PSYCHIATRIE
Et
PLAN DE SANTE MENTALE

2005-2008

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

AXE 1 UNE PRISE EN CHARGE DÉCLOISONNÉE
1.1 MIEUX INFORMER ET PRÉVENIR page 5
1.1.1 Mettre en oeuvre des campagnes grand public
1.1.2 Promouvoir la santé mentale
1.2 MIEUX ACCUEILLIR ET MIEUX SOIGNER page 7
1.2.1 Rompre l'isolement des médecins généralistes
1.2.2 Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète
1.2.3 Adapter l'hospitalisation complète
1.2.4 Faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux
1.2.5 Développer les réseaux en santé mentale
1.3 MIEUX ACCOMPAGNER page 12
1.3.1 Développer les services d'accompagnement
1.3.2 Créer des lieux d'entraide mutuelle (« clubs ») sur l'ensemble du territoire
1.3.3 Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté
1.3.4 Mobiliser les dispositifs de travail protégé

AXE 2 DES PATIENTS, DES FAMILLES ET DES PROFESSIONNELS
2.1 RENFORCER LES DROITS DES MALADES ET DE LEURS PROCHES. page 17
2.1.1 Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation.
2.1.2 Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé
2.1.3 Elargir les compétences individuelles
2.1.3 bis Elargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques
2.1.4 Expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement
2.2 AMÉLIORER L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE. page 22
2.2.1 Renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers
2.2.2 Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie

AXE 3 DÉVELOPPER LA QUALITÉ ET LA RECHERCHE
3.1 FAVORISER LES BONNES PRATIQUES page 27
3.1.1 Soutenir l'élaboration des bonnes pratiques
3.1.2 Favoriser le bon usage du médicament.
3.2 AMÉLIORER L'INFORMATION EN PSYCHIATRIE. page 29
3.2.1 Généraliser le recueil d'information médico-économique en psychiatrie
3.2.2 Consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie
3.3 DÉVELOPPER LA RECHERCHE page 29
3.3.1 Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie
3.3.2 Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale

AXE 4 METTRE EN OEUVRE DES PROGRAMMES SPÉCIFIQUES
4.1 DÉPRESSION ET SUICIDE. page 31
4.1.1 Amélioration de la prise en charge de la dépression
4.1.2 Stratégie nationale d'actions face au suicide
4.2 DES ACTIONS SANTÉ/JUSTICE page 34
4.2.1 Développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues
4.2.2 Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles
4.3 PÉRINATALITÉ, ENFANTS ET ADOLESCENTS page 38
4.3.1 Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité
4.3.2 Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents
4.4 POPULATIONS VULNÉRABLES page 41
4.4.1 Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.
4.4.2 Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale.
4.4.3 Finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe

AXE 5 METTRE EN OEUVRE, SUIVRE ET ÉVALUER LE PLAN
5.1 UN SUIVI NATIONAL DU PLAN. page 44
5.2 UNE DÉMARCHE RÉGIONALE ACTIVE ET CONCERTÉE page 44

ANNEXE 1 - ETAT DES LIEUX DE LA SITUATION FRANÇAISE

ANNEXE 2 – COÛT DES PRINCIPALES MESURES DU PLAN PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

Préambule

La santé mentale comporte trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.
Le champ de la santé mentale est donc particulièrement étendu. Plus que tout autre domaine de la santé, il recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeures. La maladie mentale a ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas. La maladie mentale, parce qu'elle altère immédiatement le rapport à l'autre, est source d'exclusion sociale, par l'incapacité de l'individu malade à s'intégrer dans le groupe et par les tabous que la maladie mentale véhicule encore. L'accroissement de la demande faite aux acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie, qui s'observe depuis plusieurs années, s'explique à la fois par une prévalence élevée des troubles, par l'impact des conditions socioéconomiques et par « un changement global de la représentation du psychiatre et de la psychiatrie dans et par l'ensemble du corps social, qui amplifie la reconnaissance du fait mental1 ». Dans une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) portant sur les 10 pathologies jugées les plus préoccupantes, on trouve cinq pathologies psychiatriques dont les troubles bipolaires et la dépression. La plupart des études épidémiologiques évaluent la prévalence sur un an des troubles mentaux entre 15% et 20%, qu'il s'agisse des enfants, des adolescents ou des adultes. Si un certain nombre de ces troubles resteront isolés, la plupart seront récurrents et nécessiteront une prise en charge de longue durée dans un cadre protégé, devant alors associer une dimension de soins psychiatrique et une dimension relative à la correction du handicap psychique qu'ils génèrent.
Les relations entre maladie mentale, déni du trouble et exclusion sont étroites, la maladie générant trop souvent la stigmatisation et l'exclusion. Celle-ci, amplifiée par le déni, entrave, à son tour, l'accès aux soins. Quelles que soient les réponses sociales attendues, la psychiatrie, qualifiée par Alexandre Minkowski comme « la plus scientifique des sciences humaines et la plus humaine des sciences », reste avant tout fondée sur la relation clinique interpersonnelle mais elle doit comporter une dimension médico-sociale.
Il s'agit donc, à partir d'une analyse des forces et des faiblesses des dispositifs de la santé mentale et psychiatrie actuels de relever le double défi de faire face à la souffrance des patients née du plus intime, et d'apporter des réponses collectives cliniques, médico-sociales ou sociales, au profit de personnes le plus souvent vulnérables.
L'état des lieux est mitigé et montre des forces et des faiblesses Un état de santé des personnes peu favorable et mal connu
Bien que les connaissances épidémiologiques en santé mentale soient insuffisantes en France, comparé à d'autres pays européens2, la France affiche souvent des indicateurs de santé
1 Le livre blanc de la psychiatrie
2 The state of Mental Health in the European Union, European Commission, 2004 mentale moins favorables : la santé mentale positive se situe à un niveau bas (9ième rang sur 11), tandis que le taux de détresse psychologique est élevé (3ième rang sur 11) et qu'on observe une fréquence des troubles dépressifs et anxieux particulièrement élevée qui met le pays au dernier rang des pays comparés.
Certaines populations présentent des risques plus élevés : les jeunes (18–24 ans) vis à vis des troubles dépressifs, les personnes âgées vis à vis du suicide ou les personnes sans emploi pour ce qui concerne la détresse psychologique.
On relève également une prescription et une consommation de psychotropes particulièrement élevées tant pour les anxiolytiques que les antidépresseurs.
Une offre présentant une forte hétérogénéité régionale et une situation démographique paradoxale et préoccupante ….
Dans un contexte de forte croissance du recours aux secteur s de psychiatrie ces dernières années, le nombre de lits d'hospitalisation complète a considérablement été réduit au cours des 20 dernières années sans être compensé par un développement suffisant bien que sensible des prises en charge alternatives et ambulatoires. Ce constat général est marqué en outre par des inégalités territoriales importantes tant en termes de structures que de moyens consacrés à la psychiatrie, notamment pour ce qui concerne la mise en oeuvre des prises en charge alternatives et innovantes. A cet égard, la psychiatrie infanto-juvénile souffre d'une situation structurellement défavorable en termes de moyens, tant publics (secteurs sous-dotés) que privés (peu de pédopsychiatres libéraux), en comparaison avec la psychiatrie générale. Cette hétérogénéité risque, en outre, d'être accentuée par l'évolution prévisible de la démographie médicale (diminution de 40% des effectifs d'ici à 2020), bien que sa situation soit aujourd'hui paradoxale. En effet, alors que la densité de professionnels de santé exerçant en psychiatrie en France se situe parmi les plus élevées d'Europe, leur répartition géographique fait apparaître une forte hétérogénéité selon les régions et les départements.

S'ajoute, dans certaines zones, une inégalité forte en faveur de l'exercice psychiatrique libéral par rapport à l'exercice en milieu hospitalier public ou privé. Cette analyse vaut - dans une moindre mesure – pour la démographie infirmière.
L'ensemble de ces facteurs concernant l'équipement et les ressources humaines est source d'une relative inégalité des citoyens dans l'accès aux soins psychiatriques, en raison des disparités quantitatives ou plus qualitatives de l'offre limitant la liberté de choix des patients.

Un fonctionnement cloisonné de l'offre

Concernant le fonctionnement du système de soins, en France, comme dans les autres pays d'Europe, ce sont les médecins généralistes vers lesquels se tournent le plus souvent les patients. On note cependant que par rapport à d'autres pays, les médecins généralistes adressent moins fréquemment leurs patients aux psychiatres ou aux psychologues quelle que soit la pathologie rencontrée (voir graphique en annexe 1). Les professionnels non médicaux, en particulier les psychologues, sont globalement peu impliqués dans la prise en charge des problèmes de santé mentale.
En termes de structures, les centres médico-psychologiques (CMP) qui sont la porte d'entrée naturelle dans le dispositif de soins psychiatriques ne sont pas toujours suffisamment repérés par la population. Les délais pour obtenir un rendez-vous ou une prise en charge sont souvent importants et témoignent d'un fonctionnement parfois inadapté.
Ces cloisonnements au sein du dispositif de soins existent également entre les acteurs sanitaires et les acteurs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires alors même que les besoins en santé mentale s'expriment dans des lieux et à des moments divers. Un enjeu important réside donc dans le renforcement de la coordination et de la complémentarité des réponses dans une approche centrée sur les besoins globaux des personnes.

Une sollicitation du système de soins parfois inappropriée ...

De nombreuses prises en charge de patients se font sur le mode de l'hospitalisation au long cours alors qu'ils devraient bénéficier d'une prise en charge coordonnant des soins ambulatoires, un accueil et accompagnement adéquats dans le cadre de dispositifs sociaux et médico-sociaux.
On estime ainsi que 13 000 patients environ restent hospitalisés en psychiatrie, de manière inadaptée, faute de relais médico-sociaux ou sociaux suffisants.
Dans le même temps on constate des difficultés à faire hospitaliser certains patients, faute de lits disponibles. Il convient de rappeler qu'un lit occupé de manière inadéquate à l'année permettrait de prendre en charge une dizaine de patients n'ayant besoin que d'un séjour de quelques semaines.

…mais des atouts incontestables

En comparaison internationale, la France montre une situation favorable en ce qui concerne la densité de psychiatres et les capacités en lits d'hospitalisation psychiatrique.
Elle dispose d'une organisation particulière, sur laquelle il convient de prendre appui, le secteur psychiatrique, qui garantit à chaque habitant le recours à une équipe psychiatrique de référence et l'accès à une première palette de prises en charge adaptées allant du suivi ambulatoire au sein de structures de proximité à l'hospitalisation complète. Il permet également de développer des modalités de réponses diversifiées et innovantes, y compris à domicile.
En synergie avec cette organisation fonctionnelle de la psychiatrie qui repose largement sur les savoir-faire des acteurs, la définition concertée, au sein des régions, de territoires de santé fournit un cadre nouveau à l'articulation et à la complémentarité des différents acteurs concernés par la santé mentale, qu'ils interviennent dans le champ du soin ou non.
La coordination des secteurs de psychiatrie, des hôpitaux généraux, et lorsqu'ils existent, des établissements de santé privés à but lucratif ou non, des professionnels d'exercice libéral et d'acteurs non sanitaires, peut relever de modalités de concertation au sein de territoires de proximité. Sur le plan des outils, elle peut également faire l'objet d'une formalisation au sein des réseaux de santé mentionnés dans la législation sanitaire 7

Donner à la psychiatrie et à la santé mentale un nouveau souffle, au service des usagers et des acteurs

L'approche visant à prendre en charge de manière globale un état de santé mentale défavorable, et prenant en compte les besoins multiples, sanitaires et sociétaux, de la personne constituent le principe fondateur du nouvel élan donné à la psychiatrie et à la santé mentale, en dépassant une approche jusqu'alors souvent centré sur les structures au profit d'une approche centrée sur les besoins. Cette approche implique également de prendre en compte la parole et le rôle des usagers et de leurs familles, ainsi que des associations qui les représentent, en les considérant comme des acteurs de cette évolution.
La richesse et la diversité des modalités d'exercice, des pratiques, des statuts comme des cadres administratifs constituent des acquis et le terreau indispensables à une évolution vers un fonctionnement décloisonné, propice aux innovations et à l'évaluation. Cet évolution doit permettre de dégager des réponses pertinentes et multiples, quelle que soit la situation des patients, leur environnement social, leurs pathologies ou leurs handicaps.

La mise en synergie de ces différents éléments qui doit conduire à l'élaboration de projets de prise en charge individualisés nécessite de définir quelques orientations stratégiques, d'assurer une formation de qualité aux professionnels, de rendre lisibles les modalités de fonctionnement des acteurs et des structures et de garantir des moyens matériels et humains.
L'ensemble de ces orientations, au service d'une politique publique de psychiatrie et de santé mentale légitime en terme de solidarités, justifie également un engagement fort des élus, en particulier pour redonner leur place citoyenne aux personnes souffrant de troubles psychiques. Cet enjeu est essentiel sur le plan de la dé stigmatisation de l'image associée à la maladie mentale et aux personnes qui en souffrent.
Ces éléments, qui constituent la matière du plan "psychiatrie et santé mentale" sont exposés ci après en 5 axes. Ils reprennent les propositions et préconisations des professionnels et des usagers qui ont été consultés et entendus lors de sa phase d'élaboration.

Axe 1 Une prise en charge décloisonnée

1.1 Mieux informer et prévenir

Selon une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), il est établi que parmi les 10 pathologies jugées les plus préoccupantes du fait de la charge de morbidité qui leur est imputée, on trouve cinq pathologies psychiatriques dont la dépression, les troubles bipolaires, les troubles liés à l'alcool, la schizophrénie et les lésions auto-infligées (Murray et Lopez, 1996-2000).
Parallèlement les représentations attachées aux maladies mentales, aux structures d'accueil et parfois même aux professionnels spécialisés dans le traitement de ces troubles, demeurent très négatives dans l'opinion publique et peuvent constituer un frein à la démarche de recours aux soins. Les maladies mentales sont souvent vécues comme honteuses et font peur, retardant ainsi l'accès aux soins des malades et la prescription de prises en charge spécialisées par leurs médecins traitants. Elles renvoient, à des degrés divers, à un caractère de dangerosité, d'incurabilité et à l'exclusion qui menace les personnes qui en seraient atteintes.
En conséquence :

- une campagne d'information et de communication grand public sera lancée début 2006 ;
- des outils et des actions pilote seront développés afin d'apporter un appui méthodologique dans le champ nouveau de la promotion de la santé mentale auprès de publics ciblés.

1.1.1 Mettre en oeuvre des campagnes grand public

Contexte

Face à l'ampleur croissante des troubles mentaux et à l'inadéquation de leur prise en charge, des recommandations ont été formulées par différents organismes nationaux et internationaux dont l'OMS (2001) et l'« International Consensus Group on Depression and Anxiety » (Ballenger et al., 2001).
Afin de faciliter le recours aux soins et améliorer à terme le suivi médico-psychologique des personnes souffrant de troubles mentaux, il est notamment recommandé aux différents pays de mener des campagnes d'information sur les troubles eux-mêmes, les différentes options thérapeutiques et leurs avantages, les chances de guérison et les droits des malades.
Un certain nombre de pays et d'organismes internationaux ont déjà mis en place de telles actions (Royaume-Uni, Canada, USA). L'évaluation scientifique de ces campagnes a permis de montrer qu'elles avaient un impact positif sur les connaissances et attitudes des personnes en matière de troubles mentaux et de prise en charge, et qu'elles pouvaient aussi favoriser le recours aux services. En France, aucune campagne nationale d'information n'a encore été menée dans le champ de la santé mentale.
A ce titre, plusieurs thématiques doivent pouvoir être ciblées. La dépression est une pathologie fréquemment rencontrée en population générale. Elle se situe au 4ème rang du classement et pourrait occuper la seconde place en 2020, juste derrière les maladies cardioischémiques (Rapport OMS 2001). De fait, les troubles dépressifs sont en augmentation dans les cohortes de naissance d'après-guerre et on assiste à un rajeunissement progressif de leur âge de début depuis les années 50. D'autres pathologies, peut-être moins connues du grand public, telles que la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les troubles obsessionnels compulsifs, seront déclinées les années suivantes et chaque fois expliquées en termes simples, ainsi que les modes de prise en charge et les différentes méthodes thérapeutiques permettant d'y remédier.

Objectifs

Faire connaître au grand public les principales pathologies, leurs causes, leurs symptômes et leurs traitements, de manière à modifier les perceptions et à améliorer, à terme, le suivi médico-psychique des personnes souffrant de troubles mentaux.

Mesures

• Lancement d'une campagne de communication à long terme et en différents volets :

- 1er volet (2006) : campagne centrée sur les différents troubles dépressifs (épisode dépressif majeur et trouble bipolaire) et leurs possibilités de traitement
- Volets suivants (2007 à 2009) consacrés à d'autres pathologies et notamment à des pathologies lourdes telles que la schizophrénie

• Réalisation du 1er volet : un programme d'information orienté vers le grand public et les médecins généralistes à partir de données de la littérature, des recommandations de bonnes pratiques et d'un état des lieux de l'existant en France.

- Rédaction de livrets d'informations , de conseils et de ressources.
- Réalisation de dispositifs de promotion des livrets :

auprès des médecins généralistes , presse médicale, « repères pour votre pratique » (INPES)

Cette action vise à informer les médecins généralistes, en amont de la campagne, sur les messages et les outils qui seront diffusés et à leur proposer des éléments qui leur permettront de dialoguer avec leurs patients. Des publi-rédactionnels et/ou des cahiers du type formation continue (FMC) d'Impact Médecine seront réalisés dans plusieurs supports de presse destinés aux généralistes**.**

auprès du grand public : un dispositif média Ce dispositif permettra d'aborder les troubles dépressifs et leurs possibilités de prises en charge. Les messages seront déclinés dans un ou plusieurs médias adaptés aux différents publics. Le contenu de l'information sera élaboré à partir des expertises collectives de l'INSERM, des recommandations de bonnes pratiques nationales et internationales ainsi que des dernières données scientifiques dans le domaine.

Calendrier

- 2004-2005 : élaboration du cahier des charges et du contenu des messages
- début 2006 : lancement de la campagne.

Coût

Le coût de la campagne par l'INPES est de 7 M

1.1.2 Promouvoir la santé mentale

Contexte

Les organismes nationaux et internationaux recommandent également de travailler en amont des troubles, en essayant d'améliorer la santé mentale de populations ciblées. Ainsi, depuis une dizaine d'années, des programmes d'intervention en promotion de la santé mentale se développent dans différents milieux (école, entreprise, prison…) et ont démontré leur efficacité, essentiellement dans les pays anglo-saxons où des études évaluatives sont pratiquées. Dans le champ spécifique de la pédopsychiatrie, des données précises existent.

L'expertise collective de l'INSERM sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, rendue publique en février 2003, fait état d'une prévalence importante des troubles mentaux chez l'enfant : un enfant sur huit en souffrirait, ces troubles pouvant avoir un retentissement considérable sur leur devenir.

Parmi leurs recommandations, les experts proposent l'étude et l'adaptation de programmes de prévention à l'ensemble des enfants, à ceux susceptibles de développer un trouble et aux enfants et adolescents présentant déjà des signes ou des symptômes. Les facteurs environnementaux peuvent interagir avec d'autres facteurs, notamment des prédispositions génétiques, dans la survenue des troubles mentaux chez l'enfant. L'exposition à ces facteurs augmente d'autant plus la vulnérabilité de l'enfant qu'elle intervient à un stade précoce de son développement cérébral et psychique.

Cette prévention sollicite les intervenants de l'enfance au sens large et l'utilisation de méthodes socio-éducatives de développement des capacités chez les enfants. Ce domaine ne doit être articulé avec le système de soin spécialisé.

Objectif

Favoriser la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale pour des publics spécifiques (enfants et adolescents en premier lieu) et auprès des acteurs qui les prennent en charge.

Mesures

• Mise à disposition de matériels pédagogiques et de manuels d'intervention ayant fait leurs preuves dans le champ de la promotion de la santé mentale ;

• Réalisation d'un guide d'aide à l'action en promotion de la santé mentale chez les enfants et adolescents par l'INPES ;

• Conception et diffusion d'un CD-Rom d'aide à la constitution d'un fonds documentaire et pédagogique en promotion de la santé mentale par l'INPES ;
• Mise en oeuvre d'études évaluatives standardisées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale ;
• Réalisation, par l'INPES, d'un état des lieux des actions de prévention et de promotion de la santé mentale chez les enfants et les adolescents en France : une enquête sera mise en oeuvre afin d'identifier et de décrire le plus exhaustivement possible les interventions françaises portant sur la prévention des troubles mentaux et/ou le développement des compétences psychosociales des jeunes ;
• Expérimentation de la faisabilité d'actions de prévention et de promotion dans le domaine de la santé mentale de l'enfant en milieu défavorisé.

Coût

1,5 M en 2005 sur le budget de l'INPES.

Calendrier

Année 2005

1.2 Mieux accueillir et mieux soigner.

1.2.1 Rompre l'isolement des médecins généralistes

Contexte

Les médecins généralistes, professionnels de santé de proximité, dispensent les soins primaires préventifs, curatifs ou palliatifs à toutes les catégories de la population et coordonnent les prestations des intervenants du système de soins, afin d'assurer une continuité pour les patients. Ils participent, de fait, à l'amélioration de la gestion collective des problèmes de santé. Ils doivent s'appuyer à cet effet, sur un réseau de professionnels de santé, en ville ou à l'hôpital.
Les médecins généralistes sont, en général, isolés par rapport aux professionnels spécialisés alors qu'ils sont des acteurs de premier recours et qu'ils prescrivent 85% des psychotropes consommés en France.
Dans le cadre des conventions avec les médecins libéraux, il est prévu d'améliorer l'accès et la coordination des soins en s'appuyant sur le médecin généraliste. Ce protocole d'accord prévoit aussi, d'une part, une formation professionnelle conventionnelle (FPC) qui s'intègre dans l'obligation de formation médicale continue (FMC) et d'évaluation individuelle des pratiques professionnelles (EPP) et d'autre part, des outils conventionnels et notamment des accords de bon usage des soins (AcBUS) concernant les psychotropes pour l'année 2005.

Objectifs

Pour rompre l'isolement des médecins généralistes et favoriser le bon usage des soins de ville dans le domaine de la santé mentale, il convient donc 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.

Mesures

• **Concernant la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau**
(cf. fiche 1.2.5 sur le développement des réseaux en santé mentale)
- inciter au développement de partenariats médecins généralistes-psychiatrespsychologues, qu'ils exercent en libéral ou en CMP/hôpital, pour améliorer la prise en charge coordonnée du patient et favoriser une intervention spécialisée plus précoce si nécessaire
- Inciter au développement de réseaux en santé mentale avec participation de tous les partenaires impliqués : secteur psychiatrique, médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'éducation nationale, de la justice, des institutions du champ sanitaire.
• **Concernant la formation** (cf. fiche 2.2.1 sur la formation)
- Amélioration de la formation initiale en psychiatrie des médecins généralistes en liaison avec le ministère de l'éducation nationale : adaptation de la maquette de la spécialité de médecine générale sur le volet théorique, en augmentant le nombre d'heures d'enseignement sur les thérapeutiques et la prescription.
- Augmentation du nombre de postes offerts, pour les stages optionnels en psychiatrie, pour les médecins généralistes (sur la base de 2 par département), via une instruction aux DRASS ;
- Adaptation d'une logique de formation permanente au service de l'amélioration de la démarche qualité en psychiatrie par le biais de l'évaluation de pratiques professionnelles (EPP) et de la formation médicale continue
- Sollicitation de la HAS pour l'élaboration et la diffusion de guides de bon usage des soins ou de recommandations de bonnes pratiques afin de les intégrer dans le volet théorique de la formation initiale et dans la FMC

- Développement de travaux auprès des sociétés savantes en psychiatrie et en psychologie, et auprès de l'INSERM, pour améliorer les formations dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale par des contenus de qualité.

• **Concernant le bon usage du médicament (cf. 3.1.2)**

• **Concernant l'information** : développement d'un "centre ressource santé mentale" destiné aux médecins généralistes, sur la base d'une étude de faisabilité réalisée au cours du premier semestre 2006, financé sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Calendrier

• **Concernant la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau**

- élaboration du cahier des charges sur les réseaux en santé mentale : 2005
- montée en charge progressive de l'intégration de la santé mentale parmi les orientations budgétaires au sein de la dotation nationale de développement des réseaux (2005-2008)

• **Concernant la formation**

- en concertation avec l'Education Nationale, proposition de modification de la maquette de médecin générale : 2ème semestre 2005
- création de postes de stages en CMP : courant 2006
- sollicitation de la HAS : 2ème semestre 2005

• **Concernant le bon usage du médicament** : (2005-2008)

Coût

• **Concernant la coordination avec les professionnels spécialisés et le travail en réseau**
(cf. 1.2.5)

• **Concernant la formation** (cf. 2.2.1)**:**

Estimation, pour 30 postes supplémentaires ouverts en service de psychiatrie en CHU ou en CHS, soit le financement de 60 semestres : 1 M (base 33 000 / poste interne / par an) / ONDAM hospitalier

• **Concernant le bon usage du médicament** : 200 000 (cf. 3.1.2) – PLF 2006

1.2.2 Renforcer les prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète.

Contexte

Sur le plan de l'offre de soins ambulatoires.

Le CMP constitue historiquement le pivot du dispositif de soins en psychiatrie (circulaire du 14 Mars 1990) autour duquel s'organisent toutes les actions extra hospitalières, en articulation avec l'hospitalisation temps plein. Ils sont définis comme des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Ils sont considérés comme le premier interlocuteur pour la population, devant être connu de tous et répondent ou orientent toute demande de soins en psychiatrie et santé mentale.

Le CMP constitue la structure extra-hospitalière la plus représentée (une au moins pour chacun des secteurs) garantissant un maillage territorial de qualité. Toutefois, encore trop peu connu de la population générale, il manque encore aujourd'hui de visibilité, ce qui nuit à sa fréquentation. Le partenariat avec le secteur social n'est pas assez développé, le lien entre le CMP et l'hôpital général trop peu affirmé, la collaboration avec le secteur privé, le secteur associatif et les médecins généralistes bien trop souvent embryonnaire voire inexistante.

Concernant la structure elle-même, les objectifs et le projet médical du CMP ne sont pas toujours clairement exprimés. Ses horaires d'ouverture apparaissent trop souvent restreints limitant encore l'accès aux soins.

Sur le plan des alternatives à l'hospitalisation complète

Malgré un effort budgétaire important des ARH dans le cadre de la mise en oeuvre des SROS, le développement de ces équipements (hospitalisation de jour et de nuit, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, accueil familial thérapeutique, appartements thérapeutiques, centres de postcure, centres de crise, hospitalisation à domicile) reste insuffisant aussi bien en psychiatrie infanto-juvénile qu'en psychiatrie générale. A cet égard, le potentiel de développement des structures d'hospitalisation à temps partiel par le secteur privé reste limité du fait de l'impossibilité juridique, pour ces établissements, de créer d'autres alternatives que de l'hospitalisation de jour et de nuit, et de l'absence de dispositif tarifaire approprié, pour ces deux derniers équipements.

S'agissant des enfants et des adolescents, une grande disparité d'équipements des départements et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile à l'intérieur des départements est constatée. En outre, dans les secteurs ruraux, l'équipement est souvent insuffisant pour permettre des organisations différenciées par tranches d'âge et les équipes sont contraintes à une très grande polyvalence. S'agissant des adultes, malgré le développement des modalités de prises en charge ambulatoires ou alternatives à l'hospitalisation, 5% des secteurs n'ont encore ni hospitalisation de jour ni CATTP. En outre, le développement des formules alternatives s'est fait davantage dans les secteurs où il existait moins de lits et un moindre poids de l'hospitalisation psychiatrique traditionnelle.

Enfin, l'augmentation du volume des demandes adressées à la psychiatrie, la diversification de leur nature, l'évolution du contexte géo-démographique imposent de compléter, au sein des territoires de santé, le maillage territorial lié à l'organisation en secteurs, ces derniers ne pouvant toutefois répondre à toutes les demandes.

Objectifs

Dans le cadre de la mise en oeuvre des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3, la réaffirmation des principes de proximité et de continuité des soins et de maintien du patient dans son environnement, les besoins exprimés par les usagers et la persistance d'insuffisances de l'offre de soins militent, en psychiatrie générale et infanto-juvénile, en faveur :

- du renforcement du dispositif ambulatoire et de l'accès aux soins de proximité au sein des CMP ;
- de l'intensification de la diversification des modes de prise en charge au profit des alternatives à l'hospitalisation et des actions en amont et en aval de l'hospitalisation afin de favoriser une offre de soins publique et privée (à but lucratif et non lucratif) diversifiée, graduée et coordonnée et d'assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire en adéquation aux besoins de la population.

Cet objectif vise également la poursuite de la diversification des réponses **en milieu pénitentiaire** (cf. 4.2.1).

Mesures

Renforcement des moyens humains en psychiatrie générale et infanto-juvénile pour :

- S'agissant du dispositif ambulatoire :

- Consolider le maillage territorial et le rôle des CMP dans l'accès aux soins de proximité au titre de la prévention, du diagnostic, des soins, de la coordination avec les acteurs de proximité et pour le développement de prises en charge extra-hospitalières diversifiées, y compris dans le cadre d'interventions à domicile ;
- compléter cette dynamique par le développement d'organisations fédératives entre plusieurs CMP permettant de mutualiser des moyens notamment pour répondre aux demandes de soins non programmées et pour identifier un ou plusieurs lieux proposant des horaires d'ouverture élargis ;

- S'agissant des alternatives à l'hospitalisation complète :

- intensification de la création d'alternatives à l'hospitalisation et de la diversification des réponses proposées (hospitalisation de jour et de nuit et de modes de prise en charge tels que les interventions et l'hospitalisation à domicile, les équipes mobiles, la psychiatrie de liaison) dans le secteur financé sous dotation globale ;
- dans le secteur privé relevant de l'OQN de psychiatrie : développement de l'hospitalisation de jour et de nuit à partir de la tarification de ces activités, dans un cadre de coopérations avec le secteur, puis évaluation de la montée en charge de ce dispositif ;
- développement d'organisations mutualisées et fédératives de ces équipements au sein des territoires de santé, facilitées par la publication des textes réglementaires d'application de l'article L.3221-1 du code de la santé publique visant le développement d'une offre complémentaire entre établissements publics et privés (2005-2006).

Calendrier

Mise en oeuvre des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3 (2006-2010)

Textes réglementaires d'application de l'article L.3221-1 du code de la santé publique : 2005-2006

Coût

53,4 M (2005-2008) dont 12 M pour la psychiatrie infanto-juvénile

1.2.3 Adapter l'hospitalisation complète.

Contexte

Les constats en matière d'hospitalisation complète en psychiatrie sont de nature différente selon qu'il s'agit des enfants et des adolescents ou de la population adulte.

1. En psychiatrie infanto-juvénile.

Les prises en charge à temps complet sont minoritaires : sur les 380 000 enfants et adolescents suivis dans le dispositif sectorisé en 1997, seuls 3% ont été suivis à temps complet.

Les disparités d'équipement sont importantes : moins de la moitié des secteurs (43%) dispose de lits d'hospitalisation complète et parmi ceux qui en disposent, 79% ont moins de 20 lits. En juin 2003, 10 départements ne disposaient pas de capacités d'hospitalisation complète en psychiatrie infanto-juvénile.

D'autres formes de prise en charge à temps complet sont mises en oeuvre mais présentent des limites :

- les services de pédiatrie ne peuvent accueillir les cas les plus lourds et les situations de crise.
- les foyers de l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse accueillent en urgence des enfants en grande difficulté alors que le cadre thérapeutique n'est pas adapté.

2. En psychiatrie générale.

Les secteurs de psychiatrie générale tiennent une place prépondérante dans l'hospitalisation à temps complet en psychiatrie (96% des lits d'HC).

L'évolution du nombre de lits en psychiatrie générale est significativement marquée à la baisse mais est conjuguée à une répartition inégale entre les secteurs. Ainsi, entre 1987 et 1997, le nombre de lits des secteurs de psychiatrie générale a diminué de 41%. Sur les 829 secteurs de psychiatrie générale, la répartition du nombre de lits par secteur est la suivante : 2% n'ont pas de lits ; 38% ont de 1 à 49 lits ; 47 % ont de 50 à 99 lits ; 11% ont plus de 100 lits.

On note une augmentation du nombre de patients hospitalisés dans les secteurs de psychiatrie générale (+13% entre 1989 et 1997) **et une baisse générale de la durée moyenne d'hospitalisation** (86 jours en 1989 à 52 jours en 1997)**, mais qui reste dépendante de la capacité d'accueil** (39 jours dans les secteurs dotés de moins de 50 lits; 66 jours dans les secteurs dotés de 100 à 149 lits; 107 jours dans les secteurs dotés de plus de 150 lits).

La part des patients hospitalisés depuis plus d'un an est encore non négligeable alors que l'hospitalisation inadaptée et/ou prolongée comporte des effets iatrogènes. Le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an a baissé de 29% entre 1991 et 1997, il s'élève néanmoins encore à 13 000 personnes en 1997, ce qui représente seulement 4,6% des patients hospitalisés dans l'année (la file active hospitalière) mais qui correspond, un jour donné, à l'occupation de 26% des lits.

Au plan qualitatif, on note l'augmentation de la part des personnes hospitalisées sans consentement dans les services : elles représentent 13% des hospitalisations complètes en psychiatrie et ont crû de 86% entre1992 et 2001.

Le problème de l'évolution de la démographie médicale génère d'ores et déjà une **sousmédicalisation d'un nombre important de services d'hospitalisation** (15 départements combinent une capacité élevée rapportée à la population : 180 lits et plus pour 100 000 habitants et une faible densité de psychiatres : inférieure à 17 pour 100 000 habitants).

L'hospitalisation à temps complet concentre environ 80 % des moyens. Toutefois, la **qualité** des soins dispensée dans ce cadre reste remise en cause par la persistance, dans certains lieux, de conditions d'accueil et d'hébergement ne respectant pas la dignité des personnes accueillies.

Objectifs

- Objectif général : poursuivre l'adaptation de l'hospitalisation complète en psychiatrie, étroitement corrélée à des priorités sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation, notamment pour améliorer la réponse aux situations de crise et d'urgence, afin :

- d'assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire et une meilleure adéquation aux besoins de la population
- de prévenir et résoudre des situations de recours inadéquats à l'hospitalisation

- Objectif en psychiatrie infanto-juvénile : développer les capacités d'hospitalisation complète
- Objectif en psychiatrie générale **:** poursuivre l'adaptation qualitative de l'hospitalisation complète

Mesures

1. En psychiatrie infanto-juvénile :

- **Au plan quantitatif :** créer des lits, en priorité dans les départements qui en sont dépourvus
- **Au plan qualitatif :**

- renforcer les coopérations entre les services de pédiatrie et les équipes de psychiatrie ;
- intégrer l'hospitalisation complète dans une filière de prise en charge des enfants et des adolescents renforcée par la poursuite de la diversification de l'offre de soins et par le développement des coopérations et complémentarités à l'intérieur du champ sanitaire et avec les champs sociaux, médico-sociaux, éducatifs et judiciaires.

2. En psychiatrie générale :

- **En amont de l'hospitalisation**, **amélioration de la réponse à la crise et à l'urgence,** notamment pour prévenir le recours à des hospitalisations inadéquates, en particulier sans consentement, par :

- le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général (dispositif réglementaire sur la prise en charge des urgences de 1995 et 1997 en cours d'actualisation) ;
- l'application des dispositions de la circulaires du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, notamment par le développement de prises en charge psychiatriques de courte durée au sein de ces services.

- **Rapprochement des unités d'hospitalisation éloignées de la population qu'elles desservent**, de préférence à l'hôpital général (tout en veillant à ne pas créer d'unités d'hospitalisation isolées qui ne permette pas d'organiser la permanence des soins) afin de favoriser le rapprochement de l'offre de soins somatique et psychiatrique et de renforcer l'accessibilité et de continuité des soins.
- **Développement d'organisations fédératives et mutualisées des moyens des secteurs pour permettre une plus grande diversification voire différenciation des réponses aux besoins d'hospitalisation complète**, selon les modalités de prise en charge (hospitalisation sous contrainte, l'hospitalisation prolongée ou la réadaptation/réhabilitation par exemple) ou les populations ou problématiques visées.

• **Création des conditions d'un renforcement des coopérations avec les établissements privés** participant à la lutte contre les maladies mentales au sein des territoires de santé en publiant les textes d'application de l'article L.3221-1 du code de la santé publique

• **Amélioration, sur le plan architectural, les conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie.**

• **Développement d'une offre médico-sociale adaptée** aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie par défaut de réponses sociales et médico-sociales sous réserve, de la **préservation des moyens indispensables à la psychiatrie** pour :

- répondre aux besoins d'hospitalisation prolongée qui restent justifiés dès lors notamment qu'ils concernent une affection dont les troubles restent caractérisés par leur acuité et leur évolutivité ;
- assurer la liaison indispensable avec le secteur médico-social pour ce qui concerne le soin des patients pris en charge (qu'ils résident en institution ou à domicile) et le soutien des professionnels

Calendrier

Mise en oeuvre des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3

Coût

1- Accompagnement 2005-2008 : **52,8 M** en fonctionnement (dont **12M** pour la psychiatrie infanto-juvénile)

2- Programme de développement des réponses sociales et médico-sociales pour les personnes présentant des troubles psychiques : cf. fiches 1.3.1 à 1.3.4

3- Soutien à l'investissement dans le cadre du volet investissement du plan – cf. fiche 2.2.2

1.2.4 Faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux

Contexte

Au 1er janvier 2003, la France compte 13 548 psychiatres en exercice, ce qui constitue la 2ème densité la plus élevée au monde.

De 1984 à 2003 le nombre de psychiatres est passé de 8 418 à 13 548, c'est l'une plus forte progression relevée parmi les médecins spécialistes. Malgré la croissance élevée et le niveau des effectifs, on observe des disparités particulièrement importantes, pour cette spécialité, dans l'offre de soins ; elles concernent à la fois les densités régionales et les différents modes d'exercice. Ainsi la densité de psychiatres pour 100 000 habitants passe de 9,30 en Champagne-Ardenne, 10 en Haute Normandie, à 87 à Paris.

De la même manière alors que pendant de nombreuses années, la psychiatrie était essentiellement une discipline d'exercice hospitalier, une inversion des modes d'exercice s'est produite au cours de ces vingt dernières années et désormais les jeunes diplômés s'installent prioritairement dans le secteur libéral, 20 % des postes hospitaliers sont actuellement vacants.

Enfin la psychiatrie est l'une des spécialités où l'âge moyen des médecins en exercice est l'un des plus élevé puisqu'il est de 49.8 ans, et 29 % ont actuellement plus de 55 ans. Compte tenu de la structure d'âge de la spécialité, la diminution des effectifs est inéluctable pour les 15 prochaines années. On peut l'évaluer à 20% des effectifs à l'horizon 2015 et à 30% en 2020.

Objectifs

• garantir l'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire

• maintenir un niveau d'effectif suffisant pour les prochaines années

• garantir prioritairement une meilleure répartition des psychiatres, à la fois sur le territoire et entre l'exercice libéral et le secteur hospitalier. Toute mesure portant sur le renouvellement des effectifs serait vaine si elle laissait perdurer voire s'accentuer les déséquilibres actuels.

Mesures

• augmentation du nombre de places ouvertes à l'examen national classant en psychiatrie au moins proportionnelle à l'augmentation du numerus clausus. **En 2005 le nombre de places sera porté de 245 à 300**.

• Les mesures relatives à la répartition entre secteurs d'exercice et sur le territoire sont intégrées au traitement global de la démographie médicale en cours d'expertise (Commission Berland).

• S'agissant du plan psychiatrie et santé mentale :

- A l'hôpital : dans le cadre des négociations statutaires avec les représentants des médecins hospitaliers, proposition de mesures incitatives qui bénéficieront aux psychiatres qui prendront des fonctions dans des établissements qui connaissent actuellement des taux de vacance élevés.
- Dans le secteur libéral : aide à l'installation aux spécialistes qui s'engagent à s'installer et à exercer pour une zone préalablement définie.

• **Calendrier et coût :** à déterminer en fonction des négociations statutaires

1.2.5 Développer les réseaux en santé mentale

Contexte

Les besoins dans le domaine de la santé mentale s'expriment auprès du dispositif de soins spécialisé de psychiatrie et auprès d'autres professionnels sanitaires ou non. Cette logique se fonde sur l'intégration du fait social dans la pratique psychiatrique et sur la triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique.
Toutefois, aujourd'hui, les réponses aux besoins de santé mentale, bien que diversifiées, restent cloisonnées entre les différents champs institutionnels : éducatif, social, sanitaire, médico-social et judiciaire alors que la prise en charge globale des personnes présentant un trouble mental et/ou en état de souffrance psychique suppose une bonne coordination de ces interventions.
Pour les professionnels de terrain, il en résulte des difficultés pour reconnaître la cohérence des organisations et des interventions selon qu'il s'agit d'intervenants spécialisés en psychiatrie, de professionnels de soins primaires ou d'intervenants de première ligne auprès des personnes en difficulté psychique ou atteintes de troubles mentaux (travailleurs sociaux, enseignants, magistrats, …). Pour les patients et leurs proches, il en résulte une absence de lisibilité du dispositif, une prise en compte insuffisante des besoins dans leur globalité, des ruptures voire des inadéquations de prises en charge.
Le principe d'un projet global pour la personne doit donc permettre de coordonner projet de vie et projet de soins et fonder l'évolution des réponses aux besoins de santé mentale, en dépassant une approche centrée sur les seules structures de soins pour favoriser une approche centrée sur les personnes quels que soient la nature, l'intensité, le lieu, le moment et le champ dans lequel s'expriment leurs besoins.
Ces principes conduisent à favoriser l'évolution du dispositif de santé mentale en terme d'intégration d'articulations, et de relais entre des réponses bénéficiant par ailleurs d'un développement dans leurs champs respectifs (sanitaire, social, médico-social, éducatif et judiciaire).

Objectifs

Tout en réaffirmant le secteur psychiatrique comme base de l'organisation des soins en psychiatrie, l'objectif est de développer les réseaux en santé mentale, non concurrents du secteur, mais constituant un outil de coordination des prises en charge, en :

- fédérant l'ensemble des professionnels concernés et en créant les conditions d'un partage de compétences et d'expériences, dans un cadre partenarial centré autour des besoins du patient ;
- permettant des avis spécialisés plus précoce et des suivis conjoints par des professionnels spécialisés afin de rompre l'isolement des médecins généralistes et des acteurs de première ligne.

Mesures

- **élaborer un cahier des charges** sur les réseaux en santé mentale afin de définir les conditions d'un partage d'expériences entre les équipes de psychiatrie hospitalière, les médecins libéraux (généralistes et spécialistes), les professionnels du champ social, médicosocial ; éducatif et judiciaire, les représentants des usagers et des familles ;
- **inciter à une couverture large** du territoire.

Calendrier

- Elaboration du cahier des charges sur les réseaux en santé mentale : 2005
- Intégration de la santé mentale parmi les orientations budgétaires au sein de la dotation nationale de développement des réseaux (2005-2007)

Coût

- Intégration progressive de la santé mentale dans les orientations de l'affectation de la dotation nationale de développement des réseaux : **5M** (2005-2008).

1.3 Mieux accompagner

Les personnes souffrant de troubles psychiques persistants rencontrent de grandes difficultés dans leur vie quotidienne et leur participation sociale. Si leur handicap est maintenant bien reconnu par les commissions chargées de l'évaluation du handicap et de l'élaboration, avec la personne concernée, d'un plan d'aide, l'offre sociale et médico-sociale manque, en nombre et qualité, pour apporter aux personnes handicapées en raison de troubles psychiques l'aide et l'accompagnement dont elles ont besoin, étant entendu que les équipes de psychiatrie continuent d'exercer auprès d'elles leurs missions de soins. De nombreuses personnes restent sans solutions, souvent à la charge de leurs familles.
La prise en compte du handicap psychique dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un tournant primordial quant à la qualité de vie et à l'insertion sociale de ces personnes.
Il convient donc d'offrir une palette diversifiée de solutions apportant, outre les soins nécessaires, des réponses adaptées aux besoins des personnes concernées : maintien ou retour en milieu ordinaire de vie ou de travail avec recours à toute une gamme de services d'accompagnement ou à des formules d'hébergement variées et novatrices

telles que des appartements associatifs ; accueil en établissements médico-sociaux spécialisés, sachant que, dans certains cas, l'accueil temporaire peut constituer une réponse pertinente afin de ménager des périodes de répit, tant à la personne qu'à son entourage.
Il s'agit aussi de ménager les possibilités d'utilisation de ces solutions dans la continuité, avec une fluidité d'utilisation, en fonction de l'évolution des besoins de la personne, liée à sa santé ou à ses conditions de vie.
Tel est l'objet de cet axe du plan psychiatrie et santé mentale qui correspond au plan pluriannuel d'accompagnement des personnes handicapées psychiques, annoncé par la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées lors du conseil des ministres du 15 décembre 2004 et qui initie, dans ce domaine, la promotion d'une palette de réponses dont le développement se poursuivra au-delà de la durée du plan psychiatrie et santé mentale.

Objectifs

Promouvoir une offre sociale et médico-sociale diversifiée et véritablement adaptée aux besoins des personnes, articulée avec l'offre de soins :

- pour lutter contre l'isolement des personnes ;
- pour les accueillir et les aider dans leur vie quotidienne, en vue de leur autonomie ;
- pour les accompagner dans leur intégration sociale et professionnelle, en vue de leur participation sociale ;
- pour leur permettre, ainsi qu'à leur entourage, des périodes de répit ;
- pour leur permettre d'accéder à des logements ;
- pour leur offrir, lorsque la situation l'impose, des prises en charge en établissements médico-sociaux.

L'accompagnement médico-social ne doit pas se substituer à une prise en charge sanitaire.
Les personnes concernées doivent pouvoir bénéficier d'un suivi médical hors de l'hôpital.
Une attention particulière sera portée à l'appui sanitaire des solutions médico-sociales.

1.3.1 Développer les services d'accompagnement

Contexte

Si un accompagnement social et médico-social est la plupart du temps indispensable pour les personnes souffrant de troubles psychiques, il varie cependant en fonction de l'état de la personne et de ses besoins. Dans tous les cas, les équipes de secteur psychiatrique doivent rester mobilisées et inscrire leurs interventions, chaque fois que nécessaire, dans le cadre d'une coopération avec des services médico-sociaux.
Deux types de services peuvent notamment être mobilisés :
- Les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) qui ont pour mission l'accompagnement des personnes dans tout ou partie des actes essentiels de l'existence et de leurs activités sociales, scolaires ou professionnelles, en tous lieux où s'exercent celles-ci, ainsi que le soutien des relations avec l'environnement familial et social. L'équipe pluridisciplinaire peut notamment comporter des auxiliaires de vie sociale, des éducateurs spécialisés et des moniteurs éducateurs, des psychologues, des assistants et assistantes de service social. Leur financement est assuré par le département.
- Les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH), dont l'équipe comporte des soignants, ajoutent aux missions des SAVS précités une mission de soins et/ou d'accompagnement vers les soins, en lien avec les autres intervenants professionnels de santé. Au financement assuré par le département s'ajoute, pour la part relative aux soins, un financement de la sécurité sociale (enveloppe médico-sociale).
Les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et des services d'accompagnement médicosociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) ont été précisées par le décret n°2005-223 du 11
mars 2005.

Objectif

Proposer un accompagnement social ou médico-social, une réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, dans le milieu ordinaire de vie et de travail, voire, si nécessaire, dans un milieu protégé.

Mesures

- **Créer, en 3 ans, 1900 places de SAMSAH destinées aux personnes souffrant de troubles psychiques :**

- 400, dès 2005, dans le cadre du programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées ;
- 1500 places supplémentaires en 2006 et 2007 (750/an) dans le cadre d'un programme complémentaire de création de places de SAMSAH dédiées à ces personnes.

La création de places dans les SAVS sera, par ailleurs, encouragée par une action auprès des conseils généraux.

- **Mieux former les personnels d'accompagnement à la spécificité du handicap psychique**, afin de donner aux services les moyens humains leur permettant de fonctionner dans les conditions optimales. Dans le cadre du Plan Métiers, qui est en cours d'élaboration par la Secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, les qualifications

nécessaires, les formations adaptées et les possibilités d'acquisition des compétences par la validation des acquis de l'expérience seront précisées.

Calendrier

- création des places de SAMSAH : 2005-2007
- formation : élaboration du plan de formation en 2005 ; mise en oeuvre dès 2006

Coût

• **6 M en 2005 pour 400 places de SAMSAH** financées dans le cadre du programme pluriannuel de création de places pour personnes handicapées 2005-2007 ;

• **22,5 M de mesures nouvelles en 2006-2007 pour 1500 places supplémentaires** de SAMSAH (soit 750 places et 11,25 M /an).

1.3.2 Créer des lieux d'entraide mutuelle (« clubs ») sur l'ensemble du territoire

Contexte

La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées donne une base légale aux différents groupes d'entraide mutuelle, dont certains ont déjà été créés pour des personnes souffrant de troubles psychiques, sous l'appellation de « clubs ».

Les clubs ont été jusqu'ici créés sur le mode expérimental par ou avec le concours d'acteurs de santé (notamment les Croix Marine, des équipes de secteur psychiatrique), d'associations de patients ou de familles (notamment l'UNAFAM) ou de collectivités locales (villes et départements). Les financements proviennent de sources également variées. Les clubs s'appuient sur une équipe légère (un ou deux permanents) composée de travailleurs sociaux ou des professionnels de la santé mentale ou collaborant avec eux. La fréquentation de ces clubs et le degré de participation de chaque personne s'effectuent sur la base du volontariat et l'accès doit rester libre.

Objectifs

Assurer le développement, sur tout le territoire national, de groupes d'entraide mutuelle (clubs) s'adressant aux personnes handicapées psychiques et leur offrant, dans le cadre d'un accueil de jour, la possibilité de retisser le lien social par le biais de rencontres et d'activités culturelles, de loisirs ou sportives.

Il importe de préserver la richesse et la variété des initiatives déjà existantes, ainsi qu'une grande souplesse d'organisation tout en proposant des modèles de fonctionnement facilitant la multiplication des opérations et le maillage progressif du territoire.

Les clubs représentent enfin, pour les communes (en particulier, dans les zones urbaines denses ou au contraire dans les zones d'habitat isolé), un véritable outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale d'un nombre important de personnes en situation de grande fragilité.

Mesures

• Elaborer et diffuser un cahier des charges définissant la vocation des clubs et leurs principes de fonctionnement, avec les associations représentant les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs familles, les professionnels et des représentants des collectivités locales pouvant être concernés ;

• Veiller à un maillage du territoire par l'implantation de ces clubs dans tous les départements : co-financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de 2 à 3 clubs en moyenne par département, soit un objectif de création de 300 clubs ;

• Une convention pluriannuelle d'objectifs sera conclue entre l'Etat et une ou plusieurs associations nationales têtes de réseau promouvant la création des clubs.

Calendrier

• 1er semestre 2005 : élaboration du cahier des charges et mobilisation des élus

• 2005-2007 : création des clubs

Coût : 20 millions d' par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont prévus, dès 2005, pour la création de 300 clubs.

1.3.3 Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté

Contexte

La question du logement, primordiale pour les personnes souffrant de troubles psychiques, présente une double spécificité qui tient, d'une part, à des difficultés particulières d'accès, notamment au logement social, et d'autre part, à la nécessité pour beaucoup d'entre elles d'être accompagnées dans leur vie quotidienne (en plus des soins). En la matière, les besoins de ces personnes sont très variés d'une personne à l'autre et évoluent au cours de la vie.

Faute de logement, de nombreuses personnes souffrant de troubles psychiques demeurent hospitalisées ou se retrouvent, à leur sortie, sans solution adaptée d'hébergement. Pourtant, diverses formules existent pour répondre à ces besoins, prenant en compte des nécessités d'accompagnement et d'insertion sociale grâce à l'intervention de services médico-sociaux et/ou d'équipes de secteur psychiatrique :

• logements individuels indépendants, le cas échéant gérés par une association, ou faisant l'objet de conventions entre les bailleurs et une association. Des logements de ce type ont souvent été mis en place à l'initiative des équipes de secteur psychiatrique, sous la dénomination d'« appartements associatifs » ;
• logements regroupés, telles les pensions de famille, maisons relais, résidences sociales où les personnes peuvent trouver une certaine vie collective et un accompagnement social quotidien ;
• foyers d'hébergement, foyers de vie et foyers occupationnels, recevant des personnes handicapées souffrant de troubles psychiques sur orientation de la commission d'évaluation et des droits.
Il est à noter que les maisons d'accueil spécialisées et les foyers d'accueil médicalisés constituent une réponse davantage adaptée pour des patients très dépendants, hospitalisés au long cours, présentant, par exemple, des handicaps surajoutés ou associés, restreignant sévèrement leur autonomie intellectuelle ou physique et nécessitant de ce fait une assistance dans les actes essentiels de la vie ainsi qu'une surveillance médicale et des soins soutenus.
Or, on constate une insuffisance de places d'accueil pour ce type de situations, tant en nombre qu'en personnel qualifié. Les besoins sont importants et il est indispensable que des places nouvelles soient créées rapidement.

Objectifs

En sus des dispositifs d'accompagnement, il convient de permettre l'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à toute la gamme des solutions allant du logement indépendant ou collectif, avec les accompagnements nécessaires, jusqu'à des formules d'accueil et d'hébergement spécialisés : ces dernières peuvent être offertes par des services et établissements médico-sociaux quand la complexité et la lourdeur des handicaps, leurs conséquences en terme d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne et les besoins éducatifs et occupationnels sur le long terme le requièrent.
Cet objectif vise aussi les personnes présentant une pathologie psychiatrique et nécessitant un accompagnement social et médico-social du fait d'une désocialisation ancienne, d'un âge ne leur permettant ni de trouver du travail ni d'être à la retraite et dont le niveau de dépendance ne requiert pas un recours à un hébergement permanent en structure médicale ou médico30 sociale. Toutefois, il devra être veillé à prolonger le suivi sanitaire des personnes où qu'elles soient hébergées.

Mesures

• **Réaliser une enquête et regrouper les données existantes permettant de cerner la population faisant l'objet d'un accueil « inadéquat » en long séjour en psychiatrie**
(cf.1.2.3) et identifier les solutions alternatives à proposer (sanitaires, sociales, médicosociales, autres).

• **Mettre en place de méthodes et de procédures permettant d'articuler ou de conduire de manière concertée aux niveaux national (DGAS, DHOS, DGS, DSS, CNSA), régional (ARH, DRASS) et départemental (DDASS, départements) les exercices d'évaluation des besoins**, de programmation des actions et d'élaboration des schémas d'organisation sur les aspects concernant les réponses sanitaires, sociales et médico-sociales à apporter aux personnes souffrant de troubles psychiques.

• **Prendre en compte les besoins de logement et d'hébergement des personnes souffrant de troubles psychiques, en particulier celles sortant d'hôpitaux psychiatriques, dans les programmes appelant un financement public du logement et notamment dans l'élaboration des Plans d'actions pour le logement des personnes défavorisées.**

• **Développer les conventions entre les bailleurs, les réseaux associatifs, les services médico-sociaux et psychiatriques pour prévoir l'accompagnement des personnes et le conseil aux organismes.**

• **Promouvoir des appartements associatifs pour personnes handicapées psychiques** :
création dans chaque département d'au moins un ensemble d'appartements, individuels, collectifs ou regroupés, dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques, l'objectif étant de disposer, chaque année, sur la période 2005-2007, de 500 appartements supplémentaires.
Le plus souvent intégrés dans des ensemble de résidences de logements sociaux, ces appartements seront mis à disposition d'une association gestionnaire qui passera une convention avec le centre hospitalier de rattachement du secteur psychiatrique d'implantation, au titre des soins à prodiguer. L'accompagnement social et médico-social sera, en tant que de besoin, assuré par un SAMSAH ou un SAVS, en relation avec les équipes de soins psychiatriques.
Selon le statut de l'occupant qui pourra évoluer en fonction de sa prise d'autonomie (hébergement temporaire, location) et les prestations proposées, une implication du département ou d'autres collectivités territoriales sera recherchée.
Un cahier des charges type définira les interventions de chaque partenaire : Etat, département, commune, hôpital, association gestionnaire, bailleurs, etc ..
Un appel à projet sera organisé au plan local par les préfets, avec un suivi et une évaluation au niveau national, pour définir les partenariats, les programmes et la conception des logements (organisation interne, modalités de fonctionnement, statut des occupants).

• **Financer la création de foyers-logements dédiés neufs :**
Dans le cadre du plan de cohésion sociale, des crédits PLUS et PLS seront identifiés et consacrés à la construction de foyers-logements neufs dédiés à des personnes handicapées psychiques.
La répartition entre les différents types de prêts sera arrêtée sur la base d'une analyse des revenus des personnes concernées et des besoins territoriaux.
• **Veiller à l'accès des personnes handicapées psychiques aux maisons-relais / pensions de famille :**
La maison-relais / pension de famille permet d'accueillir des personnes qui, compte tenu de leur situation d'isolement ou d'exclusion lourde, auraient du mal à s'adapter à un logement individuel. Cette formule peut correspondre aux besoins de personnes handicapées psychiques. Le rôle de l'hôte dans les maisons-relais regroupant une quinzaine de chambres est primordial et aide les résidents à s'intégrer dans le fonctionnement de la maison et à réguler la vie quotidienne.
Le plan de cohésion sociale, prévoyant la création de 4000 places en maisons-relais/pensions de famille, permettra à ces structures de poursuivre et de développer ce type d'accueil dans le respect de la diversité des publics accueillis dans ces structures.
Une meilleure information sur les conditions et possibilités d'accès à des maisons relais sera diffusée auprès des personnes dans les maisons départementales des personnes handicapées et dans les hôpitaux psychiatriques.
• **Développer l'accueil en établissement médico-social, pour les personnes dont l'état,** notamment à leur sortie d'hôpitaux psychiatriques, nécessite, notamment en raison d'une dégradation de leur autonomie physique ou intellectuelle, une prise en charge au sein d'établissements adaptés proposant un accompagnement quotidien et un suivi des soins en liaison avec les équipes de psychiatrie ou des praticiens d'exercice privé (foyers d'accueil médicalisés) ou une prise en charge lourde pour les actes essentiels de la vie et pour une surveillance médicale et des soins constants (maisons d'accueil spécialisées).
Un millier de places, dont 400 dès 2005, seront dédiées en 3 ans aux personnes handicapées psychiques réclamant ce type de prise en charge dans le cadre du nouveau programme pluriannuel prévoyant, entre 2005 et 2007, la création de 7 500 places en MAS et FAM.
Par ailleurs, les départements et les organismes gestionnaires de foyers de vie ou occupationnels seront invités, dans le cadre notamment des concertations entourant la préparation des programmations ou l'élaboration des schémas d'organisation, à prévoir des places en foyers d'hébergement, de vie ou occupationnels destinées aux personnes handicapées psychiques.
Coût
• **appartements associatifs :**
Le coût de la construction des logements et du local destiné à l'équipe de veille pourra être financé dans le cadre habituel des crédits Etat pour logements sociaux et donner lieu également à une demande de concours financiers auprès des collectivités territoriales concernées.
Le coût afférent à la surveillance ainsi que les premiers investissements nécessaires à l'aménagement des locaux, donneront lieu à une demande de financement auprès du conseil général.
L'accompagnement médico-social, le cas échéant, pourra, pour partie, être assuré par des SAMSAH et par des SAVS prévus au point 1.3.1.
Des compléments financiers pourront être apportés par les communes ou communautés de communes d'implantation : ces prestations facultatives peuvent notamment concerner des services d'aides ménagères, de portage de repas ainsi que la prise en charge des frais de télé alarme ou de télé surveillance.
• **MAS-FAM :**
15,15 M en 2005 pour 400 places
22,72 M en 2006-2007 pour 600 nouvelles places soit 37,87 M de mesures nouvelles pour un millier de places en 3 ans dans le cadre du plan pluriannuel personnes handicapées 2005-2007
Ces financements seront assurés par les crédits de l'ONDAM bénéficiant du concours de la CNSA, et complétés, en ce qui concerne les FAM, par des crédits des Conseils Généraux.

1.3.4 Mobiliser les dispositifs de travail protégé

Contexte
Les personnes souffrant de troubles psychiques sont confrontées à des difficultés particulières d'accès ou de maintien dans l'emploi et les outils d'accompagnement vers l'emploi et de soutien en milieu ordinaire de travail (notamment le dispositif Cap emploi) ont un rôle majeur à jouer auprès des personnes concernées et des employeurs.
Les dispositifs de travail protégé (établissements et services d'aide par le travail) et les entreprises adaptées (ateliers protégés) offrent aussi une solution à celles des personnes handicapées psychiques dont les difficultés diminuent très

sensiblement les capacités de travail ou les placent dans une situation d'instabilité appelant un soutien spécialisé et un aménagement tout à fait spécifique des conditions de travail.
La loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées officialise, pour ceux qui se sont déjà engagés dans cette voie, ou encourage, pour les autres, la diversification des missions des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) et leur adaptation aux besoins particuliers et évolutifs des travailleurs qu'ils accueillent (mise à disposition d'entreprises, entretien des connaissances, maintien des acquis scolaires, formation professionnelle, actions éducatives d'accès à l'autonomie et d'implication dans la vie sociale). Par ailleurs, la loi crée un dispositif d'appui bénéficiant à la fois aux travailleurs handicapés qui quittent l'ESAT et à leur employeur, l'ESAT réalisant lui-même cet appui et s'engageant à reprendre son ancien travailleur en cas d'échec.
Ces évolutions paraissent particulièrement adaptées aux personnes handicapées psychiques pour lesquels l'ESAT peut, dans certains cas, constituer un sas vers le milieu ordinaire et une des solutions de recours quand l'accueil en entreprise s'avère trop difficile.

Objectif

Il convient de conforter le rôle des dispositifs de travail protégé et toute la gamme de leurs interventions (activités à caractère professionnel, accompagnement médico-social et professionnel, soutien en cas de mise à disposition d'entreprises, appui aux anciens travailleurs embauchés en entreprises ordinaires) pour permettre une réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, si nécessaire dans le milieu protégé, mais également dans le milieu ordinaire de vie et du travail.

Mesures

- Le programme pluriannuel 2005-2007 de création de 8 000 places nouvelles en ESAT permettra de poursuivre et de développer l'accueil et l'accompagnement en structures de travail protégé notamment des travailleurs handicapés présentant un handicap psychique.
- Prendre en compte, dans la mise en place des nouvelles dispositions prévues par la loi pour l'égalité des chances pour le secteur du travail protégé (modalités de soutien, organisation du travail, accompagnement au sein d'entreprises) les besoins spécifiques des personnes handicapées psychiques, notamment au moyen de cahiers des charges et d'outils de bonnes pratiques sur la base d'un recensement et d'une évaluation des initiatives déjà existantes et des expériences innovantes en matière d'insertion professionnelle.

Axe 2 Des patients, des familles et des professionnels

2.1 Renforcer les droits des malades et de leurs proches

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé rappelle le droit fondamental des personnes à la protection de la santé et mentionne un certain nombre d'autres droits tels que les droits à l'information sur l'état de santé (et notamment sur l'utilité, les risques des traitements et les conséquences prévisibles en cas de refus de ces traitements), à l'accès aux données personnelles de santé, au respect de la dignité, de la vie privée et du secret des informations personnelles de santé ainsi que le droit de désigner une personne de confiance.
Ces droits s'appliquent entièrement aux personnes atteintes de troubles mentaux y compris à celles hospitalisées librement (86% des hospitalisations en psychiatrie sont des hospitalisations libres). Le code de la santé publique (CSP) prévoit qu'une personne en hospitalisation libre « dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ». En application de l'article L.3211-2, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées sans leur consentement doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en oeuvre de leur traitement. Certains de ces droits sont expressément visés.
Les droits des personnes atteintes de troubles mentaux (information, recherche du consentement, accès au dossier médical, respect de la liberté individuelle) sont constamment questionnés au regard de la spécificité des troubles en question, qui conduisent à un déni de la maladie, et au regard de l'atteinte à ces droits que la prise en charge de ces personnes nécessite parfois (placement en chambre d'isolement, contention physique par exemple).
A la suite de la loi du 4 mars 2002, ce n'est pas tant l'affirmation des droits que leur mise en pratique qui pose problème, notamment au regard de cette spécificité. Malgré des améliorations, les associations d'usagers de la psychiatrie se font l'écho de restrictions aux droits des personnes malades. A cette fin, une charte de l'usager en santé mentale avait été élaborée le 8 décembre 2000 par la Fédération des patients en psychiatrie et la conférence des présidents de CME de CHS.

Ainsi, l'information du patient est parfois insuffisante. Les personnes hospitalisées sans consentement, en application du CSP, ne reçoivent une information sur leur droits et leur situation juridique qu'à l'admission, et par la suite, à leur demande.
Il n'existe pas de protocole de soins garantissant les droits des personnes faisant l'objet de contention physique. Le protocole de soins élaborés par l'ANAES sur les chambres d'isolement est diversement respecté en raison de son caractère incitatif. Aucune disposition d'ordre législatif ou réglementaire ne vient préciser le cadre de ces prises en charge, contrairement à certains pays européens.
Il existe encore des services fermés de psychiatrie qui reçoivent des patients en hospitalisation libre, lesquels ne peuvent quitter le service qu'en demandant l'autorisation du personnel soignant.
Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) sont concernées essentiellement par la situation des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Les éléments qui amènent à une évolution

Les limites du dispositif actuel et les dysfonctionnements observés

Les limites actuelles de l'offre publique de soins en psychiatrie engendrent à la fois des dysfonctionnements du système lui-même et des répercussions sur les droits des personnes malades mentales. Ainsi, la saturation du dispositif public, et plus particulièrement de l'hospitalisation de courte durée, génère des délais de prise en charge trop longs au regard des besoins, et provoque, en retour, une utilisation détournée et une augmentation des hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT).
Par ailleurs, le dispositif législatif a été récemment remis en cause aux motifs d'impératifs de sécurité publique. Certains patients qui le nécessitent ne font pas toujours l'objet de mesures d'hospitalisation d'office, les sorties d'essai ne sont pas parfois suffisamment contrôlées, les sorties accompagnées et l'organisation des transports de malades ne répondent pas toujours aux besoins.
La forte augmentation du nombre des hospitalisations sans consentement depuis dix ans et surtout de celles des HDT prises en urgence (40 % du total des HDT), alors qu'elles ne devraient avoir lieu qu'« à titre exceptionnel » selon les dispositions légales, pose problème.

La place grandissante des usagers et de leurs familles

Les usagers et leurs familles ont une influence relativement récente sur la demande de soins et le droit des malades.
Cette influence est liée à une demande directe de soins d'une nature nouvelle, elle-même liée à une évolution des représentations de la psychiatrie dans le grand public, dont le champ s'élargit de la folie à la santé mentale à travers la prise en charge des victimes, la prise en compte de l'anxiété, le traitement de la dépression, les adolescents difficiles, les relations mères-enfants…
Les représentants des usagers et leurs familles occupent en parallèle une place désormais incontournable et développent des partenariats systématiques avec les institutionnels et les professionnels.
La loi du 4 mars 2002 a prévu, en sus des familles, que des associations de patients fassent également partie des CDHP .
Les associations représentatives des familles et des patients participent aux différents travaux du ministère de la santé (groupes de travail, colloques, travaux du délégué interministériel aux personnes handicapées) ainsi qu'aux travaux des professionnels (conférences de consensus cliniques, colloques…). Elles sont elles-mêmes à l'origine de travaux qui sont pris en compte par les élus, l'administration et les professionnels (charte des malades mentaux hospitalisés, charte de la personne âgée dépendante, livre blanc, colloques scientifiques, expérimentation de clubs…).

La construction du droit européen de la santé

Le Conseil de l'Europe a adopté le 22 septembre 2004 une recommandation Rec (2004)10 du Comité des Ministres relatif à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux**.**
Il insiste sur des points importants tels que :
- la non discrimination en raison d'un trouble mental ;
- le principe de restriction minimale en matière de traitement ;
- l'importance de l'environnement et des conditions de vie dans les établissements de santé accueillant des malades mentaux ;
- le droit à l'information, à la communication et aux visites des malades en hospitalisation sans consentement ;
- la périodicité et le contrôle des hospitalisations et traitements involontaires ainsi que des mesures de contention et d'isolement ;
- la situation des personnes détenues et des mineurs.

Les grandes lignes de l'évolution actuelle

L'évolution du droit des malades est en cours et devrait se poursuivre au fur et à mesure de l'évolution de la psychiatrie et de la santé mentale soutenue par le développement de la recherche, de l'évaluation et par l'action de l'ensemble du plan de santé mentale.

Cette évolution doit se traduire dans :
- le renforcement des droits des personnes malades et de leurs proches,
- la réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement,

2.1.1 Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation.

Contexte

L'action des usagers ou des associations, représentant les usagers du dispositif de santé mentale, qu'il s'agisse de personnes malades, de leurs familles ou de leurs proches, constitue un levier de changement essentiel sur le regard et les comportements du public et des professionnels de santé à l'égard des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi qu'au plan institutionnel, à l'égard des pouvoirs publics. Les associations généralistes du système de santé voire les associations de consommateurs sont également concernées.

Les usagers du dispositif de santé mentale, leurs familles et leurs proches, de plus en plus constitués en associations dynamiques et reconnues, sont demandeurs d'une évolution des modalités de prise en charge susceptibles de les relayer dans leur parcours. Toutefois, leurs capacités de représentation et d'action auprès des pouvoirs publics restent insuffisamment reconnues et soutenues.

Objectif

Accroître et soutenir le rôle d'acteur des usagers, de leurs familles et de leurs proches dans les processus de concertation et de décision liés à la politique d'organisation des soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale**.**

Mesures

• Publication du décret d'application de l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 relatif à la composition et aux modalités de fonctionnement de la commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM), des conférences sanitaires et du comité régional d'organisation sanitaire (CROS), visant notamment à assurer la juste représentation des usagers et de leur famille au sein de la commission régionale de concertation en santé mentale.

• Association des usagers et de leurs proches à toutes les étapes de l'élaboration et de la mise en oeuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) : état des lieux, choix des priorités régionales et des priorités territoriales, annexe opposable, suivi et évaluation. Cette association a été affirmée dans la circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération puis dans la circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération.

• Intégration des usagers du dispositif de santé mentale et de leurs proches dans un comité régional des usagers pérenne.

• Identification au sein de chaque agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'un référent pour répondre aux interrogations des associations sur le système de soins, les orienter et les accompagner tout au long du processus de concertation relatif au SROS.

• Incitation au développement d'instances de concertation de proximité : conseils de secteurs sous le pilotage des psychiatres responsables, conseils locaux de santé mentale au niveau communal, intercommunal ou d'une agglomération. Ces instances contribuent, notamment par l'appréhension de situations individuelles à faire émerger, au niveau local, un diagnostic partagé sur les besoins et l'état de l'offre ainsi que sur les évolutions souhaitables, sur le plan sanitaire mais également social, médico-social, éducatif, judiciaire. Elles permettent également aux élus d'appréhender les actions nécessaires à la reconnaissance et à l'exercice de la citoyenneté des personnes souffrant de troubles psychiques.

• Mise en oeuvre, dans chaque région, d'actions de formation adaptées pour les représentants des usagers et de leurs proches.

Calendrier

• Applicabilité immédiate dans le cadre de l'élaboration des SROS de troisième génération

– Cf. circulaire DHOS/O2 n° 507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS de 3ème génération

• Textes d'application de l'ordonnance de simplification relatifs à la CRCSM, au CROS et aux conférences sanitaires : 2ème trimestre 2005

2.1.2 Renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles en qualité d'acteurs et de promoteurs de réponses aux besoins en santé

Contexte

Les associations d'usagers et de familles telles que l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Mentaux (UNAFAM), la Fédération nationale des patients et ex-patients en psychiatrie (FNAPpsy), France Dépression… jouent un rôle de premier plan dans l'accueil, l'écoute**,** l'information et le soutien des personnes souffrant de troubles

psychiques et leurs familles. Elles sont également partenaires des professionnels et des administrations pour la construction d'une offre de services.
Pour réaliser ces actions, elles ne disposent souvent que de moyens réduits aux cotisations des membres et à quelques subventions.

Objectifs

- Soutenir le développement d'associations d'usagers en santé mentale sur le territoire national.
- Soutenir, par des subventions accrues, les actions menées par les associations d'usagers et de familles.
- Développer avec les associations d'usagers une action d'information, alternative à celle diffusée par les laboratoires pharmaceutiques, sur les médicaments pour les usagers et leurs proches.

Mesures

- Soutien des missions d'écoute et d'accueil des familles frappées par la maladie menées par les associations (FNAPpsy (Service Ecoute santé mentale), UNAFAM (Service Ecoutefamille)...
- Soutien des études et des recherches menées par les associations ;
- Soutien dans le cadre de l'engagement des associations pour le développement des clubs ;
- Actions de sensibilisation des acteurs de la psychiatrie sur les usagers et leur famille ;
- Renforcement de la formation des bénévoles des associations dans le double but de remplir pleinement leur rôle d'aide et dans celui de favoriser leur mission de représentation au sein des instances institutionnelles (conseil d'administration des hôpitaux,…) ;
- Associer les associations d'usagers à la validation et la diffusion de fiches d'information sur les psychotropes. Cette diffusion pourrait s'opérer dans les salles d'attente des médecins, des centres médico-psychologiques (CMP), et Centre médico-psycho-pédagogiques (CMPP), des associations, des mairies,…

Calendrier

Calendrier pluriannuel à compter de 2006

Coût

- Augmentation et pérennisation du soutien financier aux associations d'usagers et de familles pour porter leur **niveau global de subventions à 600 000 à compter de 2005-2006,** reconduites annuellement.
- Coût prévisionnel des fiches d'information (DGS) : 50 000 pris en charge par le FNPEIS au titre du bon usage du médicament en 2006.

2.1.3 Renforcer les garanties individuelles

Contexte

L'article L.3211-2 du code de la santé publique (CSP) prévoit que les personnes hospitalisées librement en psychiatrie disposent des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause. En application de l'article L.3211-2, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles des personnes hospitalisées sans leur consentement doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en oeuvre de leur traitement. Certains de ces droits sont expressément visés.
Les droits des personnes atteintes de troubles mentaux (information, recherche du consentement, accès au dossier médical, respect de la liberté individuelle) sont constamment questionnés au regard de la spécificité des troubles en question, qui conduisent à un déni de la maladie, et au regard de l'atteinte à ces droits que la prise en charge de ces personnes nécessite parfois (placement en chambre d'isolement, contention physique par exemple).
Les 24 et 25 novembre 2004, une conférence de consensus, organisée par la fédération hospitalière de France, s'est tenue sur le thème de la « la liberté d'aller et de venir des établissements sanitaires et médico-sociaux et obligation de soins et de sécurité ». Cette conférence qui débouchera sur des recommandations a pris en compte la situation de la psychiatrie.
Enfin, les recommandations de bonnes pratiques cliniques des indications d'une hospitalisation sans consentement participent des garanties des droits des patients.

Objectifs

- Améliorer l'information des personnes atteintes de troubles mentaux sur leurs droits et, le cas échéant, sur leur situation juridique.
- Garantir l'exercice de ces droits en luttant contre la stigmatisation attachée aux troubles mentaux, tout en tenant compte de leur spécificité.
- Encadrer l'accès aux données informatisées relatives à la santé mentale et leur durée de conservation.
- Limiter et encadrer les restrictions aux libertés individuelles des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées.
- Développer des protocoles sur les prises en charge en psychiatrie qui mettent en jeu ces libertés afin de respecter les droits et la dignité des personnes malades.

• Garantir une protection juridique en cas de nécessité.

Mesures

• Diffusion et mise en oeuvre des recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité en Santé et à paraître au 1er trimestre 2005 sur les modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux.

• Révision, avec les organisations concernées, de la charte de l'usager en santé mentale signée en 2000 afin de tenir compte, notamment, de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

• Rédaction et diffusion des protocoles de soins en psychiatrie sur des pratiques mettant en jeu les libertés individuelles avec l'aide de la Haute Autorité en Santé (par exemple protocole de contention physique en psychiatrie).

• Elaboration avec des partenaires et diffusion par le ministère de la santé d'une brochure à l'intention des personnes hospitalisées sans leur consentement précisant le régime juridique et récapitulant leurs droits afin d'améliorer l'information des personnes.

Coût

Coût de la brochure en 2005 : 3 000

Calendrier

2005-2008

2.1.3 bis Elargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques

Contexte

Les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP) sont chargées d'examiner sa situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des patients. Cependant, la loi ne leur donne compétence qu'en matière d'hospitalisation sans consentement. Or, les atteintes aux libertés individuelles ne concernent pas que ce mode d'hospitalisation mais aussi certaines pratiques (mise en chambre d'isolement, contention, services fermés), qui concernent tant les personnes en hospitalisation libre que sans consentement. Le Conseil de l'Europe recommande qu'un organisme tiers puisse examiner et émettre des observations sur les pratiques dès lors qu'une liberté fondamentale est en cause.

Objectifs

• Améliorer le contrôle des situations mettent en question les libertés individuelles et le respect des protocoles mis en oeuvre (ex : chambre d'isolement).

• Développer une instance de recours pour les patients dans le cadre de la mise en oeuvre de ces protocoles**.**

Mesures

• Elargissement de la compétence des CDHP aux situations portant atteinte à la liberté individuelle (placement en chambre d'isolement, contention, placement en service fermé pour les personnes en hospitalisation libre). Cet élargissement nécessite une modification des articles législatifs du code de la santé publique sur les compétences des CDHP.

• Recommandations aux DDASS et aux directeurs des établissements de santé disposant d'un service de psychiatrie, de développer la collaboration entre la CDHP, l'actuelle commission de conciliation des établissements hospitaliers et la future commission des relations avec les usagers sur les droits des personnes dans les établissements de santé disposant de services de psychiatrie.

• Modification des dispositions réglementaires afin d'améliorer le fonctionnement des CDHP de manière à les rendre plus opérationnelles (quorum, durée du mandat, renouvellement, augmentation de l'indemnité des membres non libéraux …).

Coût

Pour 2006, indemnisation des membres des CDHP induite par les nouvelles compétences (51000) et augmentation de la rémunération forfaitaire des membres non libéraux des CDHP (31 700).

Calendrier

Une modification législative est requise.

2.1.4 Expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement

Contexte

Depuis 1992, on constate une augmentation de 86 % du recours aux hospitalisations sans consentement, notamment aux hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT). En 2001, les HDT représentaient environ 62000 admissions et les hospitalisations d'office (HO) 9000 décisions préfectorales. Les décisions prises selon une procédure d'urgence ont pris une ampleur particulière pour les HDT : en 2001, elles représentaient 40 % des HDT contre 20 % en 1992, alors que le code de la santé publique prévoit qu'elles n'interviennent qu'à titre exceptionnel.

Cependant, les hospitalisations sans consentement (HSC) se sont stabilisées depuis 1997 à 13 % des hospitalisations complètes en psychiatrie. Elles en représentaient 11 % en 1992.
Au-delà de leur nombre, ce sont les conditions dans lesquelles elles sont initiées, leur utilisation afin de pallier les difficultés d'hospitalisation libre en service de psychiatrie et d'éviter de recourir à d'autres dispositifs de soins, face à une alcoolisation aiguë par exemple, ou de répondre à certains comportements sociaux, qui posent problème.
Par ailleurs, les sorties d'essai décidées, dans ce cadre, pour 3 mois renouvelables tendent, dans les faits, à tenir lieu d'obligation de soins en ambulatoire du fait de leur longue durée, celle-ci pouvant parfois durer des années.
Le rapport d'évaluation de la loi du 27 juin de 1990 sous la responsabilité de Madame STROHL, Inspectrice générale des affaires sociales, a déploré en 1997 certains dysfonctionnements qui sont également dénoncés par les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques**.** En outre, en mai 2004, l'inspection générale de l'administration a examiné la mise en oeuvre du dispositif des HSC au regard des préoccupations de sécurité publique.
Une nouvelle dérive a été mise en lumière par un arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003 (Centre hospitalier spécialisé de Caen). Cet arrêt remet en cause la pratique actuelle des HDT qui consiste à faire appel à des personnels tels que les directeurs d'hôpitaux ou d'autres personnels hospitaliers, en qualité de tiers, sans que ceux-ci aient eu des « relations antérieures » avec le malade.

Objectifs

- Améliorer les conditions de prise en charge en urgence des personnes présentant dans troubles mentaux, dangereuses pour elle-même et pour autrui, et ne consentant pas aux soins et expertiser les modalités de réforme des décisions d'hospitalisation sans consentement et leurs modalités.
- Assurer une meilleure prise en charge des personnes pendant l'hospitalisation sans consentement
- Garantir les droits de ces personnes dans le cadre de la mise en oeuvre de ces prises en charge.
- Rééxaminer la notion de tiers dans l'HDT à la suite de l'arrêt du Conseil d'Etat.
- Développer les alternatives à l'hospitalisation sans consentement.

Mesures

L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des services judiciaires (IGSJ) ont été missionnées en novembre 2004 par les ministres de la santé et de la justice afin d'expertiser une réforme de la loi de 1990. Elles devraient rendre leurs conclusions au 2ème trimestre 2005.

Calendrier

Remise du rapport au 2ème trimestre 2005 et initiation des travaux dès la réception du rapport de l'IGAS et de l'IGSJ pour un aboutissement en 2006.

2.2 Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale.

2.2.1 Renforcer la formation initiale et continue et favoriser l'évolution des métiers.

Contexte

Au regard de l'émergence de nouvelles demandes, de la diversification des missions (psychiatrie de liaison, intersectorialité, travail en réseau, intervention dans la communauté au plus près des lieux d'expression de la demande), de l'évolution de la démographie médicale et de l'implication croissante des usagers du système de soins en santé mentale, la psychiatrie est confrontée à une mutation importante.
Le renforcement et l'adaptation de la formation des professionnels sanitaires et sociaux dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale visent à répondre à l'ensemble des besoins des patients souffrant de troubles psychiques par une offre de soins diversifiée.
S'agissant particulièrement des infirmiers exerçant en psychiatrie, compte tenu de la spécificité de cet exercice, et prenant en considération que des personnes peuvent être soignées dans ces établissements alors même que leur conduite peut être momentanément dangereuse, il convient que le personnel infirmier qui exerce pour la première fois en institution psychiatrique, bénéficie d'un encadrement de proximité adapté. Ce constat est corroboré par le fait que depuis 1992, les infirmiers sont formés à des modalités de travail diversifiées et à des compétences polyvalentes pour un exercice dans des disciplines médicales diverses. Or, quelle que soit la discipline médicale, il est reconnu que le développement des modalités thérapeutiques et la complexité des situations traitées en milieu hospitalier rendent difficile l'intégration à un nouveau poste de travail. La compétence des personnels ne peut plus être immédiate et demande un approfondissement dès la prise de poste qui sera d'ailleurs développée ensuite selon le concept de « formation tout au long de la vie ». De nombreux services hospitaliers ont ainsi mis en place des modalités d'accompagnement des nouveaux personnels avec des outils permettant de visualiser leur progression.
Le rapport final du groupe de travail DGS sur l'évolution des métiers en santé mentale :
« Recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé» (avril 2002) ainsi que le rapport des Dr Cléry-Melin, Pascal et Pr Kovess sur « la psychiatrie et la santé

mentale» (septembre 2003) préconisent un véritable continuum entre les contenus de formation et la pratique professionnelle.

Objectifs

• Adapter les compétences et les métiers en santé mentale afin de remédier au cloisonnement actuel des circuits de prise en charge et de renforcer l'accès à des modes de prise en charge diversifiés ;

• Améliorer la qualité pédagogique des formations initiales au sein des IFSI ;

• Développer une logique de formation permanente des professionnels spécialisés en psychiatrie au service de l'amélioration de la démarche qualité en psychiatrie à partir de l'évaluation des techniques de prise en charge et des recommandations de pratiques professionnelles ;

Mesures

1- Formation initiale et évolution des métiers :

• Concernant les travailleurs sociaux et les assistantes sociales : engagement de travaux entre le ministère de la santé (DGS/DGAS) et le ministère de l'Education nationale visant l'intégration dans leur cursus d'une formation orientée sur le fonctionnement psychique, la relation et le comportement.

• Concernant les médecins généralistes : cf. 1.2.1

• Concernant les psychiatres : proposition par le ministère de la Santé au ministère de l'Education Nationale :

- d'une révision prioritaire de la maquette de formation pour une formation en 5 ans, comprenant un semestre optionnel de stage hors filière.

- de la création de deux DESC de niveau 1 concernant la prise en charge psychiatrique des personnes âgées et les activités médico-légales (expertises, prise en charge des personnes sous main de justice)

• Concernant les psychologues :

- proposition par le ministère de la Santé au ministère de l'Education Nationale de la création d'un **mastère de psychologie clinique et thérapeutique**, sur la base d'une réflexion à mener conjointement avec les représentants nationaux des psychologues, des psychiatres et des universitaires.

- Impulsion, par le ministère de la Santé, de la création de **projets de psychologie clinique** dans les établissements de santé, dans le cadre d'une réflexion qui associera les professionnels. Ces projets, qui peuvent s'appuyer sur les «collèges» déjà existants, ont vocation à réunir les psychologues de ces établissements et à leur donner la capacité et un rôle de diffusion de bonnes pratiques, de développement de la formation et de contribution à la recherche clinique, dans une démarche collective cohérente avec le projet d'établissement.

• Concernant les infirmiers :

application des instructions ministérielles (circulaire DGS/DHOS du 10 juillet 2003) sur la mise en oeuvre des enseignements concernant la santé mentale dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), afin, dès la promotion 2004-2005 des nouveaux étudiants infirmiers diplômés d'Etat, d'homogénéiser ses conditions de mise en oeuvre, en proposant une réorganisation des modules santé publique/sciences humaines/psychiatrie au cours des trois années d'enseignements et afin de fidéliser les étudiants au domaine de la psychiatrie et de la santé mentale ainsi que de rendre plus attractive cette discipline médicale au moment du choix de l'orientation professionnelle :

- Dans le programme de formation initiale des études d'infirmières, il y a 5 modules spécifiques d'enseignement théorique de psychiatrie obligatoires correspondant à 440 heures, 2 modules optionnels d'approfondissement de 80 h et 20 semaines de stages cliniques obligatoires en santé mentale.

- L'amélioration de la qualité des stages s'appuie sur la mise en place d'un carnet de stages cliniques disponible dans tous les instituts et qui suivrait l'élève infirmier pendant toute sa scolarité. Ce carnet comportera : les objectifs pédagogiques ; le protocole de soins et de sécurité en psychiatrie ; l'évaluation de la qualité des stages remplie par le maître de stage et l'étudiant.

- Le contenu des programmes pédagogiques est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé (arrêté du 23 mars 1992 modifié).

- Le suivi pédagogique des formations en IFSI est assuré au sein du conseil technique présidé par le DDASS ou son représentant qui agit pour améliorer la qualité pédagogique et aider dans ses décisions le directeur.

Réalisation en 2005, sous l'égide du ministère de la santé en 2005, d'une enquête visant à établir une bilan national de l'application de ces orientations et de la qualité des contenus pédagogiques en psychiatrie et en santé mentale en formation initiale.

Au premier semestre 2005, lancement d'une concertation, sous l'égide du ministère de la santé, entre professionnels et représentants des conseils régionaux, sur les conditions de mise en oeuvre d'une procédure d'accréditation des IFSI en qualité d'outil de la démarche d'amélioration de la qualité pédagogique de l'enseignement dispensé en formation initiale, notamment en psychiatrie.

Lancement, en 2006, par le ministère de la Santé, d'une réflexion sur la réorganisation des stages de fin de formation initiale afin de favoriser une pondération plus importante des stages en psychiatrie au cours de la troisième année pour les élèves se destinant à la psychiatrie.

• Mesures transversales : développer la formation en recherche en psychiatrie

Proposition, en lien avec les universités et les instituts de recherche (INSERM, CNRS notamment), d'un mastère de recherche recouvrant la psychiatrie sociale, la recherche évaluative, l'épidémiologie psychiatrique.

2. Formation continue et évolution des métiers :

• Concernant les médecins : Dans le cadre de la FMC, proposer aux conseils nationaux et notamment au conseil national de formation continue des médecins hospitaliers, d'inscrire au titre de 2005 la formation en psychiatrie parmi les orientations nationales.

• Concernant les infirmiers exerçant en psychiatrie, sur la base d'une concertation de 18 mois avec les organisations représentatives des professionnels :

➔ **mise en oeuvre de la circulaire du 8 juillet 2004 afin que les établissements publics de santé organisent, à partir de 2005, une formation complémentaire de mise en situation professionnelle adaptée à tous les infirmiers nouvellement affectés en service de psychiatrie** : infirmiers DE sortant des IFSI et infirmiers issus d'un exercice professionnel en soins somatiques.

Les cliniques privées lucratif et non lucratif développant une activité de soins psychiatriques ont également été sensibilisées et seront incitées par instruction ministérielle à intégrer cette formation.

- Un contenu type d'une formation de courte durée (5 périodes de 3 jours) au cours de la première année de prise de fonction en service de soins psychiatriques a été élaboré et validé par un groupe de travail de professionnels et a été diffusé à l'ensemble des établissements de santé. L'ANFH en est l'opérateur.

La formation proposée sera ainsi suivie par l'infirmier, sur un mode d'alternance, après un temps d'immersion professionnelle dans le service de psychiatrie. Il s'agit de s'inscrire dans le cadre de la pratique professionnelle par une reprise des situations de soins et une analyse de la pratique.

- un dispositif régional d'appui est mis en place par les DRASS afin de favoriser la formation effective, dans un cadre pluriannuel.

➔ **instauration d'un tutorat de proximité des nouveaux personnels (issus des promotions d'IFSI récentes et à venir) dans les services de psychiatrie et fondé sur le principe de la transmission des expériences**. Le tutorat doit s'exercer en proximité pour que le tuteur et la personne tutorée puissent analyser des situations vécues dans un cadre identique le plus concrètement possible.

• Pour les autres catégories de professionnels de santé, notamment les psychomotriciens et ergothérapeutes : encourager la formation continue, par une instruction ministérielle, pour adapter leur compétences à l'évolution des techniques de prise en charge en santé mentale.

Calendrier

• Accréditation des IFSI : concertation en 2005 pour une mise en oeuvre à partir de 2006

• Instauration d'un tutorat : 2005-2010

• Mise en oeuvre en accompagnement de la formation d'adaptation à l'emploi (2005-2008)

Coût

• Accréditation des IFSI : coût à établir en fonction des résultats de la concertation

• Instauration d'une formation d'adaptation à l'emploi : mesure financée sur la base d'une cotisation des établissements à l'Association Nationale pour la Formation Hospitalière (**3M**)

• Instauration d'un tutorat : **25M /an** sur le FMESPP.

2.2.2 Renforcer l'investissement pour soutenir l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie

Contexte

De nombreux éléments corroborent le constat d' une dégradation globale et progressive des équipements en psychiatrie, contribuant à la persistance de conditions d'accueil et d'hébergement souvent indignes pour les patients, notamment en hospitalisation complète, et à une inadéquation fréquente entre la qualité des équipements, les objectifs de soins assignés aux établissements.

En septembre 2000, un rapport d'enquête du ministère de la santé portant sur une évaluation du patrimoine immobilier des établissements publics et privés participant au service public hospitalier à vocation principalement psychiatrique faisait apparaître les principaux constats suivants :

Au plan quantitatif :

• 49,5 % des établissements étaient implantés dans des bassins de population importants ou à proximité d'une ville d'au moins 50 000 habitants contre 50,5% dans des bassins de population moyen ou faible dans ou à proximité d'une ville de moins de 50 000 habitants ou en zone rurale ; • la totalité du patrimoine foncier de ces sites était alors estimé

à 3800 hectares (moyenne de 32,8 hectares par site) pour un total de 4900 bâtiments environ, parmi lesquels, en moyenne 42,2% des bâtiments étaient affectés aux soins, 51,3% à d'autres fonctions et 6,5% étaient inoccupés ou désaffectés ; les sites « extérieurs » comptaient environ 1700 bâtiments gérés pour près de 78% d'entre eux par des établissements publics.

Au plan qualitatif :

- les bâtiments affectés aux soins faisaient alors apparaître pour 80% d'entre eux un bon état d'entretien, ayant bénéficié pour la plupart de rénovations mais cette appréciation globale, était atténuée par le constat que ces rénovations n'avaient pas toujours pris en compte de manière suffisante la sécurité, l'accessibilité aux personnes handicapées et le confort des patients.
- **Sur le plan de la sécurité,** la situation était jugée globalement bonne, mais dans 20,4% des cas, la situation était jugée passable ou mauvaise ;
- **Sur le plan de l'accessibilité aux personnes handicapées,** la situation était jugée passable ou mauvaise dans près de 37% des cas ;
- **Sur le plan des éléments de confort des patients, du respect de l'intimité des patients et de la qualité des chambres d'isolement,** la tendance globale faisait apparaître des insuffisances notoires. Une enquête complémentaire sur ce thème auprès de 86 établissements, extrapolée à l'ensemble des établissements publics, estimait que les chambres à 1 lit représentaient 58,5% des chambres mais seulement 1/3 des lits ; les chambres à 2 lits, 27,5% des chambres et environ 1/3 des lits ; les chambres de plus de 2 lits, 14% des chambres et environ 1/3 des lits ; les chambres avec WC et douches ne représentaient alors que 21,6% des chambres soit moins d'1/4 de l'ensemble des chambres
- **Sur le plan des services techniques et logistiques,** si les points forts portaient alors sur les centrales d'énergie, les réseaux électriques et téléphoniques, de détection incendie et l'élimination des déchets, le cas particulier des fonctions linge et restauration, faisait apparaître un retard important des investissements des établissements de psychiatrie en ce domaine par rapport aux autres établissements de santé (la situation n'étant jugée alors satisfaisante que dans 12 à 14 % des cas).
- **Enfin une analyse des perspectives d'évolution de ce patrimoine** faisait apparaître que 10% des surfaces recensées à l'époque étaient destinées à être remises en état, 58% à être conservées en l'état, 21% restructurées, 11 % abandonnées ou détruites, conduisant à une réduction de près de 9% des surfaces globales (plus importantes d'ailleurs dans le secteur PSPH).

Au global, cette étude faisait apparaître la place conséquente du patrimoine psychiatrique dans le paysage hospitalier. Toutefois, les conclusions de l'enquête faisaient apparaître 2 enjeux majeurs pour son évolution :

- le vieillissement du patrimoine : problèmes de sécurité, d'accessibilité des personnes handicapées, de confort des patients, de services généraux et logistiques ;
- l'évolution des pratiques, conduisant au basculement de l'hospitalisation vers les alternatives et à un rapprochement de l'hospitalisation de la population desservie.

L'un des éléments d'analyse réside dans le fait que la psychiatrie n'a toujours bénéficié, au cours des dernières années, d'une politique clairement définie et soutenue d'investissements et de modernisation structurelle, notamment par défaut d'une lisibilité suffisante des objectifs de santé publique.

Le plan d'investissement Hôpital 2007 annoncé en septembre 2003 s'est fixé pour objectif prioritaire de renforcer les moyens d'investissement hospitalier afin de permettre une adaptation et une modernisation des établissements de santé à la hauteur des impératifs de qualité et de sécurité et des exigences légitimes des usagers du système de santé.

Ce plan repose sur l'ambition de concrétiser une politique de coopération et de complémentarité hospitalières et de meilleure réponse à des priorités de santé publique alors établies (lutte contre le cancer, périnatalité et réponse aux urgences.)

Ce sont dans ce cadre, près de 6 milliards d'aides prévisionnelles à l'investissement sur 5 ans qui ont été présentées pour un nombre total de 937 opérations.

Bien que n'ayant pas identifié le champ de la psychiatrie comme prioritaire, ce plan a permis d'accompagner des opérations impactant l'offre de soins psychiatrique pour un montant de près de 600 millions d'_, subventionné à hauteur de 50%, pour un total de 97 opérations. Près d'un tiers d'entre elles correspondent à la finalisation d'opérations de restructuration de l'hospitalisation complète et des alternatives à l'hospitalisation, engagées au titre du FIMHO.

Toutefois si l'effort ainsi consacré a été essentiel, il n'apparaît suffisant pour venir en appui des ambitions du présent plan de santé mentale, notamment en matière de diversification des alternatives à l'hospitalisation, à la réponse adaptée à l'urgence et à l'adaptation de l'hospitalisation complète (axe 1), en particulier pour accompagner la relocalisation de l'hospitalisation complète au plus près de la population desservie. Il s'agit également d'assurer des conditions d'hébergement dignes aux patients hospitalisés et de garantir par là-même un cadre propice à l'exercice

professionnel des soignants. L'humanisation des locaux, la réduction de l'hébergement collectif, l'amélioration des installations sanitaires doivent donc s'accompagner d'une réflexion sur localisation et le dimensionnement des structures, leur accessibilité, les liens fonctionnels avec la ville. La relance d'une politique d'investissement et de modernisation dynamique, en appui d'une réflexion collective constitue un levier essentiel à la mise en oeuvre des orientations régionales, arrêtées par les SROS, en cohérence avec les objectifs de qualité, d'accessibilité et de continuité des soins et avec la capacité des établissements à disposer des professionnels nécessaires

Objectifs

L'ensemble de ces constats plaide en faveur d'un effort volontariste en matière d'amélioration de la politique d'investissement dans le domaine de l'organisation des soins en psychiatrie, visant à garantir :

- une qualité de l'offre de soins et des équipements cohérente avec les objectifs d'évolution assignés à l'organisation des soins en psychiatrie, notamment au plan de l'accessibilité des soins ;
- des conditions d'accueil et d'hébergement respectant les droits et la dignité des patients au même titre que pour l'offre de soins générale ;
- l'adéquation entre la qualité et la sécurité des conditions d'exercice des professionnels et les objectifs de santé publique assignés en ce domaine.

Mesures

Soutien pluriannuel (2006-2010) à l'investissement des établissements ayant une activité de psychiatrie afin d'accompagner l'évolution de l'offre de soins dans le cadre de la mise en oeuvre des SROS 3 sur la base de :

En 2005 :

Sous le pilotage du ministère de la santé (DHOS, MAINH, ARH) et en lien avec les représentants des professionnels et des usagers :

- réalisation d'un état des lieux des besoins d'investissement à réaliser ;
- élaboration d'un cahier des charges national portant sur la définition :

➔ des objectifs prioritaires en matière d'organisation et d'implantation géographique de l'offre de soins et portant, à la fois, sur les alternatives à l'hospitalisation et sur l'hospitalisation complète, en psychiatrie générale et infanto-juvénile ;

➔ des clauses architecturales adaptées sur le plan des conditions d'accueil et d'hébergement et des conditions d'exercice des professionnels, notamment sur le plan de la sécurisation des équipements ;

- appel à projets national qui permettra de désigner les demandes éligibles à ce soutien à l'investissement sur la base d'une programmation pluriannuelle.

Sur la période 2006-2010 :

- En soutien à l'effort d'investissement des établissements dans le cadre de la mise en œuvre des SROS 3 au travers des contrats d'objectifs et de moyens (ou d'avenants) entre les établissements de santé et les ARH :

- Allocation d'aides en capital, au titre du Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP);
- Allocation d'aides en fonctionnement pour le remboursement de l'emprunt au titre de l'ONDAM hospitalier.

- Parallèlement à l'élaboration du plan psychiatrie et santé mentale et dans un cadre plus global, une réflexion interministérielle entre le ministère de la Santé et le ministère de l'Intérieur a été développée, visant à renforcer la sécurité des établissements hospitaliers, et intégrant la prévention des violences dans les établissements psychiatriques. Cette réflexion doit déboucher sur 2 types de mesures :

- Au niveau national : sur proposition du ministre de l'Intérieur, signature d'un protocole (avril 2005) avec le ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille visant à renforcer leur coopération en matière de prévention de la violence et d'aide aux personnels hospitaliers au sein des établissements de santé publics et privés ainsi qu'à leurs abords ;
- Au niveau déconcentré : déclinaison de cette coopération sous l'égide du représentant de l'Etat dans le département et désignation systématique d'un correspondant issu du service de police ou de gendarmerie de la zone concernée, pour être l'interlocuteur quotidien du directeur de l'établissement de santé pour les problèmes de sécurité, afin notamment de mettre en oeuvre des patrouilles de police périodiques ou aléatoires, des procédures d'alerte, des diagnostic de sécurité, à la demande des directeurs d'établissements.

Calendrier

2005 : état des lieux, élaboration du cahier des charges, appel à projet et programmation pluriannuelle.

2006-2010 : mise en oeuvre dans le cadre de la mise en oeuvre des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3.

Coût

L'objectif est un **effort de 750M de soutien à l'investissement** sur la période 2006-2010 (**dans l'objectif de générer 1,5 milliard d'investissements supplémentaires**).

- 50M au titre du FMESPP (aide en capital – 10M_/an)

- 700M par une aide en fonctionnement du groupe 4

Axe 3 Développer la qualité et la recherche

3.1 Favoriser les bonnes pratiques.

3.1.1 Soutenir l'élaboration des bonnes pratiques

Contexte

Parmi les orientations centrales de la politique de la psychiatrie et de la santé mentale, figure la nécessité d'améliorer les pratiques professionnelles pour favoriser le développement constant de la qualité des soins et des pratiques**.**

Objectifs

Il apparaît indispensable d'avoir comme objectif général, l'amélioration de la qualité du service rendu en santé mentale, y compris par les médecins généralistes, en matière de qualité du diagnostic et de pertinence du choix et des modalités de prescriptions (médicaments, thérapies, arrêts de travail…).

Dans le respect de la diversité des approches et références théoriques existant dans le domaine de la santé mentale et de la psychiatrie, il est essentiel d'inciter au développement de recommandations de bonnes pratiques et à leur diffusion auprès des équipes soignantes concernées.

Il convient donc :

- d'inciter à la mise en oeuvre d'évaluations des différentes stratégies thérapeutiques, de leurs rapports bénéfice-risque, de leur efficience et de leurs coûts ;
- de valoriser la démarche de certification des établissements de santé ;
- d'engager les professionnels à inscrire leurs pratiques dans le cadre d'une véritable formalisation des modes d'interventions.

Mesures

- Développement de recommandations de bonnes pratiques, en lien avec l'INPES, pour ce qui concerne la prévention et la promotion de la santé mentale, et avec la Haute Autorité de Santé pour le domaine du soin.
- Conclusion de partenariats entre le ministère de la santé et des équipes de chercheurs de la fédération française de psychiatrie pour favoriser le développement de recommandations de bonnes pratiques.
- Mise en place d'une stratégie active de diffusion et de mise en application des résultats de ces recommandations et leur intégration dans les logiques de certification et d'évaluation des professionnels.
- Accélération de la mise en oeuvre et développement de la certification dans les établissements de santé dans le champ de la psychiatrie, particulièrement en ce qui concerne la sécurité des personnels soignants et des patients.
- Développement de l'évaluation des stratégies thérapeutiques.
- Incitation à plus de formalisation des modes d'interventions et des stratégies thérapeutiques.

Calendrier : **2005-2008**

55

3.1.2 Favoriser le bon usage du médicament.

Cont ext e

Ô La plupart des informations disponibles appellent l'attention sur la consommation des psychotropes en France, qui demeure l'un des pays en Europe où leur consommation est des plus importantes. L'étude réalisée à partir de l'enquête décennale santé 1991 indiquait déjà que 11,3 % de la population adulte avait consommé régulièrement un ou plusieurs psychotropes sur une période d'au moins 6 mois, dont 7,3 % un anxiolytique, 3,6 % un hypnotique, 2 % un antidépresseur et 0,7 % un neuroleptique.

Dix ans plus tard, l'étude de la CNAMTS « Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine » publiée à partir des données nationales MEDICAM, indique qu'en 2000, près d'un quart de la population du régime général a bénéficié du remboursement d'au moins un médicament psychotrope (anxiolytiques 17,4 %, antidépresseurs 9,7 %, hypnotiques 8,8 %, neuroleptiques 2,7 %, lithium 0,1 %) et souligne une évolution croissante de la prescription avec l'âge. De plus, 150 millions de boites de médicaments psychotropes ont été remboursées par l'assurance maladie en 2002 pour les assurés du régime général (hors fonctionnaires et étudiants) en majorité prescrites par un médecin généraliste.

Ainsi, pour les psychotropes les plus couramment prescrits en pratique libérale, on constate que :

- pour les anxiolytiques et les hypnotiques, les durées de prescriptions remboursées excèdent 4 à 12 semaines dans 40 % des cas au cours de l'année 2000, ce qui es t en contradiction avec les recommandations médicales (AN AES 1995) ;

- a contrario, s ’agissant des antidépresseur s, les remboursements uniques concernent près d’ un tiers des personnes traitées, en contradiction avec l’ autorisation de la mise sur le marché ; le taux mesuré de consommateur s d’antidépr esseurs (9,7 %) es t bien supérieur au taux de prévalence de la dépression estimée en France à 4,7 % sur une année et une nette augmentation de la consommation est notée entre 2001 et 2002 ;
- enfin, une forte croissance3 entre 2001 et 2002 des antipsychotiques atypiques (+13%).

Ô Plus qu’une surconsommation de psychotropes, on constate donc surtout une inadéquation entre les durées de prescription et les pathologies traitées, malgré les recommandations de bonnes pratiques et les outils conventionnels existants :
- Autorisations de Mis e sur le Marché en vigueur et guide national des prescriptions Vidal (GNP)
- Recommandations de bonnes pratiques de l’ANAES et de l’AFSSAPS (actualisation en cours)
- Accords de bon us age des soins (AcBUS) et contrats de bonnes pratiques (CBP) : objectif s de maîtrise médicalisée f ixés dans la convention nationale 2005
- Références internationales consensuelles (Practice guidelines of American psychiatric association, Expert consensus guidelines series).

Ces constatations résultent, en partie, d’ une non-appropriation par les professionnels de santé des recommandations ou guides de bon usage des soins, laquelle conduit à des prescriptions injustifiées ou inadéquates . En effet, les mess ages véhiculés par la promotion industrielle ne sont pas à ce jour équilibrés par une information indépendante du médecin prescripteur.

3 CNAMTS, MEDIC assurance maladie, juillet 2003.

Ô Les médecins généralistes de premier recours représentent 70 à 75 % des prescripteurs d’antidépresseurs et d’anxiolytiques/hypnotiques, tandis que pour le suivi spécialisé en libéral, les prescriptions d’antidépresseurs ne représentent que 17 % et celles d’anxiolytiques et hypnotiques 9,5 et 10,6 %.

Objectifs

Renforcer la qualité des pratiques des professionnels de santé et le bon usage des médicaments en facilitant l’appropriation des recommandations en vigueur et en diffusant une information indépendante.

Mesures

• Sollicitation de la Haute Autorité en Santé (HAS) pour élaboration et validation de référentiels et guides de bonnes pratiques en santé mentale et psychiatrie (notamment chez l’enfant et l’adolescent) sous la forme de fiches pratiques. Ces documents auront pour objectifs l’aide au diagnostic et à la stratégie thérapeutique. Ils préciseront les différentes alternatives de prise en charge avec notamment les indications et le maniement spécifique des différents produits selon les pathologies ;

• Sollicitation de la HAS pour remise systématique de ces fiches pratiques validées aux médecins prescripteurs par les visiteurs médicaux lors de la présentation de psychotropes, en application de la charte de la visite médicale signée par le comité économique des produits de santé (CEPS) et l’instance représentant l’industrie pharmaceutique (LEEM) le 23 décembre 2004 ;

• Diffusion et communication sur ces référentiels et guides, en direction des professionnels de santé, quel que soit leur mode d’exercice, par des articles de presse médicale médecins généralistes/spécialistes (FFP), bulletin CNOM (conférence de consensus, conférence de presse, plaquettes spécifiques, site internet) ;

• Lancement de campagnes d’information et de communication en direction d’une part, des médecins et, d’autre part, du grand public (cf.1.1.1) sur la base de ces référentiels ;

• Promotion auprès de l’assurance maladie de la poursuite de son objectif de maîtrise médicalisée sur les psychotropes :
- en 2005 : la convention nationale signée le 12 janvier 2005 entre les médecins et l'assurance maladie a retenu pour l’année en cours, un objectif d’infléchissement de 10 % des montants tendanciels 2005 de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques représentant 33 millions d'_ d’économies, mesure qui ne concerne ni les antidépresseurs, ni les antipsychotiques atypiques ;
- en 2006 : des objectifs de prescription des antidépresseurs et des antipsychotiques pourraient être déclinés dans des accords de bon usage de soins (AcBUS) ou des contrats de bonnes pratiques (CBP), à la condition que l’UNCAM ou les URCAM s’emparent de ces sujets avec les représentants nationaux ou régionaux des syndicats signataires de la convention nationale.

Calendrier

2005-2008

Coût

200 000 en 2006 (diffusion et communication de plaquettes et référentiels, conférence de consensus) sur des crédits d’Etat.

3.2 Améliorer l'information en psychiatrie.

3.2.1 Généraliser le recueil d'information médico-économique en psychiatrie

Contexte

Il n'existe pas encore, en psychiatrie, de recueil généralisé d'informations médicoéconomiques à vocation d'allocation budgétaire. Pour permettre une telle généralisation, une expérimentation est conduite depuis l'année 2002, au sein de 172 établissements. Cette expérimentation va permettre de finaliser le contenu et la forme d'un recueil d'information médico-économique pertinent pour la psychiatrie. Ce recueil d'information est indispensable pour le financement des établissements par la valorisation de l'activité en psychiatrie.

Objectifs

Généraliser le recueil d'informations médico-économiques dans des conditions acceptables pour les établissements.

Mesures

- Finalisation des travaux menés par la ministère de la Santé avec l'ATIH et les représentants des professionnels sur la construction de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP).
- Déploiement de la VAP par l'attribution, à chaque établissement qui n'a pas été financé dans le cadre de l'expérimentation relative au PMSI, des subventions permettant de financer l'infrastructure du réseau informatique et d'acheter du matériel et des logiciels

Calendrier

- Préparation en 2005
- Mise en oeuvre en 2006

Coût

FMESPP : **12 M** par an

3.2.2 Consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie

Constat

Des informations sur le système de soins et d'accompagnement médico-social ou social en psychiatrie (activité et moyens) sont disponibles au travers de plusieurs sources d'information. Il s'agit des enquêtes réalisées au sein des établissements (SAE, rapports annuels de secteurs, enquête établissements sociaux…), des données sur les professionnels de santé hospitaliers et libéraux (à l'exclusion encore notable des psychologues libéraux), des données recueillies par l'Assurance Maladie pour le remboursement des prestations de soins, des données colligées dans les rapports d'activité annuels ou d'enquêtes ad hoc, réalisées ponctuellement pour un objectif précis. Ces sources d'information sont hétérogènes et dispersées et permettent mal de mesurer les articulations des pratiques dans les champs sanitaire et médico-social.

Enfin, pour caractériser les patients suivis (pathologies, données socio-démographiques), le recueil de la valorisation de l'activité présenté ci-dessus, devrait, au prix d'améliorations techniques (chaînage des prises en charge notamment), être une source de données très attendue.

Objectifs

Permettre l'élaboration et le suivi des politiques de santé en mettant à disposition des décideurs des informations pertinentes sur la répartition et l'évolution de l'offre de soins au regard des caractéristiques de la population.

Mesures

- Rapprochement des sources d'information en psychiatrie par l'harmonisation des systèmes d'information et leur exploitation conjointe, cette première mesure étant un préalable à l'utilisation de ces données dans les mesures suivantes
- Elaboration d'un tableau de bord décliné au niveau national, régional, départemental et infra départemental (territoires de santé par exemple), qui permette de confronter les activités de soins, les moyens en personnels et les budgets consommés avec les caractéristiques de la population couverte. Elaboration de ratios et d'indicateurs permettant des comparaisons.
- Dans un deuxième temps, enrichissement du tableau de bord avec les données du champ médico-social et social.

Calendrier

- 2005 : finalisation de la méthodologie
- 2006 : Elaboration du tableau de bord

3.3 Développer la recherche

La France présente la particularité d'avoir investi certains champs au détriment des autres, avec un niveau d'excellence des recherches en neurologie. Dans le domaine de la psychiatrie, si la recherche fondamentale doit continuer de bénéficier de l'engagement et des moyens dont elle dispose, la recherche clinique, l'épidémiologie et la recherche en sciences humaines et sociales ne sont pas suffisamment développées et doivent faire l'objet d'un

soutien prioritaire. De plus, l'absence d'interfaces entre les domaines plus fondamentaux et ceux qui sont à développer est tout à fait dommageable, notamment dans la production conjointe de connaissances indispensables dans l'évolution du savoir en santé mentale.

3.3.1 Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie

Contexte

Les grands pays occidentaux disposent tous d'un institut de recherche spécifique en Psychiatrie, comme le Karolinska (S), le Max Planck(A), le London Institute of Psychiatry (UK) ou le NIMH (USA) où exercent de nombreux chercheurs. Par exemple, il y a deux fois plus de chercheurs et d'hospitalo-universitaires à l'Institut de Psychiatrie de Londres que de chercheurs et de PU-PH en psychiatrie dans toute la France alors que la densité de psychiatres y est quatre fois plus importante. Il convient donc de renforcer cette discipline au sein de l'Université et de l'INSERM. Cette démarche a commencé à être entreprise et elle mériterait d'être poursuivie et renforcée.

C'est par la recherche clinique et psychopathologique que les progrès en neuro-biologie peuvent trouver leurs applications en psychiatrie. Elle est donc la nécessaire interface entre la pratique médicale et la recherche fondamentale. C'est la raison pour laquelle l'INSERM a créé des Comités d'interface avec les sociétés savantes de différentes disciplines (la Fédération Française de Psychiatrie pour la Santé Mentale) afin de faire émerger des orientations préférentielles pour la recherche.

Si la recherche en Sciences dites « dures » nécessite de gros investissements matériels, la recherche clinique a surtout besoin de collaborateurs. Or il y a une désaffection des psychiatres en formation pour la recherche et un investissement modeste des psychologues pour cette activité ; alors que, dans les pays anglo-saxons, les publications en psychiatrie résultent autant des MD que des PhD. Il y a donc des difficultés croissantes à trouver des professionnels impliqués et/ou formés à la recherche en psychiatrie pourtant très consommatrice de temps (plusieurs heures pour le moindre entretien semi-structuré).

Objectif

Promouvoir la recherche clinique en psychiatrie

Mesures

En s'appuyant sur la possibilité, ouverte par la loi n°2004-806 du 9 août 2004 réformant la loi Huriet-Sérusclat, d'inclure les patients souffrant de maladies psychiatriques dans les protocoles de recherche clinique :

- Soutien, par les ministères de tutelle, de l'INSERM, qui a mis en place une intercommission « psychiatrie, psychopathologie, santé mentale » chargée de faire des propositions sur les moyens de développer et de structurer la recherche dans le domaine. Cette intercommission recrutera 3 chercheurs en 2005. L'INSERM a également mis en place un comité d'interface avec la Société Française de Psychiatrie ;
- Inscription, par le ministère de la santé, dès 2005, d'un axe prioritaire « psychiatrie-santé mentale », dans l'appel d'offre national du PHRC afin de financer des recherches et au sein de la thématique « Neurosciences » de l'Agence Nationale de Recherche ;
- Mise en place d'un groupe de travail, avec les ministères de la Santé et de l'Education nationale, afin de favoriser l'orientation des internes vers des cursus de recherche.

Calendrier

Mise en place dès 2005

3.3.2 Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale

Contexte

L'épidémiologie en psychiatrie reste encore très peu représentée, puisque, hormis quelques membres d'équipes ou d'unités et chercheurs impliqués personnellement dans ce champ ainsi que des hospitalo-universitaires concernés, aucune structure spécifiquement dévolue à cet axe n'existe en France.

Objectifs

- Rompre l'isolement des professionnels concernés par la santé publique appliquée à la santé mentale : cliniciens pour les investigations, chercheurs psychiatres pour les spécificités de la discipline, chercheurs en sciences humaines pour les implications sociologiques ou psychologiques, méthodologistes et biostatisticiens spécialisés dans la mesure subjective, réseaux institutionnels habilités à produire des statistiques hospitalières ou à assumer la surveillance sanitaire, collaborations multicentriques nationales par le réseau des ORS, etc.
- Coordonner les ressources en épidémiologie psychiatrique afin d'améliorer :

- la surveillance épidémiologique de l'évolution de la prévalence des troubles mentaux ;
- la veille sanitaire sur les phénomènes psycho-pathologiques émergents ;
- une évaluation des besoins pour la planification sanitaire ;
- l'identification des facteurs de risque pour une action de prévention sur les déterminants de la santé ;
- la formulation d'hypothèses pour la recherche fondamentale (génétique, neurobiologique, …)
- l'évaluation (y compris médico-économique) des stratégies thérapeutiques et des politiques de prévention ;

- l'observation des consommations addictives (tabac, alcool, drogues…) ;
- les données psycho-pharmaco-épidémiologiques ;
- la certification de méthodes de soin non médicamenteuse (psychothérapie).

• Favoriser la complémentarité des expertises, autorisant une approche multidisciplinaire, sans pour autant que les partenaires se sentent en compétition compte tenu de l'immensité du champ allant :
- de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à l'adulte et à la psychogériatrie ;
- de l'épidémiologie analytique à l'épidémiologie descriptive ;
- de la planification sanitaire à l'évaluation des stratégies thérapeutiques ;
- de la codification nosographique à l'évaluation médicoéconomique ;
- des troubles névrotiques, psychotiques, de l'humeur, addictifs aux troubles des conduites alimentaires etc… ;
- du quantitatif au qualitatif ;
- de la population générale aux populations spécifiques (exclus, détenus, victimes).

Mesures

• Dans les établissements de santé, mobilisation des médecins des départements d'information médicale (DIM), pour favoriser la recherche épidémiologique en psychiatrie (instruction aux ARH à l'attention des directeurs d'établissements et des présidents de CME) ;

• Soutien, par le niveau national, des initiatives locales des professionnels et des établissements dans des projets relatifs à la recherche épidémiologique et clinique ;

• Création d'un GIS (Groupement d'intérêt scientifique eu épidémiologie psychiatrique) afin de fédérer les personnes et les institutions travaillant dans le champ de l'épidémiologie psychiatrique tout en respectant leurs particularités (chercheurs isolés et structures ayant pour mission la recherche (INSERM et CNRS) ou la surveillance épidémiologique (InVS, DREES…).

Coût

• Financement à déterminer selon les projets portés par les acteurs (2005-2008).

• Le GIS est financé, par chaque partenaire, soit en nature par mise à disposition de personnel (INSERM) ou de locaux (hôpital Ste Anne), soit sous forme de subvention (45 000 annuels et pérennes sur le budget de l'Etat) afin d'assurer les frais de fonctionnement.

Calendrier

2005-2008

Signature de la convention instituant le GIS en mars 2005.

Axe 4 Mettre en oeuvre des programmes spécifiques

4.1 Dépression et suicide.

4.1.1 Amélioration de la prise en charge de la dépression

Contexte

La dépression et les troubles bipolaires apparaissent tant au niveau national qu'international comme un problème majeur de santé publique, mentionné parmi les 10 pathologies jugées les plus préoccupantes, selon une étude menée conjointement par l'Ecole de Santé Publique d'Harvard, la Banque Mondiale et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

La dépression se situe au 4ème rang du classement et pourrait occuper la seconde place en 2020, juste derrière les maladies cardio-ischémiques. De fait, les troubles dépressifs sont en augmentation dans les cohortes de naissance d'après-guerre et on assiste à un rajeunissement progressif de leur âge de début depuis les années 50.

La prévalence sur la vie entière des troubles dépressifs est évaluée en France autour de 10 % de la population, dont la moitié d'épisodes dépressifs majeurs dits caractérisés. A ces chiffres déjà élevés s'ajoutent les 500 000 personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire, se caractérisant par l'alternance de périodes dépressives et phases maniaques.

Les troubles dépressifs entraînent une importante mortalité puisqu'ils sont responsables d'une grande partie des 10 000 décès annuels par suicide (chiffre probablement sous estimé) et des 160 000 tentatives de suicide observées chaque année. Ils sont également à l'origine de handicaps et d'incapacités lourds, entraînant une détérioration de la qualité de vie du sujet atteint, mais aussi de ses proches. L'impact socio-économique considérable de la dépression s'explique par la perte de productivité qu'elle entraîne et/ou par la consommation de soins souvent inadéquate qu'elle induit (multiplication d'examens para-cliniques et de traitements à visée somatique).

Différents traitements, psychothérapiques ou médicamenteux, existent et ont fait la preuve de leur efficacité. Mais leur utilisation demeure très insuffisante. Parmi les personnes qui consultent pour motif de dépression, beaucoup sont victimes de dépressions réactionnelles passagères liées à des événements péjoratifs de la vie (décès, perte d'emploi,

déceptions affectives, …) qui ne traduisent pas un état pathologique profond. En revanche, seulement 25 à 50% des personnes souffrant de troubles auraient recours au système de santé, et une proportion faible serait prise en charge de façon adéquate, ce à quoi semble contribuer la réticence de la population vis à vis de la prise en charge psychiatrique.

Objectifs

Les pouvoirs publics doivent s'impliquer dans la réduction de cette pathologie : il s'agit essentiellement de **développer des actions de prévention, de mieux repérer la dépression grave, la mélancolie**, aussi bien au sein de la population qu'à partir du système de soins, en la distinguant de la dépression ou tristesse réactionnelle, et **d'améliorer sa prise en charge**.

Parallèlement, il faut **développer la recherche** sur les déterminants de la dépression ainsi que sur les pratiques de soins.

- agir en amont de la dépression
- favoriser le repérage des troubles dépressifs
- améliorer l'accès aux soins
- améliorer la qualité des soins
- prévenir les rechutes et la chronicisation
- favoriser la recherche notamment en épidémiologie

Mesures

- Informer le public et les professionnels au contact du public :

- organisation d'une **campagne média grand public** (INPES) dont le premier volet sera centré sur l'identification des différents troubles dépressifs (2006) cf.1.1.1. Par ailleurs, le ministère de la santé organisera en 2005 une journée de sensibilisation des parlementaires sur les troubles dépressifs.

- mise en oeuvre par le ministère de la santé, en lien avec l'INPES, d'**actions de sensibilisation des professionnels au contact du public** (personnels des établissements scolaires, des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux, …) par des actions de promotion de la santé mentale ciblant les enfants, les adultes et les personnes âgées (cf. 1.1.2) :

➔ élaboration notamment de **guides d'aide à l'action** de promotion de la santé mentale chez les jeunes afin de faciliter le travail des professionnels de terrain.

➔développement des **lieux d'écoute pour les jeunes**, notamment au sein des **maisons des adolescents**, dont le développement sera encouragé (cf.4.3.2).

➔**implication des médecins du travail dans la prévention** des déterminants professionnels de la dépression par une formation adaptée portant sur l'amélioration des conditions de travail et sur le repérage des personnes à risques.

- Aider les professionnels de santé à diagnostiquer et à prendre en charge la dépression.

- faire connaître et utiliser par les professionnels de santé les **méthodes d'écoute** permettant de repérer la dépression devant un symptôme banal, ainsi que les **outils de screening et de diagnostic de la dépression** validés, en particulier les instruments spécifiques pour les personnes âgées, notamment la Geriatric Depression Scale .

- positionner le dépistage de la dépression dans le contenu **des consultations de prévention** prévues par la loi relative à la politique de santé publique, ainsi que dans l'entretien prévu au cours de la grossesse (cf. plan périnatalité).

- **saisine de l'HAS pour réactualiser les recommandations de bonnes pratiques**, en lien avec l'AFSSAPS, sur les traitements de la dépression (choix des antidépresseurs et/ou des psychothérapies, posologies, durée du traitement, associations,…) – cf. 3.1.2 ; et développer, sur la base de ces recommandations des **référentiels de formation** et des **évaluations des pratiques** professionnelles (EPP) permettant l'amélioration du repérage, du diagnostic et du traitement de la dépression par les professionnels de santé, en fonction des populations (périnatalité, enfants et adolescents, adulte, personnes âgées, personnes en précarité,..). Le ministre veillera à ce que **l'ensemble des sensibilités de la psychiatrie française**, dont la psychanalyse, soient associés à la révision des recommandations.

- accompagnement et soutien budgétaire par le ministère de la santé de la promotion de **programmes d'éducation thérapeutique** des patients déprimés mis en oeuvre par les médecins généralistes et les associations d'usagers. Développer tant en formation initiale qu'en formation continue des professionnels de santé, les modules portant sur la **prise en charge coordonnée** des troubles dépressifs (médecins, sages-femmes,..).

- Développer la recherche : intégration, par le ministère de la santé, dès 2005, de la dépression parmi les thématiques prioritaires des **programmes hospitaliers de recherche clinique** (PHRC).

Calendrier

Saisine de l'HAS en 2005

Préparation campagne INPES, élaboration de guides : 2005

Lancement de la campagne INPES début 2006

Coût

- élaboration/diffusion d'outils de dépistage : 100 000 (PLF)
- recherche/enquêtes populationnelles : 35 000 (INSERM)
- campagne INPES coût estimé campagne : 7 millions

4.1.2 Stratégie nationale d'actions face au suicide

Contexte

Chaque année, en France, environ 160 000 personnes font une tentative de suicide et 10 000 en meurent (chiffre probablement sous-estimé). Le suicide est exceptionnel avant 10 ans et ne représente une cause de mortalité significative qu'à partir de 15 ans. Il croît alors progressivement avec l'âge, et de manière plus marquée chez l'homme (notamment entre 15 et 40 ans, puis entre 65 et 95 ans ou plus) que chez la femme. Le suicide est la 2eme cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la 1ere cause de mortalité chez les 25-34 ans.

De nombreux programmes régionaux de santé ont porté sur le suicide, et une stratégie nationale d'actions face au suicide a été développée sur la période 2000–2005, comportant 4 axes principaux :

- améliorer la prévention du suicide;
- diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ;
- améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal être, des suicidants et de leurs proches ;
- mieux connaître la situation épidémiologique

La diminution du nombre de décès par suicide figure parmi les objectifs pluriannuels quantifiés inscrits dans la loi relative à la politique de santé publique et le rapport d'objectifs de cette même loi prévoit la mise en place d'un plan national visant à limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives.

Objectifs

Sur la base de l'évaluation de la stratégie nationale d'actions menée de 2000 à 2005, il s'agit d'envisager les mesures susceptibles de renforcer l'efficacité de notre politique de lutte contre le suicide, qui s'intègrera dans un plan national.

Mesures

- Poursuite en 2005 des actions prévues dans la stratégie nationale d'actions 2000-2005 :

En 2005, les actions prévues par la stratégie nationale seront poursuivies, tout en replaçant la prévention du suicide dans le contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes. Il en ressort un renforcement de l'axe de cette stratégie portant sur les déterminants de santé du suicide et notamment les facteurs dépressifs (cf. supra).

- Evaluation des politiques nationales et locales menées face au suicide :

- Les actions menées dans le cadre du développement de cette stratégie, ou consécutives aux déploiements des PRS régionaux ou encore des PRAPS seront évaluées quant à leur déroulement (processus) mais aussi sur leurs résultats.
- Renforcement des financements destinés aux études épidémiologiques, en particulier celles contribuant à cette évaluation.
- Poursuite des audits cliniques réalisés auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations ANAES parues en 1998 sur « la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide »

- Développement d'actions de prévention du suicide chez l'enfant et l'adolescent :

- Développement du repérage de la dépression dans les établissements scolaires.

Cette action se déroulera en lien avec l'Education Nationale dans le cadre du Partenariat en Santé Publique développé entre les deux Ministères depuis juillet 2003.

Les enseignants seront sensibilisés au repérage des modifications comportementales des enfants dans le cadre scolaire. **La santé scolaire** jouera un rôle clé dans ce dispositif. Les infirmières en particulier, seront mieux formées, dans le cadre de leur formation initiale, à l'écoute des jeunes, pour lesquels elles constituent déjà des référents naturels (comme pour l'accès à la pilule du lendemain pour les filles).

- **Poursuite de la mise en place des « maisons des adolescents »,** dans le cadre d'un partenariat entre le Ministère de la Santé et la fondation Hôpitaux de Paris – Hôpitaux de France.

Les maisons des adolescents qui permettent de développer une réponse globale et pluridisciplinaire aux problèmes somatiques ou psychiques des adolescents (cf.4.3.2) :

➔ en leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, non prises en charge actuellement dans le dispositif traditionnel, mais également en leur apportant de façon beaucoup plus globale des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie,

➔ en facilitant la mise en réseau des professionnels et des familles confrontés à des problèmes de santé ou de comportement chez les adolescents.

- **Développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie** (cf. 1.2.2, 1.2.3, 1.2.5, 4.3.2) afin d'assurer une prise en charge de proximité en apportant des réponses graduées, diversifiées et coordonnées. La circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des « schémas régionaux d'organisation sanitaire de l'enfant et de l'adolescent » donne les orientations que les ARH doivent suivre. La circulaire prévoit en particulier la création d'une Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents destinée à harmoniser le dispositif entre les différents acteurs de santé.

Calendrier

- Poursuite en 2005 de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005).
- Plan national visant à limiter l'impact sur la santé de la violence et des comportements à risque dans le cadre de la mise en oeuvre de la loi relative à la politique de santé publique.
- Mise en oeuvre d'une évaluation d'impact et de processus de la stratégie nationale d'actions face au suicide (2005) pour adapter les actions à mettre en oeuvre.
- Développement d'un partenariat Ministère de la Santé–Education Nationale pour renforcer le rôle des établissements scolaires dans le repérage des enfants à risque suicidaire, et plus largement renforcement de la santé scolaire : à partir de 2005/2006.
- Développement des volets « enfants et adolescents » des SROS3: 2005-2010
- Développement des « maisons des adolescents » à partir de 2005.

Coût

- Rappel des crédits du chapitre 39.01/30 pour les services déconcentrés sur santé mentale et prévention du suicide : **6 M** en 2005
- Renforcement de l'offre de soins en pédopsychiatrie et participation de la pédopsychiatrie aux maisons des adolescents : cf. 1.2.2, 1.2.3, 1.2.5, 4.3.2.

4.2 Des actions Santé/Justice

4.2.1 Développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues

Contexte

Les constats

Trois enquêtes relatives à la santé mentale de la population pénale, en 1997 et en 2003 dans le cadre de l'accueil des entrants en détention et celle réalisée en 2001 par les psychiatres de SMPR, montrent que la prévalence des troubles mentaux des personnes détenues oscille entre 20 et 50 %.

Compte tenu de la méconnaissance de l'importance réelle de ces troubles, une enquête nationale est en cours (2003-2005). Elle doit permettre d'établir la prévalence exacte des troubles psychiatriques en milieu pénitentiaire ainsi que les effets à court et à long terme du milieu carcéral sur la santé mentale. Les premiers résultats présentés fin 2004 montrent que la moitié des personnes détenues souffre de troubles dépressifs et le quart de troubles psychotiques.

Pour prendre en charge ces besoins, les hospitalisations psychiatriques des personnes détenues prises en application de l'article D 398 du code de procédure pénale se font au sein des établissements hospitaliers de secteurs, tandis que le dispositif de soins psychiatriques organisé au sein des établissements de détention comprend deux niveaux de prise en charge.

Le niveau de soins de proximité est assuré sous forme de prises en charge exclusivement ambulatoires, soit au sein de l'UCSA par l'équipe du secteur de psychiatrie générale et/ou de psychiatrie infanto-juvénile ayant en charge la commune d'implantation de l'établissement pénitentiaire, soit, lorsqu'il en est doté, par l'équipe du service médico-psychologique régional (SMPR). Le second niveau de prise en charge est assuré par l'un des 26 SMPR auquel est rattaché, aux termes d'un découpage fixé par arrêté, chacun des établissements pénitentiaires. Ces SMPR sont installés au sein d'établissements pénitentiaires importants en taille, qui prennent en charge à eux seuls environ 40% de la population détenue. Ils disposent en théorie, pour l'hospitalisation des détenus qui y consentent, de capacités d'hospitalisation, mais la présence médicale et paramédicale n'est en règle générale pas assurée la nuit. En matière d'effectifs psychiatriques 78% des moyens se retrouvent dans les 26 services médicopsychologiques régionaux. Les 150 établissements qui font intervenir, dans le cadre de leurs UCSA, les secteurs de psychiatrie générale et/ou infanto-juvénile, disposent de moyens hétérogènes.

L'exercice des missions des équipes psychiatriques est d'autant plus difficile que les moyens sont inégalement répartis, y compris au sein des SMPR, et que la surpopulation pénale est importante. L'hospitalisation sans consentement des personnes détenues dans les secteurs de psychiatrie générale est par ailleurs rendue difficile par l'absence de garde policière statique qui fait reposer la mission de surveillance et de prévention des évasions sur les établissements de santé et les équipes soignantes.

Des prises en charge encore insuffisantes.

On constate globalement une inadéquation entre les besoins de prise en charge et l'offre effective, notamment dans les régions où la démographie des psychiatres est défavorable. De manière générale, la demande de prise en charge ambulatoire s'est intensifiée dans les domaines suivants :
- la prévention du suicide (les actions menées sont issues d'un état des lieux et de propositions faites par le Professeur TERRA – rapport de décembre 2003) ;
- la prise en charge individuelle et de groupe des auteurs d'infractions à caractère sexuel (en dix ans cette population a doublé en détention, représentant un quart de la population pénale cf. 4.2.2) ;
- le repérage, la prise en charge, le suivi et la préparation à la sortie des personnes détenues dépendantes de produits psycho-actifs (note interministérielle DGS/DAP/DHOS/MILDT du 9 août 2001). En l'espace de 10 ans le nombre de personnes détenues hospitalisées d'office a été multiplié par 15. Pour des motifs liés aux limites des capacités hospitalières ou plus encore à la dangerosité criminologique des personnes et au risque d'évasion, il arrive que les séjours en secteur de psychiatrie générale ou en unité pour malades difficiles (UMD) soient rendus les plus courts possibles ce qui ne permet pas de garantir une qualité des soins optimale.
Pour remédier à cette situation la loi 2002-1138 du 9 septembre 2002 a prévu la création d'unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) destinées à accueillir, en hospitalisation, les personnes détenues, avec ou sans leur consentement. Ces unités, sécurisées par les personnels de l'administration pénitentiaire, permettront aux personnels de santé de se consacrer à leur seule mission de soins. Les missions des SMPR seront en parallèle recentrées sur les alternatives à l'hospitalisation complète et l'activité ambulatoire.
Par ailleurs, la continuité des soins à la sortie de prison reste insuffisante en particulier par défaut d'une coordination suffisante entre les équipes médicales intervenant en milieu pénitentiaire, les équipes psychiatriques et somatiques d'accueil de ces personnes à leur sortie, les services pénitentiaires d'insertion et de probation, les intervenants du champ social et professionnel.

Objectifs

Renforcer et diversifier les prises en charges psychiatriques en ambulatoire dans tous les établissements pénitentiaires, et améliorer leur qualité, notamment en direction des personnes auteurs d'infractions sexuelles et présentant un trouble mental ;

- Renforcer la cohérence des prises en charge psychiatriques et somatiques des personnes détenues, dans le respect des prérogatives de chacun (personnels soignants, personnels pénitentiaires, travailleurs sociaux…) ;
- Intensifier la prise en charge psychiatrique des personnes détenues dans les établissements non dotés d'un SMPR
- Améliorer l'accès à l'hospitalisation pour motifs psychiatriques et la qualité des soins en milieu hospitalier et déployer les UHSA.
- Favoriser la continuité des soins psychiatriques aux personnes, pendant leur détention et à leur sortie.
- Développer la prévention du suicide par un repérage précoce de la crise suicidaire et le suivi coordonné des personnes présentant un risque élevé.

Mesures

❖ **Amélioration des soins psychiatriques des personnes détenues tant en milieu pénitentiaire (soins ambulatoires et alternatives) qu'en matière d'hospitalisation :**

- **En milieu pénitentiaire**

- Renforcement des équipes hospitalières de secteur afin d'intensifier et diversifier les prises en charges psychiatriques des personnes détenues (cf.1.2.2)
- Evolution du rôle des SMPR au fur et à mesure de la mise en place des UHSA (alternatives à l'hospitalisation type CATTP et hospitalisation de jour)
- saisine de Haute autorité de santé et élaboration de recommandations de prise en charge psychiatrique des personnes détenues en matière de

▪ psychopathie
▪ schizophrénie (notamment indications d'hospitalisation)

- **En milieu hospitalier :** préparation du déploiement des UHSA :

- Rédaction du décret sur les missions de garde, d'escorte et de transport des UHSA (article 48 de la loi 2002-1138 d'orientation et de programmation pour la justice), dont la publication est prévue au second semestre 2005
- Finalisation du cahier des charges pour l'implantation et le fonctionnement des UHSA (sécurisation intérieure des UHSA -hors transports et escortes) et établissement du programme fonctionnel (définition des moyens) et du programme immobilier
- Recensement et analyse des projets émanant des établissements de santé candidats ;
- Choix des sites.

Si le programme complet prévoit la création de 19 UHSA pour une capacité totale d'environ de 700 lits répartis entre 19 UHSA, sa première tranche retient la création d'environ 300 lits au sein 4 UHSA positionnées dans les régions ou

inter-régions suivantes : Ile de France (2-3 UHSA), Provence Alpes Cotes d'Azur et Corse (1 UHSA), Nord Pas de Calais et Picardie (1 UHSA). Cette première tranche assurera la couverture de 40% de la population pénale au niveau national. Elle devra en outre répondre aux besoins d'hospitalisation des personnes détenues dans l'ensemble des maisons centrales.

❖ **Relance d'outils permettant une prise en charge globale, coordonnée et mise en place d'outils innovants :**

- Instruction commune aux ARH et aux DRSP rappelant aux établissements de santé et aux établissements pénitentiaires la nécessité de réunions régulières des commissions de coordination regroupant les responsables pénitentiaires et sanitaires (liés par un protocole) dans chaque établissement pénitentiaire ;
- Appui aux expérimentations en cours de télé médecine sur 6 sites pilotes (établissements hospitaliers et pénitentiaires). L'un des volets porte sur la réalisation d'un dossier médical informatisé sécurisé, partagé entre les psychiatres de secteur intervenant dans les UCSA et ceux des SMPR.

❖ **Mise en place d'un programme santé/justice développant la prévention du suicide des personnes détenues à la suite des recommandations contenues dans le rapport du Pr.**

Terra de décembre 2003 :

• Organisation, en 2004 et 2005 :

- au niveau national, d'actions de formations de binômes de formateurs sanitaires (psychiatres) et pénitentiaires (psychologues) ;
- au niveau régional, de formations pluridisciplinaires de personnes ressources pour l'intervention face à une crise suicidaire.

• Formalisation des modalités d'intervention coordonnées des personnels intervenant en milieu pénitentiaire à la suite du repérage d'une personne détenue en crise suicidaire.

• Etude de faisabilité d'un système documentaire partagé de la garde à vue de la personne à son placement en détention.

Calendrier

• Mise en oeuvre des actions de diversification et de coordination des prises en charge dans le cadre de la mise en oeuvre des SROS 3 (2005-2008) – cf. 1.2.2

• Calendrier prévisionnel des UHSA :

- 1ère tranche : 2005-2009

▪ 2005 : élaboration du cahier des charges, du décret, analyse des projets, choix des sites et études préliminaires
▪ 2006-2008 : études de programmation, concours, conception et démarrage des travaux
▪ 2009 : travaux et ouverture des unités.

- Suite du programme : 2009-2013

• Recommandations de l'HAS : programme de travail 2005 et années suivantes

• Mise en oeuvre du programme santé/justice de prévention du suicide : 2005-2007

Coût

• Pour la partie diversification et coordination des prises en charge : intégration dans l'enveloppe quadriennale totale 2005-2008 prévue pour la diversification des prises en charge pour les équipes de psychiatrie publique (cf.1.2.2)

• Unités hospitalières spécialement aménagées :

- Le **coût d'investissement** pour réaliser les opérations immobilières des **4-5 premières UHSA** est estimé à 57 300 300 .
- Le **coût de fonctionnement** de cette première tranche de **4-5 UHSA** s'élève à **21M .**

La mise en place des UHSA constitue un volet à part entière de la politique de santé mentale définie pour les années à venir. Toutefois, en raison de l'ambition du programme global, du besoin de financement important qu'il requiert et de son calendrier étendu, ce programme fera l'objet d'une programmation financière spécifique ; seuls les coûts des études de programmation et de conception de la première tranche, à honorer d'ici 2008, ont été pris en compte sur l'enveloppe du FMESPP dans le cadre du plan de santé mentale pour un montant de **26,5 M .**

4.2.2 Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles

Contexte

La prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles concerne à la fois les champs de la santé et de la justice et, au-delà, constitue un grave sujet de société, d'une grande acuité médiatique. Concernant le strict champ de la santé, les troubles graves de la personnalité sous-jacents à un grand nombre d'actes d'agressions sexuelles ont longtemps été réputés incurables. Des travaux menés depuis une vingtaine d'années au niveau national et international, tous courants de psychiatrie confondus, ont montré une avancée possible de la thérapeutique. L'enjeu a été et continue d'être la formation à cette approche nouvelle du plus grand nombre possible de professionnels de psychiatrie et la poursuite des travaux de recherche dans ce domaine. Il est également nécessaire d'établir les bases d'une

organisation adaptée de l'offre de soins, la prise en charge de ces troubles ne requérant que rarement une hospitalisation, mais des prises en charge ambulatoires sous la forme de thérapies de groupe et l'intervention de cothérapeutes. L'intrication des champs santé et justice dans ce domaine provient à la fois du type d'actes commis, qui constituent des infractions pénales, et de la fréquence des troubles psychiques à l'origine de tels actes, ainsi que d'une absence courante de demande de soins en dehors d'une obligation.
La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs est venue donner une impulsion forte dans un domaine difficilement appréhendé par les professionnels de la justice et de la santé**.** Cette loi constitue une avancée majeure en matière de soins pénalement ordonnés à travers la création d'une mesure nouvelle, l'injonction de soins, qui peut-être prononcée dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire prévu par la loi et dont la mise en oeuvre s'effectue à l'issue de l'incarcération, en milieu libre. Une incitation aux soins doit cependant être faite durant l'incarcération. Deux éléments de l'injonction de soins sont plus particulièrement novateurs :

- l'obligation pour le magistrat de recourir à une expertise médicale avant de prendre sa décision,
- l'intervention d'un médecin coordonnateur - psychiatre ou médecin ayant suivi une formation définie par arrêté - qui joue un rôle non soignant d'interface entre la justice et le médecin traitant.

La prise en charge psychiatrique des auteurs d'agressions sexuelles nécessite des actions distinctes d'adaptation et d'amélioration des soins en fonction du lieu de prise en charge :

➢ En milieu libre, la particularité vient de ce qu'il s'agit d'un domaine clinique particulièrement difficile et complexe, peu connu des professionnels, insuffisamment exploré sur le plan thérapeutique et trop souvent encore rejeté en dehors du champ traditionnel de la psychiatrie. En outre, la mise en oeuvre des injonctions de soins renvoie à l'articulation complexe entre champ judiciaire et champ sanitaire. Les conséquences sont doubles : des difficultés dans la prise en charge psychiatrique des personnes ayant une injonction de soins et un déficit de médecins coordonnateurs dans certains départements.

➢ En milieu pénitentiaire, outre les difficultés inhérentes à la psychiatrie, on observe des difficultés spécifiques liées aux conditions et aux moyens requis pour mettre en oeuvre les thérapies de groupes, particulièrement indiquées ici. Grâce à l'expertise acquise par les équipes des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) au fil du temps, il existe toutefois des professionnels compétents dans toutes les régions, même s'ils sont encore en nombre insuffisant et isolés.

Objectifs

Assurer une bonne application de la loi du 17 juin 1998 et garantir l'exécution de l'injonction de soins prononcée par le juge :

- Faciliter les prises en charge et l'accès aux soins par une offre adaptée ;
- Augmenter le nombre et améliorer les compétences des médecins coordonnateurs ;
- Spécifier la prise en charge des mineurs auteurs d'infractions sexuelles ;
- Poursuivre la politique d'amélioration des connaissances et des pratiques d'un plus grand nombre de professionnels de psychiatrie ;
- Améliorer la qualité de l'expertise pénale ;
- Clarifier l'articulation des différentes prises en charge (sanitaire, judiciaire, sociale, éducative), les formaliser à travers l'élaboration de référentiels de pratiques et les diffuser.

Mesures

Afin de garantir le suivi des auteurs d'infractions sexuelles :

- **Renforcement des moyens des équipes de psychiatrie intervenant en milieu pénitentiaire** afin de favoriser la prise en charge dès l'incarcération (cf. fiches 1.2.2 et 4.2.1);
- **Elaboration d'un dispositif départemental de suivi de la file active des personnes traitées dans le cadre d'une injonction de soins** en milieu ouvert;
- **Déploiement de 5 centres ressources interrégionaux** ayant une fonction de référence et de conseil, avec pour objectifs d'améliorer et diffuser les connaissances et compétences auprès de l'ensemble des professionnels de psychiatrie, de susciter des vocations d'experts et de médecins coordonnateurs à travers des actions de recherche, de formation et la mise en place de réseaux et de partenariats aux niveaux local et national ;
- **Poursuite d'un partenariat avec la Haute autorité en santé (HAS) et la Fédération française de psychiatrie pour la mise en oeuvre de conférences de consensus** (sur l'expertise pénale notamment) et des recommandations de bonnes pratiques ;

Pour une meilleure articulation avec la justice :

- **Augmentation du nombre de médecins coordonnateurs par différentes actions :**

- incitation à la création de diplômes universitaires,

- élaboration d'instructions à l'attention des services déconcentrés du ministère de la santé sur la rémunération des médecins coordonnateurs, en lien avec le ministère de la justice,
- modification du décret du 18 mai 2000 afin de permettre à l'expert psychiatre initial d'être médecin coordonnateur ultérieurement pour une même personne,
- expertise de la modification de l'arrêté du 7 mars 2001 pour permettre à un médecin coordonnateur de suivre plus de 15 auteurs d'agressions sexuelles sous injonction de soins en même temps, le nouveau chiffre devant être fixé en concertation avec les représentants des psychiatres.

• **Finalisation du programme de travail mené par les ministères de la santé et de la justice sur 3 thématiques spécifiques** : la formation des différents professionnels à la prise en charge d'un public commun, l'expertise, les mineurs auteurs d'infractions sexuelles.

Pour développer la prévention :

• **Développement d'actions de recherche et notamment cofinancement d'un projet de recherche multi-centrique sur les anti-androgènes ;**

• **Participation de professionnels français à la suite du programme STOP** de la Commission européenne sur les prises en charges des délinquants sexuels ;

• **Amplification de la formation des professionnels de santé :** poursuite du programme ARTAAS de formation des professionnels démarré en 2002, développement des enseignements universitaires, formation des personnels des services déconcentrés du ministère de la santé par l'école nationale de santé publique (ENSP), formation des médecins coordonnateurs ;

• **Initiation d'une réflexion visant à établir les principes d'une politique de prévention portant sur :**
- la prévention primaire en lien avec la pédopsychiatrie, la périnatalité et des sociologues,
- le repérage précoce des troubles,
- la prévention de la récidive psychiatrique.

Calendrier

• Amélioration de l'accès aux soins en milieu pénitentiaire : 2005-2010 ;
• Cahier des charges d'un dispositif de suivi de la file active des personnes traitées dans le cadre de l'injonction de soins : 2006 ;
• Création de 5 centres ressources : 2005-2008 ;
• Programme de recherche, référentiels de bonnes pratiques, formation : 2004-2008 ;
• Recherche au niveau national et international : 2005-2010 ;
• Programme de formation des professionnels : 2002-2006 ;
• Finalisation du programme de travail santé-justice : 2005-2006 ;
• Démarrage des actions de prévention en direction des auteurs d'infractions sexuelles mineurs à l'issue des travaux des groupes interministériels : 2006-2009.

Coût

• Création de 5 centres ressources interrégionaux articulés à des réseaux de proximité sur 3 ans : **5 M** (2005-2008) ;
• Actions de recherches, études et formation : **1 M** (PLF) sur la période 2005-2008
- étude sur les anti-androgènes (2005-2007) ;
- formations (ARTAAS/participation aux formations croisées) ;
- conférences de consensus (2006) ;
- évaluation de la mise en oeuvre de la loi de 1998 ;
- information de niveau national (diffusion des guides méthodologiques…)
• Renforcement de l'offre de soins en milieu pénitentiaire (cf. fiche 1.2.2).

4.3 Périnatalité, enfants et adolescents.

4.3.1 Développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité (*rappel d'une mesure intégrée dans le plan périnatalité*)

Contexte

Les professionnels de la naissance s'accordent sur la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance, comme l'a souligné Françoise Molénat dans les conclusions de sa mission sur l'approche psychologique de la naissance. Ces vulnérabilités sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de la maltraitance.

Il faut également souligner la prééminence de la sécurité médicale qui rend plus difficile une attention aux émotions ou une écoute dès le début de la grossesse, attention et écoute qui nécessitent un accompagnement ajusté à chaque étape du processus de la naissance, de la période anténatale à celle du retour à domicile.
Concrètement, chacun des professionnels de la naissance peut-être à l'écoute d'une parole exprimée par un parent révélant une fragilité. L'expression des attentes des parents, de leurs besoins et des vulnérabilités éventuelles ne peut se dégager qu'au travers de relations directes, qui permettent aux parents de confier leurs angoisses, leurs traumatismes actuels ou anciens et d'être suffisamment en confiance pour se tourner vers les aides dont ils pourraient bénéficier.
L'enjeu consiste à aider les professionnels, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, à apporter la réponse la mieux adaptée aux besoins de cette mère ou de ce père en difficulté, avec éventuellement le soutien d'un psychiatre et/ou d'un psychologue. Ce doit être, évidemment, particulièrement le cas lors de la survenue d'un décès survenant à la maternité ou en néonatologie.

Objectifs

Inscrite dans le plan périnatalité annoncé en décembre 2004, cette démarche qui vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents en mobilisant leurs ressources, repose sur la mise en place :

- De véritables collaborations médico-psychologiques en maternité,
- De l'entretien du 4ème mois,
- De formations interprofessionnelles regroupant l'ensemble des professionnels de la naissance dont l'objectif est de faciliter la réflexion commune, notamment autour de la reprise de cas, et d'améliorer ainsi la cohérence des interventions,
- D'un réseau de professionnels centré sur chaque famille qui le souhaite, s'appuyant sur l'expression de ses besoins propres, agissant dans une cohérence suffisante de l'ante au postnatal.

Mesures

Rédaction et mise en oeuvre d'une circulaire (2ème trimestre 2005), s'inspirant des recommandations du rapport de Françoise Molénat, afin de :

- Procéder à un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance (cliniques privées et professionnels libéraux compris). Ceci pourra se faire dans chaque région sous l'impulsion des CRN, en utilisant le questionnaire élaboré dans le cadre de la Société de Médecine Périnatale.
- Mieux définir les conditions d'intervention des psychologues en maternité et prévoir leur recrutement après concertation entre les différents services concernés (obstétrique, pédiatrie et pédopsychiatrie), tout en articulant leur travail avec ces services pour la continuité des soins.
- Organiser avec les organismes de formation pour les professionnels hospitaliers et libéraux la mise en place de formations interdisciplinaires, pluri-professionnelles et ville-hôpital-PMI.

Coût (*déjà intégré dans le plan périnatalité*)

- Pour l'amélioration de l'environnement psychologique : **recrutement de psychologues dans les maternités** en fonction de l'état des lieux des collaborations médicopsychologiques : 18 M sur 3 ans prévus dans le cadre du plan périnatalité (dont 12 M pour les hôpitaux publics et 6 M pour les cliniques privées).
- Pour la formation : financements à mobiliser principalement dans le cadre des organismes de formation pour la rémunération des formateurs et e complément dans le cadre de la dotation nationale de développement des réseaux.

Calendrier

- Publication de la circulaire au 2ème trimestre 2005
- Déploiement des psychologues et organisation des formations : 2005-2006-2007

4.3.2 Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents.

Contexte

Selon l'expertise collective de l'INSERM sur le dépistage et la prévention des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, rendue publique en février 2003, un enfant sur huit en France souffrirait de troubles mentaux communs, alors que seule une minorité d'entre eux serait en contact avec des services spécialisés.
L'expertise alerte sur la nécessité de repérer plus précocement les signes d'appel afin d'identifier les troubles et permettre leur prise en charge sans retard préjudiciable au développement de l'enfant. En effet un délai important, parfois de plusieurs années, peut exister entre l'apparition des premiers symptômes et leur dépistage.
S'il existe encore un retard au diagnostic entre l'apparition des premiers symptômes et leur dépistage, il faut noter la croissance rapide de l'effectif des enfants et adolescents suivis par les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, dont la file active a déjà augmenté de 68 % entre 1988 et 1997, l'effectif des moins de cinq ans étant celui qui a augmenté le plus rapidement dans la même période (84%). Cette augmentation témoigne d'une sensibilisation croissante des

adultes aux signes de troubles mentaux chez l'enfant et d'une certaine déstigmatisation du recours aux services spécialisés de santé infanto-juvénile, favorisant un accès aux soins plus précoce.
Cette réalité est à rapprocher de celle vécue par de nombreuses institutions du champ social, médico-social, éducatif, judiciaire qui confrontées à des difficultés importantes du fait des souffrances ou troubles psychiques ou comportementaux des enfants et des jeunes qu'elles suivent ou qui leur sont confiés signalent les difficultés pour ces publics tant d'accéder aux soins que de bénéficier d'une continuité de soins au long des différentes étapes du développement.

Objectifs

- Renforcer les capacités de repérage, par les acteurs de première ligne et les professionnels de soins primaires, des enfants et des adolescents présentant des signes de souffrance ou des troubles psychiques ;
- Favoriser une organisation des soins centrée sur les enfants et les adolescents, tenant compte de leur environnement et de la diversité des troubles et pathologies rencontrés dans le champ de la santé mentale ;
- Renforcer les moyens structurellement insuffisants du dispositif de soins en psychiatrie infanto-juvénile aussi bien en hospitalisation complète qu'en amont et en aval de celle-ci, dans le cadre d'alternatives à l'hospitalisation et du dispositif ambulatoire ;
- Renforcer les articulations entre les professionnels de la pédopsychiatrie, de la psychiatrie générale, des services somatiques tels que la pédiatrie, les médecins libéraux et plus largement du champ social, médico-social, éducatif et judiciaire.

Mesures

- Elaboration par la Fédération française de psychiatrie, à la demande du ministère de la santé, d'un outil de repérage précoce des troubles du développement des enfants et des manifestations de souffrance psychique des adolescents à l'usage des professionnels de santé en contact avec ce public (médecins de PMI, de santé scolaire, pédiatres) ;
- Proposition à l'ENSP, par le ministère de la santé, d'utiliser cet outil en qualité de référentiel de formation des professionnels de soins primaires dans le cadre des formations continues proposées par cette école à des médecins territoriaux (médecins de PMI, médecins des services de santé communaux…) et médecins de santé scolaire, et transposables à terme aux médecins généralistes dans le cadre des EPU ;
- Réalisation par les chercheurs cliniciens de l'INSERM, à la demande du ministère de la santé, d'un état des lieux des collaborations entre les équipes éducatives et les équipes de CMP ou de CMPP en vue de favoriser la complémentarité des pratiques professionnelles dans le repérage et la prise en charge des enfants présentant des troubles psychiques ;
- Expérimentation, par les ministères de la santé et de l'éducation nationale, de procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels spécialisés, des troubles et souffrances psychiques repérés en milieu scolaire (« dispositifs-contacts »), afin de prévenir les situations d'urgence et d'orienter, si nécessaire, les élèves vers les structures d'accompagnement ou de soins adéquats ;
- Réalisation d'une étude sur les troubles psychopathologiques, les facteurs de risques, les trajectoires institutionnelles et trajectoires de soins des mineurs sous main de justice dans le cadre du partenariat santé/justice ;
- Renforcement des moyens humains de la psychiatrie infanto-juvénile en faveur notamment du développement des alternatives à l'hospitalisation, du renforcement de l'ambulatoire et de l'hospitalisation complète, particulièrement dans les départements qui en sont encore dépourvus (cf. fiches 1.2.2 et 1.2.3) ;
- Renforcement, dans le cadre de la mise en oeuvre des SROS 3, des moyens d'intervention des équipes de pédopsychiatrie pour assurer la prévention et les soins nécessaires au sein des champs :

- sanitaire (hôpital général et en particulier la pédiatrie),
- social et médico-social (secteur de l'enfance handicapée, de la protection de l'enfance et dispositif de l'aide sociale à l'enfance),
- éducatif, (milieu scolaire),
- judiciaire (circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté).

- Finalisation, par le ministère de la santé et de la famille, du cahier des charges des missions et des modalités de financement des maisons des adolescents (mesure annoncée lors de la conférence de la famille – juin 2004) pour assurer leur généralisation sur l'ensemble du territoire (1 par département), en intégrant la participation des équipes de psychiatrie, au sein d'équipes pluridisciplinaires et pluri-professionnelles (santé, justice, aide sociale à l'enfance,…).

Calendrier

- Expérimentation des outils de dépistage précoce des troubles psychiques chez les jeunes enfants et de « dispositifs contacts » : en cours. Echéance : 2005.

• Programme de formation des professionnels de soins primaires : 2005-2006.
• Etude mineurs sous main de justice : 2005
• Mise en oeuvre coordonnée des volets obligatoires du SROS consacrés à la psychiatrie et à la santé mentale (cf. circulaire n°2004-507 du 25 octobre 2004) et à la prise en charge des enfants et des adolescents (circulaire n°2004-517 du 28 octobre 2004).
• Montée en charge du dispositif des maisons des adolescents dans le cadre des travaux de la conférence de la famille (élaboration du cahier des charges : 1er semestre 2005 / montée en charge à partir du second semestre 2005).

Coût

• Financements visant l'adaptation de l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile au sein des territoires de santé : **12 M** pour les alternatives à l'hospitalisation (cf. fiche 1.2.2) et **12 M** pour l'hospitalisation complète (cf. fiches 1.2.3) sur la période 2005-2008.
• Renforcement des moyens d'intervention de la psychiatrie infanto-juvénile dans les champs sanitaire, social, médico-social, éducatif et judiciaire : **3,25 M** (2005-2008).
• Le cahier des charges budgétaire des maisons des adolescents sera arrêté au 1er semestre 2005.

4.4 Populations vulnérables

4.4.1 Favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion.

Contexte

La précarisation sociale peut être consécutive à des troubles psychiques traités ou non, qui ont invalidé les habiletés sociales de la personne et ses possibilités d'adaptation. Ces troubles sont eux-mêmes aggravés par les modes de vie rendant en soi difficiles la conduite et la continuité d'un projet thérapeutique. L'exclusion, la précarité participent également à la fragilisation de l'équilibre mental des personnes qui présentent alors les marques d'une souffrance psychique parfois intense aggravant leur condition sociale et leur état de santé somatique, gênant ainsi toute mesure d'insertion.

L'importance de ces besoins a fait émerger la nécessité de rapprochements et synergies institutionnels ainsi que des pratiques professionnelles innovantes dans le champ de la santé mentale en lien avec la spécificité de ces publics, peu demandeurs de soins. La poursuite des engagements de l'action de la psychiatrie publique dans ce champ constitue à ce titre un enjeu important, de même que l'adaptation des pratiques du travail social à la dimension psychosociale des situations.

En référence au rapport « Souffrance psychique et exclusion sociale » du Pr. Parquet dans le cadre du programme national de renforcement de la lutte contre les exclusions et suite au comité interministériel de lutte contre l'exclusion de juillet 2004, une attention particulière doit être portée à cette problématique afin d'améliorer l'accès au soin et la continuité de la prise en charge de ces publics.

Objectifs

• Améliorer le diagnostic, l'orientation et la prise en charge des personnes sans domicile fixe présentant des troubles psychiques en allant au-devant d'elles ;
• Améliorer la continuité des soins lorsque l'état de santé des personnes, sans nécessiter leur maintien à l'hôpital, exige du repos et des soins ;
• Apporter un soutien méthodologique à des programmes locaux pluri-partenariaux de prise en charge de ces publics
• Sensibiliser les travailleurs sociaux à leur rôle dans le champ de la santé mentale face aux publics en souffrance psychique

Mesures

• Création ou renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées dont le cahier des charges sera élaboré par un groupe de travail ;
• Participation des services de psychiatrie publique au dispositif des lits halte santé accueillant des personnes souffrant de troubles somatiques ou psychiques ;
• Diffusion par l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité (ONSMP) d'éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluripartenariales adaptées à ces publics ;
• Réalisation (à partir d'un groupe de travail et d'une enquête auprès de travailleurs sociaux) et diffusion (par les fédérations responsables de la formation des travailleurs sociaux) d'une plaquette pédagogique sur le thème « Souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : le rôle et la place du travailleur social ».

Coût

• 50 unités mobiles spécialisées en psychiatrie par an : 10,75 millions (2005-2008).
• Travaux de l'ONSMP : PLF 2005 .

• Diffusion d'une plaquette : pas d'impact budgétaire.

Calendrier

• Accélération de la montée en charge du dispositif des équipes mobiles spécialisées (2005- 2008).

• Travaux de l'ONSMP : 2005

• Diffusion d'une plaquette pédagogique via les fédérations de formation des travailleurs sociaux : 2005

4.4.2 Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale.

Contexte

Les personnes âgées sont particulièrement exposées aux risques de dépression et de souffrance psychique. De plus, un nombre croissant de personnes souffrent d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée. Dans tous les cas, les besoins des personnes doivent être pris en compte dans leur globalité, en évitant toute rupture ou inadéquation dans la prise en charge, y compris sur le plan de la santé mentale. La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique s'inscrit dans cette logique d'articulation et d'intégration entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. De plus, la circulaire n°2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS 3 définit comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Objectifs

L'objectif est de répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées dans un cadre global et cohérent, notamment en développant des programmes coordonnés autour des problématiques de santé mentale de cette population quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment.

Mesures

Dans le champ sanitaire, dans le cadre de la mise en oeuvre des volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération :

• Renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison et d'interventions à domicile, quels que soient le lieu, le moment et le champ dans lesquels les besoins de prise en charge spécialisée s'expriment (EHPAD, services de soins somatiques accueillant des personnes âgées).

• Organisation de l'hospitalisation en psychiatrie, lorsqu'elle est nécessaire, dans des conditions permettant, à son décours, une prise en charge adaptée en institution sociale, médico-sociale ou à domicile.

• Formalisation des articulations nécessaires entre ces différents acteurs, sous forme de convention, afin d'éviter des ruptures de prise en charge et de garantir la coordination et la réciprocité des réponses entre les différents intervenants.

• Renforcement des compétences psychiatriques nécessaires au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la poursuite du développement des consultations mémoire et des centres mémoire de ressources et de recherche.

Dans le champ médico-social :

• Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle

Dans le domaine de la formation :

• Sensibilisation et formation au diagnostic et à la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale spécifiques à la personne âgée grâce à des guides de bonnes pratiques

Calendrier

• Mise en oeuvre des SROS et des schémas gérontologiques à partir de 2005.

Coût

• Renforcement des moyens d'intervention de la psychiatrie dans les champs sanitaire, social et médico-social : 2M (2005-2008)

• Sur le volet médico-social, programme de développement de services et structures médico-sociales déjà intégré dans le Plan vieillissement et solidarité (novembre 2003)

4.4.3 Finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médicopsychologique en cas de catastrophe.

Contexte

Le réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe a été mis en place par la circulaire du 28 mai 1997. L'action des cellules d'urgence médico-psychologiques se caractérise par l'intervention rapide de personnels de la psychiatrie formés au psycho-traumatisme visant à réaliser une prise en charge immédiate et post-immédiate des victimes et des impliqués. Elles s'inscrivent dans un objectif de prévention, de prise en charge précoce et d'orientation vers le dispositif de soins spécialisés (public ou libéral) si nécessaire.

Les premières années de fonctionnement du réseau national de l'urgence médicopsychologique ont montré la mobilisation croissante du réseau dans les situations :
- de catastrophes (tempêtes, inondations, explosion de l'usine AZF de Toulouse…) ;
- d'accidents collectifs (accidents d'autocar….) ou d'attentats ;
- d'événements à fort retentissement psychologique (prises d'otages, suicides en établissements scolaires…).

C'est pourquoi la circulaire du 20 mai 2003 a prévu son renforcement par dotation de l'ensemble des régions d'au moins une équipe de personnels permanents, initialement prévue uniquement à un niveau interrégional.

Désormais, l'organisation générale du réseau est prévue à trois niveaux (national, régional et départemental) :
- il est coordonné et animé par le **comité national d e l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe**, crée par arrêté du 28 mai 1997 et placé auprès du ministre chargé de la santé. Ses principales missions consistent à définir les objectifs à poursuivre en la matière, à veiller à la cohérence du dispositif mis en place, à préciser les méthodes d' intervention des équipes, à superviser leur formation et à évaluer les actions entreprises .

Il convient actuellement de procéder au renouvellement des membres de cette instance dont les mandats sont arrivés à échéance en 2004.
- à **l'échelon régional**, le réseau doit disposer de **cellules permanentes** composées d'un

psychiatre, d' un psychologue ou d' un personnel paramédical et d' une secrétaire nommés à mi-temps. Outre leur fonction de cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) départementale et de centralisation des listes dépar tementales , les cellules permanentes interrégionales ont un rôle de formation, de soutien scientifique et technique et de soutien opérationnel du r éseau régional.
- dans chaque **département** non pourvu d'une cellule permanente, un **psychiatre référent** est nommé par le préfet et rattaché au SAMU. Il établit une liste de volontaires (psychiatres, infirmiers, psychologues) susceptibles d'intervenir en cas de déclenchement de la CUMP. Il définit un schéma-type d'intervention et organise les formations spécifiques des volontaires du département. Les CUMP sont régulées et déclenchées par le SAMU, sous la responsabilité du préfet (dans le cadre des plans relevant de sa responsabilité : plan rouge, plan Orsec….).

Objectifs

L'objectif, pour faire face à cette augmentation des besoins d'intervention, est d'achever le renforcement du réseau national de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe en dotant l'ensemble des régions d'au moins une équipe de permanents. Il conviendra donc de disposer dans chaque région, d'au moins une équipe stable et formée, en mesure :
- d'aider, à leur demande, les psychiatres référents départementaux de leur région à calibrer et organiser les interventions des CUMP départementales, ces dernières s'appuyant sur les volontaires inscrits sur les listes départementales ;
- de venir en aide auprès d'une CUMP départementale et de mobiliser les moyens nécessaires au plan régional voire national, lorsque le niveau de la catastrophe dépasse les capacités d'intervention de cette CUMP ;
- de former, en lien avec les psychiatres référents départementaux, les volontaires de l'urgence médico-psychologique et de sensibiliser l'ensemble des acteurs de santé de leur région susceptibles d'être concernés ;
- de centraliser au niveau de la région les listes départementales de volontaires.

Les départements autres que ceux de la préfecture de région, comptant une population supérieure à un million d'habitants et présentant un risque potentiel de catastrophe élevé, sont également dotés de moyens stables.

Mesures

• Octroi des moyens prévus pour le renforcement :
- les moyens octroyés dans chaque région et département concerné sont identiques à ceux qui avaient été mis en place au niveau interrégional, à savoir 0,5 équivalent temps plein de psychiatre, 0,5 équivalent temps plein de psychologue ou d'infirmier et 0,5 équivalent temps plein de secrétariat.
- une première tranche du renforcement du réseau a été réalisée en 2003, par dotation financière de la moitié des régions. **La deuxième moitié du renforcement doit être réalisée, en 2005, dans le cadre du plan santé mentale.**

• Poursuite du soutien des formations de professionnels intervenant dans le dispositif de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophes, prévues par la circulaire de 2003 ;
• Bilan, par le ministère de la santé, de la montée en charge du dispositif sur l'ensemble du territoire ;
• Evaluation, dans le cadre du PHRC, des pratiques de « débriefing à la française » ;
• Désignation des nouveaux membres du CNUMP (nouveau président et nouveaux membres) en 2005

Calendrier

• **Renforcement du dispositif et recomposition du CNUMP : 2005**
• **Bilan et évaluation :** 2005 et années suivantes

Coût

• **1,3 M** en 2005 pour financer la deuxième et dernière moitié du renforcement du dispositif national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.
• **0,08 M** en 2005, reconduits annuellement sur le budget de l'Etat, pour la mise en œuvre de formations.

Axe 5 Mettre en oeuvre, suivre et évaluer le plan

5.1 Un suivi national du plan.

• Le ministère des solidarités, de la santé et des familles mettra en place **un comité de suivi du plan.**
Composé de représentants des professionnels des secteurs sanitaires, sociaux et médicosociaux, de représentants des usagers et de leurs familles ainsi que des directions concernées du ministère (DGS, DHOS, DGAS, DSS, DREES), il assurera le suivi et l'évaluation annuels du plan, notamment sur le plan de l'allocation de ressources.
L'un des premiers éléments qui sera porté à l'arbitrage de ce comité de suivi sera la validation d'une méthodologie d'évaluation précise et différenciée des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux des personnes prises en charge au long cours de manière inadéquate en psychiatrie. Elle sera élaborée conjointement par les directions concernées du ministère, à partir notamment d'un état des lieux et de la valorisation des expériences existantes en ce domaine.
• **Sur le volet sanitaire**, plusieurs leviers de mise en oeuvre viendront à l'appui de ce plan :
- l'intégration de la psychiatrie et de la santé mentale en qualité de priorité de la procédure de **contractualisation Etat-ARH,** lors de sa généralisation, constituera un outil contractuel de mise en oeuvre, de suivi et d'évaluation du plan au travers de la politique des ARH ;
- **l'animation par la DHOS d'un réseau de correspondants régionaux sur le thème de «la psychiatrie et la santé mentale » désigné par les ARH** afin notamment de permettre des allers et retours sur la mise en oeuvre et les difficultés éventuelles rencontrées et de faciliter les échanges d'expériences entre régions. Ce réseau sera constitué au 1er semestre 2005.
• **Sur le volet social et médico-social**, le suivi de la mise en oeuvre des créations de places s'effectuera dans la cadre des programmes pluriannuels et de leur évaluation ; une attention particulière sera porté à leur répartition sur le territoire, en particulier en ce qui concerne les nouveaux dispositifs (comme les services d'accompagnement ou les clubs).
• L'amélioration et la consolidation des systèmes d'information en psychiatrie et en santé mentale, sous l'égide notamment de la DREES (cf. 3.2.2) permettra, au même titre que les travaux relatifs à la valorisation à l'activité en psychiatrie (cf.3.2.1), à la **définition d'indicateurs utiles au suivi et à l'évaluation du plan.** Cette démarche intègrera également les objectifs et indicateurs qui figurent dans la loi relative à la politique de santé publique.
L'aboutissement fin 2005-début 2006 de l'expérimentation de l'enquête épidémiologique en population générale visant à définir des indicateurs de planification en santé mentale sous l'égide du ministère de la santé, constituera un outil complémentaire de cette démarche.
• **La Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM),** dont la tutelle sera, outre la DHOS et la DGS, élargie à la DGAS, contribuera :
- à la mise en oeuvre du plan, par ses interventions d'appui auprès des établissements, des ARH, des services déconcentrés de l'Etat, notamment dans l'appréhension de la problématique de la résorption des inadéquations de prise en charge sanitaire et médicosociales et de l'amélioration des articulations entre ces deux champs ;
- au suivi et à l'évaluation du plan, par la mutualisation des expériences sur sites et la participation aux travaux menés par les directions du ministère.

5.2 Une démarche régionale active et concertée.

• **Sur le plan sanitaire,** plusieurs leviers sont actionnés **:**
- **l'élaboration puis la mise en oeuvre du volet obligatoire « psychiatrie et santé mentale » des SROS 3**, doit prendre en compte les orientations du plan, en lien avec la planification sociale et médico-sociale, les moyens disponibles en médecine de ville et les Programmes Régionaux de Santé Publique;
- la **négociation des contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements de santé et les ARH** sera accélérée et portera, notamment, la priorité sur les aspects liés à l'investissement en lien avec les objectifs d'évolution de l'offre de soins retenus au niveau régional dans le cadre du SROS, ainsi que sur la formation des professionnels.
Une attention particulière sera portée sur la contractualisation des objectifs et des moyens attribués à la psychiatrie au sein des établissements non spécialisés. L'objectif est une contractualisation exhaustive des établissements de santé ayant une activité de psychiatrie à l'horizon 2008.

• **Sur le plan social et médico-social,** les **programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie**, prévus par la loi sur l'égalité des chances, la participation sociale et la citoyenneté des personnes handicapées, comporteront un volet relatif aux personnes handicapées en raison de troubles psychiques.

• **La commission régionale de concertation en santé mentale (CRCSM)** instituée par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 et dont les missions, les modalités de fonctionnement et de composition, sont en cours de définition réglementaire (échéance de parution des décrets en Conseil d'Etat : 2ème trimestre 2005), contribue à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation de la politique de santé mentale, notamment dans le cadre du SROS. Elle associe les représentants professionnels des champs sanitaire, social et médico-social, des élus, des usagers et de leurs familles ;

- elle peut formuler toute proposition relative à l'élaboration, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation du SROS, au développement des réseaux de santé et aux modalités de coopération entre les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux et les établissements et services sociaux et médicaux sociaux, à l'organisation des actions de formation destinées aux professionnels de la santé mentale ;
- la conférence régionale de santé sera informée chaque année des travaux menés par la commission.

ANNEXE 1 - Etat des lieux de la situation française.

1. Etat de santé

Une étude européenne

La France a participé à l'étude européenne ESEMeD/MHEDEA 2000 (Etude épidémiologique européenne des troubles mentaux / du handicap mental) menée, en 2000, sous l'égide de l'OMS. La méthodologie commune permet d'effectuer des comparaisons normalisées internationales de la prévalence. Il s'agit d'une grande enquête épidémiologique conduite chez plus de 20 000 adultes choisis au hasard dans la population générale dans six pays européens, qui ont été interrogés à domicile. Les données relatives à la symptomatologie psychiatrique ont été obtenues à l'aide du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI,version 2000), L'échantillon représentatif français inclut 2 894 personnes. Les taux de prévalence des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles liés à la consommation d'alcool retrouvés au cours de l'existence dans ces six pays européens ont été respectivement de 14 %, 13,6 % et 5,2 %. Les taux de prévalence sur 12 mois représentent quant à eux respectivement 4,2 %, 6 % et 1 %. L'épisode dépressif majeur et la phobie spécifique sont les troubles mentaux les plus courants. Les femmes souffrent chaque année deux fois plus que les hommes de troubles de l'humeur et anxieux, tandis que les hommes sont davantage touchés par les problèmes d'alcool. Cette étude souligne la fréquence des troubles mentaux en Europe, plus courants chez les femmes, les personnes sans emploi ou handicapées ou encore célibataires.

La situation française

Sur la base d'estimations faites par le groupe technique national de définition des objectifs (GTNDO) de santé publique en 2003, en vue de la détermination des objectifs de la loi de santé publique, on peut considérer qu'il y aurait 300 000 à 500 000 personnes adultes atteintes de psychoses délirantes chroniques en France dont 200 à 250 000 schizophrènes. La prévalence globale des troubles dépressifs en population générale quelle qu'en soit la nature est estimée à 12% (sur la vie entière), dont 1,5% attribuables aux troubles bipolaires. Sept millions de français ont été ou sont donc concernés par cette pathologie. Le trouble panique a une prévalence sur la vie de 1,5% en population générale ; elle s'élève à 4% pour l'ensemble des phobies. La prévalence sur la vie des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) est estimée à 2% tandis que l'état de stress post traumatique concerne 0,5% de la population.

Les éléments chiffrés mentionnés ci-dessus ne concernent que les pathologies psychiatriques au sens de la nosographie et ne prennent pas en compte la souffrance psychique, notamment celle des familles et des proches de malades mentaux.

2. L'offre de soins

2.1 Les acquis

Un dispositif en principe réparti sur le territoire et facilement accessible : le secteur [829 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile quadrillent le territoire et permettent une offre de soins diversifiée et gratuite : hospitalisation complète (61500 lits publics), au moins un lieu de consultation (CMP) par secteur, hôpitaux de jour , appartements thérapeutiques , CATTP, etc..] auxquels s'ajoute le dispositif libéral : 6600 praticiens, 10 000 lits en cliniques privées et 30 000 en associatif

Cependant, quantitativement, la majorité des personnes souffrant de problèmes psychiatriques ou de santé mentale est vue par les médecins généralistes qui sont le premier recours.

2.2 Les problèmes

1.1. la situation en France caractérisée par une inadéquation partielle de l'offre de soins et un clivage entre prévention (politiques de santé) et traitement La répartition géographique des professionnels montre une forte hétérogénéité selon les régions et, au sein des régions, au sein des départements. S'il est difficile d'obtenir des éléments précis sur les densités d'infirmiers exerçant en psychiatrie puisqu'il n'est pas possible de différencier ces professionnels selon les services où ils existent, les données concernant les psychiatres sont emblématiques de cette grande hétérogénéité :

- Les cartes de densité régionale montrent globalement un fort ratio nord-sud croissant, que l'on s'intéresse aux psychiatres d'exercice hospitalier ou aux praticiens exerçant en ville.
- La carte ci-dessous représente les densités régionales de psychiatres, tous exercices confondus, rapportées à 10 000 habitants (source : DREES 2000). Ces densités varient globalement d'un facteur 3 entre la région la mieux dotée (Ile de France) et la région la plus mal dotée (Picardie) ; si ce rapport n'est que de 1 à 2 pour la psychiatrie publique, il est de 1 à 9 en psychiatrie d'exercice libéral.
- Cette hétérogénéité régionale se double d'une grande inégalité de densité d'un département à l'autre (rapport de 1à 10 entre l'Aisne et l'Ile de France) mais aussi d'une forte variabilité au sein d'une même région : on note ainsi un facteur 6 entre le département le moins doté (Seine et Marne) et le département le plus doté (Paris) de la région Ile de France.

France – Régions par ratioT
2,34 à 3,63 (4)
1,95 à 2,34 (5)
1,67 à 1,95 (2)
1,56 à 1,67 (5)
1,22 à 1,56 (6)
DENSITE PSYCHIATRES (TOTAUX)
95
France – Départements par ratioT
2,14 à 9,02 (22)
1,86 à 2,14 (15)
1,6 à 1,86 (22)
1,35 à 1,6 (13)
0,93 à 1,35 (24)
Densite de psychiatres / 10 000 hab

Les équipements exprimés en lits et places rapportés à 10 000 habitants, montrent également une grande hétérogénéité territoriale avec un gradient nord-sud légèrement moins marqué que celui de la répartition géographique des psychiatres. Même si l'on admet que les besoins de soins déterminent l'offre, les grandes variations observées ne peuvent, en l'état actuel des connaissances, être expliquées par les seules différences de morbidités régionales. Une étude menée à partir de 2005, sous l'égide du ministère de la santé, sur échantillon représentatif conjointement dans quatre régions permettra de mesurer les différences de morbidité d'une région à l'autre, ainsi le cas échéant que d'habitudes de recours aux soins.

France – Régions par ratio lits et places
19,7 à 24,6 (3)
16 à 19,7 (4)
14,3 à 16 (5)
13,1 à 14,3 (4)
11 à 13,1 (6)
Ratio lits et places pour 10 000 habitants

En matière de diversité des pratiques professionnelles, deux facteurs méritent d'être signalés :

- d'une part il existe peu de recommandations de bonnes pratiques, ce qui va dans le sens de la diversité d'approche,
- d'autre part une large référence à la psychopathologie et une référence majoritaire à la psychanalyse contribuent à une certaine homogénéité des pratiques.

L'ensemble de ces facteurs qui touchent à l'équipement, aux ressources humaines et au savoir faire fonde le constat d'une relative inégalité des citoyens face aux soins psychiatriques, en raison des disparités quantitatives ou plus qualitatives de l'offre limitant in fine la liberté de choix des patients.

2.3 Le paradoxe de la démographie

La démographie médicale et paramédicale constitue un facteur important dans ces inégalités.

L'évolution du nombre d'internes de médecine autorisés à s'inscrire dans la filière psychiatrique montre une diminution de 37% depuis 19904. Les projections prévoient une diminution de 40 % des effectifs d'ici à 2020. Cette

évolution s'accompagnera vraisemblablement d'une augmentation des inégalités avec un phénomène de concentration dans les villes au détriment des campagnes, et dans les régions réputées attractives au dépend des régions plus sinistrées.
Il existe, on l'a vu, un déséquilibre dans la répartition géographique, mais également dans la répartition public/privé avec une désaffection pour l'hôpital public (environ 800 postes de PH sont vacants). L'hypothèse couramment avancée par les professionnels pour expliquer la forte attractivité du secteur privé actuellement constatée tient à la dégradation des conditions de travail dans le public et à l'augmentation du champ des sollicitations en dehors du soin stricto sensu.
Devant la pénurie d'infirmiers dans les hôpitaux publics, se traduisant par près de 15 000 postes vacants, le plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale (Philippe Cléry-Melin) préconisait par ailleurs "d'approfondir les raisons du manque d'attractivité de la profession d'infirmiers en psychiatrie" et de "procéder à un constat de la situation nationale afin d'identifier les régions déficitaires en moyens sanitaires, médicosociaux et en moyens professionnels qualifiés"
Toutefois, il est nécessaire de rappeler que la densité de professionnels de santé exerçant en psychiatrie en France se situe parmi les plus élevées d'Europe (199/100 000) avec 13 200 psychiatres (soit 13 % des spécialistes). On compte par ailleurs environ 58 000 infirmiers et 35 000 psychologues ou psychanalystes. Tout ne peut donc pas se réduire au seul nombre brut de professionnels en exercice et il est nécessaire de se pencher sur les pratiques et leurs évolutions possibles et de recentrer la psychiatrie sur ses missions.
4 source: rapport DGS sur la démographie médicale Juin 2001

Annexe 2 – Coût des principales mesures du plan psychiatrie et santé mentale

Axe 1 – Une prise en charge décloisonnée 207,27 M_ sur 4 ans (2005-2008)

Dont :
- Campagne INPES grand public 7 M 2006
- Actions de promotion de la santé mentale 1,5 M 2005
- Création d'alternatives à l'hospitalisation et renforcement des CMP en psychiatrie 53,4 M 2005-2008
- Adaptation et revalorisation de l'hospitalisation complète en psychiatrie 52,8 M 2005-2008
- Développement des réseaux en santé mentale 5 M 2005-2007
- Création de 1900 places de services d'accompagnement 28,5M 2005-2007
- Création de 1000 places d'hébergement en établissement 38 M 2005-2007
- Création de 300 clubs d'entraide mutuelle 20 M 2005

Axe 2 – Des patients, des familles, des professionnels 71 M_ de moyens de fonctionnement et 35M_ / an au titre du FMESPP sur 6 ans (2005-2010)

Dont :
- Renforcement du soutien aux associations 0,6 M 2006
- Instauration d'un tutorat/compagnonnage pour les Nouveaux infirmiers en psychiatrie financée sur le FMESPP 25 M /an 2005-2008
- Aides aux établissements de santé visant un effort de 1,5 milliards d' d'investissement supplémentaires à partir :

- d'aides en fonctionnement au remboursement de l'emprunt 70 M 2006-2010
- d'aides en capital par subvention du FMESPP 10 M /an 2006-2010

Axe 3 – Développement de la qualité et de la recherche 45 000 _ de moyens de fonctionnement et 12M_/ an au titre du FMESPP (2005-2008)

Dont :
- Création d'un groupement d'intérêt scientifique 45 000 2005
- Déploiement de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP) par un soutien à l'investissement pour les systèmes d'information au titre du FMESPP 12 M /an 2005-2008

Axe 4 –Des programmes spécifiques 36,4 M_ de moyens de fonctionnement sur 4 ans (2005-2008)

Dont :
- Programme de prévention du suicide 6 M 2005
- Création d'équipes mobiles psychiatrie / précarité 10,75 M 2005-2008
- Création de 5 centres interrégionaux de ressources sur les auteurs d'infractions sexuelles et actions de formation et de recherche 6 M 2005-2008

SOIT AU TOTAL :
- EN MOYENS DE FONCTIONNEMENT : 287, 5 M sur la période 2005-2008
84,52 M en 2005 / 77,12 M en 2006 / 75,24 M en 2007 / 50,65 M en 2008 (auxquels s'ajouteront, sur la période 2009-2010 de 28 M d'aides, en fonctionnement, au remboursement de l'emprunt dans le cadre de la finalisation du programme d'investissement 2006-2010).
- **EN SUBVENTIONS AU TITRE DU FMESPP** : un effort de 22,3M en 2005, 59,6 M / an 2006 et 2007**,** de 47 M en 2008, de 35 M en 2009-2010.
- **LA CREATION DES UNITES HOSPITALIERES SPECIALEMENT AMENAGEES** fera l'objet d'un financement spécifique et en sus, hormis 26,5 M au titre du FMESPP sur la période 2005-2008 pour les frais d'étude, programmation et conception de la première tranche de 4 à 5 UHSA.