

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008

Compte rendu
de la conférence évaluative
des 5 et 6 mai 2011

Collection
Evaluation

Juin 2011

HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale

COMPTE RENDU DE LA CONFERENCE EVALUATIVE
DES 5 ET 6 MAI 2011

JUIN 2011

Sommaire

1. Introduction

- 1.1 Les objectifs de l'évaluation du plan et de la conférence
- 1.2 Le déroulement de la conférence
- 1.3 Participation à la conférence

2. Les résultats de l'évaluation et les premières conclusions

- 2.1 Les modalités d'évaluation du plan : Quelles méthodes ?
 - 2.1.1 *Les étapes de l'évaluation du PPSM*
 - 2.1.2 *Les thématiques retenues pour être approfondies*
 - 2.1.3 *La méthodologie*
 - 2.1.4 *Les limites de la démarche*
- 2.2 Les premiers résultats généraux de l'évaluation
 - 2.2.1 *Axe 1 : Une prise en charge décloisonnée*
 - 2.2.2 *Axe 2 : Des patients, des familles et des personnes*
 - 2.2.3 *Axe 3 : Développer la qualité de la recherche*
 - 2.2.4 *Axe 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques*
- 2.3 Le pilotage et le suivi du plan
- 2.4 La pertinence du plan
- 2.5 Conclusions provisoires

3. Évolution de la prise en charge, point de vue des professionnels et des patients (Étude du CREDOC)

- 3.1 La méthodologie
- 3.2 Les informations récoltées
 - 3.2.1 *Trajectoire 1 : présentée par un médecin psychiatre*
 - 3.2.2 *Trajectoire 2 : présentée par un foyer occupationnel*
- 3.3 Le traitement de l'information
- 3.4 Les premiers éléments d'analyse
 - 3.4.1 *La question du décloisonnement côté sanitaire*
 - 3.4.2 *La question du décloisonnement côté médico-social*
 - 3.4.3 *Conclusions : deux voies possibles pour définir le décloisonnement*

4. Impact des investissements réalisés dans le cadre du PPSM

- 4.1 Contexte
- 4.2 La méthodologie des études de cas
- 4.3 L'impact des investissements réalisés dans le cadre du PPSM
 - 4.3.1 *Les réalisations dans le centre hospitalier Dieppe*
 - 4.3.2 *Les réalisations dans le centre hospitalier universitaire de Montpellier*

4.3.3 L'impact du plan sur les centres hospitaliers de Montpellier et de Dieppe

5. Éléments transversaux de discussions

- 5.1 Le décloisonnement des acteurs
- 5.2 La place des acteurs sociaux et médico-sociaux
- 5.3 Réflexions sur les effets du plan
- 5.4 Remarques par rapport à la méthodologie de l'évaluation

6. Les éléments d'information et d'analyse apportés par les ateliers thématiques

- 6.1 Atelier 1 : Droits des patients et des proches – Lutte contre la stigmatisation
- 6.2 Atelier 2 : Mieux accueillir et mieux soigner dans le secteur sanitaire, articulation avec les secteurs médico-social et social
- 6.3 Atelier 3 : Accompagnement social et médico-social, articulation avec le secteur sanitaire – Précarité
- 6.4 Atelier 4 : Mise en œuvre régionale du Plan Psychiatrie et Santé mentale
- 6.5 Atelier 5 : Prévention et prise en charge des enfants et des adolescents

7. Conclusion

1. Introduction

1.1 Les objectifs de l'évaluation et de la conférence

Le plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 » (PPSM) a poursuivi l'objectif de « donner à la psychiatrie un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs ». Il a établi un ensemble d'actions touchant aux évolutions des dispositifs de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale, à la formation des professionnels concourant à cette prise en charge, ainsi qu'à la place des usagers et des familles.

En 2010, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) s'est engagé dans une démarche d'évaluation ex-post du plan en lien avec la Cour des comptes, afin de mettre en avant une approche complémentaire d'ordre qualitatif et quantitatif, en mutualisant les compétences et l'expertise de chacun. C'est vis-à-vis de cette ambition, qu'un comité d'évaluation pluridisciplinaire a été constitué pour mener à bien cette mission et que cette conférence a été pensée et conçue.

L'objectif premier de l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale est de juger l'efficacité, la pertinence et la plus value du plan, afin de pouvoir nourrir les réflexions autour de ce sujet, qui reste jusqu'à présent autant prioritaire que sensible, ainsi que d'éclairer et rationaliser les futures décisions concernant les programmes et/ou les politiques visant les maladies psychiques et les maladies mentales.

Suite à la phase d'investigation menée par le comité d'évaluation depuis janvier 2011 qui a globalement consisté en une analyse documentaire approfondie, des auditions avec les acteurs impliqués dans la mise en place du plan et des études de cas sur le volet investissement, le comité d'évaluation a estimé nécessaire de partager les premiers résultats de l'évaluation avec tous les acteurs du secteur : professionnels de la santé, sociaux, médico-sociaux, associations et administrations, afin de pouvoir discuter et compléter les informations collectées jusqu'à présent. Cette démarche répond à l'ambition du HCSP et de la Cour des comptes de mettre en place une évaluation pluraliste qui soit en mesure d'intégrer et de représenter toute la diversité des points de vue.

Dans cette perspective de partage d'expériences, la conférence évaluative constitue une partie intégrante du processus d'évaluation engagé par le HCSP et la Cour des comptes. Bernard PERRET, membre du HCSP et co-pilote du comité d'évaluation, dira à ce propos que la conférence en tant qu'espace de débat, marque une étape importante dans le processus d'évaluation, vu la diversité des participants et la complexité du sujet. Il a également défini les objectifs de la conférence comme étant de :

- mettre en débat les résultats de l'évaluation ;
- collecter de nouvelles informations ;
- affiner le jugement évaluatif qui sera présenté ultérieurement aux pouvoirs publics dans un rapport final, puis publié et diffusé largement au cours du deuxième semestre 2011.

Le rôle du HCSP, la collaboration étroite avec la Cour des comptes, les objectifs de l'évaluation et de la conférence ont été précisés par la Vice-présidente du HCSP, Catherine Le Galès, dont le discours d'ouverture est reproduit ci-après.

Introduction de la conférence évaluative « Plan Psychiatrie et Santé Mentale »

C'est avec grand plaisir que j'ouvre, ce matin, au nom du Haut Conseil de la santé publique (HCSP), cette conférence évaluative du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Cette conférence revêt pour le HCSP une triple importance.

En premier lieu, du fait de la nature des questions de santé traitées. Ayant été en charge à l'OMS des questions de maladies non transmissibles et de santé mentale, je sais combien ces dernières questions sont importantes tant pour les personnes que leurs familles et aussi combien il peut être difficile de les inscrire sur l'agenda politique avec les moyens adéquats. L'évaluation du plan fait partie des moyens incitatifs dont dispose le HCSP pour améliorer l'action publique dans ce champ majeur de la santé.

En second lieu, cette conférence souligne l'importance de la mission d'évaluation des politiques publiques, dans l'ensemble des missions dont est chargé, de par la loi, le HCSP, missions sur lesquelles je reviendrai dans un instant.

Et en troisième lieu, la tenue de ces journées signifie que, pour remplir cette mission d'évaluation, le HCSP doit :

- s'appuyer sur l'expertise de ses membres bien sûr, mais aussi sur un travail approfondi avec les représentants des usagers et de leurs familles, les professionnels et les institutions concernés ;
- et mener cette mission d'évaluation en concertation et complémentarité avec les autres institutions publiques ayant également dans leurs missions l'évaluation des politiques publiques, au 1^{er} rang desquelles la Cour des comptes. L'intervention à mes côtés, pour l'ouverture de cette conférence, de M Durrleman, président de la 6^{ème} chambre en charge de la santé, de la sécurité sociale et des organismes de sécurité sociale et la présence de membres de la Cour lors de cette conférence illustrent la réalité de cette complémentarité et le souhait du HCSP de poursuivre cette orientation dans le cadre de sa seconde mandature.

Créé par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, mis en place en 2007, le HCSP a été installé pour sa seconde mandature il y a quelques semaines. Le HCSP a trois missions principales :

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

Le HCSP procède à des travaux sur l'ensemble du champ de la santé publique. Il réalise un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population et des facteurs susceptibles de l'influencer ; il propose en outre des objectifs quantifiés en vue d'améliorer l'état de santé de la population.

Placé auprès du ministre de la Santé, le Haut Conseil de la santé publique peut être consulté par tous les ministres intéressés, par les présidents des commissions compétentes du Parlement et par le président de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé.

Pendant son premier mandat, le HCSP a décliné de manière opérationnelle sa mission d'évaluation (*mission nouvelle, que n'avait pas le haut comité de la santé publique qui a précédé le Haut Conseil*), en évaluant d'une part, les 100 objectifs annexés à la loi de 2004 et d'autre part certains plans stratégiques, en particulier le (premier) plan cancer ou le plan national maladies rares. Ces travaux font l'objet de communications et de rapports remis au commanditaire de l'évaluation (il s'agit généralement du ministère de la Santé) et publiés à la documentation française et accessibles sur le site web du HCSP.

Le HCSP, instance d'expertise indépendante, a pour objectif de produire des évaluations globales et pluralistes, indépendantes et transparentes. Pour cela, l'expérience acquise doit nous permettre d'être encore plus efficaces au cours de cette seconde mandature. Il nous faut concilier toujours mieux rigueur méthodologique et flexibilité nécessaire compte-tenu de la diversité des objets évalués mais aussi réactivité (répondre bien mais en temps opportun est évidemment indispensable pour que les conclusions du HCSP soient 'utiles' au décideur public).

Cependant, le positionnement du HCSP et sa composition le rendent essentiellement compétent sur les questions sanitaires au sens large et cela peut limiter la portée de ses évaluations notamment pour les programmes interministériels ou ceux dont l'évaluation nécessite des compétences particulières par exemple en matière d'évaluation de la recherche ou de financement/organisation. Dans un souci de qualité et d'efficacité, le HCSP souhaite donc développer plus encore que par le passé, des complémentarités avec les autres institutions publiques compétentes en matière d'évaluation de l'action publique soit dans le champ sanitaire et social (IGAS, HAS...) soit dans le champ plus large de l'évaluation des politiques publiques comme c'est le cas de la Cour des comptes.

En 2010, à la fin de la 1^{ère} mandature du Haut Conseil et en totale cohérence avec les missions qui sont les siennes, le HCSP s'est saisi de l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale. La Cour des comptes, quant à elle, engageait un travail d'enquête sur la politique de santé mentale. Ce n'est pas la 1^{ère} fois que ces deux institutions travaillent de concert sur une thématique de santé. L'évaluation du 1^{er} plan cancer en 2008 avait en effet permis de façon pragmatique et empirique de montrer la complémentarité de nos approches. Les échanges entre la Cour des comptes qui terminait alors son travail tandis que le HCSP débutait le sien, ont permis de mieux orienter le travail du HCSP. Je pense en particulier à l'analyse des disparités sociales (la réduction des inégalités sociales est un des objectifs du 2nd plan qui a suivi ces travaux d'évaluation).

Nous faisons un second pas avec l'évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Les deux structures, sans faire une évaluation commune, font un travail coordonné dont les conclusions seront publiées de façon concomitante dans un souci de mise en exergue de leur complémentarité et de leur cohérence permettant, nous l'espérons, que la politique de psychiatrie et de santé mentale à venir s'établisse sur ces fondements.

En nous appuyant sur ces deux cas concrets, le souhait du HCSP est maintenant d'explorer plus avant avec la Cour des comptes le périmètre, les conditions et les moyens d'une coopération renforcée avec la profonde conviction qu'ainsi le HCSP répondra aux attentes que le législateur et donc les représentants de la nation ont placé en lui.

Vous comprenez donc que nos attentes à l'égard du travail que vous allez entreprendre au cours de ces deux journées sont fortes.

Je vous souhaite donc une excellente et productive conférence et je vous remercie de votre attention.

Catherine Le Galès, Vice-présidente du HCSP, Paris, le 5 Mai 2011

M. Antoine DURRLEMAN, Président de la 6^{ème} Chambre de la Cour des comptes, en charge de la santé, de la sécurité sociale et des organismes de sécurité sociale, a complété les propos de Mme Le Galès en insistant sur l'intérêt de la démarche concomitante des deux institutions que ce soit en termes d'échanges d'informations ou d'approches méthodologiques.

1.2 Déroulement de la conférence

La conférence évaluative s'est déroulée sur deux journées. Une première demi-journée en séance plénière a été l'occasion pour le comité d'évaluation d'exposer les premiers résultats de l'évaluation, puis des ateliers thématiques ont permis d'approfondir les différents volets de l'évaluation. Les discussions de ces ateliers ont été restituées et mises en débat, le lendemain, lors d'une seconde demi-journée en plénière.

Le déroulement détaillé de la conférence est présenté ci-contre.

Jeudi 5 Mai 2011 matin (8h00 à 12h30)

Introduction : Catherine Le Galès, Vice-présidente du HCSP / Antoine Durrleman, Président de la 6^{ème} Chambre de la Cour des comptes.

Présentation des objectifs de la journée : Bernard Perret (Co-pilote du Comité d'évaluation).

Exposé des modalités d'évaluation du plan : Elise Picon (Société Equation management).

Présentation des premiers résultats généraux : Bernard Bioulac (Co-pilote du Comité d'évaluation) et Renée Pomarède (SG HCSP)

Discussion

Evolution de la prise en charge, point de vue des professionnels et des patients : Bruno Maresca et Anne Dujin (Credoc)

Impact de l'investissement sur la prise en charge : Brigitte Hauray (SG-HCSP)

Discussion

Déjeuner sur place

Jeudi 5 Mai 2011 matin (8h00 à 12h30)

Travail par atelier thématique (discussion et échanges avec les participants des premiers résultats de l'évaluation) :

Atelier 1 : Droits des patients et des proches et lutte contre la stigmatisation - Alain Ehrenberg (Comité d'évaluation HCSP).
→ Modératrice Chantal Cases (Ined)

Atelier 2 : Mieux accueillir et mieux soigner dans le secteur sanitaire, articulation avec les secteurs médico-social et social - Magali Coldefy (Comité d'évaluation HCSP)
→ Modérateur Julien Mousquès (Irdes).

Atelier 3 : Accompagnement social et médico-social, articulation avec le secteur sanitaire, précarité - Patrice van Amerongen (Comité d'évaluation HCSP).
→ Modératrice Maryse Lépée (FNARS)

Atelier 4 : Mise en œuvre régionale du Plan Psychiatrie et Santé Mentale – Bernard Perret (Comité d'évaluation HCSP).
→ Modérateur Bernard Basset (SG des ministères sociaux)

Atelier 5 : Prévention et prise en charge des enfants et des adolescents – Bruno Falissard (Comité d'évaluation HCSP).
→ Modératrice Danièle Jourdain-Menninger (IGAS)

Vendredi 6 mai 2011 (9h00 à 12h00)
Restitution de l'analyse et des conclusions par atelier :

Atelier 1 : Droits des patients et des proches et lutte contre la stigmatisation – Elise Crovella, Alain Ehrenberg (**Discussion**)

Atelier 2 : Mieux accueillir et mieux soigner dans le secteur sanitaire, articulation avec les secteurs médico-social et social – Brigitte Hauray, Magali Coldefy (**Discussion**)

Atelier 3 : Accompagnement social et médico-social, articulation avec le secteur sanitaire, précarité – Elise Picon, Patrice van Amerongen (**Discussion**)

Atelier 4 : Mise en oeuvre régionale du Plan Psychiatrie et Santé Mentale – François Lecouturier, Bernard Perret (**Discussion**)

Atelier 5 : Prévention et prise en charge des enfants et des adolescents- Renée Pomarède, Bruno Falissard (**Discussion**)

1.3 Participation à la conférence

Environ 120 personnes se sont inscrites pour assister à la conférence évaluative et 113 y ont participé.

Elles représentaient :

- Des services centraux, déconcentrés et agences de l'État (DGS, DGCS, DGOS, ARS, CNSA,...),
- Des organismes d'études et de recherche (IRDES, CEDIAS, DREES, EHESP, CNRS, INPES,...)
- Des psychiatres hospitaliers,
- Des acteurs du secteur social et médicosocial : assistants sociaux, gestionnaires d'établissements ou de structures d'accueil, services d'accompagnement,...
- Des associations d'usagers, de familles et de gestionnaires (FNAPSY, Advocacy France, UNAFAM, Croix Marine, AGAPSY, ANCREAI,...)

2. Résultats de l'évaluation et premières conclusions

2.1 Modalités d'évaluation du plan : Quelle méthode ?

2.1.1 Les étapes de l'évaluation du PPSM :

L'évaluation s'articule selon trois étapes :

- une première étape d'octobre 2010 à janvier 2011 pour cadrer la mission d'évaluation, définir les axes prioritaires de l'évaluation et formuler les questions évaluatives ;
- une deuxième étape entre janvier et mai 2011 visant à collecter et analyser l'information existante, avec la conférence évaluative des 5 et 6 mai 2011 en point d'orgue permettant la mise en débat des premiers constats de l'évaluation;
- une troisième étape se déroulant pendant le deuxième semestre 2011 pour approfondir, et ajuster les analyses et rédiger le rapport d'évaluation.

2.1.2 Les thématiques retenues pour être approfondies

Compte tenu de l'ampleur du plan (cinq axes, huit objectifs, quatre programmes spécifiques et 210 mesures) et des moyens de l'évaluation, une évaluation exhaustive n'était pas envisageable. La première tâche du comité d'évaluation a donc été de délimiter le périmètre de l'évaluation

Il a été décidé de procéder à une évaluation à deux niveaux :

- un premier niveau ciblant l'analyse de l'effectivité et, dans une moindre mesure, de l'efficacité du plan (ce qui était prévu a-t-il été réalisé ? Les objectifs quantitatifs ont-ils été atteints?) et couvrant les 210 mesures.
- un second niveau prévoyant une analyse approfondie de huit objectifs (stratégiques ou opérationnels) du plan :
 - l'information du grand public et des médecins généralistes ;
 - la place des usagers et de leur entourage ;
 - l'amélioration des prises en charge sanitaires ;
 - le développement des services sociaux et médicosociaux pour l'accompagnement ;
 - l'impact des efforts d'investissement ;
 - la recherche ;
 - la prise en charge psychiatrique des personnes en exclusion ;
 - la prise en charge psychiatrique des enfants et des adolescents.

Les choix ont été opérés en fonction :

- des préoccupations mises en évidence lors des auditions d'octobre et novembre 2010 avec les acteurs institutionnels,
- de la disponibilité de l'information,
- du champ couvert par l'étude de la Cour des Comptes sur le dispositif psychiatrique,

- de l'existence de plans ou programmes spécifiques (autisme, suicide, Alzheimer,...), faisant l'objet d'évaluations spécifiques.

De manière transversale, le comité d'évaluation a décidé de porter également une appréciation sur :

- le décloisonnement des prises en charge ;
- la pertinence du Plan comme outil de politique publique ;
- le système d'information de la psychiatrie.

2.1.3 La méthodologie

Pour répondre aux questions évaluatives posées, différentes sources d'information ont été mobilisées :

- des auditions avec des acteurs institutionnels, des professionnels soignants, des associations d'usagers, de familles, de gestionnaires de structures sociales et médicosociales, des chercheurs,...;
- de l'analyse documentaire et de données statistiques ;
- une étude qualitative réalisée par le CREDOC à la demande du HCSP sur le point de vue des patients, de leurs proches et des professionnels quant à la prise en charge psychiatrique ;
- cinq études de cas sur les résultats des efforts d'investissement ;
- des échanges d'informations avec la Cour des Comptes ;
- la mobilisation à deux reprises d'un groupe d'appui composé des services centraux de l'État ayant participé à la mise en œuvre du Plan, d'acteurs ressources en termes de données et d'associations d'usagers, de familles et de gestionnaires ;
- l'organisation d'une conférence évaluative.

2.1.4 Les limites de la démarche

Bien que la méthodologie mise en place ait permis de récolter des informations substantielles, à l'heure d'élaborer le jugement évaluatif et de structurer les conclusions, il est important de comprendre que la démarche doit compter avec certaines limites, à savoir :

- un niveau d'information disparate selon les mesures ;
- des données régionales non consolidées au niveau national ;
- une information dispersée, parfois difficile à retrouver,
- des données financières complexes qui donnent une vision partielle des crédits programmés et utilisés.

Par ailleurs, compte tenu de son organisation et de ses moyens, le comité d'évaluation s'est uniquement basé sur de l'information déjà existante, à l'exception des études de cas qui ont permis de produire une information complémentaire. Cela peut limiter les analyses produites sur des sujets, qui n'ont, jusqu'à présent, pas fait l'objet d'étude ou de réflexion. Ainsi, sur certains sujets, cela ne signifie pas forcément que le plan n'a rien apporté, que rien ne s'est

fait mais simplement qu'il manque une visibilité nationale sur ce qui a pu être engagé ou réalisé.

2.2 Les premiers résultats généraux de la mise en œuvre et de l'efficacité du plan

Cette section retranscrit les éléments présentés par le comité d'évaluation lors de la conférence évaluative et les réflexions apportées par les participants.

L'état des lieux des réalisations prévues par le plan, présenté ci-après, a été élaboré à partir des bilans du comité de suivi du plan de 2005, 2006, 2007 et 2009. A noter que peu d'informations complémentaires et consolidées permettant d'approfondir l'analyse des réalisations et de leurs impacts sont disponibles, en particulier au sujet :

- du contenu précis de certaines actions ;
- des actions réalisées au niveau régional ;
- des mesures non mises en œuvre.

2.2.1 Axe1 : Une prise en charge décloisonnée

Le premier objectif de cet axe d'intervention était de « **mieux informer et mieux prévenir** ».

Concernant cet objectif des « campagnes d'information auprès du grand public et des professionnels » avaient été prévues. En termes de réalisation :

- une campagne grand public a bel et bien été lancée en novembre 2007 au sujet de la dépression, correspondant au premier volet de communication ;
- les deuxième et troisième volets de communication relatifs aux autres pathologies (troubles bipolaires, schizophrénie) n'ont en revanche pas été mis en œuvre ;
- quelques actions d'information en direction des professionnels ont également été conduites.

La promotion de la santé mentale était également ciblée par les mesures du plan. Cependant, ce sujet a été moins investi au niveau national (2 mesures mises en œuvre sur 6). Au niveau régional, on peut constater :

- une mobilisation hétérogène de cette thématique dans le cadre des Groupements Régionaux de Santé Publique (entre 3 et 40 actions selon les régions).
- en dehors du plan, des actions menées par les associations d'utilisateurs ainsi que dans le cadre de la semaine d'information sur la santé mentale.

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

Le deuxième objectif stratégique de cet axe consistait à « **mieux accueillir et mieux soigner en psychiatrie** », avec cinq sous-objectifs :

- rompre l'isolement des médecins généralistes ;
- renforcer les prises en charge ambulatoires et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ;
- soutenir l'adaptation de l'hospitalisation complète ;

- contribuer à l'évolution de la répartition géographique des professionnels médicaux ;
- développer les réseaux en santé mentale.

Pour ce qui concerne **l'isolement des médecins généralistes** :

- A priori, peu d'interventions dans ce domaine ont été observées ;
- Le cas échéant, les résultats sont difficiles à connaître.

Pour Hélène STROHL de l'IGAS, il est d'autant plus important d'intégrer les médecins généralistes dans les prises en charge, que le secteur peine, aujourd'hui, à répondre à l'ensemble des demandes. Des liens avec les médecins généralistes doivent se développer aussi bien dans une perspective de prévention que pour rendre possible des doubles prises en charge pour les personnes malades. Dans cette perspective, il semble intéressant de se donner les moyens humains et financiers pour proposer aux médecins généralistes des formations rémunérées visant le dépistage et le traitement des maladies psychiques.

Pour Viviane KOVÉSS, directrice du département épidémiologie et recherche clinique de l'EHESP, plus que des formations, ce sont des interlocuteurs capables de conseiller, d'appuyer les médecins sur des cas difficiles qu'il faut prévoir.

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

- 40% de créations de postes dans ce mode de prise en charge (1 104 ETP dont 129 sur des postes médicaux) ;
- une augmentation du nombre de CMP (centre médico-psychologique);
- mais une plus faible progression des structures alternatives à l'hospitalisation temps plein.

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

- une forte mobilisation des crédits pour développer les capacités de prise en charge des troubles psychiques des enfants et adolescents. Mais, elle n'a pas toujours donné lieu à des réalisations effectives ;
- dans le domaine de la psychiatrie adulte, une mobilisation des crédits visant à la fois les structures généralistes de la psychiatrie ainsi qu'une prise en charge plus spécialisée de publics spécifiques.

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

- d'une meilleure répartition des capacités d'hospitalisation complète ;
- d'un renforcement des capacités de prise en charge des régions comparativement moins bien dotées ;
- de l'absence, en revanche, de mesure incitative pour l'installation des psychiatres.

Anne-Marie de BELLEVILLE, conseillère médicale de l'ARS Aquitaine, propose d'avoir une approche globale de la démographie des professionnels de santé, tenant compte des psychologues. En effet, bien que la France compte un taux élevé de psychiatres en comparaison des autres pays européens, le constat d'un manque de personnel dans les centres hospitaliers est souvent relayé. D'un autre côté, nombreux sont les psychologues à la recherche d'un emploi.

Viviane KOVESS, directrice du département "épidémiologie et recherche clinique" de l'EHESP, rappelle la densité importante de psychiatres en France en comparaison de pays comme l'Espagne, l'Allemagne ou la Hollande. Cela interroge la pratique des psychiatres français. En effet, en France, les patients sont vus, en moyenne, cinq fois plus par leur psychiatre qu'en Espagne. Cela tient à la conception qu'ont les professionnels de leur rôle. Dans l'Hexagone, c'est une conception thérapeutique qui prévaut, ce qui conduit à rencontrer beaucoup les patients.

Concernant les **réseaux en santé mentale**, les données de suivi donnent peu d'indications cependant on peut constater que :

- un cahier des charges a été élaboré ;
- la santé mentale a été intégrée parmi les orientations budgétaires pour la dotation nationale des réseaux ;

Le nombre de réseaux en santé mentale n'est pas mentionné dans les bilans, mais, d'après l'étude du CNEH réalisée en 2009, 80 réseaux en France traitent en tout ou en partie de la santé mentale.

En termes **financiers**, on constate:

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

Le troisième objectif de cet axe était de « **mieux accompagner** ». A ce propos :

- 1 639 places de SAMSAH Handicap Psychique (Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés) ont été créées entre 2005 et 2008 (pour un objectif initial de 1 900 places) ;
- des actions de promotion de la formation pour les personnels d'accompagnement ont été engagées mais la mise en oeuvre concrète au niveau régional a semblé délicate ;
- 300 groupements d'entraide mutuelle (GEM) ont été créés dès 2007. Ils sont 333 en 2008 (pour un objectif initial de 300 GEM entre 2005 et 2008).

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

- fin 2008, financement et autorisation de 1 000 places en résidences accueil (807 ouvertes) ;
- 9 régions ont prévu le financement de logements-foyers dédiés à des personnes souffrant de handicap psychique ;
- 1 750 places dédiées ont été ouvertes en Maisons d'accueil spécialisé (MAS) ou en Foyers d'accueil médicalisé (FAM) ;

- un colloque sur l'évaluation partagée des handicaps d'origine psychique a été organisé suite à une expérimentation réalisée par les services de l'État et les Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de deux régions ;
- En revanche, l'enquête sur l'inadéquation des prises en charge par rapport aux besoins n'a pas été conduite ;
- De même, les conventionnements avec les bailleurs restent encore peu nombreux

L'amélioration de l'accompagnement vers l'insertion professionnelle était également un objectif du plan. L'accroissement des dispositifs de travail adapté était ainsi prévu. Mais, à ce sujet, le plan est resté timide :

- aucun objectif quantitatif n'a été fixé ;
- il existe peu de données disponibles ;

Néanmoins, la prise en charge des personnes handicapées psychiques dans les ESAT (Établissements et services d'aide par le travail) progresse : 18% de places dédiées créées en 2008 contre 13% en 2007 (enquête annuelle d'installation des places nouvelles réalisée par la DGCS) ;

En termes **financiers** on constate que:

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

Concernant l'axe 1 du plan psychiatrie santé mentale, qui représentait un budget total programmé à hauteur de 207,27 M€, **on peut conclure que :**

- les objectifs opérationnels prévus ont effectivement été mis en œuvre et, en grande partie atteints, à l'exception de :
 - la promotion de la santé mentale ;
 - la lutte contre l'isolement des médecins généralistes ;
 - la mobilisation des dispositifs de travail adapté.
- en revanche, il n'apparaît pas possible à l'heure actuelle d'indiquer l'adéquation des réponses développées avec les besoins, tant sur un plan quantitatif que qualitatif.

2.2.2 Axe 2 : Des patients, des familles et des professionnels

Cet axe compte avec **deux objectifs stratégiques** : « renforcer les droits des malades et de leurs proches » et « améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale ».

Pour ce qui concerne le « **renforcement des droits des malades et de leurs proches** », les constats suivants peuvent être établis :

- les dispositions réglementaires ont été adoptées pour accroître la place des usagers et de leur famille dans la concertation ; cependant, l'implication effective reste modeste ;
- malgré un soutien financier aux principales associations d'usagers et de familles au-delà des financements prévus dans le plan (3 M€ dépensés contre 2,4M€ prévus), le secteur

associatif dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale demeure fragile ; par ailleurs, il n'est pas sûr que le soutien financier suffise à répondre aux besoins ;

- Le renforcement des garanties individuelles a été réalisé via :
 - La création de la fonction de contrôleur général des lieux de privation de liberté (octobre 2007) ;
 - Un projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, actuellement en discussion, qui doit réformer la loi du 17 juin 1990 ;

En revanche, les compétences des CDSP (commissions départementales des soins psychiatriques) n'ont pas été élargies, comme prévu, compte tenu de la réforme en cours des hospitalisations sous contrainte.

Par rapport à « **l'amélioration de l'exercice des professionnels en santé mentale** », la plupart des mesures prévues pour le renforcement de la formation initiale et continue ainsi que l'évolution des métiers n'ont pas été mises en œuvre (10 sur 15). Néanmoins, des mesures phares ont été concrétisées telles que :

- la mise en œuvre d'un dispositif du tutorat infirmier, qui a donné lieu à une évaluation en 2010 ;
- la mise en place de sessions de formations d'infirmiers à l'échelle des régions ;
- l'élaboration et la diffusion d'un document pédagogique à l'attention des travailleurs sociaux ;

Sylvie PERON, Présidente de la CME du CH d'Argenteuil, remarque que le tutorat a pu initier de bonnes pratiques mais les financements n'ayant pas été pérennisés, il y a une cassure dommageable entre les anciens et les nouveaux infirmiers.

Le renforcement de l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins est développé plus loin dans le document.

Concernant cet axe, pour lequel étaient prévus 71 M€ de crédits de fonctionnement, **on peut conclure** que, l'effectivité des mesures prévues, d'une part pour renforcer le droit des malades et de leurs proches et, d'autre part, pour améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale est faible. L'atteinte des objectifs est par ailleurs tout à fait partielle. Ainsi, si des évolutions sont constatées ces dernières années, les résultats du plan sur la place des usagers et des familles dans la concertation et les prises en charge semblent limités.

2.2.3 Axe 3 : Développer la qualité et la recherche

Cet axe compte avec **trois objectifs stratégiques**: « favoriser les bonnes pratiques », « améliorer l'information en psychiatrie » et « développer la recherche ».

4 des 7 mesures prévues pour **favoriser les bonnes pratiques** n'ont pas été mises en œuvre. Parmi les mesures réalisées, la Haute autorité de santé (HAS) a programmé et développé des recommandations de bonnes pratiques professionnelles sur des thématiques prioritaires de santé mentale ainsi que des guides médecins et patients. De plus, la nécessité d'améliorer la prescription des psychotropes a été prise en considération par la HAS, l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de Santé), les praticiens conseils et délégués de l'assurance maladie.

Concernant « **l'amélioration de l'information en psychiatrie** », les investigations permettent de constater que :

- les données de la SAE (statistique annuelle des établissements de santé) ont été actualisées ;
- le RIM-P (recueil d'information médicalisée en psychiatrie) a été généralisé en 2007 pour l'ensemble des établissements publics et privés autorisés en psychiatrie ;
- le RAPSY (rapport d'activité de psychiatrie) a été réalisé en 2008 et fait suite aux rapports de secteurs. Il concerne également les structures privées.

Chacune de ces sources apportent des précisions sur l'activité de la psychiatrie. A l'inverse, les travaux de construction de la VAP (Valorisation de l'activité en psychiatrie) n'ont pas abouti à ce jour, ni l'élaboration d'un tableau de bord sur les activités de soins enrichi des données du champ médicosocial et social.

Quant au « **développement de la recherche** », les investigations permettent d'identifier que :

- les PHRC nationaux (programmes hospitaliers de recherche clinique) font mention à partir de 2006 d'orientations visant la psychiatrie et la santé mentale (32 projets retenus) ;
- une intercommission INSERM « psychiatrie, psychopathologie, santé mentale » a été créée et s'est concrétisée par le recrutement de 3 chercheurs ;
- un GIS (groupement d'intérêt scientifique) en épidémiologie psychiatrique a été constitué ;

Parallèlement au PPSM, des initiatives se sont développées en faveur de la recherche dans le domaine de la santé mentale. A l'inverse, aucune mesure concrète n'a été prise en direction des sciences humaines et sociales alors que les rapports ministériels sur la psychiatrie et la santé mentale ont tous signalé la nécessité de promouvoir la recherche dans ce domaine, qu'il s'agisse de recherche clinique ou sociale. Malgré l'impulsion donnée par le PPSM, l'intercommission INSERM et le GIS épidémiologie ne fonctionnent plus dorénavant.

En termes **financiers** :

- Un budget de 45 000€ a été prévu pour cet axe dans le Plan auquel se sont ajoutés 12 M€ par année de mise en œuvre du PPSM au titre du FMESPP ;
- 1,2 M€ ont été consacrés à des associations de professionnels œuvrant pour la formation et l'information de leurs adhérents ;
- 48 M€ ont été mobilisés pour la généralisation du RIM-P et la consolidation du système d'information ;
- 2,55 M€ ont été dépensés pour promouvoir la recherche clinique.

Concernant cet axe on peut conclure que :

- Le plan a développé des initiatives intéressantes et pertinentes (GIS, intercommission INSERM...) mais qui ont été abandonnées ;
- les mesures ont été insuffisantes pour réellement faire évoluer la situation de la recherche en santé mentale ;

- le PPSM n'a pas eu d'effet majeur sur la situation générale de la recherche en psychiatrie en France même si une certaine prise de conscience quant à son importance semble avoir vu le jour ces dernières années.

Plusieurs réactions sont venues étayer la présentation. En premier lieu, l'idée selon laquelle la recherche en sciences humaines et sociales est peu développée a semblé assez partagée par l'assistance. Mme Anne DANION-GRILLAT, praticien du CHU de Strasbourg et membre du Collège National Universitaire de Psychiatrie (CNUP), souligne ainsi que l'étude de l'environnement, et donc les sciences sociales, sont essentielles pour la compréhension des maladies psychiatriques. Les neurosciences et la génétique n'expliquent pas tout. Or, un autre participant constate que les commissions régionales des PHRC favorisent rarement les appels d'offre en recherche sociale.

Les participants ont évoqué les manques et des sujets à traiter pour développer la recherche en psychiatrie :

- Mme Anne DANION-GRILLAT a ainsi souligné le nombre extrêmement faible des hospitalo-universitaires en France, qui ont, pourtant, un rôle primordial à jouer dans le développement de l'enseignement à la recherche et donc dans le développement de la recherche elle-même. Aussi, la création de postes de chef de clinique, dont l'une des missions est centrée sur la recherche et la formation, s'avère nécessaire, encore faut-il que les chefs de clinique aient les moyens d'effectuer leurs missions.
- Il semble, par ailleurs, important d'explorer de nouvelles aires de recherche, peu ou pas explorées jusqu'à maintenant en France. Ainsi dans une perspective d'amélioration de la prise en charge, Aude CARIA, coordinatrice du Psycom 75 et responsable de la maison des usagers à l'Hôpital Ste-Anne à Paris, regrette l'absence de recherche et d'information relatives à « la psychiatrie dans la cité » et aux facteurs de réussite de l'intégration des patients dans la cité, alors que cela représente la grande majorité des pratiques quotidiennes.
- Hélène STROHL de l'IGAS constate que la recherche en sciences infirmières mériterait également d'être investie, compte tenu de l'importance de ces personnels dans les prises en charge psychiatriques. Un département a d'ailleurs été créé en la matière à l'EHESP.
- Enfin, Bernard MEILE, Vice-président d'Advocacy France, met en avant le manque de considération vis-à-vis de l'influence que peuvent avoir les problèmes sociaux sur la situation des personnes souffrant de maladies psychiques ou psychiatriques. Or, les difficultés d'accès aux droits sociaux peuvent générer une absence ou une mauvaise compensation du handicap psychique. Olivier PINAULT, assistant socioéducatif du Centre hospitalier d'Esquirol à Limoges indique, à ce sujet, que les élèves des écoles de service social réalisent de nombreux travaux sur la situation sociale et les conditions de vie des personnes en souffrance psychique mais ils sont peu valorisés.

2.2.4 Axe 4 : Mettre en œuvre des programmes spécifiques

Cet axe compte **quatre programmes ciblant des publics spécifiques**: « dépression et suicide », « actions santé/justice », « périnatalité, enfants, adolescents », « populations vulnérables ».

Si un programme spécifique lui est consacré, **la dépression** fait l'objet de mesures dans différents axes du plan, à savoir :

- l'information du grand public par la campagne INPES conduite en 2007 (axe 1). Parallèlement au plan, des actions de communication ont été réalisées régionalement par des URCAM ;

- l'aide au diagnostic en direction des professionnels de santé (axe 2) via :
 - la diffusion de deux outils (le MINI et la mallette d'outils pour le repérage des troubles dépressifs des personnes âgées) ;
 - des actions de l'Union Régionale des Médecins Libéraux ;
 - des travaux de recherche sur la souffrance psychique au travail et des actions de formation des médecins du travail.

Plus spécifiquement, le programme spécifique « **dépression et suicide** » a ciblé :

- la poursuite des actions prévues dans la stratégie 2000-2005 (formations de formateurs au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire notamment) ;
- l'évaluation des politiques nationales et locales menées face au suicide ;
- le développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent.

En termes **financiers**, 6 M€ au total ont été consacrés à ce programme.

Dans le cadre du programme spécifique « **des actions santé/ justice** », 15 mesures étaient prévues par le Plan. La plupart ont été mises en œuvre.

Trois types de mesures concernaient les personnes détenues de façon générale :

- l'amélioration des soins psychiatriques en milieu hospitalier et en milieu pénitentiaire (élaboration de recommandations de bonnes pratiques par la HAS, renforcement des équipes hospitalières de secteur, déploiement des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) ;
- la relance d'outils permettant une prise en charge globale et coordonnée ;
- la mise en place d'un programme santé/justice développant la prévention du suicide des personnes détenues.

Par ailleurs, des moyens supplémentaires étaient consacrés aux auteurs d'infractions à caractère sexuel pour :

- le renforcement de l'offre de soins en milieu pénitentiaire, en particulier dans des établissements spécialisés ;
- la garantie de l'exécution de l'injonction de soins, qui a connu plusieurs modifications législatives durant la mise en œuvre du Plan ;
- la création de cinq centres ressources interrégionaux ayant une fonction de référence et de conseil pour la prise en charge d'auteurs de violences sexuelles. (15 centres en fonctionnement en 2009).

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

Pour ce qui concerne le programme spécifique « **périnatalité, enfants et adolescents** » deux objectifs stratégiques étaient prévus : « développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité » et « répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents »

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

- deux référentiels de formation ;

- la création de 129 postes de psychologues.

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

- l'élaboration d'un référentiel de formation *Repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et adolescents* ;
- une instruction des ministères de la Santé et de l'Éducation Nationale pour le développement de collaborations ;
- une étude réalisée en juin 2005 sur les collaborations entre équipes pédagogiques et équipes des CMP et CMPP (centres médico-psycho-pédagogiques) ;
- la mise en œuvre dans 15 régions de l'expérimentation permettant une évaluation rapide par les professionnels des troubles repérés en milieu scolaire ;
- la réalisation d'études/recherches sur les jeunes placés sous main de justice ;
- la création de Maisons des adolescents (68 structures fin 2008).

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

Le dernier programme spécifique prévu dans le plan, intitulé « **populations vulnérables** », envisageait trois axes d'intervention : « favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion », « répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-social » et « finaliser la montée en charge de réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe ».

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

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

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

- la mise en place d'unités spécifiques d'hospitalisation complète des sujets âgés souffrant de troubles psychiatriques ;
- l'expérimentation d'équipes mobiles de géronto-psychiatrie ;
- le développement de la psychiatrie de liaison.

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

Par rapport à l'axe 4 du Plan Psychiatrie et Santé mentale, dont le budget prévisionnel s'élevait à 36,4 M€, les informations récoltées jusqu'à présent permettent de conclure que :

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

2.3 Le pilotage et le suivi du plan

Un suivi régulier au niveau national et régional a été organisé et effectué par des instances ad hoc, à savoir :

- un coordonnateur désigné par le ministre, chargé d'animer le suivi du plan, de coordonner l'intervention des différentes administrations concernées et de faire les liens avec les partenaires ;
- un comité technique de suivi assurant le suivi opérationnel de la mise en œuvre du plan ;
- une instance nationale de concertation en santé mentale permettant d'échanger sur les conditions et les résultats de la mise en œuvre du plan ;
- un réseau de correspondants régionaux du plan, réunis régulièrement au niveau national pour assurer la diffusion de l'information.

Cependant, le suivi n'a pas pu être conduit jusqu'au terme du plan, aboutissant à une perte d'informations.

Quant au pilotage budgétaire du plan, il s'est révélé complexe du fait de financements provenant de sources hétérogènes. En raison de cette difficulté, il a développé une pratique innovante, celle de circulaires budgétaires élaborées conjointement par les différentes directions concernées de l'administration centrale. Les ressources budgétaires ont donc été mises en œuvre de façon coordonnée. Toutefois, aujourd'hui, il est difficile de connaître les engagements financiers effectifs et la mobilisation des crédits régionaux.

2.4 La pertinence du plan

Les informations collectées jusqu'à maintenant et les échanges avec les acteurs sur le terrain permettent de conclure à une certaine pertinence des actions envisagées par le plan. En effet, les mesures prévues ont été élaborées suite à l'analyse de nombreux rapports publics, mais ont rarement donné lieu à une évaluation préalable des besoins. Elles ont visé à répondre aux attentes des professionnels et des usagers, bien que la concertation ait été limitée.

Cependant, à l'heure actuelle, les informations disponibles ne permettent pas d'affirmer que les objectifs et mesures ont systématiquement répondu aux besoins, ni de réaliser une analyse fine de l'efficacité du plan. A ce propos, l'évaluation devrait permettre d'améliorer ce niveau d'information.

2.5 Conclusions provisoires

Le plan a permis de mettre en lumière certaines problématiques, telles que l'importance du secteur social et médico-social dans la prise en charge des maladies psychiatriques, du décloisonnement des professionnels ou de la prise en charge de publics spécifiques. Il a également joué un effet levier en mobilisant des crédits complémentaires aux crédits existants (financement des GEM, SAMSAH, de l'investissement,...).

Néanmoins, la mise en œuvre des mesures a été inégale et les réalisations n'ont pas permis une véritable évolution des pratiques de prise en charge.

Dans un autre registre, les informations sur les actions réalisées et sur les raisons de l'absence de mise en œuvre de telles ou telles mesures restent sensiblement améliorables.

3. Evolution de la prise en charge, point de vue des professionnels et des patients

3.1 La méthodologie

Le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) a été missionné par le HCSP pour identifier les points de vue des professionnels et des patients vis-à-vis des prises en charge. L'objectif de cette démarche est d'apporter des éléments qualitatifs à l'évaluation du PPSM. Au moment de la conférence évaluation, la phase d'investigation est toujours en cours.

L'évaluation du CREDOC doit répondre à **deux grands axes de questionnement** sur :

- **le fonctionnement des professionnels du secteur et leur articulation avec les institutions sociales et médico-sociales, de même qu'avec les associations d'usagers et de familles** dans la prise en charge de personnes souffrant des troubles psychiques.
- **l'adéquation entre les mesures prévues dans le plan et les besoins des usagers** (sur ce deuxième axe de questionnement les résultats n'ont pas été présentés)

Pour répondre à ces deux axes de questionnement, le choix a été fait de concentrer les investigations sur deux régions : la Haute-Normandie et le Languedoc-Roussillon. Ces deux territoires ont été choisis sur la base d'une étude de l'IRDES (Institut de recherche et de documentation en économie de la santé), qui analysait les moyens des secteurs et les différenciait en fonction de leur dotation, de leur implantation géographique ainsi que de l'offre de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La Haute-Normandie et le Languedoc-Roussillon avaient le mérite de présenter des cas très différenciés.

Entre 10 et 15 secteurs, choisis préalablement par l'HCSP, sont concernés par l'étude. Plus précisément, l'étude a ciblé :

- 70 trajectoires, 6 hôpitaux, 13 secteurs et 13 partenaires en Languedoc-Roussillon.
- 30 trajectoires, 4 hôpitaux, 9 secteurs et 9 partenaires en Haute-Normandie.

La psychiatrie infantile-juvénile ne fait pas partie du champ de l'étude.

Le fonctionnement des professionnels du secteur et leur articulation avec les partenaires donnent lieu à des études de trajectoires de patients (analyse de dossiers) et à des entretiens.

Un premier entretien téléphonique est réalisé dans chacun des secteurs retenus avec le chef de secteur ou le chef de pôle, afin de collecter des informations relatives :

- au système institutionnel de prise en charge psychiatrique ;
- au système d'offre sanitaire et médico-social sur le territoire (identification de la dotation du secteur et des modes de travail du système sanitaire avec les autres partenaires) ;
- aux principales problématiques du secteur ;
- aux caractéristiques générales de la population et de la file active ;

- aux compétences du secteur ;
- à l'activité du secteur privé de psychiatrie ;
- au contexte territorial (vieillesse, précarité,...).

Ensuite, un double entretien avec un médecin et un assistant de service social est organisé dans chaque secteur, sur la base de 3 à 5 dossiers de patients, préalablement choisis par ces deux professionnels. Le critère de sélection est la représentativité des trajectoires pour les problèmes auxquels les professionnels sont confrontés. Les professionnels sont ainsi amenés à décrire, pour chaque cas sélectionné :

- les interventions mises en place par domaine,
- les partenaires mobilisés (dans les secteurs sanitaire, social, médico-social, associatif)
- les motifs ayant conduit à ne pas faire intervenir tel ou tel partenaire.

L'ambition de cet entretien est également de recueillir la perception des professionnels sur la pertinence et la qualité de la prise en charge de chaque cas évoqué.

Enfin, un troisième entretien est réalisé sur un éventail de cas avec un partenaire régulier du service sanitaire (secteur médico-social, social ou associatif). L'objectif de cet entretien est d'identifier les pratiques communes avec le sanitaire, les éventuels blocages, ainsi que leur avis sur ce qu'il faudrait faire ou faire différemment pour améliorer la prise en charge.

Si initialement la méthodologie prévoyait des entretiens avec les patients et les familles, les premiers tests effectués sur le terrain ont amené à la revoir, car les personnes se livraient peu sur un sujet si intime. L'étude de dossiers avec les professionnels a donc été privilégiée.

Concernant le deuxième axe de questionnement relatif à l'adéquation des mesures du plan avec les besoins des usagers, deux focus groupes, un par région, seront réalisés. Deux séances sont prévues par groupe.

3.2 Les informations récoltées : illustration à partir de deux cas

Afin de mieux comprendre la méthodologie de l'étude et le type d'information collecté, deux cas ont été présentés lors de la conférence, illustrant la trajectoire des patients ainsi que les observations faites par les professionnels questionnés.

3.2.1 Trajectoire 1 : présentée par un médecin psychiatre

Cette trajectoire est celle d'un homme de 61 ans, admis en neurologie et transféré en psychiatrie assez rapidement. Il présente des troubles psychiques connus depuis la jeunesse. Il est fortement dépendant physiquement (fauteuil roulant). Il est en hospitalisation à temps complet depuis 2000. Il n'a aucune solution d'hébergement à l'heure actuelle.

Sa vie quotidienne est marquée par différentes interventions :

- en termes de logement, son dossier est en attente ;
- en termes de droits sociaux, cet homme bénéficie de l'AAH. Ses droits ont été ouverts avant son hospitalisation.

- en termes de vie sociale et de loisirs, il participe aux activités proposées par l'hôpital de jour ;
- en termes de soins, il est suivi en neurologie depuis son arrivée ;
- enfin, en termes de travail, cette personne n'a jamais travaillé et n'a aucun projet professionnel.

Le médecin psychiatre qui a présenté le cas, considère que cette personne était stabilisée au bout de deux ans. Aussi, est-il à l'hôpital alors qu'il pourrait ne plus y être. Selon les professionnels sollicités, cette situation représente un phénomène jugé massif dans l'ensemble du secteur, celui des patients dit « inadéquats ». Les patients inadéquats sont ceux dont la phase de soins est terminée, mais qui restent hospitalisés faute de solution adaptée. Cette réalité conduit à un phénomène « d'embolisation de lits » qui se révèle très problématique. Selon les professionnels rencontrés, entre 10% et 50% des patients hospitalisés sont des patients inadéquats.

Concernant la prise en charge, les professionnels la jugent très insatisfaisante. La fonction de soin, qui devrait selon eux être la seule fonction de l'hôpital psychiatrique, est détournée vers des missions à caractère social, qui devraient être assumées par d'autres acteurs. Ils jugent ainsi ce phénomène comme une résurgence de « l'asile », accueillant des individus dont « personne ne veut ».

3.2.2 Trajectoire 2 : présentée par un Foyer occupationnel

Dans ce deuxième exemple, il s'agit d'une jeune femme de 25 ans, orientée vers le foyer en 2005 par un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie. Elle est suivie sur le plan psychique depuis 1986 et a été hospitalisée à temps complet entre 2000 et 2005. L'hôpital a sollicité le foyer en 2005-2006, la MDPH s'étant, par ailleurs, prononcée pour une orientation vers un tel hébergement. En 2005 elle est en « activité de jour » dans le foyer mais faute de places d'hébergement, elle continue à vivre chez ces parents. En 2007 une place d'hébergement se libère. La jeune femme intègre donc un pavillon en semi autonomie. En janvier 2008 puis en 2010, elle change de mode d'hébergement pour plus d'autonomie. Elle occupe désormais un appartement relais. Aujourd'hui elle souhaite déménager dans un logement ordinaire. Elle continue à travailler dans le cadre des activités proposées par le foyer et a fait deux stages dans le domaine de la petite enfance, dans le cadre de son projet professionnel.

La jeune femme bénéficie de l'AAH, mise en place par l'assistante sociale du centre hospitalier et de l'APL mise en place par le foyer. En termes de vie sociale et de loisirs, elle participe aux activités offertes par le foyer.

Ce cas a été choisi, car il est représentatif des orientations du secteur sanitaire vers le médico-social, ainsi que d'une vision selon laquelle, c'est au secteur médico-social, seul, d'aider les personnes à construire un projet de vie.

Les professionnels du foyer jugent ce parcours très positif dans son ensemble. Cependant, pour eux, il existe un cloisonnement très important avec le secteur sanitaire, qui n'intervient, dans la vie quotidienne de la patiente, que lors des visites au CMP.

Ils estiment que, dans ce type de cas, il manque un espace thérapeutique avec des séances de psychothérapie, où les personnes auraient la possibilité d'articuler davantage leur projet de vie et le projet thérapeutique. Ils jugent également que l'intervention limitée des CMP dans la continuité de soins augmente les risques de situations de crises et éventuellement le retour vers l'hôpital psychiatrique.

3.3 Le traitement de l'information récoltée

L'information collectée doit permettre de trouver les nœuds de l'interface entre le sanitaire, le social, le médico-social et l'associatif :

- quels sont les domaines d'intervention qui suscitent la mobilisation des partenaires extérieurs ?
- quels sont les points de blocages dans la prise en charge ? Quels sont les manques, les facteurs amenant vers des échecs ?
- quelles sont les configurations qui suscitent les partenariats, ou, à l'inverse, les défavorisent ?
- ces configurations dépendent-elles de variables institutionnelles, économiques ou bien s'adaptent-elles au profil des personnes concernées ?

3.4 Les premiers éléments d'analyses : conclusions intermédiaires

3.4.1 La question du décroisement côté sanitaire

C'est la question de l'hébergement des personnes qui amène le secteur sanitaire à s'adresser aux partenaires extérieurs. Lorsque cette question ne se pose pas (personnes autonomes, participation de la famille, possibilité d'autres solutions), la mobilisation hors du sanitaire est rare. Dans cette perspective, l'essentiel de l'activité de l'assistante sociale du secteur consiste à ouvrir des droits sociaux pour les personnes en situation de précarité et à rechercher des solutions d'hébergement si nécessaire.

Le CREDOC repère deux postures des professionnels du sanitaire vis-à-vis des relations avec les acteurs sociaux, médico-sociaux et associatifs. Ces postures peuvent être expliquées en fonction des moyens mais aussi en fonction de la définition adoptée de la notion de « soin ».

- La première posture consiste à séparer très nettement le soin et l'accompagnement. Une fois la personne stabilisée, elle ne doit plus relever du sanitaire. Une solution avale doit donc être trouvée.
- La seconde posture consiste à penser que le sanitaire doit prendre en charge le maximum de dimensions possibles (logement, loisirs, etc.), dans une perspective de prise en charge globale. Cette optique est plus fréquente dans les secteurs qui ont davantage de moyens et qui connaissent un moindre phénomène d'embolisation des lits.

3.4.2 La question du décroisement côté médico-social

Ce sont les situations de crise qui conduisent le secteur médico-social à se tourner vers le sanitaire. C'est aussi la possibilité des crises qui nourrit la réticence des structures sociales et médico-sociales à prendre en charge des personnes souffrant de troubles psychiques non stabilisés, principalement quand il s'agit d'institutions qui ne sont pas dédiées à ce type de public.

De la même manière que du côté sanitaire, il existe deux postures pour penser l'interface entre le secteur médico-social et le secteur sanitaire.

- La première consiste, comme dans le cas du secteur sanitaire, à très nettement séparer ce qui relève de l'accompagnement et ce qui relève du sanitaire.

- La seconde consiste à regretter un trop grand cloisonnement avec les praticiens hospitaliers, qui n'interviendraient qu'en cas de crise et pour le traitement médicamenteux. Les partisans de ce point de vue soutiennent la nécessité d'un espace d'intervention commun entre le secteur sanitaire et le secteur médicosocial.

3.4.3 Conclusions : deux voies possibles pour définir le décroisonnement

A l'issue des premiers entretiens conduits, le CREDOC repère deux définitions à la notion de "décloisonnement" :

- Décloisonner, c'est construire des filières de prise en charge post-soins. Dans cette configuration, l'hôpital gère les situations de crises, l'ambulatoire assure le suivi des prescriptions de médicaments et les traitements, et le médico-social prend en charge l'accompagnement des personnes dans leur vie quotidienne.
- Décloisonner, c'est construire un espace de travail commun. Dans cette configuration, l'hôpital continue à gérer les situations de crises, mais le sanitaire et l'ambulatoire se tournent vers un lieu de construction des projets thérapeutiques des personnes en lien avec le secteur médicosocial, qui aide les malades à élaborer leur projet de vie.

4. Impact des investissements réalisés dans le cadre du PPSM

4.1 Contexte

Mesurer les impacts de l'investissement réalisé dans le cadre du PPSM est un des objectifs que s'est donné le comité d'évaluation du HCSP. En complément de l'analyse de la Cour des comptes sur l'utilisation des crédits d'investissement, il est légitime de s'interroger sur les effets des efforts d'investissement sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients dans le dispositif de soins psychiatriques. Pour répondre à cette question, 5 études de cas ont été programmées.

En matière d'investissement, le PPSM prévoyait de renforcer les moyens pour soutenir l'offre de soins en psychiatrie. Trois objectifs étaient visés :

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

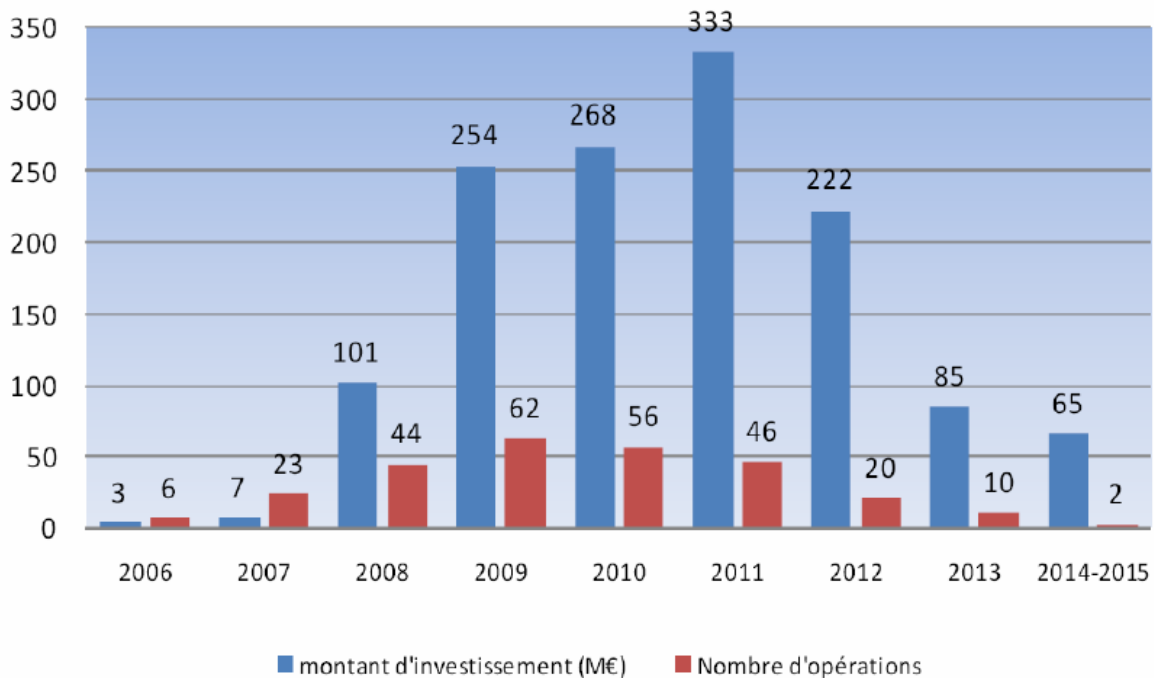
Le tableau ci-après, établi à partir de données de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé), récapitule les opérations prévues en 2009 par le programme régional d'investissement en santé mentale, en psychiatrie adulte, infanto-juvénile et dans les unités spécialisées. Sur 350 opérations, trois quarts concernent la psychiatrie adulte et 15% la psychiatrie infanto-juvénile.

En termes de réalisation, le schéma ci-dessous souligne le retard pris. Celui-ci est inhérent aux modalités de sélection des projets, qui ont pris la forme d'un appel à projets national répercuté au niveau régional. Chaque région a, ensuite, transmis l'appel à projets aux établissements. Ces derniers ont fait remonter leurs projets à une commission composée de la DGOS, de la MAINH et de la MNASM, avant, en cas de réponse positive, de lancer leurs propres marchés. Il reste ainsi 30% d'opérations qui doivent être terminées d'ici 2015.

Opérations prévues PRISM 2009

Classification des opérations	Nb opérations	ORPI Cible	MTO des opérations	Moyenne ORPI cible	Moyenne MTO
Psychiatrie générale	257	1 378 438 102	1 487 020 176	5 363 572	5 786 071
Construction, reconstruction, relocalisation de l'hospitalisation à temps complet	94	782 595 455	862 954 430	8 325 484	9 180 366
Alternatives à l'hospitalisation et hospitalisation à temps partiel	79	181 754 405	187 077 543	2 300 689	2 368 070
Humanisation, sécurisation, restructuration de l'hospitalisation à temps complet	75	373 531 174	394 346 354	4 980 416	5 257 953
Accueil/urgence	9	40 557 068	42 641 849	4 506 341	4 737 983
Psychiatrie infanto-Juvenile	52	123 124 326	132 011 398	2 367 776	2 538 681
Construction, reconstruction, relocalisation de l'hospitalisation à temps complet	18	63 544 563	68 592 362	3 530 254	3 810 687
Alternatives à l'hospitalisation et hospitalisation à temps partiel	29	46 885 950	51 305 223	1 616 757	1 769 146
Accueil/urgence	5	12 693 813	12 113 813	2 538 763	2 422 763
Unités spécialisées (addictologie, gérontopsychiatrie, patients chroniques, post-cure)	27	103 480 509	124 531 601	3 832 611	4 612 282
Construction, reconstruction, relocalisation de l'hospitalisation à temps complet	22	96 854 409	89 827 601	4 402 473	4 083 073
Alternatives à l'hospitalisation et hospitalisation à temps partiel	3	2 724 000	2 724 000	908 000	908 000
Humanisation, sécurisation, restructuration	2	3 902 100	31 980 000	1 951 050	15 990 000
Total	336	1 605 042 937	1 743 563 175	4 776 914	5 189 176

Répartition des opérations selon l'année de réception/livraison de l'opération (en M€ et nombre d'opérations)



Source : Sidonih, 2009.

4.2 La méthodologie des études de cas

Le comité d'évaluation du HCSP a choisi de réaliser 5 études de cas, dans les deux régions retenues pour l'étude CREDOC, de manière à pouvoir, le cas échéant s'appuyer sur des informations complémentaires.

Le choix des sites a été effectué en fonction :

- des priorités retenues dans l'appel à projet : adaptation de l'hospitalisation complète, renforcement des alternatives à l'hospitalisation, mise à niveau de la psychiatrie infanto-juvénile et développement de l'accueil des urgences ;
- de l'effectivité des projets (projets réalisés et déjà mis en service).

Quatre sites ont d'ores et déjà été ciblés, le dernier reste à définir (il se situera en Haute-Normandie) :

- En Languedoc-Roussillon, les deux sites concernent :
 - la reconstruction d'un pavillon en hospitalisation à temps complet au CHU de Montpellier ;
 - la reconstruction d'un CMP en psychiatrie infanto-juvénile à Lunel,
- En Haute-Normandie, les opérations retenues sont :
 - la reconstruction des services de psychiatrie au CH de Dieppe ;
 - la construction du service d'accueil des urgences au CH du Rouvray ;

Pour chacun des cas, il est procédé à :

- une analyse documentaire des différentes sources d'informations sur le projet ;
- des visites sur site ;
- des entretiens avec les acteurs clés du projet.

4.3 L'impact des investissements réalisés dans le cadre du PPSM

4.3.1 Les réalisations au Centre hospitalier de Dieppe

Le projet, lié au PPSM, a été élaboré avec les équipes soignantes et l'UNAFAM. Il a, malgré tout, été longuement mûri, puisque l'ensemble du CH de Dieppe est en reconstruction depuis 1994 et se fait pavillon par pavillon.

Il s'est traduit par la construction d'un nouveau bâtiment destiné à la psychiatrie comprenant 73 lits, dont 25 créations, ainsi que des consultations.

Le coût total de l'opération est estimé à 11,5 M€. Cette construction a donné lieu à la création de 21 postes.

Le pavillon a été mis en service en décembre 2010.

4.3.2 Les réalisations dans le Centre hospitalier universitaire de Montpellier

Le projet avait été discuté bien avant le PPSM, dès 2000 – 2002. Dans ce contexte, le plan a permis d'accélérer sa réalisation.

L'opération d'investissement a consisté en la construction d'un bâtiment destiné à la psychiatrie composé de 20 lits, de 2 chambres d'isolement et d'un pôle médical de 30 pièces permettant aux psychiatres et psychologues d'assurer leurs consultations, pour un montant total de 12,7 M€.

Le bâtiment a été mis en service en février 2010.

4.3.3 L'impact du plan sur les CH de Montpellier et de Dieppe

L'impact des opérations d'investissement peut être observé à différents niveaux :

- La qualité de l'offre de soins,
- Les conditions d'accueil des patients permettant le respect de leurs droits et de leur dignité,
- La sécurité des conditions d'exercice des professionnels.

En ce qui concerne la qualité de l'offre de soin, les deux premières études de cas permettent d'observer :

- une meilleure intégration des bâtiments de psychiatrie dans l'hôpital ;
- une amélioration considérable du confort du malade, avec la mise à disposition de chambres individuelles, un éclairage correct, une décoration agréable, un accès au jardin y compris pour les unités fermées, sur les deux sites;
- l'aménagement de locaux d'activités thérapeutiques : plus ou moins positif selon les sites. A Dieppe, ils attendent de pourvoir les postes pour pouvoir faire un peu plus d'ergothérapie et d'accompagnement même si un certain nombre d'ateliers ont déjà été développés (ex : rééducation à la cuisine). Par contre, à Montpellier, cet espace fonctionnerait insuffisamment par manque de personnel.

Par rapport aux conditions respectant les droits et dignité des patients :

- la liberté d'aller et venir a été largement renforcée ;
- l'intimité pour la délivrance des soins s'est améliorée, en particulier à Dieppe où les soins sont donnés dans chaque chambre ;
- les chambres d'isolement se sont un peu « humanisées », en particulier à Dieppe, avec une décoration soignée et l'utilisation du terme « chambre d'apaisement » plutôt que d'isolement;
- l'intimité lors des visites des familles s'est également renforcée.

La sécurité des conditions d'exercice des professionnels a, semble-t-il évolué de façon favorable :

- des unités fermées avec accès sécurisé par clés et badges ont été créées ;
- l'adaptation et la sécurisation du mobilier des chambres d'isolement se sont développées sur les deux sites ;

- l'agencement des locaux, en revanche, est plus ou moins adapté. La conception architecturale paraît plus pertinente à Dieppe où le projet a été élaboré avec les équipes soignantes et l'UNAFAM.
- la densité de personnel par rapport aux locaux est également plus ou moins adéquate.

A propos de l'évolution des pratiques, les deux premières études de cas amènent les constats suivants :

- Une augmentation de l'activité et de la rotation des patients est constatée, mais il est difficile de savoir si cela est dû à la rénovation des locaux (et donc au plan) ou à la modification des pratiques des psychiatres.
- Il y a eu une évolution des pathologies traitées. Ce changement s'explique notamment par l'adressage plus fréquent de patients par des médecins de ville, qui, auparavant, étaient réticents à adresser des personnes vers des lieux de prise en charge peu confortables. Les médecins de ville hésitent moins désormais à orienter des personnes souffrant de dépression sévère par exemple. Il en résulte des temps d'hospitalisation plus courts.
- Ainsi, le lien avec la médecine de ville s'est amélioré, de même qu'avec la psychiatrie de liaison ;
- De manière plus négative, les équipes de Montpellier regrettent d'avoir moins de contacts avec les familles compte tenu de l'agencement des locaux et même avec les patients du fait d'une nouvelle organisation du travail.

Dans l'ensemble, les deux études de cas réalisées jusqu'à maintenant, ont permis de constater qu'il existe un sentiment positif des professionnels concernant les effets du PPSM. Cependant de problèmes persistent à plusieurs niveaux :

- l'adéquation du personnel par rapport aux locaux ;
- l'adéquation des capacités des hôpitaux aux besoins locaux ;
- des défauts de conception dans l'architecture.

Bernard ODIER, directeur de l'Association ASM 13 (Association de santé mentale), indique qu'il est important de replacer dans leur contexte les moyens d'investissement mobilisés par le plan. Selon lui, ces financements représentent un timide rattrapage dans un secteur largement sous doté préalablement. Il ajoute que la bulle immobilière a des impacts énormes sur les établissements et que la progression des budgets ne compense pas l'augmentation des charges immobilières.

Pour Hélène STROHL de l'IGAS, les résultats de l'étude sur les investissements doivent amener une réflexion sur la façon dont doivent être ciblés les investissements :

- D'une part par un appel à projets,
- Mais d'autre part par la définition d'un programme d'investissement et de travaux qui obligerait les établissements à respecter les exigences de mise aux normes de sécurité. En effet, il lui semble que, dans le cadre du Plan 2005 – 2008, ce ne sont pas toujours les établissements les plus éloignés de ces normes qui ont bénéficié des opérations d'investissement.

5 Autres éléments transversaux de discussion

5.1 Le décloisonnement des acteurs

La notion de « décloisonnement de la prise en charge » a suscité de nombreuses réactions de la part de l'assemblée, conduisant à utiliser ce terme avec précaution.

Ainsi, M. BARREYRE, directeur du CEDIAS, a fait remarquer que le mot « décloisonnement » renvoie à une métaphore architecturale, qui n'est pas sans conséquence. Or, dans le domaine de la psychiatrie, une prise en charge adaptée ne peut pas se réduire à « des cloisons à retirer » entre les différents acteurs. Selon lui, il ne s'agit pas, aujourd'hui, de créer un espace intermédiaire entre deux institutions, mais de générer une transformation radicale, culturelle des pratiques, qui permette de respecter le cadre législatif. M. BARREYRE ajoute qu'il existe un paradoxe entre le cadre législatif instauré par les lois de 2002 jusqu'à 2009 et le cadre réglementaire. Ce dernier doit être transformé de manière à respecter les objectifs de la loi. Pour illustration, il faut désormais construire des plans personnalisés de santé et d'autonomie, correspondant à des plans communs permettant de transformer les pratiques professionnelles.

Pour Gilles GONNARD, directeur d'un ITEP (Institut thérapeutique éducatif et pédagogique) et président de l'association AIRE, il est également nécessaire de réaliser un « décloisonnement sémantique ». Car, globalement quand on parle du secteur médico-social, on évoque souvent leur mission d'accompagnement, néanmoins, le secteur médico-social réalise de plus en plus de soins, phénomène largement observé dans le secteur pédopsychiatrique. Le secteur médico-social n'intervient pas exclusivement dans une phase post-soins. Il peut intervenir en complémentarité avec les équipes de pédopsychiatrie, conformément à ce que prévoit le décret de 2005 sur les ITEP.

Sous un autre angle, Aude CARIA de l'hôpital Ste-Anne et du Centre collaborateur de l'OMS, déplore la vision hospitalo-centrée des prises en charge, d'autant plus que le secteur a initialement vocation à soigner les personnes au plus près de leur domicile et qu'il existe un nombre non négligeable de malades vivant avec des troubles psychiques qui n'ont jamais été hospitalisés (70% d'entre eux). Elle fait valoir que l'hôpital psychiatrique et les hospitalisations ne sont pas les seules solutions et qu'il est impératif de réfléchir à la manière de vivre ensemble, de vivre dans la cité lorsque l'on souffre d'une maladie mentale. Le décloisonnement ne concerne alors pas uniquement le secteur sanitaire et le secteur médico-social, mais l'ensemble des acteurs de la vie publique : mairie, éducation nationale, associations,... Le décloisonnement prend alors une dimension politique.

Sous un angle plus opérationnel, Aude CARIA, a mis en exergue plusieurs **initiatives hors plan contribuant au décloisonnement des acteurs** :

- *La semaine d'information sur la santé mentale*, qui existe depuis 22 ans et qui a une place très importante au niveau local. Elle permet le développement d'un partenariat entre les professionnels des soins, du secteur social et médico-social ainsi qu'avec les associations. Elle est, de plus, marquée par une implication de plus en plus importante des élus. Pour cette action il n'existe pas de financement spécifique.
- *PSYCOM 75* : cet organisme public inter-hospitalier développe des outils d'information dans le domaine de la santé mentale. Il soutient également des actions de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation, jouant ainsi un rôle non négligeable dans le décloisonnement de la prise en charge.

- *Les conseils locaux de santé mentale*, prévus par le PPSM et financés par la DIV et l'ACSE, permettent des échanges au niveau local entre associations, institutions diverses et élus. Ce programme coordonné par le centre collaborateur français de l'OMS prévoyait la création de 45 CLSM. Ils sont aujourd'hui au nombre de 100.
- *Les maisons des usagers* : elles se développent de plus en plus dans les établissements de santé mentale, facilitant la représentation des associations des usagers et des proches. Elles sont issues d'initiatives locales des établissements et nécessitent un investissement important des associations d'usagers. Elles contribuent au développement de l'entraide et de "l'empowerment" des malades.

5.2 La place des acteurs sociaux et médico-sociaux dans les prises en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques

En lien avec la notion de décloisonnement, plusieurs interventions soulignent la place revendiquée par les acteurs sociaux et médico-sociaux dans les prises en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Olivier PINAULT, assistant socioéducatif du Centre hospitalier d'Esquirol à Limoges affirme le rôle des assistants sociaux dans les hôpitaux psychiatriques, d'autant plus depuis la fin du secteur de psychiatrie.

Concernant les structures médico-sociales, Hervé CREPIN, directeur de l'association Route Nouvelle Alsace et administrateur de l'AGAPSY, souligne la nécessité de soutenir les structures médico-sociales dédiées aux personnes handicapées psychiques et de les doter de personnels spécifiquement formés à ce type de prise en charge. Par ailleurs, dans les structures de logement, il faut s'interroger sur les moyens à déployer pour accompagner les sortants d'hôpital psychiatrique, sous peine de risquer des réhospitalisations.

Rebondissant sur la première trajectoire présentée par le CREDOC, Olivier PINAULT constate également le manque de places en centres d'hébergement pour les personnes handicapées psychiques. Selon lui, dans ce contexte, il est nécessaire de ne pas se focaliser sur le nombre de places mais de développer un travail partenarial. Ce travail existe déjà sur certains territoires avec la mise en place de groupements de coopération, de conventionnement, de prises en charge mutuelles,... Dans le même esprit, il souligne qu'il est réducteur de limiter la vocation de l'hôpital à une mission de soins. En effet, les établissements de santé ont également une mission de lutte contre les exclusions. A ce titre, il juge significatif que les CH se posent la question des conditions de sortie, quand leurs patients sont stabilisés.

5.3 Réflexions sur les effets du plan

Anne Marie de BELLEVILLE constate que le plan a impulsé une dynamique entre l'échelon national et l'échelon régional. Les réunions régulières entre les multiples acteurs concernés ont largement contribué à l'échange d'expériences et à l'émergence d'un travail en réseau. Aujourd'hui, il apparaît nécessaire d'institutionnaliser les liens qui peuvent exister entre les acteurs, de manière à assurer leur pérennité. En effet, la dynamique générée par le plan s'est depuis un peu essoufflée.

5.4 Remarques par rapport à la méthodologie de l'évaluation

Pour Mme Hélène STROHL, la construction même du plan, qui ressemble plutôt à un catalogue de mesures qu'à un véritable essai de structuration opérationnelle d'actions, conduit à se centrer plutôt sur l'analyse de l'effectivité des mesures et les moyens mis en

place. Or, il apparaît important d'aller au-delà et de s'intéresser à son efficacité et à ses effets.

S'il est important d'évaluer ce qui a été mis en œuvre grâce au plan, il est plus essentiel encore, pour certains interlocuteurs, d'évaluer les besoins des usagers et des professionnels. L'évaluation des besoins et le rôle des MDPH ont, ainsi, été abordés dans le cadre des discussions. Pour Mme TOUROUDE de l'UNAFAM, les évaluations individuelles conduites par les MDPH doivent permettre d'analyser les besoins dans le secteur médico-social. De même, pour compléter cette information, les conseils départementaux consultatifs des personnes handicapées doivent constituer un acteur ressource, puisque l'une de leur mission est justement d'établir un diagnostic des besoins.

En synthèse, Mme JOURDAIN-MENNINGER de l'IGAS indique que l'inspection générale des affaires sociales est en train d'évaluer la mise en œuvre des mesures relatives au handicap psychique prévues dans le cadre de la loi du 11 février 2005. Les résultats de cette évaluation pourraient apporter des informations complémentaires sur l'offre et la demande en matière de prise en charge psychiatrique.

6 Les éléments d'information et d'analyse apportés par les ateliers thématiques

Cinq ateliers ont été proposés aux participants.

- **Atelier 1** : Droits des patients et des proches et lutte contre la stigmatisation ;
- **Atelier 2** : Mieux accueillir et mieux soigner dans le secteur sanitaire, articulation avec les secteurs médico-social et social ;
- **Atelier 3** : Accompagnement social et médico-social, articulation avec le secteur sanitaire, précarité ;
- **Atelier 4** : Mise en œuvre régionale du Plan Psychiatrie et Santé mentale ;
- **Atelier 5** : Prévention et prise en charge des enfants et des adolescents.

L'objectif de ces ateliers était d'échanger sur ces thématiques afin de pouvoir approfondir les informations existantes ainsi que l'analyse.

Dans chaque atelier, les données disponibles et les conclusions provisoires ont été exposées par un membre du comité d'évaluation du HCSP aux participants, de manière à amorcer le débat.

Par la suite, les éléments de la discussion ont été synthétisés et présentés en séance plénière. L'assemblée a alors pu à nouveau compléter les informations communiquées.

Les éléments présentés ci-après reprennent les premières données partagées avec les participants, les principaux points de discussions et conclusions de l'atelier, ainsi que les échanges de la plénière.

6.1 Atelier 1 : Droits des patients et des proches et lutte contre la stigmatisation

6.1.1 *La place des patients et des proches dans les prises en charge et la concertation*

A. Ce qui est évalué

Constatant l'évolution de la demande de soins et des représentations de la psychiatrie dans le grand public, le PPSM a prévu différentes mesures visant à :

- renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles ;
- accroître le rôle d'acteurs des usagers et de leurs proches dans les processus de concertation et de décision.

Le plan estime, en effet, que les moyens réduits des associations ne leur permettent ni de représenter les familles et ni d'agir auprès des pouvoirs publics. Ainsi, le soutien de ces organismes est conçu par le plan comme un outil d'aide aux usagers et aux familles et un moyen pour accroître leur rôle dans les processus de concertation et de décision.

Les actions prévues sont très disparates (aide à la formation, soutien aux GEM, diffusion de fiches d'informations, sensibilisation des professionnels de la psychiatrie,...) et paraissent très incitatives pour certaines.

Dans ce cadre, le comité d'évaluation a formulé trois questions évaluatives pour essayer de mesurer l'efficacité des mesures proposées par le plan :

- dans quelle mesure les associations ont-elles bénéficié des actions de soutien prévues par le Plan ?
- la participation des usagers et des proches à l'organisation des soins, aux instances de concertation a-t-elle été améliorée ?
- quels sont les effets de la participation des usagers et des proches à l'organisation des soins, aux instances de concertation sur la prise en charge des patients ?

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Principalement sur la base d'auditions¹, peu d'éléments de suivi à ce sujet étant disponibles, le comité d'évaluation soumet au débat les constats et analyses suivantes :

- **Sur le soutien aux associations d'usagers et de familles,**
 - un point fort : le soutien financier aux associations nationales a été supérieur à ce qui était prévu. 3M€ ont été attribués alors que 2,4 M€ étaient prévus sur la durée du Plan pour la formation des bénévoles et le recrutement de professionnels.
 - quelques limites :
 - malgré un soutien financier en leur faveur, les associations restent fragiles ;
 - la répercussion de l'aide du Plan sur les actions locales est difficile à identifier à l'heure actuelle ;
 - certains interlocuteurs regrettent une prise en compte insuffisante des besoins en terme de formation des bénévoles et de recrutement de salariés pour soutenir les associations dans leurs missions de représentation et d'action ;
 - la pérennité du soutien peut être questionnée.
- **Sur le renforcement de la concertation :**
 - quelques points forts :
 - le PPSM prend acte de la place grandissante des usagers et de leurs familles ainsi que de l'évolution de la législation visant à accentuer la participation des usagers dans les instances de santé (Loi du 4 mars 2002) ;
 - à la suite du plan, on peut constater la publication du décret sur le fonctionnement et la composition des CRCSM ; le début du développement des CLSM (36 CLSM installés en juin 2010 et 17 en cours

¹ Claude FINKELSTEIN Présidente de la FNAPSY, Serge KANNAS (MNASM), Michel GENTILE (DGOS) et Marie Claire TRAMONI (DGS)

de création d'après une étude FNARS) ; la mise en œuvre tardive des comités pérennes des usagers mais intégrant néanmoins des usagers de la santé mentale (dans 13 régions selon le dernier bilan de suivi), l'impulsion donnée par le plan pour la mise en place des CRCSM et l'inscription réglementaire de la représentation des usagers et des familles dans cette instance ; et enfin, la promotion de la participation des usagers dans des instances locales.

- quelques limites :
 - si les CRCSM sont bien installés, il n'y a pas d'information sur leur composition effective ;
 - l'implication des associations d'usagers dans les processus de concertation et de décision est inégale selon les régions et dans l'ensemble assez modeste ;
 - selon le rapport COUTY, des progrès sont à l'œuvre en matière de participation des usagers mais il n'y a pas de bilan précis ;
 - selon la FNAPSY, la spécificité de la psychiatrie nécessite la présence d'usagers de la psychiatrie dans les instances de concertation.
 - il n'est pas possible de connaître les effets du plan en la matière avec l'information disponible ;
 - les intentions du plan ont sans doute été contrariées par la réforme de l'organisation territoriale des services de l'État.

Sur ce premier volet visant le soutien aux associations d'usagers et de familles et le renforcement de la concertation, le comité d'évaluation propose donc de :

- prolonger l'effort de soutien aux associations et de l'accentuer notamment au niveau régional afin de conforter l'existence d'interlocuteurs dédiés à l'échelle des ARS en charge de la planification de l'offre de soins ;
- soutenir l'embauche de salariés tout en favorisant le renforcement des compétences des bénévoles ;
- en termes de concertation, de réaffirmer l'importance de la parole collective dans le domaine de la psychiatrie, la nécessité d'associer les représentants d'usagers et de familles dans le processus d'organisation des soins en psychiatrie, tout en précisant les contours.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Les participants ont confirmé que le soutien financier aux associations avait été trop ponctuel et de ce fait, avait pu constituer un « cadeau empoisonné ». Cette réalité a été particulièrement mise en avant par la FNAPSY : grâce au plan, elle a bénéficié pendant deux ans d'une subvention complémentaire de 200K€, qui lui a permis de recruter du personnel. Cependant, en 2009, la fin des financements supplémentaires a abouti au licenciement de salariés.

Les associations d'usagers et de familles ont besoin de moyens pour faire face :

- aux demandes qui leur sont adressées pour participer à des comités, soutenir des patients ou tout simplement jouer leur rôle de représentation. Sans moyens suffisants, elles ne peuvent pas assurer ces missions ;
- au besoin important de formation continue des bénévoles :

- à l'insuffisance des moyens humains ;
- au risque de gestion de fait, lorsque, pour fonctionner, elles font appel à des financements des secteurs de psychiatrie.

Autre regret des participants : le PPSM n'a soutenu que les associations ayant une organisation nationale, alors qu'il existe une pléiade d'associations locales soutenues par les secteurs et dont l'utilité fait consensus.

En ce qui concerne le renforcement de la concertation, les participants à l'atelier partagent les conclusions du comité d'évaluation. Néanmoins, ils font remarquer que cette participation reste globalement très symbolique. Les associations ont le sentiment de n'être finalement pas écoutées. Ainsi, les limites de la participation dans les instances de concertation sont exprimées comme suit :

- une participation des usagers dans les institutions effective « par devoir » mais « que l'on ne fait pas toujours vivre » ;
- un malaise des usagers sur le rôle qu'on leur fait jouer dans les commissions : « peu mobilisateur », « trop formel », voire « conflictuel » ;
- le sentiment d'une parole peu audible ;
- l'absence de préparation (« formation ») des usagers à cette participation ;
- la participation quasi inexistante de l'utilisateur lambda.

Malgré ces points négatifs et le besoin prégnant d'améliorations concernant les modes de participation des usagers aux instances de concertation, les membres de l'atelier reconnaissent que le plan a le mérite d'avoir rendu cette participation incontournable.

En ce qui concerne le respect des droits des usagers, des inquiétudes ont été exprimées à ce sujet dans le cadre de l'atelier :

- Hormis la réforme de l'hospitalisation sans consentement, le plan avait prévu peu de mesures à la hauteur de l'enjeu ;
- Il existe une dichotomie entre « menace à l'ordre public » et « droit aux soins », sur laquelle il apparaît nécessaire de débattre.

Les membres de l'atelier ont, en outre, fait référence à des sources d'information susceptibles d'être analysées en vue d'apporter des informations utiles à l'évaluation du PPSM :

- Les lignes d'écoute du CISS ;
- Les saisines du médiateur de la République ;
- Les avis du contrôleur général des lieux de privation de liberté ;
- Le rôle du CISS dans la formation des usagers ;
- Les RAPSY ;
- Le rapport sur les Comités locaux de santé mentale fait par le CCOMS.

Il a cependant été rappelé que l'évaluation ne peut malheureusement pas être exhaustive et que le comité d'évaluation, considérant les travaux en cours à ce sujet, a choisi de ne pas approfondir la question du droit des usagers.

6.1.2 La lutte contre la stigmatisation

A. Ce qui est évalué

Les représentations attachées aux maladies mentales, aux structures d'accueil et aux professionnels spécialisés demeurent négatives dans l'opinion. Elles peuvent constituer un frein à la démarche de recours au soin. C'est dans cette perspective, que l'OMS et l'International Consensus Group on Depression and Anxiety ont fait la recommandation de mener des campagnes d'information afin de sensibiliser le public.

Dans cette logique de sensibilisation, prévention et lutte contre la stigmatisation, le plan a prévu le lancement d'une campagne de communication à long terme et en différents volets, afin de promouvoir la santé mentale.

Concernant cet aspect du plan, la question évaluative telle que formulée par le comité d'évaluation est la suivante : dans quelle mesure le grand public et les médecins généralistes sont-ils aujourd'hui mieux informés des maladies mentales, des troubles du comportement et de leurs possibilités de prise en charge?

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Afin de répondre à cette question, des auditions ont été réalisées avec Bernard BASSET (DGS), Emmanuelle BAUCHET (DGS), Marie Claire TRAMONI (DGS), Claude FINKELSTEIN (FNAPSY) et Xavier BRIFFAULT (CNRS), chargé de la coordination de la campagne de l'INPES sur la dépression.

Au regard des informations collectées, **le plan a permis la réalisation d'une campagne dépression, qui a été bien accueillie** par le public et les professionnels : 82 % des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation de la campagne réalisée par l'INPES indiquent avoir aimé la campagne. Le livret réalisé par l'INPES sur les connaissances et les attitudes **a surtout impacté les personnes déjà sensibilisées ou concernées** par la problématique : les connaissances sur les moyens, les professionnels et les structures sont celles qui ont le plus évoluées.

En revanche, il apparaît que :

- l'information a été assez faiblement orientée vers les médecins généralistes ;
- la campagne est restée ponctuelle (ainsi que ses effets, vraisemblablement), alors que le plan prévoyait une communication à long terme ;
- les campagnes sur les troubles plus sévères tels que les troubles bipolaires et la schizophrénie, prévues par le PPSM n'ont pas été réalisées.

Sur ce volet, les membres du comité d'évaluation proposent :

- d'intégrer la communication grand public dans un ensemble d'actions d'information ciblées et inscrites dans la durée (renvoi sur des sites ou lieux ressources spécialisés, etc.) ;
- de donner accès à une information plus complète et plus différenciée sur les troubles mentaux durables et sévères (psychoses,...) et leur prise en charge

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Les participants partagent les conclusions proposées par le comité d'évaluation. Ils considèrent que les mesures prévues par le plan ont été assez peu mises en œuvre et globalement peu efficaces. Ils ajoutent que le plan n'a pas suffisamment fait référence aux initiatives prises localement.

6.1.3 Perspectives et recommandations faites par l'atelier 1

A l'issue des discussions, les participants ont proposé de :

- valoriser et soutenir les initiatives locales (soutien aux associations, information / communication) ;
- intégrer une référence aux programmes européens (ex : programme PACTE) ;
- développer les échanges entre médecins généralistes et psychiatres ;
- développer la formation des médecins généralistes, des usagers, des bénévoles associatifs ;
- conduire une réflexion prenant en compte l'articulation entre les droits des patients, l'information et la qualité des soins.

6.1.4 Les informations complémentaires apportées en séance plénière

L'assemblée a formulé des recommandations à l'attention du futur plan plutôt que des remarques sur les réalisations du PPSM 2005-2008 :

- le rôle des associations des usagers va au-delà de celui de la représentation, elles ont un rôle d'écoute et d'accueil des familles, ainsi que de formation des bénévoles et des familles. Cependant, beaucoup de familles ne connaissent pas les associations. Des campagnes d'information dans cette direction semblent donc importantes.
- les Maisons des usagers constituent a priori des dispositifs intéressants, à développer car ils rassemblent à la fois des usagers lambda, des associations et des professionnels.
- Les initiatives locales d'information et d'accompagnement individuel ou collectif des familles, prises en dehors du PPSM, doivent être valorisées, en particulier à l'heure où de nouvelles pratiques de diagnostic se mettent en place en pédopsychiatrie notamment.

6.2 Atelier 2 : Mieux accueillir et mieux soigner dans le secteur sanitaire, l'articulation avec les champs médico-social et social

Pour décliner son plan d'actions visant à renforcer les prises en charge ambulatoires et à développer les alternatives à l'hospitalisation, le plan s'est appuyé sur différents constats :

- la demande et le recours à la psychiatrie ont progressé ces dernières années ;
- parallèlement à cette croissance de la demande, les dernières décennies ont observé une forte réduction du nombre de lits d'hospitalisation temps plein en psychiatrie, qui n'a pas été compensée par un développement suffisant des prises en charge alternatives, ambulatoires et médico-sociales.
- il existe, par ailleurs, des inégalités territoriales très importantes en psychiatrie en termes de structures, de moyens, de développement des alternatives et des modes

d'organisation, qui risquent d'être accentuées par la baisse prévue de la démographie médicale en psychiatrie.

- l'offre fonctionne de manière cloisonnée : entre soins primaires et psychiatrie avec un très faible adressage des médecins généralistes vers la psychiatrie, entre médecine de ville et hôpital (où s'opposent des cultures professionnelles différentes), entre sanitaire, médico-social ou social, mais aussi secteurs éducatif et judiciaire.
- Outre un fonctionnement parfois inapproprié (notamment en termes d'horaires d'ouverture des structures), l'offre souffre d'une mauvaise lisibilité.
- Les hospitalisations se révèlent parfois inadéquates, par défaut d'offre médico-sociale, et sont parfois difficiles à réaliser du fait de la réduction du nombre de lits combinée à un faible développement des alternatives.
- L'organisation sectorisée de la psychiatrie demande à être revisitée avec l'évolution de l'organisation et de la planification des soins fondée sur les territoires de santé.

Face à ces constats, le plan décline trois objectifs opérationnels :

- renforcer les prises en charge ambulatoires et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète ;
- adapter l'hospitalisation complète ;
- rompre l'isolement des médecins généralistes.

Deux autres objectifs opérationnels prévus par le plan ne font pas partie du périmètre de l'évaluation :

- faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux (avec des projets de mesures incitatives pour les psychiatres prenant des fonctions dans un établissement au taux de vacance élevé, ou pour aider à l'installation pour les libéraux dans des zones définies), mesures a priori non mises en œuvre ;
- développer les réseaux en santé mentale (un cahier des charges a été élaboré par la DGOS. 32 réseaux sont recensés par la SAE en 2009, 80 selon le CNEH. Ils traitent totalement ou partiellement de la santé mentale).

Sur ce volet du plan, le comité d'évaluation du HCSP pose la question suivante : dans quelle mesure le plan a-t-il permis d'améliorer le dispositif d'accueil et de prise en charge ?

Pour y répondre, une analyse de divers documents et des données des RAPSY 2008 a été réalisée, ainsi que des auditions avec les acteurs institutionnels concernés.

Quelques données permettent ainsi de quantifier le nombre de mesures réalisées. Il s'agit surtout d'informations relatives aux moyens déployés. Elles font peu référence à l'évolution des organisations et des pratiques pouvant influencer sur les prises en charge.

6.2.1 Le renforcement des prises en charge ambulatoires et la diversification des alternatives à l'hospitalisation complète

A. Ce qui est évalué

Le renforcement des prises en charge ambulatoires et le développement des alternatives à l'hospitalisation complète ont fait l'objet de 5 mesures dans le plan, dont 4 relevant du niveau régional. Ce sont :

- la consolidation du maillage territorial et du rôle pivot des CMP dans la globalité de la prise en charge ;
- le développement des organisations fédératives entre CMP ;
- l'intensification des créations d'alternatives dans le secteur sous dotation globale ;
- le développement des organisations mutualisées et fédératives des équipements au sein des territoires de santé ;
- le développement de l'hospitalisation de jour et de nuit dans le secteur privé sous OQN et PSPH à partir de la tarification de ces activités (tarification mise en place par arrêté de juin 2005).

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

A partir des diverses informations obtenues, les constats suivants peuvent être établis :

- la création de postes a surtout bénéficié aux prises en charge ambulatoires et alternatives à l'hospitalisation (40% des créations de postes d'après les bilans de suivi PPSM) ;
- sans les SROS 3, 60% des régions envisagent un renforcement et une évolution de la place des CMP pour réduire les délais d'obtention d'un premier rendez-vous (Source : synthèse des volets psychiatrie des SROS 2006 – 2011 réalisée par la DGOS) ;
- l'extension des horaires d'ouverture de CMP en soirée et le samedi a pu être envisagée, soit par un renforcement des moyens en personnel, soit, plus fréquemment, dans le cadre d'une mutualisation des moyens ;
- le nombre de CMP, en particulier ceux ouverts plus de 5 jours par semaine, ainsi que le nombre d'actes réalisés à domicile ou assimilés ont augmenté (données SAE) ;
- en termes d'alternatives à l'hospitalisation à temps plein, le plan visait principalement le développement de l'hospitalisation à temps partiel, de jour et de nuit, les visites à domicile, dans les secteurs publics et privés. A l'inverse n'était pas spécifiquement visé le développement des appartements thérapeutiques ou de l'accueil familial thérapeutique.

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

- une augmentation du nombre de places en hospitalisation à domicile sur la période et de visites à domicile, qui tendaient à se réduire depuis 1997 ;
- une augmentation du nombre de places comme de passages en hospitalisation à temps partiel. Cette hausse est notamment portée par les établissements privés à but lucratif ou non.

Le comité d'évaluation estime que les apports et les limites du plan pour ce qui concerne la prise en charge ambulatoire, sont les suivants :

- une augmentation quantitative des structures et des moyens humains de prises en charge ambulatoires ;
- des opportunités de diversification dont certains acteurs se sont saisis pour développer leur offre de services ;
- mais, des problématiques plus qualitatives n'ont pas fait l'objet de mesures, telles que les conditions de l'accès aux CMP par exemple ;
- si des postes ont bien été créés, ils n'ont pas forcément été pourvus ;

- par ailleurs, la création de nouvelles structures ne conduit pas forcément à l'amélioration de la prise en charge ;
- l'information sur le renforcement du rôle pivot des CMP et sur leur visibilité n'existe pas actuellement. Ainsi, le comité d'évaluation estime qu'il n'est pas possible de tirer de conclusions sur l'amélioration ou non du maillage territorial des CMP, ainsi que sur le développement des organisations mutualisées et fédératives des équipements au sein du territoire de santé du fait du manque d'informations disponibles.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

En termes de mise en œuvre des mesures du plan, d'une manière générale, les participants à l'atelier constatent des inégalités locales : le plan n'a pas profité de la même manière à l'ensemble des territoires. Le modérateur de l'atelier s'interroge, quant à lui, sur l'adéquation entre les constats posés dans le plan et les actions mises en œuvre.

Au sujet des CMP, selon les RAPSY, en 2008, un quart des CMP sont ouverts au moins 3 jours par semaine après 18h (mais plus de la moitié ne sont jamais ouverts après 18h). Huit CMP sur 10 sont ouverts toute l'année, y compris les mois d'été. Les problèmes de délais d'attente pour un premier rendez-vous restent importants dans certaines structures. Près d'un CMP sur deux a une liste d'attente. Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous avec un médecin sont supérieurs à un mois dans 35% des structures, mais ils sont fortement réduits lorsque l'accueil peut-être fait par un professionnel non médical. Ainsi, bien que le réseau se densifie, comme le souligne une représentante de l'ARS Bretagne, ces structures reçoivent de plus en plus de malades de tous types. Ils n'ont donc pas toujours plus de disponibilité. Par ailleurs, l'accessibilité des CMP renvoie à la question de leur organisation. Une représentante du CH du Rouvray note que le recrutement de personnels paramédicaux permet notamment d'améliorer les plages horaires d'accueil du public. De même, pour l'ARS Bretagne, privilégier un accueil par un infirmier réduit les délais d'attente pour une prise en charge. D'autres participants soulignent néanmoins qu'une consultation médicale est nécessaire après ce premier accueil.

Concernant les prises en charge ambulatoires au niveau régional, les participants de l'atelier 2 notent le manque d'une réelle évaluation de la réalisation des volets psychiatrie des SROS 3. Au regard des bilans du PPSM, un décalage entre les ambitions des SROS et les réalisations est d'ores et déjà repéré (en 2009, moins d'un tiers des régions avaient réalisé les objectifs de renforcement de l'offre de soin ambulatoire, même si elles s'y étaient quasiment toutes engagées).

Les éléments d'évaluation du développement des organisations mutualisées et fédératives des équipements au sein du territoire de santé sont peu nombreux, même si d'après la synthèse des SROS faite par la DGOS, la grande majorité des volets psychiatrie et santé mentale reprend une organisation des soins explicite en 3 niveaux : proximité, recours et région. Ce dernier niveau est peu mobilisé dans l'organisation des soins en psychiatrie sauf pour les unités très spécifiques type UMD, UHSA. Par ailleurs, d'après les RAPSY, 14% des établissements de santé déclarent disposer d'une structure ambulatoire mutualisée pour l'accueil de nouveaux patients. La mutualisation de moyens peut prendre la forme d'un regroupement des CMP et structures de prise en charge à temps partiel sur un même site géographique, d'un regroupement de plusieurs CMP d'un même secteur ou de plusieurs secteurs, d'une spécialisation dans une mission d'accueil et de réponse à une première demande de rendez vous de certains lieux de prise en charge.

Concernant les alternatives à l'hospitalisation complète, les participants observent que l'analyse des réalisations est rendue difficile par le manque d'homogénéité de la définition du

concept de structures alternatives à l'hospitalisation complète. Il en résulte un recensement peu fiable des différentes places disponibles.

Cependant, ils formulent quelques remarques à ce sujet :

- La période du plan a correspondu à un renversement de tendance pour les soins à domicile ou en institution substitutive au domicile. La tendance était à la diminution de ces interventions depuis 1997. Elles sont, au contraire, en augmentation depuis 2003.
- Le développement de structures alternatives à l'hospitalisation complète suppose de ne pas se focaliser uniquement sur les secteurs mais de considérer également l'offre médico-sociale constituée parallèlement. Ainsi, la Fédération Française de Psychiatrie note que désormais, lorsque les SAVS aident à prendre en charge les patients schizophrènes, les hospitalisations inadéquates sont en baisse. Il apparaît, ainsi, que le nombre de structures médico-sociales qui acceptent des malades souffrant de troubles psychiatriques joue sur le volume des inadéquations. Cependant, sur certains secteurs, professionnels de la psychiatrie et acteurs du secteur médico-social fonctionnent plutôt en concurrence : certains participants à l'atelier indiquent que les SAMSAH remplacent les visites à domicile du secteur, tandis que pour d'autres, il s'agit là de deux acteurs complémentaires. Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète nécessite également de monter des projets intersectoriels, qui sont aujourd'hui plus nombreux selon Mme VANHEE de l'ARS Nord Pas de Calais, et d'avoir une vision des zones d'attractivité délimitée par les moyens de transport et la mobilité des populations.
- Concernant l'hospitalisation à temps partiel (de jour et de nuit), plus de 1000 places ont été créées entre 2005 et 2009, passant ainsi à 18 687 en 2009. Certaines régions ont fortement développé ces alternatives sur la période, c'est notamment le cas de la Franche-Comté, de la Bourgogne, de la Guadeloupe, de l'Alsace, de l'Île de France, de Midi-Pyrénées et de l'Aquitaine. Le nombre moyen de places d'hospitalisation à temps partiel est ainsi passé de 34 à 36 places pour 100 000 habitants de plus de 15 ans. Là encore, les disparités régionales sont importantes. Quatre régions ont des ratios plus élevés - Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne et Limousin- tandis que les régions Corse, Franche-Comté, Lorraine, Picardie et des DOM ont moins de 25 places pour 100 000 habitants. Les places en HAD (hospitalisation à domicile) ont été peu développées dans les régions, sauf en Picardie.
- Le Plan Psychiatrie et Santé mentale visait particulièrement le développement de l'hospitalisation à temps partiel dans le secteur privé sous OQN et PSPH grâce à la tarification de ces activités. La tarification a été arrêtée en juin 2005. Le secteur privé représente actuellement 160 cliniques correspondant à 12 500 lits. Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel dans les établissements privés sous OQN est passé de 272 à 592 entre 2005 et 2009 (SAE) mais reste très minoritaire (2%) par rapport à la capacité totale en hospitalisation partielle en psychiatrie en France. De plus, les régions où les places d'hospitalisation de jour et de nuit dans les établissements privés sous OQN se sont développées, sont essentiellement celles qui avaient déjà une offre à temps partiel avant 2005.
- L'amélioration de la prise en charge ne se mesure pas à la seule augmentation du nombre de structures et de places. Elle se traduit aussi au niveau des liens tissés avec les autres acteurs du champ, de la continuité des soins, du bon dimensionnement des moyens, de l'adéquation des réponses aux besoins,...

Les membres de l'atelier notent que si certains progrès sont constatés en matière de prise en charge ambulatoire et alternative à l'hospitalisation complète, ils ne sont pas forcément liés au plan.

6.2.2 L'adaptation de l'hospitalisation complète

A. Ce qui est évalué

Les mesures associées à l'adaptation de l'hospitalisation complète visaient à augmenter quantitativement les capacités d'hospitalisation temps plein en psychiatrie infanto-juvénile et à adapter qualitativement l'hospitalisation temps plein en psychiatrie générale.

Plus précisément, elles avaient pour objet :

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

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Le comité d'évaluation constate que :

- des crédits de fonctionnement du plan ont permis la création de 67 postes médicaux et 813 postes non médicaux supplémentaires ;
- une progression du nombre de centres d'accueil et d'urgence est observée ;
- les interventions en unité somatique (psychiatrie de liaison) sont en forte augmentation ;
- le nombre de lits d'hospitalisation complète s'est stabilisé depuis 2007.

De plus, sous l'impulsion du plan, une spécialisation des prises en charge s'est mise en place pour répondre aux spécificités de certaines populations. Pour autant, les moyens des secteurs restent très disparates et la question des hospitalisations inadéquates reste posée (environ 15 000 patients sont hospitalisés en psychiatrie depuis plus d'un an).

Le comité d'évaluation considère qu'il y a peu ou pas de données sur l'évolution de l'organisation et des relations des secteurs avec les autres professionnels de santé, ainsi que peu ou pas de données sur l'évolution des pratiques.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Les participants ont formulé des remarques vis-à-vis des différentes mesures proposées par le plan.

- Concernant le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général, le nombre d'interventions en unité somatique a fortement augmenté depuis 2006 alors que la tendance avait été inverse entre 2000 et 2003. Plus d'un établissement de santé ayant une activité de psychiatrie sur 2 participe à la prise en charge des patients dans un service d'urgences en 2008 et ont un dispositif de réponse à l'urgence 24h/24.
- D'après les RAPSY 2008, seuls 26 établissements disposaient d'un centre d'accueil et de crise de 72h. Frédérique BRAUN de l'ARS Alsace indique que les centres de crise de 72h n'ont pas encore été créés mais que des dynamiques visant à développer ce type de réponse se mettent en place.

- Il y a peu d'éléments d'évaluation sur le rapprochement des lieux de soins éloignés des populations qu'elles desservent. Sur la centaine d'opérations de construction, reconstruction, relocalisation de l'hospitalisation à temps complet, un peu plus de 15 semblent réellement concerner des relocalisations, mais cela reste à confirmer et à préciser.
- La mesure visant à mutualiser et fédérer les moyens des secteurs en vue d'une plus grande diversification ou différenciation des réponses en fonction des besoins de prise en charge ou de catégories de populations spécifiques a suscité des débats. En effet, les participants se sont demandé jusqu'où aller dans la spécialisation des prises en charges. Pour l'un des participants, praticien hospitalier, la création de ces « filières » a permis l'arrivée de nouveaux patients, qui peuvent ensuite être redirigés vers une prise en charge générale.

Bien que ce ne soit pas l'objet central de l'atelier, les participants constatent que les modalités de mise en œuvre de la mesure visant à améliorer architecturalement les conditions d'accueil et d'hospitalisation ont conduit à privilégier les projets préexistants ou à soutenir des opérations opportunistes.

6.2.3 La lutte contre l'isolement des médecins généralistes

A. Ce qui est évalué

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

Aussi, pour rompre l'isolement des médecins généralistes et favoriser le bon usage des soins de ville dans le domaine de la santé mentale, le plan prévoit de :

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

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Concernant la lutte contre l'isolement des médecins généraliste, le comité d'évaluation fait les constats suivants :

- des guides de bon usage des soins ou de recommandations de bonne pratique ont été élaborés par la HAS. Cependant, leur impact sur les pratiques des médecins est difficilement mesurable et semble mineur ;
- malgré tout, une baisse de la prescription d'antidépresseurs est constatée ;
- la formation initiale en psychiatrie des médecins généralistes n'a pas été améliorée ;
- les travaux de recherche ont manqué pour améliorer les pratiques ;
- le nombre de places ouvertes aux épreuves classantes nationales en psychiatrie a augmenté en 2005 et s'est stabilisé ;

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Ce sujet n'a pas fait l'objet de remarques particulières de la part des participants.

6.2.4 Perspectives et recommandations faites par l'atelier 2

Pour l'ensemble de ce volet, les participants de l'atelier 2 ont repris et complété les propositions formulées par le comité d'évaluation :

- mieux organiser et coordonner les soins en psychiatrie à l'échelle des territoires de santé des ARS ;
- identifier et affirmer la place de la médecine générale dans le repérage, l'adressage et le suivi des personnes ;
- poursuivre la réflexion sur les compétences des professionnels (psychologues, assistants de service social, infirmiers) ;
- encourager les études et recherches dans les domaines suivants :
 - l'évolution du fonctionnement et des pratiques des secteurs, notamment vis à vis des autres partenaires et acteurs du champ ;
 - les populations prises en charge en médecine générale ;
 - l'adressage vers la psychiatrie, l'entrée dans le système ;
 - l'évaluation des CLSM ;
 - l'évaluation des volets psychiatrie des SROS 3.

6.2.5 Les informations complémentaires apportées en séance plénière

La place de la médecine générale et son lien avec la psychiatrie ont suscité quelques réactions :

- Patrice VAN AMERONGEN, psychiatre, membre du comité d'évaluation, indique, en premier lieu, que la Haute Autorité de Santé a publié sur son site une recommandation sur les conditions d'adressage du médecin généraliste vers le psychiatre pour une première consultation et les retours d'information.

Il ajoute, qu'à son sens, ce que veulent les médecins généralistes relève plus d'un partage sur certaines procédures avec lesquelles ils ne sont pas toujours à l'aise que de la formation. Les médecins demandent plus de contacts directs avec les psychiatres pour échanger sur des situations et prévoir le plus précocement possible les modalités de prise en charge.

- Pauline RHENTER du Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale informe de la mise en place d'une enquête sur les liens entre la médecine générale et la psychiatrie. 68 établissements de santé publics ou privés font partie de l'étude. Les résultats seront disponibles à l'automne. L'étude cherche, entre autres, à estimer la patientèle des généralistes ayant des troubles de santé mentale, à analyser les facteurs qui favorisent l'orientation des médecins généralistes vers les spécialistes et à comprendre comment s'établit la liaison entre les deux professions.

Par ailleurs, à son sens, il ne faut pas uniquement parler de la formation des généralistes par les psychiatries, en particulier concernant le suivi quotidien des personnes souffrant de troubles psychiques.

Trois interventions renvoient au fonctionnement du champ sanitaire :

- Au sujet du manque de visibilité des CMP et de la nécessité d'informer le public, Mme BARROCHE, présidente de la fédération AGAPSY, évoque le projet mené il y a quelques années en Meurthe et Moselle, qui consistait en la création d'un site Internet orienté vers le grand public, afin de l'informer sur les procédures et les lieux où s'adresser en cas de troubles psychiatriques. Il avait été monté par un comité de pilotage réunissant les collectivités territoriales, la psychiatrie publique, la médecine générale, des associations, l'IFSI, le CREAL et l'Université de Nancy. Cependant aucun financement n'avait pu être trouvé au niveau de l'État et le projet avait dû être abandonné.
- Le Dr POLI du CHS de St Cyr au Mont d'Or évoque deux conceptions du secteur :
 - des secteurs qui font tout, en particulier lorsque le territoire ne compte pas ou peu de psychiatres privés, d'associations, etc.
 - des secteurs qui se centrent sur les pathologies les plus lourdes.

En fonction de la conception adoptée, les missions dévolues au secteur et, par conséquent, les moyens nécessaires diffèrent. Or, d'après les calculs du Dr POLI, les financements du plan, s'ils avaient été équitablement répartis dans chaque secteur auraient uniquement permis de financer 0,5 ETP d'un poste d'infirmier, ce qui apparaît insuffisant.

- François MEILLIER, délégué général de l'UNCPSY-FHP, tient à préciser que le secteur privé n'a pas bénéficié de mesures du plan pour la création de lits de jour. C'est une disposition réglementaire publiée en même temps que le plan qui a ouvert aux cliniques privées la possibilité de créer de telles places.

Le plus grand nombre d'interventions a concerné l'articulation entre les différents acteurs et conduit à aborder la question des hospitalisations "inadéquates", terme par ailleurs rejeté par certains participants. .

- Jean-Yves BARREYRE, directeur du CEDIAS, souligne que la visibilité du rôle que joue chaque acteur des secteurs sanitaire, social et médico-social est encore insuffisante. Il y a une méconnaissance de ce que chacun fait.

Selon lui, il existe une appétence de ces acteurs au travail partenarial, mais il leur manque des outils d'organisation pour clarifier les modes de travail. Pour illustration, il évoque le département du Val de Marne, où la déclinaison locale du PPSM et le schéma départemental de l'organisation sociale et médico-sociale ont été réalisés conjointement et où des protocoles de présentation de situations ont été validés par l'ensemble des partenaires.

Il ajoute que les ARS devraient réaliser des appels à projet transversaux entre le secteur sanitaire, social et médico-social, afin de développer une culture de travail partenarial et amener les acteurs à s'engager dans des contrats d'objectifs et de moyens, à procéder à des évaluations communes de situations.

- Quant au Dr Josiane FOURIS de l'ARS Auvergne, il lui semble qu'à l'avenir, il serait nécessaire de ne pas restreindre la santé mentale ou les problèmes psychiatriques à l'hospitalisation ou à la psychiatrie grave. En effet, tout ce qui est détection, première consultation, système d'alerte concerne aussi la santé mentale et ne relève pas exclusivement de la compétence des médecins généralistes. Le secteur du social et du médico-social est également concerné. Le maillage territorial de tous ces acteurs apparaît primordial dans ce contexte.
- Concernant les hospitalisations inadaptées, un représentant de l'ARS Haute-Normandie remarque qu'il y a eu beaucoup des crédits attribués pour la création des structures adaptées (maisons d'accueil spécialisé, foyers d'accueil médicalisé, services

d'accompagnement à la vie sociale, SAMSAH) et que les lois, en particulier celle de 2005, offrent des possibilités pour développer des solutions de sortie pour les personnes qui n'ont plus besoin d'être hospitalisées. Dès lors il s'interroge sur les raisons qui contraignent nombre de personnes à rester à l'hôpital sans motif.

6.3 Atelier 3 : Accompagnement social et médico-social, articulation avec le secteur sanitaire - précarité

6.3.1 *Accompagnement social et médico-social, articulation avec le secteur sanitaire*

A. *Ce qui est évalué*

Plusieurs constats ont amené le plan à définir des objectifs en matière d'accompagnement social et médicosocial, à savoir :

- une vie quotidienne marquée par de nombreuses difficultés pour les personnes souffrant de troubles psychiques, des difficultés concernant le logement, l'emploi, les loisirs, etc.
- une offre sociale et médico-sociale insuffisante sur le plan qualitatif et quantitatif ;
- un poids important de la prise en charge pesant sur les familles ;
- la reconnaissance du handicap psychique grâce à la loi du 11 février 2005.

Prenant acte de ces éléments, le plan préconise de :

- développer les services d'accompagnement, notamment en augmentant le nombre de places de SAMSAH, SAVS ;
- créer des lieux d'entraide mutuelle, plus précisément des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté, à travers les résidences d'accueil, l'accès des personnes malades psychiques aux pensions de familles - maisons relais, la création de places en foyers d'accueil médicalisé ou en maisons d'accueil spécialisé ;
- mobiliser les dispositifs de travail protégé.

Le comité d'évaluation du HCSP a élaboré deux questions évaluatives afin de mesurer l'efficacité des mesures prévues par le plan concernant l'amélioration de l'accompagnement des personnes souffrant de handicap psychique.

- En quoi les dispositifs créés pour mieux accompagner contribuent-ils à l'autonomie et l'amélioration de la vie sociale des personnes souffrant de troubles psychiques ?
- En quoi ces dispositifs contribuent-ils à la continuité de la prise en charge des patients ?

Pour répondre à ces questions, des auditions ont été conduites avec la DGCS, la CNSA, la FNAPSY, l'UNAFAM, l'AGAPSY et la Fédération Croix Marine. Parallèlement, une analyse documentaire a été effectuée.

B. Conclusions provisoires

Afin de développer les **services d'accompagnement**, le plan prévoyait la création de 1 900 places de SAMSAH dédiées aux personnes souffrant de troubles psychiques ainsi que l'incitation des conseils généraux à créer des places de SAVS également dédiées.

Sur un plan quantitatif :

- Sur 2005-2007, le plan a permis la création de 1 639 places de SAMSAH «handicap psychique » (l'objectif est renforcé sur la période 2008 – 2012 : 3 750 places) ;
- 32 122 places de SAVS/SAMSAH ont été autorisées à la fin 2009, sans que l'on sache combien sont dédiées aux personnes handicapées psychiques.

Sur un plan qualitatif, d'après une étude de la CNSA d'avril 2008, les SAMSAH semblent, a priori, mieux outillés que les SAVS face au handicap psychique et plus attentifs à la santé somatique. Ils impliquent une forte articulation avec le secteur sanitaire. Ils sont généralistes ou dédiés au handicap psychique.

L'information relative à la formation des personnels d'accompagnement n'est pas disponible.

Pour ce qui concerne les **groupes d'entraide mutuelle**, le plan prévoyait la création de 300 GEM, soit environ 2 à 3 par département, co-financés par la CNSA et encadrés par un cahier des charges.

Le comité d'évaluation a estimé que les objectifs ont été atteints puisque :

- le cahier des charges a été diffusé par voie de circulaire en août 2005 ;
- le nombre visé de GEM a été atteint dès 2007 (333 GEM en 2008, accueillant 11 050 usagers - adhérents) ;
- bien qu'il n'y ait pas eu d'évaluation, le dispositif semble, au premier abord, être apprécié des associations d'usagers, des acteurs institutionnels et des professionnels de la santé.

Quant au domaine **de l'hébergement et du logement adapté**, le plan visait une amélioration de la prise en compte des besoins des personnes souffrant de handicap psychique dans la planification de l'offre et le développement d'une offre diversifiée pour partie dédiée à ce public.

Sur ce volet, les informations disponibles sont relativement peu nombreuses.

- Il existe peu de données relatives à la prise en compte du public souffrant de troubles psychiques dans les documents de planification et dans les structures d'accueil.
- L'enquête visant à connaître les accueils inadéquats en long séjour en psychiatrie n'a pas été conduite, mais la MNASM a été chargée en 2008 de rédiger un guide en vue de la résorption des situations d'inadéquation hospitalière.

Cependant les entretiens ont permis de constater que des problèmes persistent :

- s'il existe une offre diversifiée, elle est peu lisible car elle relève de secteurs et financements hétérogènes (secteurs du logement, du sanitaire, du social, du médicosocial) ;
- un risque de substitution de l'offre d'accueil sociale et médico-sociale à l'offre sanitaire est perçue, sans moyens suffisants de suivi en ambulatoire.

Par rapport aux **dispositifs de travail protégé**, le plan soulevait la nécessité de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques en matière d'insertion professionnelle.

Peu d'éléments permettent de connaître les résultats en la matière, si ce n'est pour l'évolution du nombre de places en ESAT dédiées aux personnes handicapées psychiques. Elle se traduit par une progression : 350 places sur 2 000 en 2008 sont dédiées, soit 18% contre 13% en 2007.

De manière générale, le comité d'évaluation a estimé que le plan a permis d'atteindre totalement ou en quasi-totalité les objectifs fixés en termes de création de places de SAMSAH, de GEM et de places en MAS et en FAM. Il a permis également une prise de conscience de l'enjeu du logement pour les personnes souffrant d'un handicap psychique, notamment avec les expérimentations « Housing First » et « Résidence Accueil ».

En revanche, il manque des informations quantitatives et/ou qualitatives pour connaître les résultats et l'impact des mesures prévues par le plan

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Les participants à l'atelier ont tenu à rappeler quelques principes essentiels pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques :

- en premier lieu, ils tiennent à affirmer qu'il n'y a pas d'accompagnement sans soin et inversement pas de soin sans accompagnement ;
- en second lieu, ils soulignent l'importance de la notion de fluidité des parcours de soin et de vie. La notion de parcours de vie renvoie à la considération des malades psychiatriques comme citoyens à part entière, qui ont une place et peuvent s'exprimer sur leur projet de vie. Par conséquent, les équipes psychiatriques doivent s'organiser pour mettre en œuvre un projet de soin qui respecte ce parcours de vie ;
- enfin, ils remarquent la nécessité d'une approche territoriale des problématiques de l'accompagnement à un double niveau :
 - un premier niveau de coordination globale, de gouvernance institutionnelle permettant de définir, de programmer et d'organiser les mesures à réaliser ;
 - un deuxième niveau opérationnel, qui doit être animé et faire travailler ensemble les acteurs de la prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale.

Sur le premier objectif qui concerne les **services d'accompagnement**, bien que les objectifs opérationnels prévus par le plan aient été atteints, les participants remarquent que :

- La très grande majorité des personnes souffrant de troubles psychiques se trouve dans la cité. Dans ce contexte, les services d'accompagnement social s'avèrent indispensables. Néanmoins, les personnels doivent être formés à la prise en charge de malades présentant des troubles psychiatriques, y compris ceux des structures d'accompagnement spécialisées. Or, à l'heure actuelle, ces formations sont réalisées sur la base du volontariat et ne sont pas suffisamment organisées et systématiques. L'AGAPSY a de son côté développé des modules de formation à l'attention de ces acteurs.
- Par ailleurs, l'articulation avec les soignants est primordiale : chaque acteur doit connaître et comprendre le fonctionnement de l'autre. L'adoption d'outils et d'un langage communs apparaît importante. Pour le Dr POLI du CH de Saint Cyr, le décroisement entre le sanitaire, le social et le médico-social passe par les conseils locaux en santé

mentale. Mais, pour l'heure, les pratiques de décroisement sont trop personnes dépendant et nécessitent que chaque professionnel mobilise une partie de son temps de travail pour la coordination. Le décroisement nécessite des coordonnateurs, organisation actuellement partiellement développée par les CUCS. Selon Pauline RHENTER, chargée de mission au Centre collaborateur de l'OMS, la coordination est, actuellement, le fruit d'initiatives locales et réalisée de manière artisanale.

- Les mesures prévues par le plan ne ciblent pas tous les services d'accompagnement nécessaires à la vie quotidienne des personnes en souffrance psychique, notamment les services d'accès à l'emploi ou les services de soins infirmiers à domicile.

Au sujet des **groupes d'entraide mutuelle (GEM)**, les participants mettent en évidence la grande richesse de ce dispositif et sa capacité d'adaptation. Ils valorisent les rapprochements qu'il a permis entre les différents intervenants (services de psychiatrie, usagers, acteurs sociaux, collectivités). Ce dispositif est aujourd'hui pérennisé par les crédits de la CNSA.

Globalement la pertinence des GEM est reconnue par l'ensemble des participants. Un cadre supérieur de santé, M. DESPRES, note que ces structures sont vraiment complémentaires à l'offre médico-sociale et de soin. Ce sont, par ailleurs, des associations très réactives et qui s'adaptent bien aux demandes.

Des améliorations sont pourtant à prévoir au regard des besoins d'appui de certains GEM que ce soit en termes d'appui technique ou d'aide à la gestion. En effet, les GEM peuvent avoir à faire face à des problèmes de fonctionnement, lorsque la subvention est versée trop tardivement ou s'ils deviennent des accueils de jour à moindre coût, des « garderies », qui ne répondent pas aux besoins des usagers.

Concernant **l'offre d'hébergement et de logement adapté**, les participants à l'atelier concluent, comme le comité d'évaluation, qu'elle apparaît encore aujourd'hui insuffisante dans ses différentes formes (FAM, MAS, RA, MR-PF). Et ce, d'autant plus qu'aujourd'hui, les CHRS ont des objectifs de sorties qui les amènent à être plus sélectifs au niveau du public qu'ils accueillent. Ils soulignent, par ailleurs, que le plan s'est centré sur la problématique de l'accès au logement alors que le maintien dans le logement est aussi un enjeu important.

A un autre niveau, ils constatent que la place et la responsabilité des élus locaux n'ont pas été suffisamment précisées dans le plan (en effet, la construction de logements adaptés dépend fortement de la volonté des élus locaux, que ce soit pour trouver du foncier, financer l'investissement ou discuter avec les bailleurs) ;

Sur le **dispositif de travail protégé**, les participants ont mis en avant le fait que :

- les mesures du plan ciblaient uniquement le travail protégé, alors que le travail en milieu ordinaire constitue un facteur primordial d'autonomie et d'insertion ;
- il existe des soutiens financiers pour favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées. Toutefois, ils nécessitent que les bénéficiaires soient reconnus travailleurs handicapés, ce que les personnes en souffrance psychique n'acceptent pas toujours ;
- outre les problèmes de financement, les participants ont souligné l'inadaptation des ESAT traditionnels pour la prise en charge des personnes en souffrance psychique ou psychiatrique.

- Par ailleurs, certains ont émis l'hypothèse que les malades psychiatriques sont parfois considérés comme incapables de travailler. Ce qui expliquerait le manque d'action publique dans ce domaine. Néanmoins, le secteur n'est pas complètement vierge d'initiatives, mais elles sont peu connues.
- En dernier lieu, les participants rappellent que l'accès ou la reprise d'une formation constitue également une difficulté pour les personnes ayant des troubles psychiatriques.

L'ensemble des besoins d'accompagnement relevés par l'assistance la conduit à poser la question de leur évaluation. Celle-ci n'a pas été posée par le plan. Or, tous les échanges convergent vers l'affirmation de l'importance **d'une évaluation individuelle partagée des besoins des personnes en souffrance psychique**. A ce sujet, parallèlement au plan, le réseau GALAXIE, qui regroupe aujourd'hui 25 structures intervenant pour l'insertion des personnes souffrant de handicap psychique, a, avec le soutien de la CNSA, expérimenté en 2008/2009 le concept d'ESEHP (Équipes spécialisées pour l'évaluation du handicap psychique) dans six départements en France. Cette expérimentation visait à apporter aux MDPH un appui dans leur mission d'évaluation du handicap psychique et de détermination des besoins à compensation qui en découlent. Par la suite, l'activité des ESEHP en tant que telle n'a pas pu être pérennisée faute de cadres et de moyens financiers reconductibles. Dans ce contexte, le réseau Galaxie défend une forme de « labellisation » des ESEHP sous forme de CREHPSY (Centre ressources pour le handicap psychique), structures visant à apporter une réponse opérationnelle globale et coordonnée aux personnes en situation de handicap psychique (évaluation et diagnostic des besoins). Les missions des CREHPSY incluent des actions de formation, de communication, d'information et d'appui auprès des professionnels en charge de l'accompagnement de ces personnes, et de sensibilisation auprès des employeurs, des partenaires et du grand public.

Concernant la **sensibilisation et l'information des acteurs**, les membres de l'atelier ont remarqué que :

- aujourd'hui les formations des travailleurs sociaux sont partielles, inégalement réparties et financées ;
- quand des formations existent, il est, de plus, difficile pour le personnel social et médico-social de libérer du temps pour se former ;
- il n'y a pas beaucoup de formations décloisonnées qui réunissent à la fois les acteurs du secteur sanitaire, du social et du médico-social. Or, les participants de l'atelier ont souligné l'intérêt de ce type de formation. Néanmoins, si les travailleurs sociaux sont très demandeurs, les psychiatres ont plus de mal à s'ouvrir vers l'extérieur.

6.3.2 La prise en charge psychiatrique des personnes en exclusion

A. Ce qui est évalué

Le PPSM constate que :

- si ce n'est pas systématique, l'exclusion peut entraîner des problèmes de santé mentale ;
- la présence de troubles psychiatriques peut entraver considérablement l'intégration sociale d'un individu ;
- un nombre important de malades psychiques est en situation de précarité et d'exclusion.

Afin d'aider cette population spécifique, en lien avec les orientations du Comité Interministériel de Lutte contre les Exclusions de 2004 et du programme de renforcement de la lutte contre les exclusions, le PPSM a proposer plusieurs mesures.

- Soutenir les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) par la création ou le renforcement de 50 EMPP, dont le cahier des charges devait être élaboré en groupe de travail.
- Préconiser la participation des services de psychiatrie publique au dispositif Lits Halte Soins Santé.
- Diffuser des outils méthodologiques favorisant une prise en charge pluri partenariale des publics en situation d'exclusion, à travers la diffusion d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluripartenariales.
- Diffuser une plaquette pédagogique sur la place des travailleurs sociaux dans l'accompagnement de personnes en exclusion souffrant de troubles psychiatriques.

La question évaluative concernant cet axe d'action est la suivante : dans quelle mesure le plan a-t-il permis d'améliorer l'accès aux soins (diagnostic et orientation) et la continuité des prises en charge des troubles psychiques des personnes en situation de précarité et d'exclusion ?

Pour répondre à cette question, le comité d'évaluation a réalisé des entretiens avec la FNARS et la DGCS. Un entretien est prévu avec Alain MERCUEL. Parallèlement, des membres du comité d'évaluation ont participé à la 4ème journée nationale des équipes mobiles Psychiatrie Précarité, afin de rencontrer ces acteurs. Une analyse documentaire a été également réalisée.

B. Conclusions provisoires

Pour ce qui concerne la création ou le renforcement de 50 EMPP, le comité d'évaluation a pu constater que 92 équipes ont été créées entre 2005 et 2008, soit 42 de plus que l'objectif visé par le PPSM (126 EMPP en janvier 2011). Ce dispositif est encadré, comme prévu, par une circulaire publiée en novembre 2005.

En termes qualitatifs, les EMPP, dont les interventions sont relativement proches des associations de lutte contre l'exclusion, sont jugées novatrices. Une coordination se construit notamment avec les secteurs et les PASS psychiatriques. Cependant, les moyens semblent très modestes au regard de l'ampleur de la tâche.

La participation des services de psychiatrie publique au dispositif Lits Halte Soins Santé n'apparaît, quant à elle, pas effective à l'heure actuelle, bien qu'une circulaire de 2006 relative au LHSS préconise des conventions avec le secteur psychiatrique. Les informations recueillies sur ce dispositif par le comité d'évaluation sont maigres : 670 Lits Halte Soins Santé ont été créés entre 2005 et 2008. A ce jour, il en existe 1 171. 11% des pathologies rencontrées relèvent de la psychiatrie mais rien n'indique un rapprochement avec les services de psychiatrie.

Pour ce qui concerne la **diffusion d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluripartenariales**, le comité d'évaluation considère que cette mesure manque de clarté et de précision.

Dans les faits, des journées interrégionales ont été organisées par l'ONSMP mobilisant des acteurs du soin psychiatrique et du suivi social, afin de discuter sur des sujets tels que le rôle des élus, la problématique du logement des personnes souffrant de troubles psychiatriques, le changement de regards,... Ces journées ont permis de riches échanges de points de vue

et d'expériences, mais n'ont pas donné lieu à l'élaboration d'outils méthodologiques à proprement parler.

Le plan prévoyait également la **réalisation et la diffusion d'une plaquette pédagogique sur le thème « *Souffrance psychique, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du travailleur social* »**. Cette plaquette a été réalisée en 2006. Un CD Rom a été diffusé et utilisé par les organismes de formation des travailleurs sociaux, sans que des données précises soient disponibles à ce sujet. Des demandes émergent cependant encore sur le rôle et la place des travailleurs sociaux. Un guide « *Précarité et santé mentale : repères et bonnes pratiques* » a été édité par la FNARS en 2010. Il vise un public plus large.

De manière générale, le comité d'évaluation a estimé que, sur ce volet, le plan a, a priori, permis une avancée vers le repérage et la prise en charge des problèmes de santé mentale et de psychiatrie des personnes en situation de précarité grâce aux EMPP. En revanche, il a échoué dans sa tentative de rapprocher les acteurs de la lutte contre l'exclusion et les professionnels de la psychiatrie, ces derniers restant peu sensibilisés à l'accueil de ce public. En outre, le problème des personnes « hors secteur » se règle toujours au cas par cas. Au final, si le repérage et le diagnostic des problèmes de santé mentale progressent, l'accès aux soins proprement dit reste délicat, ainsi que la question du logement à la sortie.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Les membres de l'atelier ont mis en évidence certains problèmes spécifiques à ce public :

- Les personnes en situation de précarité constituent une population dont la prise en charge est au carrefour de compétences relevant de différentes politiques publiques : la politique de lutte contre l'exclusion, d'une part, menée en particulier par les DRJSCS/DDCS, et la politique de santé publique d'autre part, pilotée par les ARS. Ainsi, d'après la FNARS, les structures d'hébergement du public en situation précaire (CHRS principalement) sont environ 2 200 en France, représentant 45 000 places et environ 600 000 nuitées par an. Environ 30% du public accueilli est atteint de troubles psychiatriques ou en réelle souffrance psychique.
- A la sortie de l'hôpital ou bien de la prison, quand il n'y a pas d'entourage, il est difficile de trouver une solution d'hébergement ou de logement.

Au sujet des équipes mobiles psychiatrie - précarité, les participants de l'atelier partagent les conclusions du comité d'évaluation et s'accordent à dire que ce dispositif offre un service de qualité avec des interventions jugées novatrices qui engagent une coordination entre les différents dispositifs existant par ailleurs. Les EMPP expérimentent certains services. Pour exemple, certaines ont mis en place des permanences de juristes. Elles peuvent également être amenées, pour des situations complexes, à mettre en place des consultations, bien que leur rôle premier soit de passer le relais. Elles allient ainsi compétences sociales et de soins. Pour certains interlocuteurs, les EMPP réalisent des tâches préalablement effectuées par les secteurs. Elles apportent la réactivité que les secteurs n'ont plus tout à fait. Cependant, elles bénéficient de moyens trop faibles au regard de leurs missions et l'obtention de financements partagés entre les DRJSCS et les ARS peut parfois s'avérer délicate.

Concernant le dispositif Lits Halte Soins Santé, pour lequel un rapprochement était recherché avec les équipes psychiatriques, l'atelier soulève la difficulté d'atteindre l'objectif compte tenu de ses modalités de fonctionnement :

- Le séjour dans les LHSS est limité à deux mois. Le secteur n'assimile donc pas ces places à un domicile.

- Les critères d'inclusion dans les LHSS ne tiennent pas compte des personnes souffrant des pathologies au long cours :

Ce sont les EMPP qui prennent donc en charge les bénéficiaires de Lits Halte Soins Santé en souffrance psychique.

In fine, pour les personnes qui ne bénéficient d'aucune ressource et d'aucune prise en charge sanitaire, il n'existe pas encore de dispositif pour les accueillir.

Sur les éléments méthodologiques de prise en charge pluridisciplinaire et le rôle des travailleurs sociaux, un certain nombre d'actions ont été effectivement réalisées. Cependant, elles n'ont pas abouti à développer de nouvelles pratiques, ni des outils méthodologiques à proprement parler. Aujourd'hui, la rencontre souhaitée par le plan entre les travailleurs sociaux et les équipes soignantes est effective, mais à l'échelle des territoires de proximité, dans le cadre d'initiatives locales, hors plan.

6.3.3 Perspectives et recommandations faites par l'atelier 3

A l'issue de l'atelier, les participants ont repris et complété les perspectives proposées par le comité d'évaluation sur l'accompagnement social et médicosocial, d'une part, et sur la prise en charge des publics en exclusion d'autre part. Ils ont ajouté des pistes de préconisation relatives à l'approche territoriale nécessaire pour la mise en œuvre d'une politique de psychiatrie et de santé mentale.

Sur le volet accompagnement social et médico-social, les propositions sont les suivantes :

- inclure dans la formation initiale des travailleurs sociaux des modules de sensibilisation à la santé mentale et à la psychiatrie, et, dans la formation des personnels soignants, des modules de sensibilisation à l'action du secteur social et médico-social ;
- prévoir des formations continues pour favoriser la capillarité des cultures sanitaires, médico-sociales et sociales ;
- réaffirmer le principe de complémentarité et non de subsidiarité des soins et de l'accompagnement social et médico-social, en le déclinant à l'échelle du territoire ;
- soutenir la diversité des initiatives de GEM avant de penser à une évaluation très cadrée du dispositif ;
- faire de l'évaluation des besoins un outil d'intégration entre les différents acteurs, favorisant l'évaluation partagée.

Sur le volet lutte contre les exclusions, l'atelier propose de :

- promouvoir et faire connaître les dispositifs existants ;
- pérenniser ces dispositifs qui apportent un service de qualité ;
- veiller à ce qu'ils couvrent l'ensemble des territoires, notamment ruraux ;
- valoriser et soutenir les initiatives locales en matière de collaboration ;
- évaluer les dispositifs EMPP en lien avec les PASS psychiatriques dans le secteur et les pérenniser grâce à des moyens adéquats ;
- suivre l'expérimentation Housing First, qui débute dans quatre villes (Marseille, Toulouse, Lille, Paris)

Concernant l'approche territoriale, les acteurs représentés dans l'atelier regrettent que le plan n'ait pas permis une réelle concertation de tous les acteurs au niveau des territoires. En effet, la définition d'espaces communs, ainsi que le besoin d'un portage politique fort apparaissent aujourd'hui fondamentaux. Les Conseils locaux de santé mentale paraissent, toutefois, constituer un lieu pertinent pour la rencontre entre les différents acteurs.

A noter, de plus, que la loi HPST a inscrit la notion de territoire de santé et de convention de territoire. La FNARS souligne la nécessité que les ARS s'emparent de ces conventions pour définir des orientations avec les acteurs du sanitaire, du social, du médico-social et du logement. Cependant, si le territoire de santé correspond à une « aire de cohérence » pour l'ensemble des activités médico-sociales et de santé, il ne correspond pas au territoire de vie des patients, qui est variable selon les circonstances.

Cependant, les modalités actuelles de financement des dispositifs vont à l'encontre de ce mode d'organisation, puisqu'elles se basent sur des appels à projets lancés par les différents financeurs pour tel type de structure ou tel public. Cela contribue au cloisonnement des acteurs. Les participants de l'atelier évoquent alors la nécessité de constituer des appels à projets communs, notamment entre ARS, DDCS et conseils généraux.

Aussi, le prochain plan doit-il prévoir :

- l'intégration de cette notion de territorialisation pour :
 - proposer des formations communes aux différents acteurs ;
 - évaluer les besoins ;
 - définir des projets communs ;
 - agir auprès de personnes, y compris en situation de crise.
- la nomination d'un correspondant psychiatrie - santé mentale dans les ARS ;
- la pérennisation des dispositifs existants, de qualité, ainsi que des moyens financiers adaptés.

Les participants insistent sur la nécessité d'envisager la mise en œuvre du plan à deux niveaux :

- un premier niveau où sont identifiés et programmés les dispositifs, structures et moyens à développer en fonction des besoins,
- un deuxième niveau correspondant à la déclinaison territoriale du plan, déclinaison qui doit pouvoir s'adapter au contexte.

Enfin, ils remarquent que des données existent sur les territoires et qu'il serait intéressant qu'elles soient prises en considération par le niveau national. Au final, il apparaît aux différents participants que le savoir faire territorial doit davantage être utilisé.

6.3.4 Les informations complémentaires apportées en séance plénière

Les interventions réalisées en séance plénière ont conforté les discussions ayant eu lieu au cours de l'atelier.

Ainsi, les interventions confortent l'idée que les conseils locaux de santé mentale constituent la solution la plus simple pour faire le lien entre les secteurs sanitaire, social et médico-social. Cependant, ces dispositifs présentent deux problèmes : ils sont « personnes dépendants » et deuxièmement, ils demandent un investissement en sus de l'activité professionnelle de chacun. La création de postes de coordonnateur apparaît nécessaire.

Pauline RHENTER informe qu'il existe 90 conseils locaux de santé mentale, correspondant à environ 130 villes. La coordination est d'ores et déjà financée par les villes seules, par les villes et les établissements de santé, voire par de multiples financeurs.

L'offre de places dans le secteur médico-social est l'objet d'autres commentaires. Un des participants rappelle ainsi que la psychiatrie publique et privée a perdu entre 30 et 40 000 lits depuis 1985. Selon lui, dans la mesure où ces lits ne sont pas remplacés dans le secteur médico-social, il n'est pas possible de trouver des solutions adaptées aux personnes n'ayant plus leur place à l'hôpital. Une autre intervenante indique que des solutions de logement sont généralement trouvées pour les patients souffrant de schizophrénie. A l'inverse, il est très difficile de trouver des structures spécialisées pour accueillir des personnes souffrant de pathologies neurologiques ou psychiatriques accompagnées des troubles du comportement, ou bien des patients qui ne sont pas encore stabilisés. A titre d'exemple, un seul centre d'hébergement en France accueille les personnes autistes.

Concernant les équipes mobiles, un des intervenants émet l'idée de développer des équipes généralistes, pour les territoires dont la taille ne permet pas la création d'une EMPP. A contrario, Alain MERCUEL du CHS Ste Anne estime que ces équipes ne pourraient pas répondre à la demande, les équipes spécialisées étant déjà débordées et ayant des moyens inadéquats pour réaliser leur mission. Il rappelle, par ailleurs, qu'une EMPP doit s'inscrire dans le projet d'un établissement et doit donc être intersectorielle.

Enfin, les dispositifs d'insertion au travail sont évoqués. Claire LEROY-HATALA, de l'Agence Entreprise Handicap nuance l'idée selon laquelle les actions en faveur de l'insertion professionnelle en milieu ordinaire sont rares. Pour elle, la difficulté tient à la réticence des personnes handicapées psychiques à être reconnues travailleurs handicapés, reconnaissance qui conditionne bien souvent l'accès aux dispositifs. Patrice VAN AMERONGEN du comité d'évaluation confirme ce constat et affirme que la France est en retard dans le domaine des politiques de retour à l'emploi des personnes handicapées en général. Pascal CACOT, médecin directeur général de l'association SPASM (Société parisienne d'aide à la santé mentale) souligne qu'il y a énormément de choses qui sont faites dans le domaine de l'insertion professionnelle des personnes handicapées, mais elles ne sont pas connues.

6.4 Atelier 4 : Mise en œuvre régionale du Plan Psychiatrie et Santé mentale

6.4.1 Le PPSM une démarche régionale active et concertée

A. Ce qui est évalué

Le plan Psychiatrie et Santé mentale prévoyait deux niveaux de suivi de sa mise en œuvre :

- un suivi national reposant sur un comité technique national de suivi et une instance nationale de concertation réunissant le comité technique nationale de suivi.
- un suivi régional via un réseau de correspondants régionaux, responsables des questions de santé mentale et des Commissions régionales de concertation en santé mentale (CRCSM).

A l'échelle régionale, le plan envisageait notamment que :

- L'élaboration et la mise en œuvre du volet obligatoire "psychiatrie et santé mentale" des SROS 3 prennent en compte les orientations du PPSM, en lien avec la planification sociale et médico-sociale et les PRSP ;
- la négociation des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé ayant une activité de psychiatrie et les ARH soit accélérée ;
- les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie comportent un volet relatif aux handicaps psychiques ;
- les CRCSM s'impliquent dans la mise en œuvre du plan.

Dans ce cadre, plusieurs questions sur le sujet de la mise en œuvre régionale ont été proposées aux participants de l'atelier.

- Quelles synergies entre les impulsions du PPSM 2005-2008 et les dynamiques propres aux régions ?
- Avec la mise en place des ARS, un plan national psychiatrie et santé mentale a-t-il encore un sens ?
- Comment prolonger au niveau régional l'effort de soutien aux associations ? (interlocuteurs dédiés dans les ARS, etc.).

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Peu d'éléments disponibles permettent au comité d'évaluation de porter un jugement sur l'efficacité de la mise en œuvre régionale du plan, d'où le souhait de traiter cette question lors de la conférence évaluative.

Les analyses conduites par le comité d'évaluation mettent néanmoins en évidence :

- une forte mobilisation des régions sur les actions de renforcement de la prise en charge sanitaire et de l'accompagnement social ;
- la mobilisation des GRSP sur la promotion de la santé mentale ;
- une forte mobilisation des régions sur les actions relatives au renforcement des droits des malades et au soutien des associations d'usagers ;
- une faible mobilisation des régions sur les actions visant à améliorer l'exercice des professionnels de santé ;
- une mise en œuvre tardive des comités pérennes des usagers (dans 13 régions selon le dernier bilan de suivi).
- une intégration d'usagers de la santé mentale dans les CRCSM (peu d'informations sur leur composition effective) ;
- un faible engagement des régions sur l'axe "recherche" du plan,
- la mobilisation des régions dans les actions ciblées sur certains publics : précarité sociale (équipes mobiles santé précarité), souffrance psychique (lieu d'écoute, groupes de parole, etc.), personnes âgées, actions santé-justice, mesures de lutte contre la dépression et le suicide, périnatalité, jeunes d'âge scolaire (engagement des régions sur l'expérimentation d'une évaluation rapide des troubles psychiques repérés en milieu scolaire)

Deux présentations sont par ailleurs venues éclairer ces constats en introduction de l'atelier :

- la mise en œuvre du PPSM en région Rhône alpes, caractérisée par une grande ambition à couvrir les différents volets, facilitée par un engagement important et préalable des partenaires locaux ;

- une présentation des actions engagées en Seine St Denis en lien avec le PPSM.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Sur le premier volet de questionnaire "*Quelles synergies entre les impulsions du PPSM et les dynamiques propres aux régions ?*", les échanges de l'atelier ont permis de dresser les constats suivants :

- vu du niveau régional, le plan a eu un effet indéniable de mobilisation des acteurs (professionnels, associations, administrations) et de légitimation d'une politique de santé mentale. Cependant, cette mobilisation s'est faite à des degrés variables d'une région à l'autre, selon que la problématique de la santé psychique était déjà portée par l'administration ou à l'inverse qu'elle ne constituait pas une priorité.
- ainsi selon les cas le plan a eu pour effet de :
 - "booster" la démarche, là où le contexte était moins favorable ;
 - "démultiplier les efforts", là où la mobilisation antérieure était déjà forte.
- néanmoins, tous les participants partagent le sentiment d'un certain "abandon en cours de route de cette dynamique", depuis 2007, année de l'arrêt des rencontres des correspondants au niveau national.
- le plan s'est effectivement traduit par un investissement sur les différents axes d'intervention de manière plus ou moins intense, permettant une certaine mise à niveau des établissements (création de places notamment). Cependant, les participants ont rappelé que cette mise à niveau ne fait que rattraper une situation antérieure caractérisée pour une insuffisance de moyens.
- le plan a permis un rapprochement entre les professionnels et les associations, notamment dans le cadre des CRCSM. Cependant, les participants à l'atelier soulignent que ce rapprochement ne doit pas se limiter aux associations d'usagers et de familles, il doit s'étendre à tout le secteur social.
- à l'inverse, le plan ne semble pas avoir permis le rapprochement avec les collectivités locales (villes, EPCI, conseils généraux), concernées au premier chef par les questions de logement, d'ordre public, d'action sociale.
- Les CLSM sont essentiels dans ce contexte.

En marge de la thématique de l'atelier, quelques points ont largement été abordés. Ils ouvrent des perspectives pour la poursuite de la réflexion :

- l'élaboration d'une doctrine sur la place respective des différentes réponses (sanitaire et sociale) face à la maladie mentale. L'établissement de cette doctrine est-elle l'affaire de l'État (central ou des ARS) ou des professionnels ? Cette question fait débat.
- les principes de délégation des tâches (qui fait quoi ?) doivent-ils relever d'une "doctrine" nationale ou d'une adaptation locale aux éléments de contexte ?
- concernant l'équité du traitement de patients, quel niveau pertinent pour garantir l'équité de traitement des patients d'un territoire à l'autre, en matière d'HDT ? Les décisions administratives d'hospitalisation sans consentement prises par certains préfets semblent davantage sous-tendues par des préoccupations d'ordre public, et ainsi éloignées des "doctrines" de soins.

6.4.2 Perspectives et recommandation faites par l'atelier 4

En réponse à la question "Avec la mise en place des ARS, un Plan national Psychiatrie et santé mentale a-t-il encore un sens ?", le débat a abouti à un consensus concernant la répartition des rôles entre le niveau national et régional attendue pour l'avenir.

- Les rôles attendus de l'État sont ceux d'une impulsion, d'une légitimation des grandes orientations (mise en évidence de l'importance des problématiques de santé mentale) mais également d'une garantie d'équité territoriale et d'une animation du réseau des acteurs régionaux ;
- Le rôle des acteurs régionaux est de mettre en œuvre ces orientations, en les adaptant aux contextes locaux (socio-économiques, géographiques, démographie médicale) ;
- Il y a donc une articulation à construire entre une orientation nationale et une stratégie régionale ;
- Il est également attendu de l'État la définition d'un cadre d'intervention clair et partagé (objectifs, indicateurs), qui permettrait d'une manière homogène et comparative de mesurer le chemin parcouru (par rapport à la situation antérieure où l'on remarque une insuffisance des éléments de bilan disponibles pour le plan 2005-2008).
- De ce point de vue, certains acteurs notent que la VAP n'est pas allée au bout de son potentiel et mériterait une poursuite de la démarche. D'autres, à l'inverse, réfutent la dimension trop comptable ou "technocratique" de cette démarche.

Les réponses à la question "Comment prolonger au niveau régional l'effort de soutien aux associations ?" avancent deux propositions.

- Les associations ont clairement leur place dans la mise en œuvre et le suivi des politiques en matière de handicap psychique, toutefois elles sont généralement organisées à l'échelle départementale avec les conseils généraux pour interlocuteurs privilégiés dans le cadre des schémas personnes handicapées. Or, aujourd'hui avec les ARS, on constate un changement d'échelle (régionale) auquel les associations doivent s'adapter afin de trouver leur place.
- De manière plus générale, il y a une nécessité de continuer à affiner les échelles territoriales pertinentes en matière de santé mentale. Les participants à l'atelier considèrent qu'il y a un hiatus entre le PPSM et la sectorisation : le PPSM ne s'applique pas à l'échelle des secteurs, qui reste la référence des professionnels.

6.4.3 Les informations complémentaires apportées en séance plénière

L'assemblée a formulé des perspectives et recommandations à l'attention d'un futur plan plutôt que des remarques sur les réalisations du PPSM 2005-2008.

- Concernant l'organisation régionale des associations, la fédération AGAPSY projette de fédérer les associations départementales en coordination régionale. Il existe déjà la coordination d'Ile de France et de Rhône-Alpes. D'autres sont en voie d'organisation. Ces coordinations régionales ont l'ambition de devenir les interlocutrices directes des ARS.
- Il est indispensable, à court terme, de prévoir une formation de l'ensemble des soignants (pour tous les métiers y compris psychiatres) à l'activité de secteur sous la forme d'un DU ou autre diplôme et probablement au niveau régional. Effectivement,

le secteur sanitaire a acquis un savoir faire qui risque de décliner avec le départ des infirmiers de formation psychiatrique et les psychiatres publics. Les jeunes professionnels qui les remplacent sont issus de filières généralistes.

Charles ALEZRAH du Centre Hospitalier de Thuir, précise que, concernant la délégation des tâches, il serait important de s'interroger sur le type de formation des psychologues cliniciens. Dans beaucoup de pays, les psychologues cliniciens sont formés en très grande partie à l'hôpital car il existe des internats de psychologie qui durent quatre ans et qui sont assez similaires aux internats de médecine.

- Maryse SIMONET, médecin inspecteur pour la santé mentale, propose que les conclusions qui ont été évoquées dans cet atelier prennent en compte deux éléments de compréhension : celui de la décentralisation et de l'articulation des différents niveaux de responsabilité d'une part, l'articulation entre les professionnels et les administrations, d'autre part. Il ne faut pas que cela ne soit pas dichotomique. Pour les principes de délégation par exemple, il y a peut-être une répartition entre les différents acteurs : "qui est le mieux placé pour faire avancer le sujet ?"

Aussi, les participants mentionnent différents travaux à considérer dans le cadre de l'évaluation.

- Il y a actuellement une enquête régionale sur les hospitalisations d'office conduite par l'OMS. Plusieurs régions y participent notamment la région Ile-de-France. Il s'agit d'une enquête épidémiologique.
- Corinne MARTINEZ de l'ARS Rhône-Alpes, indique que, sur la question de psychologues, un cahier des charges a été proposé en Rhône-Alpes (par l'ARS) concernant des stages de mise en situation des psychologues cliniciens, à la fois dans le domaine du somatique et du psychiatrique. Ce cahier des charges a été proposé à l'Institut de psychologie de Lyon et à certains territoires dans la région Rhône-Alpes. Néanmoins, du fait de la réforme universitaire il n'a pas été possible de concrétiser le dispositif.

6.5 Atelier 5 : Prévention et prise en charge des enfants et des adolescents

6.5.1 Le repérage et la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants

A. Ce qui est évalué

Le PPSM mettait en évidence qu'un enfant sur huit souffrirait de troubles mentaux communs (conclusions de l'expertise collective de l'INSERM). Dans ce contexte, il existe la nécessité de repérer plus précocement les signes d'appel afin de permettre une prise en charge sans retard préjudiciable.

Afin d'améliorer la prévention et le repérage précoce, le plan prévoyait les mesures suivantes :

- l'élaboration d'un outil de repérage précoce des troubles de développement des enfants et des manifestations de souffrance psychique des adolescents pouvant être utilisé comme référentiel de formation ;
- l'expérimentation de procédures permettant une évaluation rapide des troubles et souffrances identifiés en milieu scolaire.
- la rédaction et la mise en œuvre d'une circulaire sur le volet périnatalité ;

- le recrutement de psychologues dans les maternités.

Pour évaluer l'efficacité des actions prévues et réalisées sur le repérage et la prévention, le comité d'évaluation a formulé les questions suivantes :

- dans quelle mesure le plan a-t-il permis d'améliorer la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants en périnatalité ?
- dans quelle mesure le plan a-t-il permis d'améliorer le repérage et la prévention des troubles psychoaffectifs des enfants ?

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Afin de collecter des informations susceptibles de nourrir le débat, des auditions avec la DGS, la DGOS et Philippe JEAMMET, pédopsychiatre, ont été réalisées, ainsi qu'une analyse documentaire focalisée principalement dans le bilan d'activité du PPSM, et les lettres de la MNASM.

Suite à cette première vague d'investigations, le comité d'évaluation a tenu à formuler un certain nombre de conclusions.

En ce qui concerne les apports du plan :

- 209 postes de psychologues en périnatalité ont été créés ;
- des initiatives dans le repérage ont été menées. Conformément à ce qui était prévu dans le plan Psychiatrie et Santé mentale, un référentiel d'observation "*repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et adolescents*" destiné aux médecins de première ligne (médecins de PMI et de santé scolaire) a été élaboré par la FFP en lien avec la HAS, afin d'aider au repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique. Ce référentiel a ainsi été utilisé lors de sept sessions de formation de formateurs (quatre en 2005/2006 et trois en 2007) organisées par l'École Nationale de la Santé Publique (aujourd'hui École des Hautes Études en Santé Publique – EHESP) dans quatre inter-régions : Paris, Sète, Rennes et Lyon. Elles ont réuni environ 150 professionnels (psychiatres, médecins scolaires ou de PMI).
- Enfin, le plan a permis de financer une expérimentation de procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels spécialisés des troubles et souffrances psychiques repérés en milieu scolaire ("*dispositif contacts*"), conduite par les ministères de la Santé et de l'Éducation nationale. Celle-ci a été engagée dans 15 régions et entièrement réalisée à l'issue du plan dans quatre régions.

Malgré ces initiatives, le comité d'évaluation constate un certain nombre de limites :

- les actions visant les problématiques de repérage, de qualité et de continuité de la prise en charge restent insuffisantes ;
- les initiatives restent inachevées (outil de repérage peu diffusé).

Enfin, selon ses membres, la pédopsychiatrie française se caractérise pour une faible pénétration des connaissances issues de la littérature internationale scientifique.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

Pour ce qui concerne le repérage précoce des troubles de développement chez les enfants et des souffrances psychiques chez les adolescents, les participants indiquent que les difficultés persistantes de prise en charge des patients réduisent l'intérêt d'un repérage précoce (ce repérage implique de pouvoir mettre en œuvre les moyens de prise en charge adapté, ce qui n'est actuellement pas le cas).

Bien que les centres experts aient permis d'améliorer le repérage précoce, la prise en charge par les équipes de terrain fait difficulté, particulièrement dans le secteur privé où les actes des psychologues ne sont pas remboursés par l'Assurance maladie. Les professionnels des structures psychiatriques présents dans l'atelier, ont ainsi noté que cette réalité les décrédibilise face aux familles, auxquels ils donnent des protocoles de prise en charge qui ne peuvent être mis en place effectivement.

Pour ce qui concerne la périnatalité, les participants de l'atelier considèrent que les apports du plan concernant ce volet ont été favorisés par le Plan national Périnatalité qui a largement contribué à un déploiement efficace du PPSM sur le terrain.

Enfin, concernant l'expérimentation d'évaluations rapides de troubles psychiatriques en milieu scolaire, l'absence de l'Éducation nationale dans la conférence évaluative n'a pas permis d'approfondir le sujet.

6.5.2 La prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents et la continuité des prises en charge

A. Ce qui est évalué

De manière complémentaire aux éléments de diagnostic mentionnés plus haut concernant le repérage et la prévention des troubles, le plan observait une croissance rapide de l'effectif des enfants et des adolescents suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ainsi qu'une difficulté de coordination et de continuité des soins.

Il prévoyait en ce sens les mesures suivantes :

- la réalisation d'un état des lieux sur les collaborations entre équipes pédagogiques et CMP ;
- la réalisation d'une étude sur les mineurs sous main de justice ;
- le renforcement des moyens humains ;
- le renforcement des moyens d'intervention des équipes ;
- la finalisation d'un cahier des charges des maisons des adolescents.

Les questions évaluatives sur ce volet sont les suivantes :

- dans quelle mesure le plan a-t-il permis d'améliorer la prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents ?
- dans quelle mesure la continuité des prises en charge est-elle assurée entre l'adolescence et l'âge adulte ?

B. Conclusions provisoires du comité d'évaluation

Afin de collecter des informations susceptibles de nourrir le débat, des auditions avec la DGS, la DGOS et Philippe JEAMMET ont été réalisées, ainsi qu'une analyse documentaire focalisée principalement dans le bilan d'activité du PPSM et les lettres de la MNASM.

Les travaux menés par le comité d'évaluation l'ont conduit à identifier les apports suivants :

- la réalisation d'un état des lieux des collaborations entre équipes pédagogiques et CMP en 2005 ;
- la réalisation d'une étude sur les jeunes placés sous main de justice (celle-ci n'a pas été réalisée durant la période du plan mais doit se mettre en place rapidement) ;
- la création de nouvelles Maisons des adolescents (environ 100 à ce jour) a permis une meilleure prise en charge des adolescents ;
- un certain renforcement du financement de postes dans les secteurs de pédopsychiatrie et structures médico-sociales.

Le comité d'évaluation a également souhaité mettre en évidence certains problèmes auxquelles la pédopsychiatrie est confrontée aujourd'hui en France :

- la France compte avec un nombre de pédopsychiatres plutôt élevé en comparaison au reste des pays développés mais la prise en charge des patients se révèle difficile du fait d'un manque de lits pour les urgences et plus généralement de structures d'aval ;
- l'articulation entre les domaines sanitaire, social, éducatif et pédagogique reste complexe, ce qui ne facilite pas la prise en charge. Le travail collectif est encore insuffisant ;
- il semble essentiel de conduire un débat sur le niveau de satisfaction des familles, des enfants et des adolescents vis à vis de l'offre ;
- enfin, si le PPSM ciblait des problématiques réelles, la formulation des objectifs était peu précise. Ainsi, les mesures ne pouvaient pas, à elles seules, permettre d'atteindre ces objectifs.

C. Les réactions collectées dans l'atelier

L'atelier a permis de mettre en exergue un certain nombre de difficultés propres à la pédopsychiatrie :

- tout d'abord, il est difficile d'avoir une vision claire de la situation démographique de la pédopsychiatrie, et ce pour plusieurs raisons :
 - la pédopsychiatrie ne constitue pas en tant que telle une spécialité ;
 - la pédopsychiatrie et la psychiatrie relèvent de la même catégorie ;
 - dans certains cas, les postes de psychiatrie sont affectés à d'autres services que la pédopsychiatrie - par exemple, aux services de maternité.
- par ailleurs, le recrutement en pédopsychiatrie pose problème. Étant donné la pénurie de psychiatres, les postes destinés à être occupés par des pédopsychiatres sont effectivement occupés par des professionnels non spécialisés en psychiatrie (médecins généralistes ayant suivi un DU de psychiatrie).

- dans le secteur de la pédopsychiatrie, le rôle, les missions et les compétences des psychologues sont source de tensions ;
- pour ce qui concerne la place des infirmiers, les participants estiment également nécessaire de repenser leur rôle. Des formations mériteraient notamment d'être développées afin d'adapter leur rôle aux besoins du secteur pédopsychiatrique.
- enfin, il est fréquent que les services de psychiatrie souffrent plus que d'autres des déficits financiers des hôpitaux généraux.

Ces difficultés nourrissent un **besoin grandissant de "définition des métiers"**. Les membres de l'atelier estiment ainsi nécessaire de repenser la prise en charge des patients en cohérence avec une redistribution des compétences des professionnels.

Par ailleurs, il y a parfois des **tensions entre prise en charge thérapeutique et éducative**. Certains parents d'enfants ou d'adolescents souffrant des troubles du comportement ou d'attention demandent à bénéficier d'une prise en charge dans le champ du handicap. Le statut d'enfant handicapé permet une prise en charge financière et éducative (AVS), justifiant à leurs yeux cette procédure. Or, la prise en charge au titre du handicap est exclusivement éducative, ce qui s'avère problématique dans le cas d'enfants souffrant de troubles du comportement. Les participants soulignent la nécessité d'offrir à ces enfants un accompagnement éducatif et thérapeutique, qui n'est pas toujours rendu possible aujourd'hui.

Par ailleurs, les participants à l'atelier ont également soulevé la difficulté persistante à travailler avec l'Éducation nationale, difficulté renforcée par l'exclusion de la médecine scolaire du périmètre des ARS. Cette configuration renforce le manque de travail conjoint et de collaboration entre le secteur sanitaire et l'Éducation nationale.

En ce qui concerne la prise en charge des adolescents, bien que les Maisons des adolescents jouent aujourd'hui un rôle important dans la prise en charge, des problèmes persistent encore, à savoir :

- sur le terrain les Maisons des adolescents ne sont pas homogènes :
 - les financements varient très largement d'une Maison à une autre (limitant l'action) ;
 - le plan a apporté des financements d'amorçage. Cependant le relais des CG et/ou autres financeurs n'est pas toujours en rendez-vous ;
 - Malgré ces problématiques, les participants semblent d'accord pour dire que les maisons des adolescents :
 - contribuent à la lutte contre la stigmatisation de ce public spécifique ;
 - facilitent le travail en commun ;
 - facilitent la transition entre les soins pédiatriques et les soins adultes ;
 - facilitent la continuité de soins entre somatique et psychiatrique.

6.5.3 Perspectives et recommandation faites par l'atelier 5

Les participants concluent que le Plan n'a pas pris en compte tout le panel des possibilités de prise en charge des enfants et des adolescents. Les participants à l'atelier soulignent ainsi la nécessité de faire évoluer la pédopsychiatrie et que celle-ci soit plus à l'écoute des demandes des parents, mais également plus active sur les aspects éducatif et pédagogique.

Face à ces constats et aux problématiques persistantes, la conférence évaluative a permis de formuler deux recommandations principales :

- évaluer les différents dispositifs de prise en charge pour construire une politique de santé publique pertinente et répondant mieux aux besoins des usagers.
- réaliser un recensement des programmes de prévention et de promotion de la santé mentale chez les enfants et les adolescents au niveau national et international.

6.5.4 Les informations complémentaires apportées en séance plénière

L'assemblée a formulé un certain nombre de remarques sur le lien entre la pédopsychiatrie et le champ du handicap, notamment à travers le rôle des MDPH :

- ce n'est pas un cheminement vers le handicap que les parents choisissent en s'adressant à la MDPH, c'est un accès à des droits civiques. La MDPH est d'abord et avant tout un espace pour faire reconnaître ses droits à partir d'un diagnostic de la situation qui comprend les soins. Il n'y pas les compétences dans les MDPH pour définir les soins dont l'enfant a besoin mais il y a dans toutes les MDPH des projets personnalisés et des préconisations en matière de soin. Les Maisons départementales de la santé et de l'autonomie pourraient jouer un rôle dans cette problématique.
- Roselyne TOUROUDE de l'UNAFAM mentionne qu'il y a effectivement des parents qui décident de retirer leurs enfants de la voie de la prise en charge psychiatrique pour les amener vers une prise en charge par la MDPH (notamment dans le cas de l'autisme et des troubles envahissants pour les amener vers les méthodes ABA et permettre leur prise en charge financière). Cependant le passage par la MDPH et le handicap n'est pas incompatible avec le soin en pédopsychiatrie. Il y a énormément de parents qui font suivre leurs enfants par des équipes de pédopsychiatrie et qui s'adressent à la MDPH pour avoir accès à des aides spécifiques (AEEH ou ses compléments, prestation de compensation handicap) ainsi que pour pouvoir accéder au remboursement partiel de certains frais (psychomotricité, psychologues...). Ainsi, il n'y a pas lieu d'opposer la MDPH à la prise en charge psychiatrique.
- Gilles GONNARD, président de l'association nationale des ITEP – AIRE, souligne que pour les enfants ou adolescents présentant des troubles du comportement importants qui sont accueillis en ITEP, la démarche à faire vers la MDPH est difficile à annoncer aux familles qui ne reconnaissent pas toujours le handicap.
- Roger TEBOUL, président de l'ALPI, remarque que la création des MDPH et la loi de 2005 n'ont que très peu tenu compte des enfants et du handicap psychique. Cette loi ne prend pas en compte la difficile reconnaissance de ce handicap. Comment rendre compte de cette maladie invisible et comment accompagner les parents dans leurs démarches ? M. TEBOUL souligne également que, lorsque l'on parle de handicap

psychique et de sa prise en charge, une alliance à géométrie variable existe entre l'école (AVS), le domaine social, le domaine sanitaire et les familles.

Ces constats font néanmoins débat entre participants, certains indiquant qu'il ne faut pas négliger le fait que la loi de 2005 a été l'occasion de reconnaître le handicap psychique. Néanmoins elle a mis en évidence la difficulté à évaluer les besoins des personnes handicapées psychiques. En effet, l'évaluation des besoins de ces personnes se révèle très compliquée du fait de la complexité des maladies et de la particularité des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de chacun. Elle dévoile aussi la faiblesse de l'articulation entre ces secteurs.

La prise en charge de la période de l'adolescence a également suscité différentes réactions des participants :

- Gilles GONNARD, président de l'association nationale des ITEP – AIRE : la période de l'adolescence pose problème, il y a beaucoup de jeunes de 16-25 ans qui sont en errance et sans solution. L'école est une institution qui pourrait participer à leur prise en charge. Par ailleurs, il souligne, au niveau des ITEP la nécessité de trouver une coordination et une continuité de soin cohérente pour les enfants qui entrent dans l'adolescence puis dans l'âge adulte.

Aussi, pour ce qui concerne le manque de lits en hospitalisation, M. GONNARD mentionne qu'il y a des enfants de 12 ou 13 ans qui sont hospitalisés dans les services adultes ;

- il est également souligné que les adolescents ne sont pas uniquement pris en charge par des pédopsychiatres. Les psychiatres pour adultes prennent en charge des adolescents. Cela pose un problème de "territorialité", qui peut parfois devenir conflictuel. Les choses sont coupées sur le terrain entre la pédopsychiatrie qui prend en charge les plus jeunes et les psychiatres les plus grands. Il serait intéressant de définir une "psychiatrie adolescente". Il serait également intéressant de savoir précisément qui s'occupe des adolescents dans les Maisons des adolescents : des psychiatres, des pédopsychiatres, des somaticiens pour adultes, des pédiatres ?
- sur la psychiatrie infanto juvénile et la psychiatrie adulte la question se pose ainsi de savoir quelle option adopter : "saucissonner" les choses de façon à définir des équipes spécialisées dans les interventions ? Ou faut-il promouvoir des espaces spécialisés pour certains types de soin, mais qui soient fondamentalement inclus dans une diversité des interventions ? La question est ainsi de savoir s'il faut dégager des problématiques spécifiques à la prise en charge des adolescents, avec des équipes spécifiques, ou bien s'il faut s'appuyer sur ce qui existe actuellement en pédopsychiatrie et en psychiatrie générale pour élaborer de protocoles communs et articulés.

Enfin, il est noté que le collège de pédopsychiatrie à la Fédération Française de psychiatrie élabore actuellement un guide à l'intention des infirmiers et des assistants sociaux et scolaires sur le domaine de la pédopsychiatrie.

7 Conclusion

En conclusion, Bernard PERRET, co-pilote du comité d'évaluation du HCSP remercie l'ensemble des participants pour la richesse des débats et l'esprit dans lequel la conférence s'est déroulée.

Les informations apportées permettront au HCSP d'enrichir son diagnostic sur les forces et faiblesses du Plan et de mettre en évidence des problématiques non prises en compte jusque là, telles que le rôle des psychologues.

L'enseignement lié à ces informations sera donc utilisé pour répondre aux différentes questions évaluatives posées par le HCSP et pour élaborer des propositions de nouvelles orientations, qui pourraient être prises en compte dans la future politique de psychiatrie et de santé mentale.

COMPTE RENDU DE LA CONFÉRENCE ÉVALUATIVE DES 5 ET 6 MAI 2011

La santé mentale figure aujourd'hui parmi les préoccupations majeures des politiques de santé publique. En France, le plan « Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 » (PPSM) a poursuivi l'objectif de « donner à la psychiatrie un nouveau souffle au service des usagers et des acteurs ». Il insiste sur la: nécessaire continuité entre les prises en charge sanitaire, médico-sociale, et sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques. Il est articulé autour de cinq axes, comprenant 210 mesures.

Compte tenu de l'intérêt et la sensibilité du sujet, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) s'est engagé dans une évaluation du plan en lien avec la Cour des comptes, dans une démarche de complémentarité et de mutualisation des approches. Pour mener à bien son évaluation, le comité d'évaluation s'est fondé sur une analyse documentaire, de nombreuses auditions et sur deux études : l'une auprès de professionnels et d'usagers des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et l'autre sur l'impact des investissements. Une conférence évaluative à mi-parcours a permis de confronter les informations et les analyses dont disposait le comité d'évaluation avec les parties prenantes du plan : associations d'usagers, de proches, de gestionnaires d'établissements, professionnels des champs sanitaire, médico-social et social et diverses institutions. Plus de cent personnes ont ainsi participé à des séances plénières et à des ateliers les 5 et 6 mai 2011. Le présent rapport présente le compte rendu de la conférence, en indiquant les apports des séances et des différents ateliers.