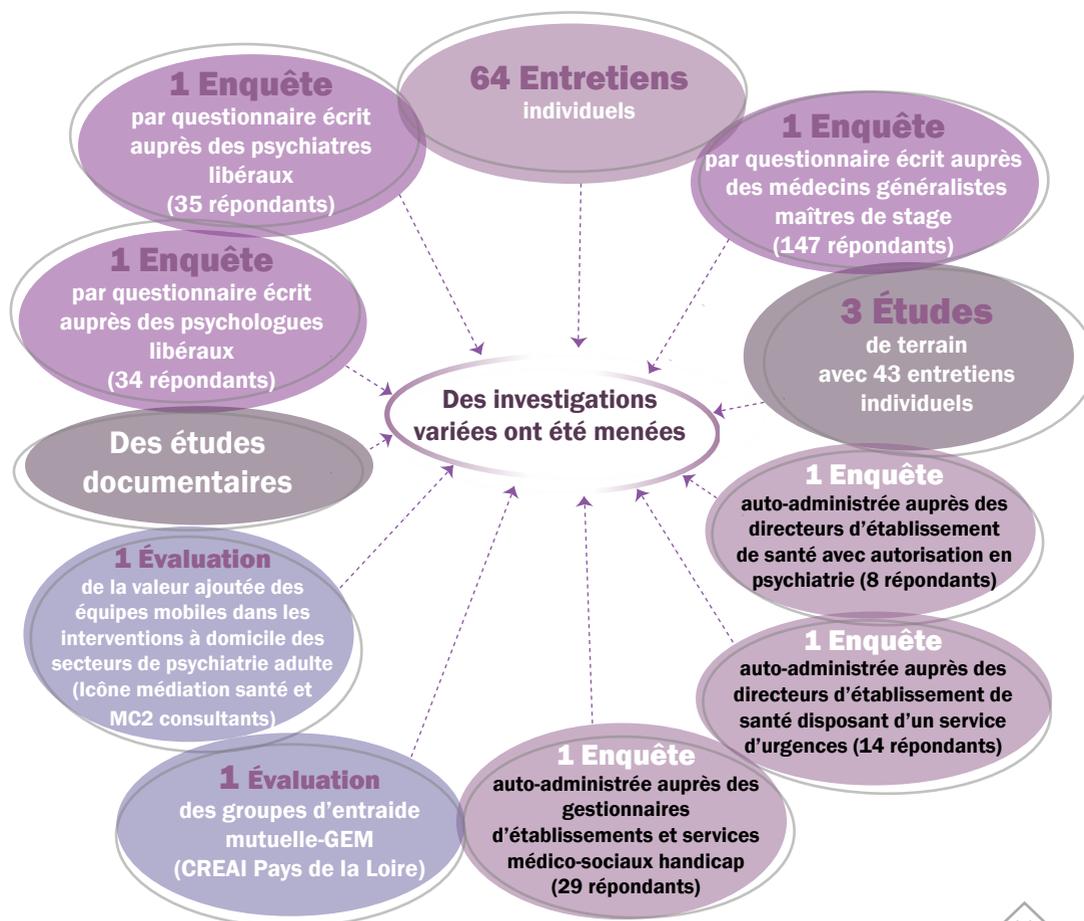
- 1 - La mise en œuvre du PRS a-t-elle fait évoluer l'offre de soins et d'accompagnement en faveur de la fluidité des parcours des personnes vivant avec un handicap ou un trouble psychique ?
- 2 - Les actions déployées par l'ARS ont-elles permis d'améliorer l'organisation de la prise en charge des urgences 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 ?
- 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 ?

Investigations

Assise sur des investigations variées, cette évaluation s'est déroulée pendant l'année 2015.

Elle a intégré deux évaluations de dispositifs spécifiques portant sur :

- ↳ La valeur ajoutée des équipes mobiles dans les interventions à domicile des secteurs de psychiatrie adulte des Pays de la Loire ;
- ↳ Les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).





ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'ÉVALUATION

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 ». Les évolutions apparaissent toutefois variables selon les territoires. Les difficultés d'accès aux soins et à l'accompagnement persistent dans certains territoires, l'offre ambulatoire libérale est peu articulée avec le secteur public et les prises en charge restent trop cloisonnées. Les connaissances des différents intervenants (médecins généralistes, infirmiers libéraux, psychiatres, psychologues, ...) sur leurs pratiques et spécificités respectives 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 ont été 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 insuffisamment féconde en matière de déstigmatisation. 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. Le CREHPsy (Centre ressource handicap psychique), récemment créé, apparaît à cet effet un outil intéressant d'interconnaissances entre acteurs.

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 l'adoption du PRS. Sa structuration et sa lisibilité demeurent perfectibles. La nécessité d'un appui aux médecins généralistes reste d'actualité. Seul un territoire de santé a particulièrement pris des initiatives pour organiser et mieux répondre aux urgences et crises psychiatriques.

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, mais des champs restent à investir. Les populations en précarité présentent plus de difficulté d'accès et de suivi que la population générale. Les commissions de coordination des politiques publiques n'ont pas intégré les questions de santé mentale sous l'angle de l'intégration dans la société, se focalisant sur la prévention du suicide et sur les dispositifs médico-sociaux d'accompagnement. L'ARS a particulièrement promu et accompagné le développement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) sur l'ensemble du territoire régional, même s'il demeure encore inachevé, et si 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'impliquant notamment dans des actions de formation d'acteurs. L'impulsion de Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM) reste difficile mais de nombreux projets, soutenus ou non dans le cadre de Contrats Locaux de Santé (CLS), sont en cours. La promotion et le soutien à la réhabilitation psychosociale restent à développer.

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 difficilement atteignable, au regard de l'organisation des équipes mobiles et des collaborations entre le premier recours et la médecine spécialisée. Les pratiques sont très différentes d'un secteur psychiatrique à un autre et les pratiques entre libéraux sont peu connues et peu accompagnées par l'ARS. Les équipes mobiles psychiatriques, qui se sont créées sans stratégie coordonnée et de façon non régulée, n'ont ainsi pas contribué à la réduction d'inégalités territoriales. 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, leur articulation avec les médecins spécialistes, publics comme libéraux demeure difficile. Le développement des Maisons de Santé Pluri Professionnelles (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.



DÉES CLÉS À RETENIR

Trois ans après la mise en œuvre du PRS, les **principaux constats** issus de cette évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique sont :

- des problèmes persistants d'accès à la psychiatrie, liés à des questions notamment de démographie médicale, et de nombreux obstacles à la fluidité des parcours de vie des personnes ;
- des marges de progrès dans la collaboration entre la médecine de premier recours et les professionnels de la psychiatrie ;
- une méconnaissance de l'organisation des appels et de la gestion des crises et des urgences en psychiatrie par les usagers, les aidants et les professionnels ;
- une persistance des difficultés d'intégration des personnes handicapées psychiques dans la cité.

L'ARS a cependant mis en œuvre des **actions spécifiques** en :

- clarifiant sa stratégie en matière de fluidité des parcours en y intégrant une importante dimension prévention ;
- mobilisant quelques leviers spécifiques pour clarifier et promouvoir le « virage ambulatoire », même si des obstacles demeurent à lever pour poursuivre l'évolution amorcée ;
- intégrant la psychiatrie dans le déploiement de la télémédecine ;
- déployant une pluralité d'initiatives pour faciliter la communication vers les professionnels et entre eux, même si l'absence de cadre général pour l'échange d'informations entre acteurs persiste ;
- promouvant et accompagnant le développement des GEM, leur accessibilité demeurant toutefois perfectible ;
- organisant des concertations départementales sur la psychiatrie par le biais de ses délégations territoriales ;
- signant des Contrats Locaux de Santé qui apparaissent comme des leviers pertinents pour la promotion de l'intégration sociale des personnes ;
- s'engageant progressivement dans les territoires pour l'intégration dans le logement des handicapés psychiques (comme partenaire d'actions portées par d'autres acteurs ou institutions).



RECOMMANDATIONS

Des manques sont toutefois identifiés pour lesquels **des solutions sont à rechercher** :

- la réponse de l'offre médico-sociale pour les personnes vivant avec un handicap psychique est jugée encore incomplète et peu lisible, avec un recensement incomplet des personnes handicapées psychiques ;
- l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale et ses évolutions sur leur territoire sont peu connues des médecins de premier recours ;
- l'organisation des services d'urgence hospitaliers pour prendre en charge les urgences psychiatriques demeure perfectible et doit intégrer l'émergence des unités d'accueil et d'orientation en psychiatrie ;
- l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie des médecins généralistes pour les situations d'urgence demeure aujourd'hui insuffisant ;
- l'absence de stratégie toujours claire pour le développement des interventions à domicile des secteurs de psychiatrie, dont les équipes mobiles ne représentent que l'une des modalités, ne joue pas en faveur de la réduction des inégalités territoriales.

3 enjeux majeurs de cette politique sous-tendent les recommandations suivantes :

- > évoluer d'une démarche basée sur l'offre à une démarche pluripartenariale centrée sur les besoins évolutifs des personnes et de leurs aidants ;
- > assurer l'accès aux mêmes services sanitaires et médico-sociaux sur l'ensemble du territoire ;
- > particulariser des organisations dédiées à la psychiatrie tout en les intégrant dans les organisations générales de santé.

Les 4 recommandations stratégiques vis-à-vis de l'ARS issues de cette évaluation visent à :

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

Illustrations opérationnelles possibles :

- > mobiliser les commissions de coordination des politiques publiques, en prévention et dans le médico-social, sur l'insertion dans la société des personnes handicapées psychiques, en particulier sur les questions de logement et d'emploi ;
- > généraliser les coopérations entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux au niveau des territoires de santé (chartes de filières, formations...);
- > développer les CLSM en particulier dans le cadre des signatures de contrats locaux de santé.

2 Favoriser l'accompagnement de la personne au plus près de son milieu de vie et clarifier les attentes en matière de «virage ambulatoire»

Illustrations opérationnelles possibles :

- > communiquer sur les objectifs de l'ARS en matière de «virage ambulatoire» et adapter les outils pour le soutenir ;
- > développer les alternatives à l'hospitalisation en les adossant à une base minimale de capacités d'hospitalisation complète ;
- > accompagner la réflexion des établissements de santé sur le développement des interventions à domicile (IAD), en favorisant les différentes modalités d'actions d'« aller vers » ;
- > continuer à soutenir le développement des Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).

3 Développer les conditions d'accessibilité à l'offre en psychiatrie et santé mentale dans une logique d'égalité territoriale

Illustrations opérationnelles possibles :

- > identifier l'ensemble des ressources opérationnelles, décrire leurs missions et participer à la communication de ces éléments ;
- > organiser des réponses aux crises et urgences en lien avec les SAMU-Centres 15 sur l'ensemble des territoires de santé et les faire connaître ;
- > déstigmatiser l'accès à la psychiatrie en développant notamment l'offre de soins et les lieux de consultation banalisés dans la société au plus près des habitants.

4 Développer les coordinations d'acteurs permettant de fluidifier les parcours

Illustrations opérationnelles possibles :

- > organiser des rencontres régionales de la psychiatrie ou de la santé mentale, si possible en point d'orgue des semaines d'information en santé mentale, autour de la politique régionale ;
- > encourager les échanges interprofessionnels via des formations pluri professionnelles et/ou croisées ;
- > évaluer le dispositif de consultations avancées de professionnels de la psychiatrie dans les maisons de santé pluri professionnelles avant d'envisager une éventuelle généralisation ;
- > renforcer l'articulation entre la psychiatrie et les infirmiers libéraux.



(extraits de son avis du 28/06/2016*)

(...) 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(...)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.**
(...)



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. (...)

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. (...)

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 (...) 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. (...)

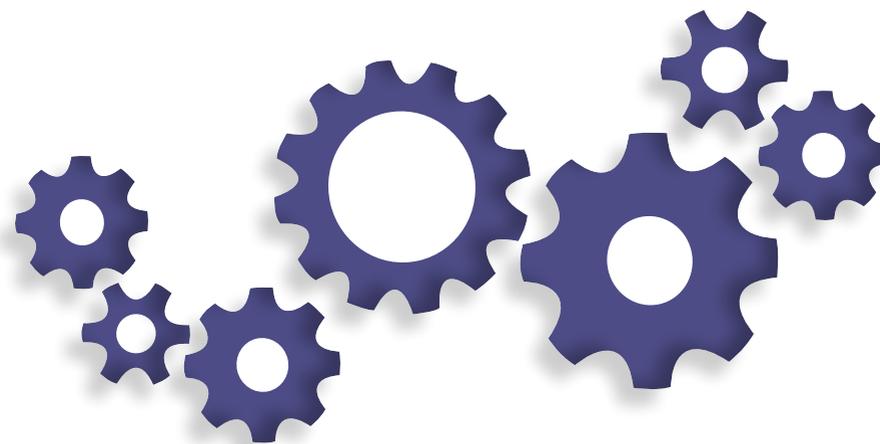
La dernière recommandation stratégique porte sur la question de la **coordination des acteurs**... La Conférence estime, comme les auteurs du rapport, qu'il convient sans doute de s'abstenir désormais de créer de nouvelles structures de coordination. Mais elle estime que les objectifs à juste titre ambitieux 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.** (...)

D'autres structures doivent jouer un rôle moins politique mais plus scientifique (Centres experts), ou plus technique (CRéPsy), 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.

(...)

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. (...)

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. (...)





ET APRÈS ?

↳ **Selon Isabelle Monnier, Cheffe de projet santé mentale et psychiatrie à l'ARS Pays de la Loire**

“

L'organisation d'une logique parcours efficiente en psychiatrie et santé mentale obère une collaboration et une coordination des acteurs relevant des champs du sanitaire, du social et du médico-social. Cela nécessite de tenir compte des cultures, des approches, des organisations, des réglementations de ces différents partenaires, ceci dans un contexte modifié de l'organisation de la psychiatrie prévu par la loi de modernisation de notre système de santé. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 vient conforter la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie au sein des territoires. Ainsi, la politique de santé mentale territoriale s'entend dans plusieurs dimensions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale.

Plusieurs enjeux sont à appréhender :

- Favoriser l'organisation territoriale dans une approche parcours (diagnostic territorial en santé mentale, projet territorial de santé mentale, communauté psychiatrique de territoire et contrat territorial de santé mentale) en accompagnant les acteurs concernés ;
- Développer la politique de santé mentale et l'organisation de la psychiatrie en intégrant les autres dimensions d'organisations territoriales (communauté de territoire, Conseil local de santé mentale...);
- Valoriser l'existant tout en poursuivant le développement des alternatives à l'hospitalisation dans un contexte de ressources financières et humaines en tension.
- Organiser l'accès aux soins spécialisés (gradation des soins, liens avec le médecin généraliste) ;
- Promouvoir l'intégration des personnes vivant avec un handicap psychique dans la société et éviter la stigmatisation.

La perspective de l'organisation territoriale en santé mentale et du développement des lieux de démocratie sanitaire prévus dans la loi de modernisation de notre système de santé ainsi que les travaux engagés dans le projet régional de santé 2018-2022, permettent d'appréhender sereinement la place accordée à la santé mentale, la psychiatrie et le handicap psychique. La priorité accordée par l'agence à cette thématique depuis 2015 a permis de constituer des collaborations et des coopérations avec les acteurs des différents champs du social, médico-social et sanitaire favorisant la réalisation des projets futurs. ”

Rédaction : Dr Jean Paul Boulé
Xavier Brun
Odile Dubois
Département évaluation des politiques de santé et
des dispositifs - ARS Pays de la Loire

Conception graphique et réalisation : Service communication
ARS Pays de la Loire

www.ars.paysdelaloire.sante.fr

