Plan santé mentale
«L'usager au centre d'un dispositif à rénover»

Novembre 2001

Sommaire

Synthèse **3**

Plan détaillé **9**

Axe 1 - Lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales **10**

Axe 2 - Renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux **12**

- Améliorer les relations entre les professionnels soignants et les personnes malades
- Renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement

Axe 3 - Améliorer les pratiques professionnelles en favorisant l'évolution des rôles des intervenants en santé mentale **15**

Axe 4 - Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale (prévention, soins et réinsertion) **19**

- L'articulation interministérielle Santé/Éducation Nationale 19
- L'articulation interministérielle Sabté/Justice 21
- L'articulation des décideurs institutionnels locaux 23
- L'articulation des acteurs du champ sanitaire 24
- L'articulation avec les partenaires sociaux et médico-sociaux 25

Axe 5 - Prévenir et gérer des problématiques spécifiques par le développement de programmes d'action sur des pathologies ou des publics ciblés **27**

- Développer la prévention du suicide dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide 27
- Proposer aux mineurs en grande difficulté un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité de leurs troubles 29
- Améliorer la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion 31
- Améliorer le repérage précoce et le traitement de la dépression 33

Axe 6 - Favoriser l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées du fait de troubles mentaux **35**

Axe 7 - Organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale **37**

- Évaluer les besoins de santé mentale 37
- Rénover la planification 38
- Réorganiser l'offre de soins psychiatriques 40

Axe 8 - Développer la recherche épidémiologique, fondamentale et clinique **42**

Tableau de synthèse **44**

Plan santé mentale «L'usager au centre d'un dispositif à rénover»

Synthèse

Les troubles de la santé mentale affectent la vie de bon nombre de nos concitoyens de tous âges et de toutes conditions. Ils détériorent la qualité de leur vie et mettent souvent en danger leur insertion dans la société. Parallèlement, ces personnes malades, ces usagers, ont été parmi les moins écoutés et les moins considérés dans notre système de soins pendant longtemps, tant il est vrai que le trouble psychique suscite l'inquiétude et isole celui qui en souffre.

L'Organisation mondiale de la santé fait le même constat et a consacré l'année 2001 comme année mondiale de la santé mentale. L'Union européenne a depuis 2 ans placé la santé mentale au rang des priorités de santé permettant l'engagement d'actions concertées (suicide, dépression…). Ces travaux font écho à ceux entrepris en France, en concertation avec les usagers et les professionnels dans le cadre de groupes de travail issus des protocoles des 13 et 14 mars 2000 relatif au service public hospitalier, dont les conclusions seront rendues à la fin de l'année 2001. Ces protocoles ont en effet identifié le secteur de la santé mentale comme devant faire l'objet d'une réflexion particulière.

Ces travaux sont alimentés par le rapport des Docteurs Piel et Roelandt : «De la psychiatrie vers la santé mentale» remis en juillet 2001, ainsi que par la mission confiée à M. Charzat, député de Paris, sur les besoins des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques graves et durables, dont les propositions sont attendues pour le début de l'année 2002.

Par ailleurs, la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, en cours de discussion au Parlement, contribue à modifier la place et le rôle des usagers du système de santé, quelle que soit la pathologie dont ils souffrent. S'agissant des personnes atteintes de troubles mentaux, ce projet renforce la protection de leurs droits, constituant la première étape d'une révision plus globale de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux.

Ces travaux permettent de proposer une évolution de la politique de santé mentale dont la traduction passera par un projet de «loi-cadre» préparé en étroite concertation avec les usagers et leurs familles, les professionnels et les représentants institutionnels, notamment les élus locaux.

I – Le constat

Dans son rapport 2001 sur la santé dans le monde, l'OMS rappelle qu'une personne sur quatre présente un ou plusieurs troubles mentaux ou du comportement au cours de sa vie, quels que soient les pays considérés.

En France, plus d'un million de personnes adultes et plus de 370 000 enfants souffrant de troubles mentaux sont suivis annuellement par les équipes de psychiatrie publique. En outre, un quart des patients qui consultent en médecine générale présente une souffrance en relation avec un problème de santé mentale (troubles du sommeil, anxiété, dépression…). Environ trois millions de personnes présentent chaque année un épisode dépressif.

Les usagers du dispositif de santé mentale et leurs familles, 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 difficile parcours.

L'évolution des attentes des usagers, la multiplication des troubles pour lesquels sont désormais sollicitées les équipes de psychiatrie ainsi que le nombre des personnes concernées, imposent de repenser la politique de santé mentale pour englober les besoins des personnes dans leur dimension sanitaire, sociale, familiale et professionnelle. Dans ce cadre, la réorganisation du dispositif de santé mentale en cours doit se poursuivre et viser l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins dans le respect des principes autour desquels a été construit le secteur psychiatrique.

L'actuelle évolution tendant à mieux prendre en compte la personne dans sa globalité, dans sa vie, reste trop limitée. En effet :

1- L'image attachée à la maladie mentale a faiblement évolué et la stigmatisation des malades reste forte.

2- La logique de la sectorisation psychiatrique qui correspond à la mise en œuvre d'une psychiatrie communautaire n'a pas atteint tous ses objectifs, notamment en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation et d'articulation avec les acteurs du champ social, médico-social et les élus locaux.

3- L'offre de soins est très inégalement répartie sur le territoire, qu'il s'agisse des structures de soins ou des moyens humains. En effet, les taux d'équipement des régions varient de 0,79 à 2,97 lits et places pour 1000 habitants pour la psychiatrie générale et de 0.52 à 1.56 pour 1000 habitants de 0 à 16 ans pour la psychiatrie infanto-juvénile. Les densités de psychiatres sont également très hétérogènes puisqu'elles varient de 88 psychiatres pour 100 000 habitants à Paris à moins de 12 dans 5 départements. Par ailleurs, la répartition des personnels médicaux est défavorable au secteur public dont nombre de postes restent vacants et l'on note pour le secteur privé une implantation très importante en Ile de France (1/4 des psychiatres libéraux sont installés à Paris intra-muros).

4- La recherche fondamentale, épidémiologique et clinique en psychiatrie est insuffisamment développée.

5- L'enseignement, quant à lui, est très orienté sur la prise en charge hospitalière des patients.

II – La réforme nécessaire

Tous ces éléments conduisent à envisager un plan global d'actions répondant aux besoins sanitaires et sociaux des personnes souffrant de troubles mentaux, de façon à construire une

vision cohérente de la politique de santé mentale, articulant les aspects institutionnel et organisationnel avec les programmes par ailleurs mis en œuvre (prise en compte du suicide, des souffrances psychiques des personnes en situation de précarité, des enfants victimes de violence, …).

Ce plan d'actions qui fait l'objet d'une forte attente des professionnels et des usagers, est fondé sur la mise en œuvre conjuguée des 8 axes suivants :

1- Lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales, par le développement d'une politique de communication :

- une première campagne d'information sur les maladies mentales sera lancée en direction des professionnels de santé non spécialisés afin de faciliter la prise en charge et le cas échéant, l'orientation des personnes souffrantes vers le dispositif spécialisé
  Calendrier : 1er semestre 2002 ;
- l'évaluation de cette première campagne ainsi que celle des expériences étrangères analogues permettront de préparer le cahier des charges d'une communication à destination du grand public
  Calendrier : 2ème semestre 2002 ;
- en outre, une information sur les modalités d'insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques graves et durables sera lancée en 2003 en lien avec les acteurs intéressés (usagers, élus locaux, institutions médico-sociales et sociales…).

2- Renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux afin d'une part de réviser la loi du 27 juin 1990 et d'autre part, modifier la relation entre soignants et personnes soignées. Dans ce cadre, le droit de toutes les personnes atteintes de troubles mentaux à des soins librement consentis sera réaffirmé :

- les associations représentant les usagers et/ou leurs familles bénéficieront d'un soutien financier accru (68 602 Euros, soit 0,45 MF en 2001, 304 898 Euros, soit 2 MF en 2002) dans le cadre de conventions pluriannuelles de manière à renforcer la continuité de leurs actions ;
- une charte nationale des droits et devoirs de l'usager en santé mentale sera élaborée sur la base notamment des travaux déjà conduits par les usagers (FNAP-Psy) et les professionnels.

3- Améliorer les pratiques professionnelles, en particulier par l'évaluation des stratégies thérapeutiques en santé mentale, la révision des formations des professionnels à la santé mentale et l'évolution du rôle des intervenants en santé mentale par l'incitation à une dynamique de réseau :

- l'évaluation des stratégies thérapeutiques portera en 2002 sur les techniques de psychothérapie. A cette fin, L'INSERM et l'ANAES ont été saisis d'une part pour développer les travaux de recherche sur ce champ et d'autre part pour proposer des recommandations de bonne pratique en la matière. Les formations des psychiatres et psychologues seront révisées afin de mieux intégrer un enseignement spécifique des différentes techniques de psychothérapie ;
- la formation des infirmiers intervenant en santé mentale sera complétée par une formation théorique et clinique approfondie d'une année. Un groupe de travail associant

les professionnels concernés sera mis en place dès le début 2002 pour en déterminer les modalités.

- la pratique en réseau sera impulsée par le financement d'actions de formation croisées entre professionnels du champ sanitaire et du champ médico-social, social ou éducatif. 2,28 M euros, soit 15 MF seront consacrés à cette dynamique en 2002 ;
- le conseil supérieur du travail social sera saisi afin de remettre des propositions quant à la place des travailleurs sociaux dans le domaine de la santé mentale ;
- le conseil supérieur des professions paramédicales sera chargé de proposer les conditions d'évolution des formations de ces professionnels afin de mieux prendre en compte la dimension psychologique des personnes qu'ils accueillent.

4- Développer les partenariats entre les acteurs concernés par la santé mentale en s'appuyant sur :

- une articulation interministérielle renforcée, avec l'éducation nationale et le ministère de la justice notamment :
  - avec le ministère de l'Éducation nationale, le rôle de l'institution scolaire dans la construction positive du psychisme de l'enfant, les attentes des équipes scolaires et soignantes pour renforcer la coordination psychopédagogique autour des besoins des enfants seront envisagés. Parallèlement, mise en place d'une démarche conjointe de repérage précoce des signes de mal-être et des comportements violents en milieu scolaire. En outre, le plan Handiscol, lancé en 1999 et mis en œuvre en partenariat avec l'Education Nationale, qui vise à l'intégration en milieu scolaire ordinaire des enfants et adolescents en situation de handicap sera poursuivi afin de développer toute forme d'accompagnement nécessaire ;
  - avec le ministère de la Justice, les travaux portent notamment sur le développement d'un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité des troubles des mineurs les plus en difficulté confrontés à des situations de violence, ainsi que sur les conditions d'une meilleure attention portée à la santé mentale des détenus, dans le cadre de la préparation du projet de loi d'orientation pénitentiaire.
- une articulation étroite des décideurs institutionnels locaux : préfets, conseils généraux, municipalités et agences régionales d'hospitalisation. Il est nécessaire de disposer d'un nouvel outil pour institutionnaliser un partenariat entre les services de l'État et ceux des collectivités territoriales afin de concevoir des programmes coordonnés de santé mentale impliquant les principaux décideurs et financeurs et organisant des actions communes de prévention, d'accompagnement et d'insertion sociale et professionnelle. A cette fin, la loi rendra obligatoire la conclusion de contrats pluriannuels de santé mentale entre les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, les préfets et les élus locaux. Ces contrats devront tenir compte des priorités du schéma régional d'organisation sanitaire, des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux, des programmes régionaux de santé, des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et des projets territoriaux sociaux (dans le cadre du RMI, de la PMI…) ou de celles de l'éducation nationale ;
- une amélioration des articulations entre les acteurs du champ sanitaire ou avec les partenaires sociaux et médico-sociaux : celle-ci s'exercera dans le cadre de conseils locaux

de santé mentale institués à l'échelle des secteurs sanitaires et appelés à se substituer aux conseils départementaux de santé mentale.

5- Poursuivre la mise en œuvre des programmes de prévention et d'actions spécifiques sur des pathologies, des problématiques ou des publics ciblés, en les replaçant dans un contexte d'ensemble concourant à la bonne prise en charge de la santé mentale des personnes : programmes de lutte contre le suicide, en faveur des mineurs en grande difficulté, pour les personnes en situation de précarité ainsi que pour les détenus.

Un nouveau programme sera élaboré en 2002 visant à améliorer le repérage précoce et le traitement de la dépression, afin d'en abaisser la prévalence et la gravité. Sur la vie entière, 17 à 19 % de la population souffrent en effet de dépression majeure nécessitant une prise en charge médicale.

6- Amplifier le développement d'actions d'insertion sociale et professionnelle pour les enfants, adolescents et adultes en situation de handicap du fait de troubles mentaux, dans le cadre de la politique commune en direction des personnes handicapées :

- la réforme de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, sur le point d'aboutir, offre le cadre d'un développement de l'innovation en matière d'accueil et d'accompagnement ;
- la mission en cours portant sur la situation des personnes souffrant de handicap du fait de troubles psychiques apportera l'éclairage nécessaire sur les difficultés particulières rencontrées par ces personnes et sur les réponses existantes ou à promouvoir (Février 2002) ;
- les réflexions et propositions de cette mission, ainsi que les travaux de l'UNAFAM sur cette question, alimenteront la préparation de programmes pour le développement des services d'accompagnement et structures d'accueil adaptés pour ces personnes ;
- la réflexion exploratoire sur la réforme de la loi d'orientation sur les personnes handicapées, qui vient d'être engagée sous l'égide de la ministre déléguée en charge des personnes handicapées, permettra d'intégrer une nouvelle approche du handicap résultant de troubles psychiques.

7- Organiser une offre de soins diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale

- Cette orientation passe notamment par la rénovation de la planification afin d'intégrer la psychiatrie dans l'offre de soins générale, par l'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire unique, à l'instar de ce qui a été réalisé par certaines régions.
- L'adaptation de l'offre de soins psychiatriques aux besoins de la population conduite par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) sera poursuivie. En 2001, l'effort financier acté par les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que les sommes effectivement consacrées à la santé mentale par les ARH, ont permis de soutenir à hauteur de 45,7 M euros, soit 300 MF plusieurs priorités: la diversification des modes de prise en charge, le renforcement du dispositif de pédopsychiatrie, notamment en faveur des adolescents ainsi que l'amélioration de l'accueil et du traitement des urgences psychiatriques et le développement de la psychiatrie de liaison.

- Une enveloppe de 19,06 M euros, soit 125 MF est retenue au titre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 en vue de soutenir l'action des ARH dans ces domaines.

La réorganisation de l'offre de soins proposée (en relation avec les travaux du groupe de travail en cours), porte principalement sur :

- le développement d'une prévention globale ;
- la promotion du travail en réseau afin de rendre complémentaires et coordonnées les actions menées par les différentes institutions. L'amélioration des modalités de financement des réseaux est d'ores et déjà intégrée dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette disposition permettra d'accompagner, dès 2002, la mise en œuvre des réseaux de santé mentale dans une perspective ville/hôpital et santé/social ;
- l'adaptation de l'hospitalisation complète. Il s'agit notamment de relocaliser les unités d'hospitalisation complète éloignées des bassins de vie qu'elles desservent dans des centres hospitaliers de proximité. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, le renforcement des capacités d'hospitalisation complète doit être poursuivi ;
- le renforcement des alternatives à l'hospitalisation ainsi que le développement des interventions à domicile 7j/7. La répartition des moyens suivra ces objectifs : environ 40 % pour l'intra-hospitalier et 60 % pour le dispositif ambulatoire ;
- l'organisation de «centres d'accueil intersectoriels de 72 heures» à proximité des services d'accueil des urgences en vue d'améliorer la prise en charge des situations de crise et de diminuer le recours à l'hospitalisation sans consentement ;
- la mise en œuvre de réponses spécifiques intersectorielles afin de mieux prendre en charge certaines pathologies ou populations (adolescents, personnes en situation de précarité, détenus, délinquants sexuels…).

Toutes ces actions trouveront une traduction dans les prochains schémas régionaux d'organisation sanitaire (2005-2010).

8- Inciter au développement de la recherche fondamentale, épidémiologique et clinique, à la fois sur un plan national articulant la recherche faite au sein des structures de l'université et des établissements publics scientifiques et techniques avec les approches ciblées menées par les fondations et les missions interministérielles, ainsi qu'avec les professionnels du champ sanitaire.

Seront particulièrement incitées des recherches interdisciplinaires, susceptibles de mettre en commun des approches nécessairement différentes dans le domaine de la santé mentale (recherche clinique, sciences humaines et sociales et sciences de la vie).

Ce plan pluriannuel d'actions a pour objectifs de rassembler les dynamiques en cours et d'impulser un nouvel élan pour la mise en réseau de l'ensemble des partenaires concernés par la santé mentale.

Santé mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover

La refondation de la politique de santé mentale s'appuie pour partie sur les réflexions des groupes de travail en cours, issus des protocoles des 13 et 14 mars 2000 et relatifs à l'évolution des métiers et de l'offre de soins psychiatriques pour répondre aux besoins dans le domaine de la santé mentale, dont les travaux sont soumis à la concertation avec les membres du comité national consultatif de santé mentale. Ces groupes délivreront leurs propositions à la fin de l'année 2001, propositions qui viendront compléter le plan santé mentale.

Cette refondation, basée sur une analyse de l'état de santé de la population et des besoins de santé mentale, repose sur un ensemble d'éléments permettant :

1- de développer et de diffuser l'information sur la maladie mentale afin d'en modifier les représentations sociales ;

2- de réaffirmer les droits des personnes atteintes de troubles mentaux, le principe du libre choix du praticien et des modalités de soins constituant le fondement même de ces droits ;

3- de répondre aux besoins de santé de la population, et donner lieu à des programmes d'action spécifique sur des pathologies ou des problématiques ciblées, notamment du fait de l'importance de leur prévalence et des constats d'une prise en charge déficiente ;

4- de développer et d'accompagner une culture d'amélioration constante de la qualité des soins et des pratiques professionnelles ;

5- d'engager une démarche volontariste visant à développer le partenariat entre les différents acteurs de santé mentale (soignants/sociaux), y compris les représentants des usagers ;

6- de développer l'insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux ;

7- d'organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale ;

8- de développer la recherche fondamentale, épidémiologique et clinique qui est aujourd'hui très en retard par rapport aux autres pays occidentaux.

Le plan d'action se décline autour de chacun des principes fondateurs de la politique de santé mentale, dans une perspective d'ensemble pluriannuelle. Seul en effet le caractère cumulatif de chacun des axes de la réforme semble de nature à permettre les évolutions attendues depuis de nombreuses années.

Axe 1
Lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales

Contexte

L'image attachée aux maladies mentales, aux structures et quelquefois aux professionnels spécialisés dans le traitement de ces troubles reste profondément négative dans l'esprit du public et des autres professionnels de santé. L'accès aux soins peut s'en trouver retardé et entravé aggravant la difficulté du traitement. L'appareil psychiatrique paraît peu accessible et disponible aux familles, aux usagers et aux médecins généralistes, de même que le développement des alternatives à l'hospitalisation car elles restent souvent rejetées par la population. Une récente enquête menée par le centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale fait apparaître que la représentation du fou et plus encore du malade mental est porteuse de stigmates dues à la dangerosité potentielle attribuée.

Objectifs

Il s'agira en premier lieu de modifier les représentations de la maladie mentale et des professionnels qui les prennent en charge auprès des soignants somaticiens afin de favoriser le développement d'un partenariat actif entre le réseau de soins primaires et le dispositif spécialisé de prise en charge.

Un deuxième objectif vise à agir sur les représentations de la maladie mentale dans le grand public.

Le dernier axe consistera à développer l'information sur les personnes en situation de handicap psychique, notamment en matière d'insertion sociale et professionnelle. *(Voir Axe 6, page 35)*.

Actions

- Une campagne de communication à destination des professionnels de santé somaticiens sera pilotée par le CFES en lien avec la CNAM, les associations d'usagers et les professionnels de la santé mentale :

  Calendrier : 1er semestre 2002

- L'impact de cette campagne fera l'objet d'une évaluation approfondie et sera ensuite adaptée aux finalités d'une campagne de communication grand public. Elle comportera un volet relatif aux thérapeutiques mises en œuvre pour les pathologies mentales les plus fréquemment rencontrées en population générale (dépression…) :

  Calendrier : 2ème semestre 2002

- D'ores et déjà, une étude est lancée au sein de l'Union européenne pour évaluer l'impact d'une démarche de formation et d'information auprès des médecins généralistes sur la question de la prévention du suicide et les représentations attachées à la souffrance psychique. Les sites choisis en France sont Pontoise, qui bénéficiera de l'action d'information, et un site témoin comparatif situé à Melun. Les résultats quant à l'amélioration de la prise en charge des suicidants, sont attendus fin 2002.

- Une réflexion sera entreprise avec les représentants des familles et des usagers et les organismes du secteur social et de l'insertion professionnelle, en vue d'actions de communication relatives à l'insertion professionnelle des personnes souffrant de troubles mentaux :

  Calendrier : 2ème semestre 2002

- Cette préoccupation rejoint la volonté du gouvernement de développer des actions destinées à changer le regard sur les personnes en situation de handicap, telle qu'annoncée en juillet dernier, et sera notamment prise en compte dans le cadre de la journée «réussite et handicap» en décembre 2001.

Axe 2
Renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux

Contexte

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé en cours d'examen comporte des éléments essentiels permettant aux personnes malades d'être actrices de la prise en charge de leur santé. Il promeut en outre une reconnaissance et un soutien des associations représentatives des usagers, qui seront agréées au niveau régional ou national, en renforçant leurs capacités de représentations et d'actions auprès des usagers et des pouvoirs publics.

En effet, l'action auprès des personnes atteintes de troubles mentaux, du public et des institutions publiques, des associations représentant les usagers du dispositif de santé mentale, les personnes malades ou leur famille, 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 et mérite d'être développée.

S'agissant de l'hospitalisation sans consentement des personnes souffrant de troubles mentaux qui peut être effectuée à la demande d'un tiers ou d'office sur décision du préfet, et bien que ces mesures constituent toutefois seulement 13 % des hospitalisations en psychiatrie, il est noté une augmentation inquiétante de leur nombre qui a atteint 65 000 mesures au titre de l'année 1999.

En outre, de nombreuses personnes bénéficient de sorties d'essai à leur domicile d'une durée exagérée, sans que la mesure d'hospitalisation sans consentement soit levée, alors même que les personnes ne remplissent plus les critères de cette hospitalisation. Nombre de ces sorties d'essai ne contiennent pas ou plus de projet thérapeutique et de réinsertion et maintiennent de fait une obligation de soins sans base légale, ni garanties quant aux droits des personnes.

Objectifs

Il est en conséquence proposé :

- de soutenir activement l'action des usagers du système de santé mentale permettant notamment d'améliorer les relations entre personnel soignant et personne soignée.
- de modifier les conditions de soins sans consentement afin de mieux garantir les libertés individuelles et la qualité du projet thérapeutique qui sous-tend ces décisions.
  - le caractère strictement sanitaire de l'hospitalisation sans consentement des personnes atteintes de troubles mentaux sera affirmé ;
  - une période d'hospitalisation de courte durée (72 heures maximum) sera instaurée à l'attention des personnes répondant strictement aux indications d'une hospitalisation sans consentement, permettant d'élaborer un projet de soins individualisé ;
  - une alternative à l'hospitalisation sans consentement pourra être proposée au malade sous la forme d'un soin ambulatoire faisant l'objet d'un strict encadrement et d'un projet thérapeutique précis.

Actions

Améliorer les relations entre les professionnels soignants et les personnes malades

- le soutien aux associations d'usagers sera renforcé et pérennisé au plan national et local en vue notamment de développer la représentation régionalisée des usagers et leur action à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. A cet effet, les subventions aux associations nationales feront l'objet d'une augmentation massive en 2002 passant de 0,45 million à 2 millions de francs. Des conventions pluriannuelles de financement seront conclues avec les associations afin d'asseoir les conditions d'un développement durable de leurs activités :
  Calendrier : 1er trimestre 2002

- une charte nationale des droits et des devoirs de l'usager en santé mentale sera élaborée à partir notamment des dispositions de celle établie par la FNAPSY (Fédération nationale des associations de (ex)patients de psychiatrie) et la conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier spécialisé.
  En effet, il existe encore parfois un décalage dans la prise en compte des attentes réciproques des personnes atteintes de troubles mentaux en cours de traitement et des soignants. Les chartes des usagers en santé mentale sont insuffisamment diffusées et connues des professionnels de santé. Or, elles constituent un moyen important de diffusion et de changement des pratiques.

- le règlement intérieur général des établissements hospitaliers comportera des dispositions tenant compte de la situation particulière des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées, notamment sans leur consentement, en vue de renforcer les droits de ces personnes.

Ces deux derniers outils (charte des droits et devoirs de l'usager en santé mentale, règlement intérieur) intégreront les avancées de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, notamment en termes d'accès au dossier médical, d'information et de recueil du consentement :
Calendrier : 1er trimestre 2002

Renforcer les droits des personnes hospitalisées sans leur consentement (loi du 27 juin 1990)

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue une première avancée concernant le renforcement des droits des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées sans leur consentement. Cette première avancée sera poursuivie dans le cadre d'une réforme importante de la loi relative aux conditions d'hospitalisation des malades atteints de troubles mentaux.

- Afin de renforcer le caractère sanitaire des décisions d'hospitalisation sans consentement, seules pourront désormais être hospitalisées dans ce cadre les personnes dont les troubles mentaux avérés nécessitent des soins immédiats, constituent une dangerosité pour elles-mêmes ou pour autrui et rendent impossible le consentement à ces soins. Cette proposition constitue un alignement strict sur les recommandations européennes ;

- cette hospitalisation sans consentement de courte durée sera réalisée, à échéance de 5 ans, à proximité des services d'urgences, dans le cadre de la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire et dans une logique de partenariat avec les équipes de santé mentale des secteurs de psychiatrie. L'ANAES, d'ores et déjà saisie aux fins d'élaboration de recommandations de bonne pratique en matière d'urgence psychiatrique, sera sollicitée afin d'élaborer un protocole de prise en charge des patients pendant cette période. L'objectif essentiel étant l'engagement d'une démarche de soins par la personne elle-même :
Calendrier : 4eme semestre 2001

- un groupe de professionnels sera mis en place au cours du premier semestre 2002 pour finaliser les indications et les conditions de passage entre soins ambulatoires et soins à l'hôpital ;
- la perspective d'une unification des 2 régimes actuels d'hospitalisations sans consentement sera approfondie. Elle vise à fonder les indications d'une hospitalisation sans consentement sur les indications des recommandations européennes. Une expertise sera également menée afin de déterminer l'autorité de décision la plus pertinente au regard de la protection des libertés individuelles des personnes atteintes de troubles mentaux. Dans ce cadre une étude d'impact sur la charge des services déconcentrés du ministère de la santé ou des services judiciaires sera initiée au premier semestre 2002 ;
- une réflexion sera engagée sur l'accueil des personnes hospitalisées sans consentement en raison de troubles mentaux dans les établissements de santé disposant de lits de psychiatrie, de manière à assurer la mise en œuvre des principes de continuité et proximité des soins ;
- une évaluation du fonctionnement des unités psychiatriques intersectorielles fermées accueillant des personnes nécessitant une prise en charge contenante, ainsi que des unités pour malades difficiles sera lancée avant la fin de l'année 2001.

Axe 3
Améliorer les pratiques professionnelles en favorisant l'évolution du rôle des intervenants en santé mentale

Contexte

Il est constaté depuis 10 ans une augmentation de la demande de soins spécialisés en santé mentale (augmentation des files actives : +17 % en libéral ; + 46 % dans le secteur public), ainsi qu'une diversité des prises en charge (25 % des patients de médecine générale consultent pour troubles de la santé mentale (dépression, anxiété). Cependant :

- l'inégale répartition des psychiatres libéraux et salariés sur le territoire entraîne une inégalité des réponses aux besoins de soins des personnes malades ; cette situation risquant de s'accentuer à l'avenir compte tenu de l'évolution démographique de la plupart des professions de santé ;
- les circuits de prise en charge, le plus souvent, ne sont pas articulés, tant entre la psychiatrie publique et celle libérale, la médecine générale et les professionnels spécialisés (psychiatres, psychologues), qu'entre le champ sanitaire et le champ médico-social et social ;
- les professionnels des champs non spécialisés sanitaire, médico-social et social sont de fait confrontés à des personnes en souffrance psychique ou atteintes de troubles mentaux. Il existe, d'une part, un besoin de reconnaissance de leurs interventions dans l'amélioration de la situation de ces personnes, d'autre part, la nécessité d'un soutien de la part de professionnels spécialisés ;
- les personnels infirmiers intervenant dans le champ de la santé mentale, sont confrontés, à l'instar des autres acteurs, à une évolution des prises en charge : émergence de nouvelles demandes (adolescents, personnes âgées en maison de retraite…), diversification de leurs missions (psychiatrie de liaison, intervention dans la communauté, interface avec les familles et l'entourage des personnes malades) ;
- le déséquilibre dans la composition des équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie ne permet pas toujours une mobilisation de toutes les compétences pour diminuer les délais de prise en charge ou proposer un projet de soins adapté aux différents besoins des patients.

Objectifs

Les travaux des membres du groupe constitué pour proposer des pistes d'évolution des métiers en santé mentale proposent de développer les orientations suivantes :

- renforcer la dynamique de prévention en santé mentale, y compris en ce qui concerne la psychiatrie adulte ;
- renforcer l'accès et la diversification des modes de prise en charge en santé mentale par la reconnaissance mutuelle des compétences spécifiques des professionnels du champ sanitaire et du champ social intervenant dans ce domaine ;
- optimiser les circuits de prise en charge pour mieux répondre aux besoins des personnes en souffrance et/ou malades et favoriser la continuité des soins.

Retour sommaire

Actions

Limiter les effets de la baisse de la démographie médicale et paramédicale et remédier à l'inégale répartition des professionnels sur le territoire

- concernant les psychiatres, une réflexion est actuellement engagée suite au rapport sur la démographie médicale de juin 2001 pour étudier les mesures susceptibles de remédier aux difficultés rencontrées (augmentation des flux de formation, mesures d'incitations financières à l'installation dans les zones géographiques démunies…) ;
- concernant les infirmiers, depuis 2000, a été réalisée une ouverture conséquente du concours d'accès aux IFSI (+ 8000 IDE en 2000 et + 8000 prévus en 2001). Cette orientation sera maintenue en 2002.

Permettre une réponse à la souffrance psychique dans le cadre des prises en charge sanitaires et/ou sociales

- par un suivi plus fréquent et conséquent des personnes en souffrance par les acteurs de soins primaires (médecins généralistes) et les autres acteurs de premières lignes (pédiatres, travailleurs sociaux des institutions médico-sociales-éducatives) ;
- en s'accompagnant, en corollaire, et en tant que de besoin, d'une intervention plus précoce des spécialistes en santé mentale tant auprès de ces professionnels, qu'auprès des personnes en souffrance dont elles assurent le suivi ;
- il sera demandé au Conseil supérieur du travail social, au titre de son prochain mandat, de mettre en priorité à l'ordre du jour de ses travaux, la place des professionnels du social dans le champ de la santé mentale et d'explorer la composante «santé mentale» s'inscrivant dans le travail social ; il lui appartiendra notamment d'identifier en cette matière les besoins en formation des professionnels du social, tant afin d'accroître leur compétence dans l'accueil de la personne souffrante, que d'améliorer les partenariats avec les autres professionnels, notamment de santé, dans ce champ ;
- le conseil supérieur des professions paramédicales sera également saisi dès 2002 afin de proposer les conditions dans lesquelles les cursus de formation initiale des professionnels intervenant dans le domaine de la santé mentale, aborderont les thèmes relatifs au fonctionnement psychique, à la relation et au comportement ;
- il sera procédé au renforcement des équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie notamment par le recrutement de psychologues, en plus des travailleurs sociaux et des infirmiers psychiatriques, afin notamment de développer des actions de partenariat avec les acteurs de première ligne, dès 2002.

Développer le travail de partenariat entre les professionnels spécialisés (libéraux et salariés) et les intervenants des autres champs sanitaire, social, médico-social et éducatif, permettant :

- un accès aux soins spécialisés plus précoce ;
- une continuité des soins quel que soit le lieu où se situe le patient (domicile, hôpital, médico-social) ;
- dès 2002, une incitation au développement de réseaux de professionnels visant à l'information mutuelle sur les compétences respectives sera encouragée :
  - réseaux des professionnels spécialisés en santé mentale avec ceux des champs socio-éducatifs ;
  - réseaux sanitaires (secteurs de psychiatrie, psychiatres et psychologues libéraux, médecins généralistes, somaticiens) ;
  - réseaux des professionnels spécialisés en santé mentale avec ceux du champ médico-social.

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé comporte les éléments facilitant une telle démarche : financement des réseaux par les ARH *(voir Axe 7, page 40)* ; sous certaines conditions possibilité de faire appel à des professionnels libéraux, notamment psychologues, dans ces réseaux et de les rémunérer.

- seront développés dès 2002, des formations croisées entre travailleurs sociaux et infirmiers exerçant dans le domaine de la santé mentale en vue d'une culture commune autour de la souffrance psychique et de la maladie mentale ;
- la pratique de consultations d'avis spécialisés à destination des médecins généralistes ou des centres de soins en alcoologie ou en toxicomanie, devra être développée.

Renforcer et adapter la formation des professionnels de soins en santé mentale pour répondre à l'ensemble des besoins des patients par une offre de soins diversifiée

- la réforme en cours du 3ème cycle de formation des médecins généralistes prévoit l'allongement des études de 6 mois par un stage clinique obligatoire notamment en service de psychiatrie ;
- en 2001, l'INSERM a été chargé de réaliser une expertise collective sur les pratiques de psychothérapie et l'ANAES a été saisie sur l'évaluation des pratiques de psychothérapies en vue d'élaborer des recommandations de bonne pratique ;
- mise en œuvre à partir de 2002 du projet de réforme concernant la formation des médecins psychiatres, afin notamment d'y renforcer la formation à la psychothérapie, bâti par la Fédération Française de Psychiatrie/CNUP (Conseil national des universitaires en psychiatrie.
- en 2002, débutera un travail de réflexion avec le ministère de l'Éducation nationale et l'Association des Enseignants en Psychologie Universitaire (AEPU) sur une réforme des études en psychologie clinique afin d'y renforcer la formation à la psychothérapie ;
- mise en place en janvier 2002 d'un groupe de travail pour définir le programme d'un complément de formation pour les infirmiers de secteurs de psychiatrie, afin de faciliter leur exercice professionnel en ce domaine et d'améliorer la réponse aux besoins des malades.

Inciter dans les secteurs de psychiatrie, à la mise en place de protocoles relatifs aux modalités d'intervention de l'équipe pluriprofessionnelle, sous l'autorité du chef de service permettant d'assurer :

- l'accueil des patients et des familles dans le secteur dans les plus brefs délais ;
- les modalités d'accès direct aux psychologues du secteur (public cible, conditions de prise en charge, supervision) ;
- un travail d'accompagnement et/ou de co-prise en charge des patients suivis en libéral ou en médico-social ;

Élaboration en 2002 d'une circulaire d'orientation présentant des principes d'organisation pour renforcer et diversifier la composition et le rôle des équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie, à partir des conclusions du groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale mis en place à la DGS dans le cadre des protocoles relatifs à l'hôpital de mars 2000.

Axe 4
Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale

L'articulation interministérielle
Santé/Éducation nationale

Contexte

Actuellement en France, il existe peu de données épidémiologiques sur la prévalence des problèmes de santé mentale dans la population des enfants scolarisés dans les écoles primaires. Seules quelques études ponctuelles ont été publiées mais aucune enquête d'envergure nationale n'a été jusqu'à présent mise en œuvre.

Par ailleurs, on ne dispose pas d'une représentation claire des collaborations conduites entre les équipes de médecine scolaire, les équipes éducatives et la pédopsychiatrie autour des besoins des enfants et des familles.

Les professionnels de santé et les professionnels sociaux de l'éducation nationale, ainsi que les équipes éducatives, occupent, de par leur contact privilégié et quotidien avec les jeunes, une place majeure dans le repérage de la crise suicidaire.

Objectifs

Affiner la connaissance des troubles rencontrés en milieu scolaire chez les 6-11 ans.

Améliorer la coordination psychopédagogique autour des besoins des jeunes.

Sensibiliser les professionnels de l'éducation nationale à la crise suicidaire dans le cadre de la formation prévue au plan national de lutte contre le suicide.

Actions

Un projet d'enquête épidémiologique sur la santé mentale des enfants scolarisés comportant une dimension sociologique fera l'objet d'une concertation entre les deux administrations afin de présenter les garanties nécessaires à sa pertinence scientifique et à sa faisabilité.

Calendrier : fin 2001

Un questionnaire co élaboré par les deux administrations permettra de mieux connaître les modalités de relation engagées entre équipes scolaires et équipes de santé mentale ainsi que les besoins de collaborations. Ces collaborations pourraient s'envisager au regard :

- d'un repérage précoce en milieu scolaire, des signes de mal être et des besoins de prise en charge thérapeutique, des difficultés d'accompagnement des familles vers une démarche de soins en santé mentale ;

- des articulations possibles avec les équipes de pédopsychiatrie pour des troubles qui s'expriment dans le champ éducatif : inhibition des apprentissages, fléchissements scolaires, absentéisme et retards scolaires, démobilisation, décrochage ;
- de troubles mentaux invalidants (ex : troubles obsessionnels compulsifs, troubles anxieux et phobiques…) risquant d'induire des ruptures scolaires.

Calendrier : fin 2001

Dans le cadre de la formation prévue au plan national de lutte contre le suicide, une action d'information et de sensibilisation des rectorats sera conduite en vue de la formation de personnes ressources au sein de l'éducation nationale qui soient susceptibles d'organiser la démultiplication de cette action dans les plans académiques de formation.

Calendrier : 2001/2002

Axe 4
Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale

L'articulation interministérielle
Santé/Justice
(voir Axe 5, page 29)

Contexte

Les professionnels pénitentiaires, comme les professionnels de santé intervenant en milieu carcéral, témoignent de l'augmentation du nombre de détenus souffrant de troubles de leur santé mentale et des difficultés rencontrées dans l'accès aux soins, compte tenu de l'inégale répartition de l'offre de soins entre établissements pénitentiaires. Le rapport des inspections générales (IGAS/IGSJ) rendu en 2001 atteste de ces difficultés.

Le nombre des tentatives de suicide et des suicides accomplis en milieu carcéral constitue également le témoignage de cette situation difficile.

Toutefois, l'absence de données épidémiologiques fines sur la santé des détenus fait obstacle à la mise en place de mesures de prévention et de soins adéquats.

En outre, la mise en œuvre de la loi de 1998 sur la prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel, qui prévoit la possibilité de prononcer dans le cadre d'un suivi socio-judiciaire, une injonction de soin, vient augmenter ces besoins de santé mentale en milieu carcéral, ainsi qu'en milieu ouvert à
l'issue de l'incarcération.

Objectifs

Affiner la connaissance des troubles rencontrés en milieu carcéral, ainsi que les facteurs de décompensation liés à l'incarcération.

Améliorer la prise en charge des détenus souffrant de troubles mentaux en facilitant l'accès aux soins ambulatoires et hospitaliers.

Fonder les pratiques cliniques à l'égard des auteurs d'infraction à caractère sexuel sur des éléments scientifiques validés.

Favoriser une meilleure articulation des prises en charge entre professionnels judiciaires, pénitentiaires et soignants.

Actions

Une étude épidémiologique détaillée des troubles mentaux, y compris des troubles du comportement, a fait l'objet d'une procédure d'appel d'offre européen lancée en septembre dernier, sur la base d'un cahier des charges élaboré sous la responsabilité scientifique du Docteur Falissard (département de santé publique de l'hôpital Paul Brousse, AP-HP). Les premiers résultats sont attendus en 2002.

Un groupe de travail interministériel santé/justice a été mis en place en décembre 2000 afin de formuler des propositions d'amélioration de la prise en charge des détenus atteints de troubles mentaux. Ce groupe, dont les travaux se poursuivent, a formulé un certain nombre de préconisations qui trouveront notamment leur place dans le projet de loi d'orientation pénitentiaire en cours d'élaboration. Ainsi dans le droit fil de la loi de 1994 qui a confié au secteur public hospitalier le soin des détenus, seraient prévus :

- le développement de l'offre de soins ambulatoires dans l'ensemble des établissements pénitentiaires, sous la responsabilité des agences régionales d'hospitalisation dans le cadre des procédures de planification sanitaire ;
- le recentrage des missions des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) sur les seuls soins ambulatoires. Ces services, implantés en milieu carcéral ne peuvent en effet offrir des conditions de prise en charge hospitalières analogues à celle d'un établissement de santé (accès aux cellules soumis à l'intervention de professionnels pénitentiaires, inadaptation des locaux…) ;
- l'hospitalisation des personnes détenues souffrant de troubles mentaux dans des unités hospitalières sécurisées. Un programme permettant la mise en œuvre de ces unités, dans un cadre pluriannuel, est en cours d'élaboration ;
- le développement de la prévention des troubles, notamment s'agissant des conduites suicidaires. Une action spécifique de formation au repérage de la crise suicidaire sera développée en 2002, sur la base des recommandations de la conférence de consensus tenue sur cette thématique en 2000 ;
- l'amélioration de la préparation à la sortie des détenus afin de favoriser la continuité des soins ;
- la mise en place d'une commission de coordination entre professionnels pénitentiaires et professionnels de santé dans chaque établissement pénitentiaire, en vue de développer une prise en charge concertée des problèmes de santé des détenus.

Une conférence de consensus sur la prise en charge clinique des auteurs d'infraction à caractère sexuel aura lieu les 22 et 23 novembre prochains. Elle permettra de mieux fonder les thérapeutiques à mettre en œuvre auprès de ces publics et fera l'objet d'une diffusion massive vers les professionnels de santé.

Les travaux en cours au sujet de l'organisation des prises en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel et de la nécessaire articulation du juge d'application des peines, du soignant, du médecin coordonnateur et des personnels pénitentiaires, notamment ceux des services d'insertion et de probation permettront de clarifier les rôles respectifs des acteurs et d'améliorer le suivi des personnes. Sur le plan des soins, un modèle d'organisation autour de pôles de référence médico-judiciaires, réunissant les aspects de soins, de recherche et de formation des soignants se dégage de ces travaux.

Axe 4
Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale

L'articulation des décideurs institutionnels locaux

Constat

Une bonne prise en charge des patients passe par une approche globale des individus tenant compte de l'environnement dans lequel ils évoluent. Aujourd'hui, les réponses, bien que diversifiées, restent cloisonnées dans les différents champs institutionnels : éducatif, social, sanitaire, médico-social et judiciaire. Des actions innovantes se mettent en place dans certains départements mais les difficultés demeurent notamment en raison d'un manque de cohérence et d'articulation des politiques publiques. Les professionnels de terrain sont ainsi en difficulté pour reconnaître la cohérence des organisations et des interventions de tous les acteurs.

Objectifs

La prise en charge globale des personnes présentant un trouble mental et/ou en état de souffrance psychique suppose une bonne coordination des interventions qu'elles soient sanitaires mais également médico-sociales, sociales, socio-éducatives ou du domaine de l'emploi et de la formation, intégrant les objectifs d'accompagnement social et d'insertion. Les Conseils généraux et les municipalités doivent donc être étroitement associés à la mise en œuvre de ces actions. S'agissant de la pédopsychiatrie, une coordination avec les services académiques de l'Éducation nationale est en outre indispensable.

Il est nécessaire de disposer d'un nouvel outil pour institutionnaliser un partenariat fort entre les services de l'État et ceux des collectivités territoriales afin de concevoir des programmes coordonnés de santé mentale impliquant les principaux décideurs et financeurs et organisant des actions communes de prévention, d'accompagnement et d'insertion sociale et professionnelle.

Actions

Des contrats pluriannuels de santé mentale seront consacrés par la loi de manière obligatoire entre les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation, les préfets et les élus locaux. Chaque objectif figurant dans ces contrats devra être décliné au niveau pertinent pour sa mise en œuvre (circonscriptions administratives, secteurs sanitaires, bassin de vie…). Ces contrats devront tenir compte des priorités du schéma régional d'organisation sanitaire, des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux, des programmes régionaux de santé, des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins et des projets territoriaux sociaux (dans le cadre du RMI, de la PMI…) ou de l'Éducation nationale.

Des consultations seront conduites sur ce sujet, dès la fin 2001, tant au niveau interministériel qu'avec les associations représentant les collectivités territoriales.

Axe 4
Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale

L'articulation des acteurs du champ sanitaire

Constat

Le secteur sanitaire est caractérisé par l'intervention d'une multitude d'acteurs intervenant auprès des patients : hospitalisation publique et privée, spécialisée ou non, et secteur libéral également spécialisé ou non. La coordination des interventions de chacun est indispensable compte tenu de la fréquente intrication des problèmes somatiques et psychiques. Cependant, l'intégration de la psychiatrie au dispositif de soins et le rapprochement avec le secteur somatique et le secteur libéral demeurent insuffisants.

En outre, certaines problématiques supposent la mise en œuvre d'organisations dépassant le cadre sectoriel (adolescents, personnes en situation de précarité…).

Par ailleurs, la situation des démographies médicale et infirmière impose également la mutualisation des moyens et le développement des outils de coopération.

Objectifs

Il convient de favoriser le travail en réseau des secteurs de psychiatrie entre eux mais également avec les autres partenaires du secteur sanitaire. Le recours aux formules de coopération permet notamment de dédier des moyens à la gestion de problématiques particulières et de coordonner les interventions somatiques et psychiatriques (exemple : fédérations de services regroupant la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale pour la prise en charge des enfants et des adolescents).

Plusieurs outils peuvent être mobilisés à cet effet, par exemple : la fédération de services, la convention, le syndicat interhospitalier ou la fédération médicale interhospitalière, le groupement de coopération sanitaire.

Actions

Les textes relatifs au groupement de coopération sanitaire seront aménagés en vue de le rendre plus opérationnel et attractif pour les établissements de santé publics et privés qui souhaitent, tout en conservant leur autonomie, mettre en commun certains moyens médico-techniques, médicaux et non médicaux (échéance fin 2001) ;

Une journée d'information et d'échanges sera organisée, en septembre 2002, sur le thème de la coopération des acteurs sanitaires dans le domaine de la santé mentale afin de valoriser les collaborations existantes et de mutualiser les expériences.

Promouvoir la création de conseils locaux de santé mentale *(voir Axe 7, page38)*.

Axe 4
Développer le partenariat entre acteurs de santé mentale

L'articulation avec les partenaires sociaux et médico-sociaux

Contexte

Le champ d'application de ce principe est extrêmement vaste, et on perçoit aujourd'hui que les problèmes de santé mentale se rencontrent dans la plupart des politiques sociales (protection de l'enfance, lutte contre les exclusions, politique en faveur des personnes âgées…), généralement en termes de souffrance et vulnérabilité psychique des personnes concernées, et pour une plus faible part, en termes d'affections mentales graves à l'origine d'une désinsertion sociale.

Ce constat conduit actuellement à prévoir, dans les programmes mis en œuvre, la participation des équipes de psychiatrie publique, ou de psychiatres libéraux ou psychologues, pour une fonction d'appui aux acteurs sociaux et un partage de la nécessaire vigilance à l'égard des populations fragilisées auxquelles s'adressent ces programmes. De leur côté, dans les territoires nouvellement définis, les équipes de psychiatrie publique devront élaborer leur propre réflexion sur les lieux où il leur faudrait être présentes, selon une analyse qui devrait conjuguer la connaissance des parcours des patients et l'opportunité stratégique de la collaboration avec telle ou telle équipe sociale, dans une perspective de prévention, de facilitation de l'accès aux soins, et de réinsertion ou maintien de l'insertion sociale des patients.

C'est la rencontre de ces deux démarches articulées autour des besoins des personnes qui pourra fonder, animer et faire durer le travail en réseau.

Objectif

Cet axe vise à développer le partenariat des acteurs de la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, afin de répondre à l'ensemble de leurs besoins sanitaires et sociaux.

Actions

Les propositions d'articulations formalisées et de fonctions d'appui qui apparaissent dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire seront particulièrement soutenues.

Le principe d'un projet global pour le malade devra être élaboré, c'est à dire un projet de soins conjoint à un projet de vie. Ceci suppose de changer les cultures et les pratiques de nombreux professionnels. Des formations croisées d'intervenants sanitaires et médico-sociaux seront en conséquence mises en place dès 2002.

Afin d'initier cette évolution, le ministère appuiera les actions relatives aux points suivants :

- le cadre de l'articulation ;
- les différentes modalités croisées d'appui technique ;
- les formations croisées ;
- le travail en réseau des professionnels et des structures ;
- les éléments d'évaluation.

Ces éléments seront pris en compte dans la circulaire de préparation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération, à paraître en septembre 2002 et feront l'objet d'une évaluation.

Dans le cadre de la série de mesures annoncée en direction des personnes handicapées au mois de juillet 2001, figurent des mesures destinées à «passer d'une logique de filière à une logique de réseau, offrant une gamme de prestations variées, en assurant les complémentarités nécessaires, et en mobilisant les établissements et services relevant de secteurs institutionnels différents de manière à faciliter les synergies au bénéfice de chaque personne». Il est prévu notamment de lever les obstacles tarifaires par la modification du décret relatif à la gestion budgétaire des établissements médico-sociaux.

Axe 5
Prévenir et gérer des problématiques spécifiques par le développement de programmes d'actions sur des pathologies ou des publics ciblés

Développer la prévention du suicide
dans le cadre de la stratégie nationale d'actions face au suicide

Contexte

Chaque année en France, 160 000 personnes font une tentative de suicide et 11 000 en meurent. Le suicide est la 2ème cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la route et la 1ère cause de mortalité chez les 25-34 ans.

Objectif

La Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000 - 2005), annoncée le 19 septembre 2000 lors du colloque européen sur la prévention du suicide à Nantes organisé pour promouvoir ce thème dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne, vise à renforcer la cohérence et la qualité des actions dans ce domaine. Elle se décline en 4 domaines principaux : favoriser la prévention, diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux, améliorer la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches des suicidants, mieux connaître la situation épidémiologique.

Actions

«Favoriser la prévention»

Les actions prioritaires qui sont mises en place consistent :

- en l'organisation de sessions nationales de formations de formateurs régionaux sur le repérage et la gestion de la crise suicidaire à partir des conclusions et recommandations de la conférence de consensus sur «la crise suicidaire : mieux repérer et mieux gérer» organisée en octobre 2000 par la fédération française de psychiatrie et l'ANAES ;
- à décliner ces formations par des formations de personnes ressources locales dans neuf champs d 'actions : médecine générale, urgentistes, pédiatres, secteurs de psychiatrie, gériatres en institution, point accueil écoute, bénévoles de la téléphonie sociale, Éducation nationale, milieu pénitentiaire ;
- à renforcer la pédagothèque du Comité français d'éducation pour la santé dans le domaine du suicide en vue de labelliser des outils d'éducation pour la santé de manière à aider les jeunes à se prendre en charge et à rechercher eux-mêmes l'aide qui leur est nécessaire.

"Mieux connaître les circonstances des suicides pour limiter l'accès aux moyens létaux"

Les actions phares développées consistent à :

- lancer les études épidémiologiques relatives aux circonstances des suicides, le plus souvent impulsifs, par arme à feu ou par utilisation de médicaments ;
- un groupe de travail sur le suicide dans le métro parisien a été mis en place au premier trimestre 2001 en lien avec l'association «Union Nationale pour la Prévention du suicide» et la direction générale de la santé. Ces travaux seront étendus en 2002 à la SNCF.

"Améliorer la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches de suicidants"

Les actions prioritaires sont les suivantes :

- généralisation des audits cliniques réalisés par l'ANAES auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide ;
- mise en place d'un état des lieux sur la diversité de l'activité des associations d'accueil et de téléphonie sociale, composées de bénévoles, œuvrant dans le domaine du suicide, et élaboration d'un cahier des charges permettant une évaluation qualitative de ces actions. Ces travaux ont débuté au premier semestre 2001 en lien avec l'Union Nationale pour la Prévention du Suicide qui fédère les associations d'accueil et d'écoute œuvrant dans ce domaine. Ils seront poursuivis en 2002 ;
- élaboration d'outils d'information du public et des professionnels sur les acteurs et institutions locaux impliqués dans la prévention du suicide ;
- incitation des référents régionaux sur la prévention du suicide, désignés au sein des DRASS en décembre 2000, à mettre en place, le cas échéant, des actions de prévention du suicide dans le cadre de programmations régionales afin de renforcer la cohérence et l'efficacité de l'intervention des différents intervenants dans ce champ ;
- dans le cadre du PLFSS 2001 et PLFSS 2002 des mesures nouvelles pour renforcer les 17 départements dépourvus de lits en pédopsychiatrie ont été retenues. Cette mesure contribuera notamment à améliorer la prise en charge des jeunes suicidants.

Mieux connaître la situation épidémiologique

Un pôle d'observation du suicide a été mis en place à la DREES en novembre 2000 dont les objectifs pour 2001 sont notamment l'amélioration du recensement des tentatives de suicide suivies à l'hôpital. En lien avec l'INSERM, une expertise collective sera réalisée en 2002 sur les modalités de mise en œuvre d'autopsies psychologiques pour mieux connaître les circonstances des décès par suicide. En outre, en lien avec l'Institut national de veille sanitaire (INVS), ce pôle d'observation aura un rôle d'alerte et de surveillance au plan régional.

Axe 5
Prévenir et gérer des problématiques spécifiques par le développement de programmes d'actions sur des pathologies ou des publics ciblés

Proposer aux mineurs en grande difficulté un cadre de prise en charge adéquat à la spécificité de leurs troubles

Contexte

De nombreuses institutions du champ social et médico-social, éducatif, judiciaire et sanitaire sont confrontées à des difficultés importantes dans l'accompagnement ou la prise en charge de mineurs qui leur sont confiés. Difficiles à caractériser, ces jeunes ont connu de façon précoce, des carences affectives et éducatives souvent lourdes, des ruptures, des échecs répétés, les conduisant à fonctionner sur le mode de l'impulsivité et de la transgression, la rupture, les variations d'humeur, l'intolérance à la frustration, l'incapacité d'attendre et de construire un projet, la violence dirigée contre eux ou contre les autres.

Ces jeunes en grande souffrance psychique mettent à mal les structures et les équipes qui les accueillent, les projets qui leur sont proposés et finissent par cristalliser tous les rejets. Les approches traditionnelles et segmentées des acteurs du champ de l'intervention socio-éducative et du champ de la santé mentale ont démontré leurs limites dans la réponse aux besoins de ces publics.

Dans le souci d'une élaboration des pratiques professionnelles qui soient mieux à même de construire des réponses adaptées à ces difficultés, une concertation interministérielle continue est engagée depuis1999.

En mai 2000, à l'initiative des ministères de la Justice et de l'Emploi et de la solidarité, un séminaire de travail Santé Justice sur la prise en charge des mineurs en grande difficulté s'est tenu, produisant réflexions et recommandations dans le champ de la prévention, de l'urgence, de l'hospitalisation et du travail en réseau.

C'est en réponse aux demandes de professionnels des différents champs qui se sont exprimées à cette occasion : besoins de connaissance et reconnaissance réciproque, compréhension des places de chacun, croisements et articulations des champs, régulations, organisations en réseau, que se sont définis les travaux interministériels actuels.

Objectif

Favoriser les collaborations des acteurs et des institutions du champ éducatif, social et médico-social, judiciaire, sanitaire pour la prise en charge des mineurs en grande difficulté.

Actions

Les deux ministères sont engagés dans la réalisation d'un document de référence, outil de guidance pour les institutions et les professionnels en responsabilité de ces mineurs. Cet outil viendra en appui des expérimentations et collaborations inter partenariales locales et comportera notamment :

- le recensement et l'analyse des cadres réglementaires et législatifs concernant chacun des champs d'intervention dans lesquels s'inscrivent les pratiques (champs social et médico-social, éducatif, sanitaire et judiciaire) ainsi que des dispositifs et organisations mis en place pour l'application des politiques, leurs acteurs et leurs métiers… ;
- des apports théoriques multidisciplinaires reprenant l'état des connaissances actuelles sur cette question et susceptibles de venir en appui de l'élaboration des pratiques professionnelles dans les différents champs concernés ;
- le recensement des outils existant aux niveaux régionaux ou locaux (qu'ils soient politiques, institutionnels ou professionnels) permettant l'élaboration d'une prise en charge inter institutionnelle ainsi que des modalités concrètes de mise en œuvre (typologie des organisations mises en place, travail en réseau, recommandations générales sur la conduite de projets).

Calendrier : mai 2002

Une circulaire interministérielle viendra prochainement fixer des orientations nationales communes très attendues des professionnels.

Calendrier : mars 2002

Des mesures financières à hauteur de 50 MF ont été prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour développer dès 2002 la prévention et le travail en réseau nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des mineurs en grande difficulté.

Axe 5
Prévenir et gérer des problématiques spécifiques par le développement de programmes d'actions sur des pathologies ou des publics ciblés

Améliorer la prise en charge
des personnes en situation de précarité et d'exclusion

Contexte

Si elle traverse toutes les catégories de personnes précarisées, la souffrance psychosociale est difficilement mesurable et ne se range pas dans le champ classique de la pathologie. Elle s'exprime en dehors des lieux traditionnels de la santé mentale par des comportements d'isolement, d'échecs répétés, des conduites à risques, des conduites addictives, des violences contre soi-même et contre autrui qu'on a pu appeler clinique psychosociale.

Sa perception alerte les intervenants du champ social ou de l'insertion mais se heurte à un manque de formation et de soutien. Elle échappe à tout repérage pour les publics les plus éloignés de l'insertion et les personnes isolées (personnes âgées, mères isolées, jeunes des cantons ruraux, bandes de jeunes errants, personnes dans la rue). Dans certains cas, les situations de fragilité psychosociale constituent un frein majeur d'accès aux soins ainsi qu'à la réinsertion.

L'exploitation du volet santé mentale des PRAPS permet de disposer d'un premier aperçu de la prise en charge actuelle des populations précarisées par les équipes de psychiatrie alors que la souffrance psychique en rapport avec la précarité est identifiée dans la quasi totalité des régions comme un problème prioritaire.

Objectifs

Inciter au décloisonnement institutionnel pour favoriser le partenariat local entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux et adapter les pratiques professionnelles aux besoins de ces publics. Il s'agit notamment :

- d'intervenir directement auprès des publics démunis et développer la prévention ;
- de développer le partenariat local entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux ;
- et de développer et adapter l'offre de soins à la spécificité des personnes en situation de précarité.

Actions

Développer la présence de professionnels de la psychiatrie (psychologue, infirmier ou travailleur social) dans les lieux de vie et de passage de ces populations (centres sociaux, missions locales, foyers de jeunes travailleurs, centres d'hébergement et de réinsertion sociale…) ou dans des lieux «banalisés» où sont intégrées les fonctions d'accueil, d'écoute et de soins en vue d'animer un dispositif d'écoute et d'expression de la souffrance et d'apporter aux personnes en grande vulnérabilité ainsi qu'à leurs aidants, un soutien individuel ou collectif. Cette démarche doit être

suivie, s'il en est besoin, d'une orientation éventuelle vers une consultation spécialisée ou vers une prise en charge psychiatrique plus structurée.

Améliorer le repérage précoce des situations à risque pour permettre l'accompagnement des événements de vie exposant à une plus forte vulnérabilité (deuil, maladie, divorce, perte d'emploi, naissance…) représente un enjeu majeur de prévention.

Des actions de formation et de sensibilisation des intervenants de première ligne sont essentielles pour réaliser cet objectif. En ce sens, le programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion reconduit en juillet 2001, a prévu que 2,29 MEuros soit 15 MF seront dès 2002 spécifiquement destinés à favoriser l'accès aux soins psychiques des publics les plus démunis.

Le partenariat, qui existe d'ores et déjà, le plus souvent à l'initiative de quelques professionnels particulièrement investis dans cette thématique, mérite à la fois une reconnaissance et une institutionnalisation à même de le pérenniser. Cette coopération doit se traduire de façon diversifiée par des actions de formation des professionnels et des bénévoles et d'appui technique des professionnels sociaux dans leur pratique quotidienne (aider au dépistage d'un trouble psychique, orienter). La situation particulière des populations en situation d'exclusion et de précarité nécessite des formes de collaborations spécifiques entre intervenants sociaux et intervenants de santé mentale devant tendre vers une organisation en réseau. L'activation de ces réseaux sera facilitée par les dispositions du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé, avant la mise en oeuvre des conseils locaux de santé mentale.

Huit régions (Aquitaine, Basse-Normandie, Bourgogne, Ile de France, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) ont inscrit les personnes démunies dans leurs thèmes prioritaires et ont envisagé une adaptation de l'offre de services et des pratiques professionnelles à ces publics, dont :

- l'assouplissement des délais de rendez-vous par les CMP afin de favoriser l'accessibilité aux soins à ces personnes ;
- l'intervention dans les structures d'accueil (associations, CHRS…) et éventuellement sur les lieux de passage (psychiatrie de liaison).

L'organisation de l'intersectorialité sur l'ensemble du département est une réponse possible à la mobilité des personnes. L'identification, dans le cadre du projet médical du secteur de psychiatrie, d'équipes psychiatriques de liaison spécialisées sur les problèmes de pauvreté et de précarité ou d'équipes mobiles pour les situations de crise constitue également une réponse adaptée.

Axe 5
Prévenir et gérer des problématiques spécifiques par le développement de programmes d'actions sur des pathologies ou des publics ciblés

Améliorer le repérage précoce et le traitement de la dépression

Contexte

Le Conseil de l'Union européenne a institué en 2001 les États membres à mettre en place des stratégies de prévention des problèmes liés au stress et à la dépression.

En France, la dépression caractérisée, définie objectivement selon des critères scientifiques rigoureux concerne tous les ans au moins 4,7 % de la population, soit près de 3 millions de personnes. Si l'on considère la prévalence vie entière, 17 à 19% de la population souffrent de dépression majeure nécessitant une prise en charge médicale au cours de la vie.

Tous les troubles dépressifs sont associés à une morbidité et une mortalité importantes. On observe des co morbidités somatiques et psychiatriques. Les personnes atteintes de dépression souffrent de 7 maladies contre 3 pour les sujets non déprimés, au cours des trois derniers mois (étude du CREDES 1996). Le principal enjeu de la co morbidité réside dans le fait que la dépression contribue, chez les patients atteints de maladies organiques à la chronicisation des symptômes, à l'augmentation du coût des soins et à une détérioration de la qualité de vie. Les chiffres de mortalité sur une période de 15 mois seraient 4 fois plus élevés chez des patients déprimés, âgés de 55 ans et plus, que chez des sujets non déprimés (Epidemiological Catchment Area Study).

En outre, de nombreux travaux montrent que les troubles dépressifs sont co morbides avec d'autres troubles psychiatriques : troubles de la personnalité, alcoolisme et autres addictions, psychoses. L'association fréquente avec des troubles anxieux accroît le risque de chronicisation et le risque suicidaire. Les troubles de la personnalité (personnalités dépendantes, histrioniques, schizotypiques, borderline ou obsessionnelles) sont corrélés à une évolution clinique moins favorable et représentent un facteur de mauvaise qualité de rémission.

Or, la dépression est sous-diagnostiquée et sous-traitée. 50 à 70 % des dépressions seraient non traitées (Agence du médicament 1998). L'étude Gazel menée sur une cohorte en France indique que seulement 47 % des dépressifs diagnostiqués reçoivent un traitement médicamenteux par antidépresseur ou autres psychotropes. En tenant compte des données d'observance, seuls 5 % des dépressifs recevraient une prise en charge médicale correcte pour leur dépression. (Henry, G-B 1993).

Le CREDES a souligné le caractère paradoxal de ces constats, la consommation d'antidépresseurs étant deux à quatre fois plus élevée en France que dans les pays voisins.

L'importance de la dépression en termes de santé publique impose de traiter spécifiquement cette problématique. Le rapport rendu par un groupe d'experts coordonné par le Professeur Parquet («Itinéraires de déprimés», janvier 2001) rend bien compte de l'existence de nombreux freins à la consultation et au diagnostic et de l'amélioration nécessaire de la prise en charge, dans un contexte où des traitements efficaces dans la prophylaxie des formes majeures de dépression existent et où la pertinence des prises en charge médicamenteuse et psychologique est démontrée.

Objectifs

Ce programme vise à :

- abaisser la prévalence de la dépression en population générale ;
- diminuer la gravité de la dépression ;
- améliorer la prévention du suicide ;
- optimiser les pratiques de soin et de prévention.

Actions

Un comité d'experts sera chargé d'élaborer un plan d'actions, en lien notamment avec les orientations du rapport remis par le Professeur Parquet.

Les médecins généralistes tenant un rôle prépondérant dans la prise en charge de la dépression, il apparaît d'ores et déjà prioritaire de cibler sur ces professionnels les efforts d'information et de formation en vue :

- d'améliorer la reconnaissance de la pathologie de la pertinence des prises en charge médicamenteuses et psychologiques ;
- de favoriser les pratiques d'éducation thérapeutique du patient permettant de lever les difficultés majeures liées à l'observance du traitement ;
- de développer les pratiques de réseau permettant au médecin généraliste d'orienter le patient en tant que de besoin vers les soins spécialisés.

Calendrier : premier trimestre 2002

Axe 6
Insertion sociale et professionnelle

Contexte

Les personnes qui se trouvent en situation de handicap du fait de troubles psychiques graves et durables ne trouvent pas actuellement dans notre pays l'aide qui leur serait nécessaire pour une insertion sociale et professionnelle de qualité, en complément des soins qui leur sont prodigués et en bonne articulation avec ceux-ci.

Cette situation résulte d'un ensemble de facteurs, où l'on peut reconnaître une certaine difficulté à clarifier les notions même de maladie mentale et de «handicap psychique», une grande méconnaissance des besoins d'aide des personnes concernées, et même un certain rejet à leur égard. Si des actions ont été entreprises en matière d'aide à la vie quotidienne et d'aide à l'insertion professionnelle, notamment à l'initiative des associations de familles et des équipes de santé mentale, force est de constater qu'elles sont restées isolées et n'ont pas encore suffisamment inspiré les autorités publiques et les collectivités et institutions sociales normalement en charge de l'aide aux personnes handicapées.

Objectif

Mieux comprendre et mesurer les besoins d'aide des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et valoriser les expériences existantes, de façon à promouvoir et développer, dans le cadre commun de la politique en direction des personnes handicapées, toutes formes d'aide, d'accompagnement et d'accueil pertinentes et nécessaires.

Actions

Il importe de souligner que la dynamique engagée dans le champ social et médico-social, ainsi que la nouvelle impulsion donnée à la politique en direction des personnes handicapées, offrent un support pour les actions spécifiques à entreprendre :

- la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale, sur le point d'aboutir, offrira le cadre d'un développement des services d'accompagnement et des structures d'accueil et de soins destinés aux enfants, adolescents et adultes souffrant de troubles mentaux, articulés avec le dispositif de soins, en facilitant l'innovation nécessaire ;
- une réflexion exploratoire sur la réforme de la loi d'orientation sur les personnes handicapées vient d'être engagée dans la perspective d'une meilleure prise en compte des diverses composantes du handicap. On doit en attendre une avancée quant à l'approche du handicap résultant de troubles psychiques, les idées à ce sujet ayant particulièrement évolué depuis 1975.

- une mission portant spécifiquement sur la situation des personnes souffrant de handicap du fait de troubles psychiques a été confiée par la Ministre de l'Enfance, de la Famille et des Personnes Handicapées à Monsieur Michel Charzat, député de Paris et maire du XX^{e} arrondissement. Cette mission devra s'attacher à analyser les besoins et réponses possibles en matière d'accompagnement dans la vie sociale, d'aide au logement et d'aide à l'insertion par le travail de ces personnes, ainsi qu'étudier le soutien à apporter à leurs famille et proches. Il lui est également demandé de proposer des moyens propres à améliorer l'accueil que la société réserve aux personnes en situation de handicap en raison de troubles psychiques et à faire mieux comprendre leurs difficultés et leurs attentes.

Les conclusions et propositions de cette mission sont attendues en février 2002, et apporteront des éléments pour la mise au point de programmes nouveaux.

- par ailleurs, il a été confié au CTNERHI (Centre technique national d'études et de recherche sur les handicaps et les inadaptations) une étude afin d'identifier et de décrire les pratiques innovantes en centres d'aide par le travail (CAT), en vue notamment d'élaborer des hypothèses sur les conditions qui permettraient à certaines de ces pratiques de réellement s'intégrer dans leurs missions. Ce travail permettra d'élaborer un recensement et une typologie d'actions que les CAT ont mené au-delà des pratiques habituelles et d'analyser, pour les plus intéressantes, les conditions de leur efficacité. Il offrira une meilleure connaissance et une évaluation du potentiel dynamique de ces établissements médico-sociaux. L'étude se déroulera sur une période de 14 mois, de novembre 2001 à décembre 2002 ;
- une étude portant sur les services d'accompagnement à la vie sociale, visant à une meilleure connaissance des diverses modalités actuelles de mise en œuvre de ces services, selon les différents types de handicap, est également envisagée en 2002 ;
- concernant le champ professionnel, les difficultés très spécifiques de l'insertion des malades mentaux en milieu ordinaire de travail ont mené l'AGEFIPH dès 1999 à élaborer un document méthodologique sur le thème «maladie mentale et emploi», avec le concours d'un groupe d'experts. La réflexion se poursuit dans le cadre du chantier de réflexion sur les «appuis spécifiques» à apporter aux personnes selon le type de handicap.

Le projet GALAXIE, qui va être financé dans le cadre du programme EQUAL du FSE, vise également à une prise en compte des personnes atteintes de maladie mentale dans les dispositifs d'insertion socio-économique. Ce projet a notamment pour objectif de «favoriser l'intégration dans l'entreprise des personnes malades mentales, de sensibiliser leurs responsables pour changer les représentations, tant par un souci de prévention et de maintien dans l'emploi, que dans l'approche concertée pour une adaptation du travail aux spécificités des déficiences». Le projet GALAXIE propose ainsi la mise en place de plates-formes d'évaluation, la formation de personnels, la possibilité d'un tutorat et la mise en œuvre d'actions de prévention et d'information.

Axe 7
Organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale

Évaluer les besoins de santé mentale

Contexte

La gestion d'une politique de santé s'appuie sur la mise en œuvre d'un ou plusieurs processus de planification. Ces processus de gestion, issus d'autres domaines, sont maintenant utilisés de façon courante dans le champ de la santé. Cela, dans une perspective de santé communautaire, c'est à dire que l'atteinte d'objectifs de santé est considérée comme l'aboutissement final du processus de planification sanitaire.

Cependant, la démarche n'est actuellement que peu répandue en matière de santé mentale, et plus particulièrement pour la partie évaluation des besoins.

Objectifs

Le but est donc de développer cette démarche systématique d'évaluation préalable des besoins et de l'intégrer dans les pratiques des politiques et des planificateurs. Cette approche doit être fondée sur le recueil de données notamment épidémiologiques par les professionnels du soin, afin de développer des processus de planification centrés sur les besoins de la population.

En parallèle, il est également projeté d'améliorer les sources de données disponibles. Cela, à la fois par la mise en cohérence de ces sources, et par l'exploration de sources nouvelles d'information, complémentaires, telles que le PMSI ou la recherche épidémiologique.

Actions

Mettre à la disposition des professionnels des outils et indicateurs de planification, en s'appuyant notamment sur les résultats d'un rapport franco québécois -«Planification et évaluation des besoins en santé mentale» (2001)- élaboré à cet effet. Dans ce cadre, une série de 5 conférences interrégionales visant un public de décideurs, d'acteurs professionnels et d'usagers de la santé mentale a démarré en juin 2001.

La démarche retenue à l'issue de ces travaux sera inscrite dans la circulaire d'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération en septembre 2002. En complément, des formations seront proposées aux personnels des directions régionales des affaires sanitaires et sociales et aux agences régionales d'hospitalisation.

Par ailleurs, une expérimentation de la démarche proposée dans le rapport franco-québecois est prévue dans une région pilote, au printemps 2002.

Démarrage en 2002 dans quatre régions «Tests» du PMSI en psychiatrie.

Retour sommaire

Axe 7
Organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale

Rénover la planification

Constat

L'existence de deux schémas régionaux de planification dans le secteur sanitaire (les schémas régionaux d'organisation des soins et le schéma régional de psychiatrie) ne favorise pas l'intégration de la psychiatrie dans l'offre générale de soins. Cette situation nuit à la cohérence des organisations de soins et à la prise en compte des besoins de la population dans leur globalité.

En outre, le maintien de deux niveaux de planification pour la psychiatrie (départemental et régional) est très peu opérant : peu de schémas départementaux ont été élaborés compte tenu de la lourdeur de cette double procédure et les conseils départementaux de santé mentale ont rarement été réunis.

Objectifs

L'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) unique intégrant un volet obligatoire sur les soins psychiatriques doit permettre une meilleure cohérence des organisations sanitaires et l'intégration de la psychiatrie dans l'offre de soins générale. Cette évolution est indispensable pour améliorer l'articulation entre les soins somatiques et psychiatriques notamment pour ce qui concerne la réponse aux urgences, l'intervention des équipes de psychiatrie dans les autres services et la couverture des besoins somatiques des malades mentaux. Compte tenu de la complexité et de la lourdeur des démarches de planification, celles-ci seront simplifiées.

Cette nouvelle planification doit s'inscrire dans le cadre d'un découpage territorial cohérent entre secteurs sanitaires généraux et secteurs psychiatriques.

Actions

Permettre l'élaboration d'un schéma régional d'organisation sanitaire unique et simplifier les démarches de planification.

Il s'agit de :

- réaliser les concertations en vue de créer des conseils locaux de santé mentale organisés à l'échelle des secteurs sanitaires (mesure législative) ;
- supprimer les schémas départementaux de santé mentale et les conseils départementaux de santé mentale (modification des articles correspondants du code de la santé publique)

Calendrier: 2002-2003

- unifier les schémas régionaux d'organisation sanitaire (modification des articles correspondants du code de la santé publique) ;

Calendrier : 2002-2003

- élaborer un schéma régional d'organisation des soins unique, intégrant un volet psychiatrique obligatoire dans toutes les régions (SROS 3) ;

Calendrier : juillet 2004

- rapprocher les cartes sanitaires somatiques et psychiatriques dans le cadre de la révision des SROS.

Calendrier : juillet 2004

Axe 7
Organiser une offre de soins psychiatriques diversifiée, graduée et coordonnée en relation avec les besoins de santé mentale

Réorganiser l'offre de soins psychiatriques

Constat

Le bilan de la sectorisation réalisé par la DREES et les différents rapports intervenus en 2000 et 2001 (Cour des comptes, rapport des Docteur Piel et Roelandt) ont pointé les problèmes majeurs de l'offre de soins :

- la psychiatrie communautaire est restée principalement centrée sur le soin sans pour autant aboutir totalement à l'intégration de ces soins dans la communauté ;
- les missions de prévention et de réadaptation ont été peu développées par les secteurs ;
- la nécessaire articulation des prises en charge sanitaires et médico-sociales ou sociales est mal assurée ;
- l'offre de soins (structures et moyens) est inégalement répartie sur le territoire ;
- l'offre de soins en psychiatrie infanto-juvénile demeure insuffisamment développée ;
- l'accès aux soins reste difficile pour certaines populations (adolescents, personnes en situation de précarité, détenus…) ;

L'effort financier des agences régionales de l'hospitalisation en 2001 au titre de la santé mentale, estimé à près de 300 MF et très supérieur aux crédits fléchés au niveau national (129 MF), a permis de soutenir principalement trois priorités :

- la diversification des modes de prise en charge ;
- le renforcement du dispositif de pédopsychiatrie, notamment en faveur des adolescents ;
- l'amélioration de l'accueil et du traitement des urgences psychiatriques et le développement de la psychiatrie de liaison.

Objectifs

L'adaptation de l'offre de soins est nécessaire tant pour la psychiatrie générale que pour la psychiatrie infanto-juvénile.

La réorganisation de l'offre de soins poursuit un objectif de continuité et de qualité des soins : elle doit permettre de passer d'un modèle reposant sur les structures à un modèle axé sur la personne. Il s'agit d'assurer une continuité et une adaptation des soins qui garantit la cohérence de sa trajectoire. L'organisation sanitaire doit tenir compte de la diversité des troubles et des pathologies rencontrés dans le champ de la santé mentale. Une réponse graduée, diversifiée et coordonnée aux besoins sanitaires et sociaux des personnes doit être proposée : toutes les combinaisons doivent être possibles et différentes propositions mobilisables en fonction des besoins d'une personne à un moment donné.

La réorganisation de l'offre de soins poursuit un objectif d'accessibilité aux soins : l'offre de soins psychiatriques doit assurer une réelle prise en charge de proximité.

Actions

Poursuite des travaux du groupe de travail piloté par la DHOS chargé d'élaborer des recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins psychiatriques pour répondre aux besoins dans le domaine de la santé mentale

A ce stade, 6 points font l'objet de propositions :

- le développement d'une prévention globale est une priorité. Cela doit notamment se traduire par le renforcement des actions d'aide à la parentalité, par la réintroduction de capacités de réponse aux demandes non programmées et par la définition d'un programme déclinable au niveau sectoriel ou intersectoriel portant sur deux volets (le rôle de l'équipe de psychiatrie et le positionnement du dispositif psychiatrique par rapport au réseau primaire) ;

- la promotion du travail en réseau est une action importante de l'adaptation de l'offre de soins en permettant de rendre complémentaires et coordonnées les actions menées par les différentes institutions composées elles-mêmes de professionnels différents (médecins généralistes, pédiatres, psychologues, psychiatres, infirmiers, travailleurs sociaux et éducatifs…). L'amélioration des modalités de financement des réseaux (par les ARH et les URCAM) est d'ores et déjà intégrée dans le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette disposition permettra d'accompagner, dès 2002, la mise en œuvre des réseaux de santé mentale dans une perspective ville/hôpital et santé/social. Au-delà, la mise en place des conseils locaux de santé mentale constituera une étape ultérieure ;

- l'adaptation de l'hospitalisation complète est également nécessaire. Pour la psychiatrie générale, il s'agit notamment de relocaliser les unités d'hospitalisation complète éloignées des bassins de vie qu'elles desservent dans les centres hospitaliers de proximité. Pour la psychiatrie infanto-juvénile, le renforcement des capacités d'hospitalisation complète doit être poursuivi ;

- le dispositif ambulatoire et les alternatives à l'hospitalisation au plus près des lieux de vie des populations ainsi que les interventions et l'hospitalisation à domicile doivent être développés. La répartition des moyens devra être plus favorable à l'ambulatoire et aux alternatives à l'hospitalisation complète (de l'ordre de 40 % pour l'intra-hospitalier et de 60 % pour l'extra-hospitalier) ;

- l'organisation de centres d'accueil intersectoriels de 72 heures à proximité des services d'accueil des urgences à l'hôpital doit permettre d'améliorer la prise en charge des situations de crise et de diminuer le recours à l'hospitalisation sous contrainte, grâce à l'évaluation de la situation médicale, psychologique et sociale de la personne.

Des réponses spécifiques intersectorielles doivent être mises en place afin de mieux prendre en charge certaines pathologies ou populations (adolescents, personnes en situation de précarité, détenus, délinquants sexuels…).

Le rapport de ce groupe de travail est attendu pour la fin 2001.

Formalisation des propositions de ce groupe de travail dans une circulaire d'orientations (mai 2002)

Déclinaison de ces propositions dans les prochains schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS)
Calendrier : juillet 2004

Axe 8
Développer la recherche fondamentale, épidémiologique et clinique

Contexte

La recherche en psychiatrie est encore insuffisamment développée. Elle constitue néanmoins un préalable indispensable pour fonder une politique de santé mentale à même de répondre aux besoins.

Cette recherche a des spécificités qui ne sont pas toujours bien comprises par les représentants des autres disciplines. Elle se fonde, en clinique ou en épidémiologie sur des paramètres d'évaluation subjective et donc infiniment plus complexes que ceux issus du modèle anatomoclinique médical. Pourtant un petit nombre de chercheurs de l'INSERM ou de psychiatres notamment hospitalo-universitaires ont montré qu'ils parvenaient à publier des travaux de qualité sur des thématiques comparables à celles des équipes de psychiatrie des autres pays occidentaux. L'insuffisance de la formation à la recherche dans les études initiales des psychiatres est préjudiciable, la même observation pouvant être faite s'agissant des psychologues cliniciens (différence majeure avec les pays anglo-saxons) ou des infirmières.

Au-delà, une coordination des différentes initiatives en la matière semble utile pour éviter l'isolement des équipes qui peut parfois porter atteinte aux projets, de leur conception à leur publication, en assumant les démarches administratives (demande de promotion, recherche de financement…).

Objectifs

Trois orientations apparaissent essentielles pour la recherche :

- développer l'articulation entre la recherche clinique, celle liée à la pratique quotidienne du clinicien et de son équipe et qui suppose qu'un temps soit dédié à cette pratique assise sur une solide connaissance méthodologique, et les neurosciences fondamentales (neurobiologie, biologie moléculaire, génétique…) et cliniques (neuropsychologiques, neurophysiologiques, psychologiques…) et les sciences humaines (sociologie, ethnologie, anthropologie) ;
- amplifier la recherche épidémiologique française pour documenter les statistiques sanitaires et aider à la planification de l'offre de soins, mais également pour identifier les facteurs de risque et donc s'articuler avec d'autres disciplines comme la génétique ;
- approfondir la recherche thérapeutique pour fonder les meilleures stratégies thérapeutiques (médicamenteuses et/ou psychothérapiques), et asseoir scientifiquement les campagnes de prévention ou autres interventions.

Ces orientations pourraient être déclinées dans le cadre d'une coordination plus étroite des équipes de chercheurs, sous la forme de la création d'une structure fédérative de recherche en santé mentale.

Actions

Poursuivre et amplifier avec l'INSERM le programme de recherche épidémiologique en vue de mieux documenter les statistiques sanitaires, d'aider à la planification de l'offre de soins et d'identifier les facteurs de risque en santé mentale : action lancée en 2001 (expertise collective des pratiques de psychothérapie, suivi d'une cohorte de schizophrène, santé mentale des détenus condamnés à une longue peine…) reconduite début 2002.

Développer les équipes et réseaux de chercheurs en lien avec l'INSERM (travaux en cours de l'intercommission en santé mentale de l'INSERM).

Développer la recherche fondamentale en lien avec la recherche clinique des équipes soignantes et les neuro-sciences fondamentales (neurobiologie, génétique, biologie) en favorisant l'orientation des internes en psychiatrie vers la recherche. Travaux à conduire avec les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche .

Calendrier : 1er semestre 2002

Conclure un programme pluriannuel de recherche clinique et d'évaluation des stratégies thérapeutiques, en lien avec la fédération française de psychiatrie, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, l'INSERM et l'ANAES en vue de développer les consensus sur les thérapeutiques à mettre en oeuvre.

Calendrier : 1er semestre 2002

Créer, en lien avec le Ministère de la Recherche, des incitations à des recherches interdisciplinaires dédiées à la santé mentale et regroupant des équipes de chercheurs et de cliniciens.

Calendrier : 2003

Plan d'actions en santé mentale *(novembre 2001)*

Thème	Actions	Modalités de mise en œuvre	Calendrier
1- Lutter contre la stigmatisation attachée aux maladies mentales	**1-** Développer une campagne d'information sur les maladies mentales et les professionnels qui les prennent en charge auprès des professionnels de santé «somaticiens» (médecins généralistes, pédiatres…), afin de modifier les représentations sociales des pathologies mentales et des professionnels qui les traitent.	**1-** Constitution d'un groupe de travail ad hoc professionnels/usagers/Etat/ CFES/CNAM Crédit de 15 245 Euros permettant d'initier les travaux.	1er semestre 2002
	2-Préparer une campagne d'information grand public, comportant notamment un volet relatif aux thérapeutiques mises en œuvre pour les pathologies mentales les plus fréquemment rencontrées.	**2-** Évaluation des expériences étrangères et de la campagne auprès des soignants non spécialisés, préalable à la constitution d'un groupe de travail ad hoc.	Evaluation (1er semestre 2002) et campagne grand public (2ème semestre 2002)
	3- Initier des actions de communication relatives à l'insertion sociale et professionnelle des personnes atteintes de troubles mentaux.	**3-** Réflexion à mener notamment avec les représentants des usagers, les élus et les organismes du secteur social et de l'insertion professionnelle.	2003
	4- Amplifier les actions visant à changer le regard sur les personnes en situation de handicap.	**4-** Intégration de cet objectif dans le cadre de la journée «réussite et handicap» en décembre 2001.	Décembre 2001
	5- Poursuivre la démarche européenne d'évaluation d'une action d'information/ formation des médecins généralistes sur la prévention du suicide et les représentations attachées à la souffrance psychique.	**5-** Étude menée en France sur les sites de Pontoise, qui bénéficie de l'action d'information/formation, et de Melun, site témoin comparatif.	Résultats attendus fin 2002

2- Renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux: Améliorer les relations soignants/soignés	**1-** Renforcement et pérennisation du soutien aux associations d'usagers au plan national et local en vue de favoriser la représentation régionalisée des usagers.	**1-** Augmentation forte des subventions aux associations nationales en 2002 (68 602 euros en 2001, 304 898 euros en 2002) et conclusions de conventions pluriannuelles.	Janvier 2002
	2- Elaboration d'une charte nationale des droits et devoirs de l'usager en santé mentale à partir de la charte élaborée par la fédération des usagers (FNAPSY) et la conférence des présidents de CME de CHS et sur la base des dispositions de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.	**2- Outil juridique :** circulaire, après concertation	2002, après publication du projet de loi relatif aux droits des malades
	3- Prise en compte de la spécificité de la situation des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées, notamment sans leur consentement, dans le projet de règlement intérieur des établissements hospitaliers	**3- Outil juridique :** arrêté	2002, après publication du projet de loi relatif aux droits des malades
2- Renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux : Réviser la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux	**1-** Réaffirmation du droit de toutes les personnes atteintes, à des soins librement consentis	**2-** Dans le cadre de la saisine de l'ANAES sur les urgences psychiatriques, demande d'élaboration d'un protocole de la prise en charge des patients pendant la période d'hospitalisation sans consentement d'une durée maximale de 72h.	Novembre 2001
	2- Définition d'une période d'hospitalisation sans consentement de courte durée **3-** Mise en place d'une alternative ambulatoire à l'hospitalisation sans consentement	**3-** Réunion d'un petit groupe de professionnels de santé pour finaliser les indications et les conditions de passages entre un soin sans consentement en ambulatoire et un soin sans consentement à l'hôpital.	Janvier 2002
	4- Définition des indications de l'hospitalisation sans consentement dans le cadre d'un régime unique (unification des HO et HDT) et de la mise en place d'une alternative ambulatoire.	ET **3-** Etude d'impact de cette modification sur la charge des services déconcentrés du ministère de la santé ou des services judiciaires	1er semestre 2002
		outil juridique : loi	Mise en œuvre à l'issue des travaux précités

2- Renforcer les droits des malades atteints de troubles mentaux Tirer les conséquences de l'affirmation de ces droits dans l'organisation des soins	**1-** Etude de la pertinence de l'accueil de tous les patients y compris sans consentement, par tous les établissements de santé dotés de lits de psychiatrie. **2-** Evaluation des unités intersectorielles fermées et des unités pour malades difficiles. **3-** Etude de faisabilité sur la création des centres d'accueil intersectoriels 72 heures à proximité des SAU.	**1-** modification du CSP à expertiser : extension de l'habilitation prévue à l'article L.3221-1 à tous les établissements. **outil juridique :** loi **2-** enquête sur le fonctionnement des UMD et des unités intersectorielles fermées existantes. **3-** inscription dans la **loi** puis dans les SROS	2002-2003 Novembre 2001 - mai 2002 Calendrier de la loi révisant la loi de 1990
3- Améliorer les pratiques professionnelles L'évolution démographique des professionnels du champ de la santé mentale	**1-** Limiter les effets de la baisse de la démographie médicale et paramédicale et remédier à l'inégale répartition des professionnels sur le territoire.	**1-1** Concernant les psychiatres : réflexion en cours suite au rapport sur la démographie médicale (hypothèses : augmentation des flux de formation ; instauration d'une carte des libéraux ; mesures d'incitations financières à l'installation dans les zones géographiques démunies). **1-2**Concernant les infirmiers : ouverture conséquente du concours d'accès aux IFSI : **+ 8000 IDE en 2000 et + 8000 prévus en 2001**	1er trimestre 2002 Immédiatement

3- Améliorer les pratiques professionnelles Aménager la réponse aux situations de souffrance psychique	**1-** Permettre une réponse à la souffrance psychique dans le cadre des prises en charge sanitaires et/ou sociales : • par un suivi plus fréquent et conséquent des personnes en souffrance par les acteurs de soins primaires (médecins généralistes) et les autres acteurs de premières lignes (pédiatres ; travailleurs sociaux des institutions médico-sociales-éducatives, médecins du travail) ; • en s'accompagnant, en corollaire, et en tant que de besoin, d'une intervention plus précoce des spécialistes en santé mentale tant auprès de ces professionnels, qu'auprès des personnes en souffrance dont elles assurent le suivi.	**1-** Saisine du conseil supérieur du travail social aux fins de propositions sur la place et la formation des professionnels du champ social dans le domaine de la santé mentale. **2-** Saisine du conseil supérieur des professions paramédicales afin de proposer les conditions dans lesquelles les cursus de formation initiale des professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale, aborderont les thèmes relatifs au fonctionnement psychique, à la relation et au comportement. **3-** Renforcement des équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie notamment par le recrutement de psychologues, en plus des travailleurs sociaux et des infirmiers psychiatriques, afin notamment de développer des actions de partenariat.	2002 2002 2002 et perspective pluriannuelle

3- Améliorer les pratiques professionnelles Développer des pratiques en réseaux entre professionnels spécialisées en santé mentale et entre ces derniers et les professionnels du champ médico-social, social ou éducatif	Développer le travail de partenariat entre les professionnels spécialisés (libéraux et salariés) et les intervenants d'autre champ sanitaire, social, médico-social et éducatif, permettant : • un accès aux soins spécialisés plus précoce ; • une continuité des soins quel que soit le lieu où se situe le patient (domicile, hôpital, médico-social).	**1-** Développement de réseaux de professionnels visant à l'information mutuelle sur les compétences respectives : • réseaux des professionnels spécialisés en santé mentale avec ceux des champs sociaux-éducatifs ; • réseaux sanitaires (secteurs de psychiatrie, psychiatres et psychologues libéraux, médecins généralistes, somaticiens) ; • réseaux des professionnels spécialisés en santé mentale avec ceux du champ médico-social. **2-** Développement de formations croisées entre travailleurs sociaux et infirmiers de secteurs psychiatriques en vue d'une culture commune autour de la souffrance psychique et de la maladie mentale. **3-** Mise en place, de consultations d'avis spécialisés à destination des médecins généralistes ou des centres de soins en alcoologie ou en toxicomanie (en lien avec l'évaluation du réseau santé mentale Sud-Yvelines soutenue financièrement par le ministère cette année). **Outil juridique :** circulaire	A initier dès 2002 A préparer dès 2002 2002

3- Améliorer les pratiques professionnelles Renforcer et adapter la formation des professionnels de soins en santé mentale pour répondre à l'ensemble des besoins des patients par une offre de soins diversifiée	**1-** Permettre aux médecins généralistes de mieux reconnaître la gravité des symptômes, voire des pathologies mentales, et de développer une prise en charge et un suivi adéquat, en lien avec les professionnels spécialisés.	**1-** La réforme, en cours, du 3ème cycle de formation des médecins généralistes prévoit l'allongement des études de 6 mois par un stage clinique obligatoire notamment en service de psychiatrie.	2002
	2- Réaffirmer le rôle de la psychothérapie dans le champ du soin, en tant que traitement psychologique des troubles psychiques.	**2-1** Saisine de l'ANAES sur l'évaluation des pratiques de psychothérapies en vue d'élaborer des recommandations de bonne pratique.	Fait début octobre 2001
		2-2 Mettre en œuvre le projet de réforme Fédération Française de Psychiatrie/CNUP (Conseil national des universitaires en psychiatrie) concernant la formation des médecins psychiatres afin d'y renforcer la formation à la psychothérapie.	2002-2003
		2-3 Réflexion avec le ministère de l'Education nationale et l'Association des Enseignants en Psychologie Universitaire (AEPU) sur une réforme des études en psychologie clinique afin d'y renforcer la formation à la psychothérapie.	2002
	3- Renforcer la formation psychopathologique théorique et clinique des infirmiers appelés à intervenir en santé mentale.	**3-** Mettre en place un groupe de travail pour définir le programme de ce complément de formation.	Janvier 2002

3- Améliorer les pratiques professionnelles Fonctionnement des équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie	Inciter, dans les secteurs de psychiatrie, à la mise en place de protocoles relatifs aux modalités d'intervention de l'équipe pluri-professionnelle, sous l'autorité du chef de service, permettant d'assurer notamment : • l'accueil des patients et des familles dans le secteur dans les plus brefs délais ; • les modalités d'accès direct aux psychologues du secteur (public cible, conditions de prise en charge, supervision) ; • un travail d'accompagnement et/ou de co-prise en charge des patients suivis en libéral ou en médico-social….	**Circulaire d'orientation** présentant des principes d'organisation pour renforcer et diversifier la composition et le rôle des équipes pluriprofessionnelles des secteurs de psychiatrie, à partir des conclusions du groupe de travail sur l'évolution des métiers en santé mentale mis en place à la DGS dans le cadre des protocoles relatifs à l'hôpital de mars 2000.	1er semestre 2002
4-1 Favoriser l'articulation des décideurs interministériels : **1-** Travaux engagés avec l'Education nationale	**1-** Elaboration d'un programme de travail en santé mentale visant : • à faire émerger le rôle de l'institution dans la construction positive du psychisme de l'enfant ; • à améliorer la coordination psycho-pédagogique autour des besoins des enfants les plus en difficultés.	**1-1** Lancement d'une enquête sur l'état et les besoins de collaborations médecine scolaire/équipes éducatives/pédo-psychiatrie, autour des besoins des enfants et des familles.	Fin 2001
		1-2 Poursuite des travaux pour enclencher une étude épidémiologique sur les troubles rencontrés en milieu scolaire (6-11 ans).	Fin 2001
2- Travaux engagés avec le ministère de la Justice	**2-1** Préparation du projet de loi d'orientation pénitentiaire en ce qui concerne les modalités de soins des détenus atteints de troubles mentaux en lien avec les recommandations du groupe de travail interministériel ad hoc.	**1-3** Action d'information-sensibilisation des rectorats pour la formation des personnes ressources de l'éducation nationale, dans le cadre de la formation prévue au plan national de lutte contre le suicide.	2002
	2-2 propositions du groupe interministériel remises fin 2001 quant aux modalités organisationnelles de prise en charge des auteurs d'infraction à caractère sexuel complétées par les aspects thérapeutiques *(conférence de consensus des 22 et 23-11-2001)*.	**Outil juridique :** circulaire **1-4** Poursuite du plan Handiscol, pour l'amélioration de l'intégration scolaire des enfants et adolescents les plus en difficultés.	Octobre 2002
	2-3 Poursuite des travaux avec la direction de la protection judiciaire de la jeunesse (cf.5-2).	**2-** Lancement d'une enquête épidémiologique sur la santé mentale des détenus (prévalence des troubles mentaux, facteurs de décompensation en milieu carcéral) à partir d'un cahier des charges élaboré en 2001.	2002

4.2- Favoriser l'articulation des décideurs institutionnels locaux *En lien avec les orientations préconisées dans le rapport des Drs Piel et Roelandt*	**1-** Concertation Etat/élus locaux sur l'introduction dans la loi de l'obligation d'élaborer des contrats pluriannuels de santé mentale.	**1.1** consultations interministérielles (Education nationale, justice…). **1.2** consultations des associations représentant les collectivités locales). **1.3** inscription de ces outils dans des textes législatifs. **outil juridique :** loi	Novembre 2001 - mai 2002 Novembre 2001 - mai 2002 2002-2203
4.3- Favoriser l'articulation entre les acteurs du champ sanitaire	**1-** évolution des textes relatifs aux GCS. **2-** valorisation des formules de coopération dans le domaine de la santé mentale.	**outil juridique :** loi droits des malades. **2-** journée d'information et d'échanges (mutualisation des expériences).	2001 septembre 2002
4.4- Favoriser l'articulation avec les partenaires sociaux et médico-sociaux	Poser le principe d'un projet global pour le malade, c'est à dire un projet de soins conjoint au projet de vie. Ce qui suppose de changer les cultures et les pratiques des professionnels (sanitaire public, sanitaire libéral, médico-social, social dont aide sociale à l'enfance, éducation nationale, protection judiciaire de la jeunesse…).	**1-** Groupe de travail DGAS, DHOS, DGS sur 5 thèmes : • le cadre de l'articulation ; • les différentes modalités croisées d'appui technique ; • les formations croisées ; • le travail en réseau des professionnels, des structures ; • les éléments d'évaluation. **2-** Bilan des modalités d'articulation mise en œuvre à la suite des SROS II. **3-** Intégration des résultats du groupe de travail dans la circulaire de préparation des SROS III. **4-** Mise en œuvre de formations croisées des intervenants sanitaires et sociaux *(cf.2-1)*. **5-** Mise en œuvre dans le cadre des SROS **6-** Evaluation. **7-** Modification du décret relatif à la gestion budgétaire des établissements médico-sociaux.	Décembre 2001 à juillet 2002 Décembre 2001 à juillet 2002 Septembre 2002 2005 2007 2002

5- Développer des programmes spécifiques sur les pathologies, des problématiques ou des publics cibles **5-1** Stratégie nationale d'actions face au suicide	Mise en œuvre de la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005) lancée le 19 septembre 2000 dans le cadre de la Présidence française de l'Union européenne. La Stratégie vise, au delà de la prévention du suicide, à mieux prendre en charge les personnes en souffrance psychique ou en impasse psychologique. Elle se décline pour les années 2000 à 2005 autour de quatre axes : • favoriser la prévention ; • diminuer l'accès aux moyens de suicide les plus létaux ; • améliorer la qualité de la prise en charge des personnes en mal être et des familles ou proches de suicidants ; • mieux connaître la situation épidémiologique.	Les deux actions phares de cette Stratégie sont : **1-** Action en amont de la tentative de suicide : *Organisation de formations de formateurs régionaux sur la crise suicidaire, en 2001 et 2002, qui se déclineront dès 2002 par des formations locales interdisciplinaires en vue de renforcer les compétences de divers professionnels en matière de repérage et de gestion de la crise suicidaire dans le cadre de leur champ d'intervention spécifique (sanitaire, social, éducatif, pénitentiaire, éducation nationale…).* **2-** Action auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide : *développement sur l'ensemble du territoire de l'application des recommandations de l'ANAES sur la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide (1998) par la généralisation des audits cliniques dans les établissements hospitaliers, dès 2001, et l'incitation à la mise en place d'actions en réseau Ville/hôpital pour assurer la continuité d'une prise en charge si nécessaire.* **Outil juridique :** circulaire	Mesures nouvelles retenues dans le projet de loi de finances 2002 : 137 204 Euros, soit 0,9MF (crédits ministériels) et 1,98 M Euros, soit 13MF (crédits déconcentrés auprès des DRASS). 2001-2005 2001-2005
5- Programmes spécifiques **5-2** Mineurs en grande difficulté	Favoriser les collaborations des acteurs et des institutions du champ éducatif, social et médico-social, judiciaire, sanitaire pour la prise en charge des mineurs en grande difficulté.	• Elaboration interministérielle (santé, justice, éducation nationale) d'un document de recommandations, de références théoriques et outil de guidance pour l'élaboration de projets contribuant à développer les articulations locales inter partenariales. • Circulaire interministérielle d'orientations (santé, justice, éducation nationale, DIV). **Outil juridique :** circulaire	Mai 2002 Mars 2002

5- Programme spécifique **5-3** Précarité /exclusion	Incitation au décloisonnement institutionnel pour favoriser le partenariat local entre la psychiatrie et les autres acteurs sociaux et adaptation des pratiques professionnelles aux besoins de ces publics.	• Sur la base des recommandations du groupe de travail en cours relatif à la souffrance psychique en situation de précarité, financement d'actions spécifiques (formations communes et croisées, transferts de compétence, supervisions, soutien d'actions multipartenariales) sur des mesures nouvelles 2002 (2,28 ¤) du programme de prévention et de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. • élaboration de guide de recommandations et de bonnes pratiques.	Premier trimestre 2002 2003
5- Programme spécifique **5-4** dépression	Optimisation des pratiques de soin et de prévention pour abaisser la prévalence et la gravité de la dépression et contribuer à améliorer la prévention du suicide.	• Réunion d'un comité d'experts chargé d'élaborer un plan d'actions, en lien notamment avec les orientations du rapport remis par M. le Pr. Parquet.	Premier trimestre 2002
6- Amplifier le développement d'actions d'insertion sociale et professionnelle pour les enfants, adolescents et adultes en situation de handicap du fait de troubles mentaux	Analyser les difficultés d'insertion des personnes handicapées psychiques et inventorier les réponses possibles. Développer des dispositifs d'insertion dans le cadre de la politique commune en direction des personnes handicapées.	**1-** Réforme de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale. **2-** Mise en œuvre de la réforme de la loi d'orientation sur les personnes handicapées. **3-** Mission parlementaire (M Charzat). **4-** Préparation de programmes pour le développement des services et structures d'accueil adaptés aux personnes «handicapées psychiques». **5-** Etude du CTNERHI sur «les innovations dans les Centres d'aide par le travail CAT)» **6-** Travaux de l'Agefiph sur «maladie mentale et emploi», exploration des appuis spécifiques à apporter aux personnes atteintes. **7-** Développement du projet «Galaxie» (FSE) visant à favoriser l'intégration dans l'entreprise des personnes atteintes d'affections mentales par une action sur les représentations des maladies mentales, d'une part à visée de prévention et de maintien dans l'emploi, et d'autre part d'adaptation du travail aux spécificités des déficiences.	imminent travaux engagés Mai 2001 - Février 2002 à l'issue de la mission Charzat Eté 2002 Depuis 1999, se poursuit 2002