

Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale

Première approche

ANTICIPER ET
COMPRENDRE



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections, pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



Marie-Aude Poisson

Ayden Tajahmady

Leslie Valon

leslie.valon@anap.fr

Benoît Servant

benoit.servant@anap.fr

Élise Prout

elise.proult@anap.fr

Résumé

La notion de « parcours en psychiatrie et santé mentale » est récente et elle est peu encore usitée. L'ANAP a voulu mettre en exergue cette dimension du « prendre soin », qui implique aussi bien les patients eux-mêmes, les familles, les aidants, les soignants du sanitaire et du médico-social et les acteurs de l'environnement social.

Ce travail a pu se faire en identifiant 5 portes d'entrée dans le parcours, qui impliquent et interrogent l'ensemble des acteurs :

- ▶ L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques;
- ▶ Les hospitalisations inadéquates;
- ▶ L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux;
- ▶ L'accès aux soins somatiques;
- ▶ La prévention et la gestion des situations de crise.

Partant de cette approche, plusieurs constats ont été réalisés, dont par exemple :

- ▶ La régulation séparée des secteurs sanitaire, médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours;
- ▶ La non-demande de nombreux patients;
- ▶ Le handicap psychique est une réalité encore méconnue des professionnels du sanitaire et médico-social;
- ▶ La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu.

Des propositions ont été élaborées qui permettent aussi bien de tenir compte de la complexité des problématiques, que d'aider au questionnement concret des acteurs.

Ce document est complété par les outils créés lors de l'accompagnement des ARS pilotes.

Abstract

The concept of 'psychiatry and mental health pathway' is recent and is still to be defined. ANAP [French Healthcare and Social Services Support] wished to highlight this dimension of 'taking treatment', which involves patients themselves, families and carers as much as it does healthcare professionals, socio-medical services and players in the social environment. This work was able to be done by identifying five gateways into the pathway, which implicate and question all those involved:

- ▶ Access to diagnosis and psychiatric treatments,
- ▶ Inadequate hospital admissions,
- ▶ Access to social and socio-medical support services,
- ▶ Access to somatic treatments,
- ▶ Preventing and managing crisis situations.

Each gateway is everyone's problem, but no-one can solve it alone.

From this approach, eight 'key point' observations were made, making it possible to draw up proposals to contribute to solving the issues encountered and/or encourage collective consideration.

This ANAP publication is accompanied by tools developed and validated by experiment.

Sommaire

| | |
|--|--------------|
| Préface | p. 6 |
| Introduction | p. 8 |
| La nécessité d'une approche en termes de parcours | p. 8 |
| 1. Quelques éléments de contexte | p. 8 |
| 2. Un domaine en évolution | p. 8 |
| 3. Le projet ANAP de parcours en psychiatrie et santé mentale | p. 9 |
| 1 - Un outil fédérateur pour aborder localement la complexité des parcours | p. 10 |
| 1. Le modèle de la rosace | p. 11 |
| 2. Une démarche fédératrice et inclusive | p. 11 |
| 2 - Huit points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale | p. 12 |
| 1. La régulation séparée des secteurs sanitaire et médico-social et social : une entrave à la visibilité des parcours | p. 13 |
| 2. La non-demande, face cachée paradoxale des parcours en psychiatrie et santé mentale | p. 13 |
| 3. Le handicap psychique, une réalité encore méconnue dans les pratiques des professionnels sanitaires et médico-sociaux | p. 13 |
| 4. La logique de placement prévaut sur celle de l'accompagnement des personnes | p. 14 |
| 5. L'attention portée au calibrage de l'offre s'exerce au détriment de la prise en considération des flux | p. 14 |
| 6. Le clivage hôpital/médecine de ville fragilise le parcours de soins des patients | p. 15 |
| 7. Hospitalo-centrée, l'organisation des soins peine à prendre en compte le patient dans son milieu de vie ordinaire | p. 15 |
| 8. La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu | p. 16 |
| 3 - Des voies de progrès | p. 17 |
| 1. Développer les connaissances et l'inter-connaissance | p. 18 |
| 2. Articuler les interventions entre les acteurs de la ville, l'hôpital et les établissements et services sociaux et médico-sociaux | p. 18 |
| 3. Mettre en réseau les acteurs du territoire | p. 18 |
| 4. Recalibrer l'offre structurelle | p. 18 |
| 5. Le projet de l'ANAP : outiller les ARS et les établissements sur les parcours en psychiatrie et santé mentale | p. 19 |
| Remerciements - Glossaire | p. 20 |
| Références | p. 21 |
| Bibliographie | p. 22 |

Préface

En 2013, lorsque la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) a cessé d'exister, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux (ANAP) a résolument et immédiatement pris le relai dans le champ de la psychiatrie et la santé mentale sur deux missions essentielles.

Tout d'abord, l'ANAP a retracé des retours d'expériences du terrain, tout en en tirant les enseignements tant pour les professionnels que pour les décideurs. À ce titre deux publications, respectivement publiées en août 2014 et février 2015, ont abordé « *l'accompagnement médico-social des personnes handicapées psychiques* », (par reconversion ou création à partir d'établissements de santé), ainsi que les « *interventions à domicile des équipes de psychiatrie* ».

Une seconde mission vise à accompagner les ARS dans une démarche de construction de politiques de santé mentale territorialisées et décloisonnées, sur la base d'un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs concernés. Le présent document tire les premiers enseignements de la méthodologie adoptée, fondée sur une logique de parcours de santé mentale et de vie.

La santé mentale constitue un enjeu majeur : au-delà de la définition de l'OMS, le pacte européen adopté sur ce thème en 2008, insiste sur le fait que celle-ci est « *indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie* » et qu'elle « *favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société* ».

Notre pays présente un constat préoccupant qui peut être illustré par quelques chiffres : 18% de nos concitoyens présentent des troubles psychiatriques ; il s'agit là de la troisième cause de morbidité après le cancer et les maladies cardio-vasculaires, du second motif d'arrêt de travail et la première cause de mise en invalidité. Si la psychiatrie publique montre la voie à d'autres disciplines hospitalières, puisque près de 80% des patients sont suivis en ambulatoire, il reste que cette discipline est encore trop enclavée au regard de son environnement et des autres acteurs sociaux et médico-sociaux, les coordinations restant imparfaites pour favoriser des parcours de santé mentale sans ruptures, au sein d'une société inclusive.

L'ANAP a souhaité travailler sur les modes d'organisation sur un territoire de l'ensemble des réponses nécessaires, tant sanitaires que médico-sociales et sociales, pour optimiser les parcours des personnes présentant des problèmes psychiques conséquents.

À cet égard, l'ANAP a pris, dès 2013, l'excellente initiative d'accompagner au plan méthodologique trois ARS (Auvergne, Bretagne, Nord-Pas-de-Calais) expérimentant, sur trois territoires circonscrits, un plan d'actions prioritaires à conduire, articulant les ressources

Préface

sanitaires, médico-sociales et sociales à mobiliser pour fluidifier les parcours des usagers, prévenir les inadéquations multiples identifiées et recomposer les réponses à promouvoir. Les trois démarches se sont appuyées sur une concertation soutenue des divers acteurs et professionnels concernés.

Les trois ARS n'ont pas ménagé leur peine pour identifier, sur trois territoires infrarégionaux, les problèmes à résoudre et dégager les actions prioritaires à conduire pour construire des réponses en réseau. Le présent document retrace ainsi l'essentiel de la démarche à promouvoir pour fédérer les énergies de tous les protagonistes concernés, afin d'aborder avec pertinence la complexité des parcours en santé mentale.

À ce titre, l'ANAP identifie, sans complaisance mais avec justesse, huit questions-clés pour dépasser les blocages observés afin de construire les parcours pertinents : la persistance des clivages entre le sanitaire et le (médico) social ainsi qu'entre l'hôpital et la médecine de ville, l'absence de demande des usagers directement concernés, la réalité encore méconnue du handicap psychique, les pratiques de placement monovalents prévalant sur celles d'accompagnement polyvalents, la prise en compte insuffisante des « flux » en se focalisant trop exclusivement sur les seules hospitalisations inadéquates, les organisations encore trop hospitalo-centrées intégrant insuffisamment le milieu ordinaire de vie, les carences de notre système d'observation pour caractériser les contours des prestations effectivement rendues.

Nous laisserons au lecteur le soin de découvrir, *in fine*, les quatre principales voies de progrès pour mieux territorialiser les réponses optimales, structurer des parcours sans ruptures en santé mentale et ainsi mieux outiller les ARS et les différents acteurs et protagonistes sur ce sujet décisif.

Une fois les trois expérimentations conduites à leur terme, l'enjeu sera de favoriser la généralisation par essaimage de la démarche. L'ANAP prépare donc un outil méthodologique qui sera mis à la disposition de toutes les ARS, favorisant ainsi la conduite de réponses décloisonnées en réseau, structurant des parcours pertinents, sur la base d'un diagnostic territorial fiable.

D'ores et déjà la présente publication fait émerger, non seulement certaines bonnes pratiques organisationnelles à promouvoir mais identifie également les principaux obstacles à surmonter, vu la complexité du thème.

Jean-François Bauduret

Vice-président du conseil scientifique
et d'orientation de l'ANAP

Introduction

La nécessité d'une approche en termes de parcours

1. Quelques éléments de contexte

Les pathologies psychiatriques constituent un enjeu majeur en termes de santé publique, et leur importance est souvent méconnue. D'après l'Inserm, la schizophrénie concerne près de 600 000 personnes en France (Inserm 2015) et près d'un français sur 5 est confronté au cours de sa vie à un épisode dépressif (Inserm 2015). Les données d'activité hospitalière montrent par ailleurs qu'en 2014, près de 400 000 personnes ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie et près d'un million et demi ont bénéficié d'un accueil ou de soins en Centre médico-psychologique (CMP) (ATIH 2015).

Les conséquences de ces pathologies sont multiples et affectent aussi bien les personnes qui en souffrent que la collectivité. Sur le plan sanitaire, si le risque suicidaire qui les accompagne est bien connu, leurs conséquences en termes de troubles somatiques sont moins souvent évoquées, bien qu'elles se traduisent par un risque accru de mortalité prématurée, en particulier d'origine cardiovasculaire (Saravane et al. 2009). Sur le plan social, les troubles psychiatriques impactent la vie quotidienne de la personne et de son entourage, ainsi que son insertion professionnelle (Bungener 1995) et peuvent être à l'origine ou associés à des situations d'exclusion (Laporte et Chauvin 2010). Sur le plan économique enfin, puisque la santé mentale représentait le deuxième poste de dépenses pour l'Assurance maladie en 2011 (près de 15 % des dépenses, soit 22 milliards d'euros) (CNAMTS 2013). Par ailleurs, la Cour des comptes estimait en 2011 que le coût indirect de ces troubles (perte de production et perte de la qualité de vie associée), était de 107 milliards d'euros par an (Cour des comptes 2011).

2. Un domaine en évolution

S'il est un domaine du système de santé français qui a connu de fortes évolutions au cours des dernières décennies, c'est bien le champ de la psychiatrie et plus largement celui de la santé mentale. Dans ce domaine, notre système de soins repose sur la sectorisation psychiatrique (815 secteurs de psychiatrie en 2009 selon l'IRDES). Installée à partir des années 1960 par voie de circulaire, cette organisation a été confirmée par la loi en 1986. Bien que mis en question dans la loi de 2009 par les « territoires de santé » à vocation généraliste, le secteur psychiatrique, en ce qu'il exerce une responsabilité populationnelle sur un territoire donné, reste d'actualité dans les dispositions de la nouvelle loi de santé¹. À bien des égards, l'organisation sanitaire psychiatrique apparaît comme précurseur des questions qui interrogent aujourd'hui les disciplines de court séjour telles que le développement des prises en charge ambulatoires et le suivi des malades chroniques. En effet, au cours des trente dernières années, les établissements psychiatriques ont diminué de moitié leurs capacités d'hospitalisation complète et le processus se poursuit encore. 80 % des patients psychiatriques sont désormais suivis en ambulatoire.

Pour autant, il s'agit également d'un domaine dont l'organisation est perfectible, comme le suggèrent les nombreux rapports qui se sont succédé au cours des dix dernières années (Robiliard 2013). Sont fréquemment évoqués la stigmatisation persistante de la société vis-à-vis de la maladie psychiatrique, le nombre encore important d'hospitalisations de très longue durée, dites inadéquates, l'hétérogénéité des organisations sectorielles, l'articulation insuffisante entre le versant thérapeutique (troubles mentaux) et le versant des accompagnements sociaux et médico-sociaux (handicap psychique), ainsi que l'espérance de vie significativement moins longue des malades psychiatriques. Les pathologies psychiques (ou psychiatriques) sont très souvent des affections durables qui

1 - Voir notamment l'article 13

peuvent s'exprimer tout au long de la vie et dont l'évolution n'est pas nécessairement linéaire ou prévisible. Le diagnostic positif et différentiel est souvent difficile à poser et peut intervenir plusieurs années après l'apparition des premiers symptômes. Si l'éventail thérapeutique existant s'est étendu au fil du temps, les modalités de recours aux différentes options de soins restent encore l'objet de débats et de controverses intenses. Le champ même de la maladie psychiatrique ne fait pas nécessairement consensus : en témoignent les controverses développées outre atlantique lors de la révision de la classification (DSM 5, publiée en mai 2013), ou par la suite en France pour ce qui concerne l'autisme.

Enfin et surtout, l'environnement des acteurs de la psychiatrie s'est considérablement diversifié. Interviennent désormais autour du patient et de la personne un grand nombre d'acteurs dont les interventions ne sont pas nécessairement coordonnées. En particulier le secteur médico-social s'est particulièrement développé dans la dernière décennie avec l'émergence, à côté des MAS et des FAM de nouveaux services d'accompagnement à la personne dans son milieu de vie ordinaire tels que les SAMSAH et les SAVS issus de la loi du 11 février 2005. Ces acteurs s'inscrivent dans des perspectives culturelles et selon des modalités de régulation et de financement différentes. On peut ainsi décrire de façon grossière quatre grands silos : la ville, l'hôpital, le social et le médico-social, silos eux-mêmes parfois structurés en sous-silos. La terminologie reflète cette dispersion, les acteurs se référant selon le cas à la notion de « psychiatrie », de « santé mentale » ou de « handicap psychique ». C'est ce continuum qui constitue la toile de fond de l'organisation la prise en charge des personnes présentant des troubles chroniques.

3. Le projet ANAP de parcours en psychiatrie et santé mentale

Forte de sa mission d'appui auprès des établissements sanitaires et médico-sociaux, l'ANAP a cherché à comprendre les enjeux qui sous-tendent les prises en charge et les accompagnements des personnes présentant des troubles psychiques chroniques. Convaincue de la pertinence de construire ou de conforter des parcours de santé mentale, coordonnés et décloisonnés, l'ANAP a élaboré et testé un protocole expérimental dans 3 territoires infrarégionaux. Cette approche s'est inspirée des travaux menés par l'ANAP depuis 2010 sur les parcours des personnes âgées (ANAP 2013), en l'adaptant aux spécificités et particularités des pathologies psychiatriques et du handicap psychique. Les constats formulés à l'occasion de ces travaux permettent de présenter une première synthèse des principaux enjeux pour l'organisation des prises en charge et des accompagnements des personnes concernées.

Le travail de l'ANAP se base sur deux considérations principales :

1- Une prise de conscience à opérer, tous champs institutionnels confondus

Lorsque l'on se place dans la perspective du patient ou de l'utilisateur, les frontières institutionnelles ne font plus sens. Elles doivent ainsi être surmontées par les acteurs pour agir de façon concertée au bénéfice de celles et ceux qui recourent aux différentes prestations, et ce à tous les échelons du système de santé. Cet impératif passe par une prise de conscience sur la nécessité de concevoir et appliquer des politiques et interventions de manière concertée entre la ville, le sanitaire, le médico-social et le social. L'une des particularités des pathologies psychiatriques est que ces composantes interviendront de manière souvent simultanée (mais dans des proportions variables adaptées à la situation de chacun) et au long cours auprès des mêmes personnes. L'enjeu commun aux usagers comme aux professionnels est d'éviter « doublons » et « angles morts » dont les conséquences pèseront sur les individus ou la collectivité.

2- Le parcours : un objet à construire

Le *parcours* ne se réduit pas au seul circuit observable des personnes dans le système de santé. Il est avant tout la résultante visible de l'ensemble des interactions qui se jouent entre les organisations (structures et professionnels) et des usages qu'en font les acteurs, patients et aidants : le parcours de chaque personne lui est propre.

Il ne s'agit donc pas de rechercher quel serait le parcours-type idéal sans rupture, mais d'inviter les acteurs à entrer dans ce processus afin de dégager et d'enclencher par eux-mêmes des évolutions favorables à une amélioration des parcours des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques.

La complexité du sujet incite à une approche pragmatique. Le choix de cibler la population adulte chronique résulte de l'impossibilité d'aborder dans un premier temps tout le champ couvert par la psychiatrie. Ainsi, même si les conditions de prise en charge dans l'enfance ont des répercussions sur les situations rencontrées à l'âge adulte, la population enfants-adolescents relevant de la pédopsychiatrie ne fait pas partie du champ d'analyse retenu pour la démarche. L'importance de ce domaine implique de l'aborder d'une façon adaptée à la diversité et à la spécificité des champs mobilisés (Éducation nationale, Justice, entre autres).



1

Un outil fédérateur
pour aborder localement
la complexité
des parcours

Chapitre 1

Un outil fédérateur pour aborder localement la complexité des parcours

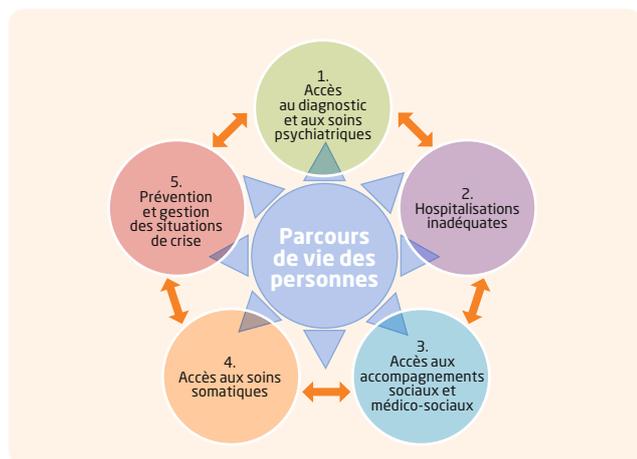
1. Le modèle de la rosace

En l'absence de référentiel idéal l'ANAP s'est tournée vers les acteurs pour identifier les principales difficultés et risques de rupture concrètement rencontrés. Un grand nombre d'entre eux a été consulté par l'ANAP, parmi lesquels les associations d'usagers et d'aidants, les responsables institutionnels, les fédérations professionnelles, des acteurs du monde de la recherche, ainsi que l'HAS et l'ANESM. Ce tour de table général, à défaut d'être exhaustif a permis d'identifier 5 problématiques majeures en termes de continuité des parcours :

- ▶ L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ;
- ▶ Les hospitalisations inadéquates ;
- ▶ L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;
- ▶ L'accès aux soins somatiques ;
- ▶ La prévention et la gestion des situations de crise.

De plus, il est apparu qu'il fallait accorder une attention primordiale à l'impact de la maladie psychique sur la trajectoire de vie des personnes, d'où la nécessité de considérer pour chacune de ces cinq portes d'entrée l'intégration des soins dans le parcours de vie des personnes. La prise en compte de ces différentes dimensions a conduit à proposer le modèle de la « rosace » comme support d'une interrogation pragmatique :

Figure 1 : Le modèle de la « rosace » permet d'orienter les démarches de diagnostic territorial



2. Une démarche fédératrice et inclusive

L'originalité de la démarche réside dans l'inclusion des patients et des aidants au même titre que les professionnels pour garantir la prise en compte du point de vue de l'utilisateur dans la réflexion collective, en cohérence avec l'objectif d'inclusion sociale évoqué dans les plans « psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 et 2011-2015.

La démarche consiste sur un territoire donné à questionner concrètement les organisations à partir des 5 risques de discontinuité identifiés. Chacun d'eux concerne l'ensemble des acteurs, même si certains peuvent apparaître de prime abord plus hospitalo-centrés (cf. « les hospitalisations inadéquates ») ou concerner plus spécifiquement le secteur médico-social (cf. « les accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux »).

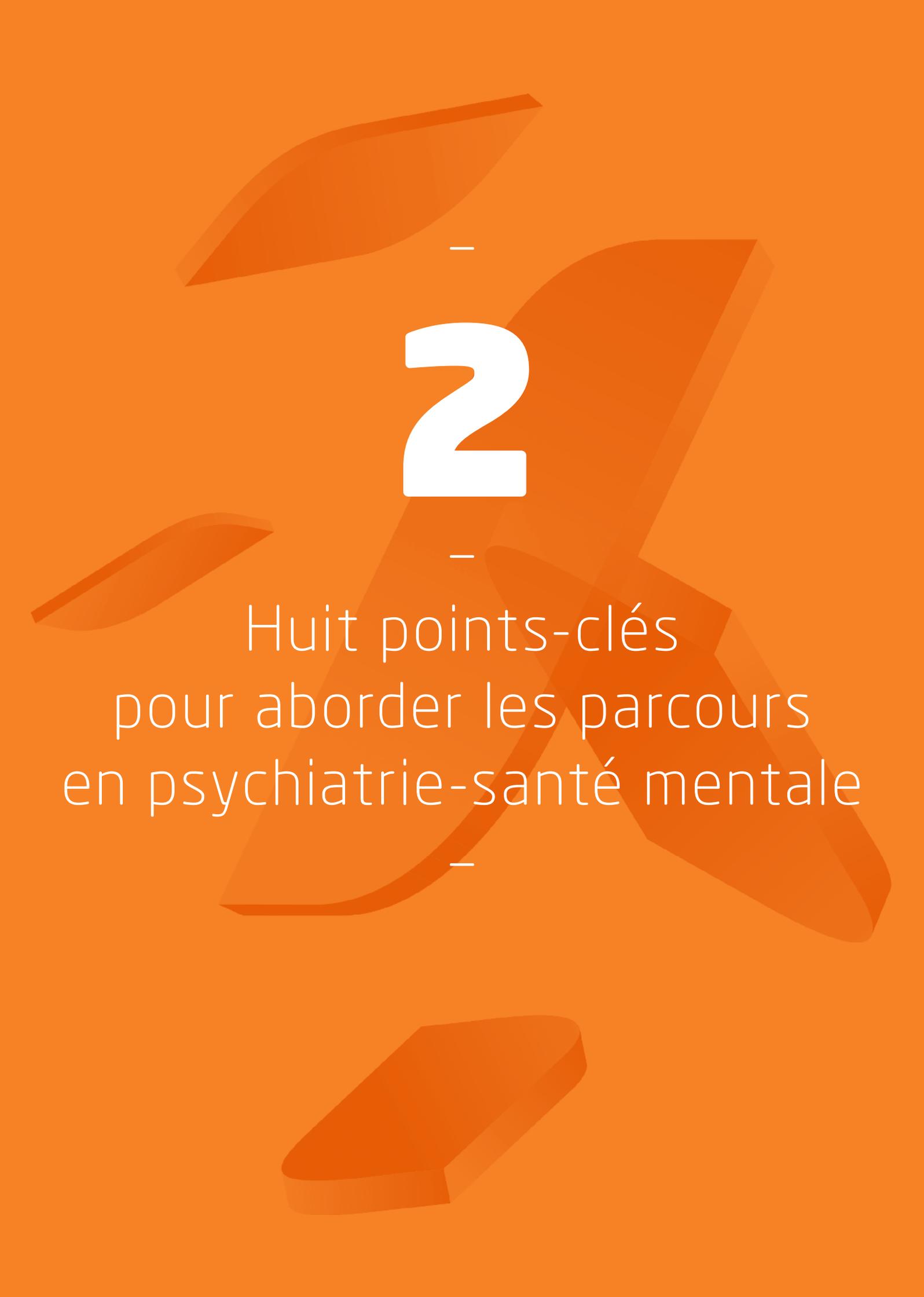
Loin de constituer des problèmes autonomes, ces risques entretiennent des liens entre eux, ce que les échanges ont confirmé. La mise à jour de ces interrelations fait partie de l'exercice d'inventaire, dessinant au final une image consolidée du parcours de soins (au sens large du terme) des personnes sur le territoire.

LES TROIS TERRITOIRES EXPÉRIMENTATEURS

Les trois ARS parties prenantes à l'expérimentation sont l'ARS Nord-Pas-de-Calais, l'ARS Bretagne et l'ARS Auvergne. Le choix du territoire de projet a été laissé à l'appréciation de chaque ARS en fonction de ses propres options stratégiques, tout en prenant en compte certains impératifs liés à la méthode : d'emblée l'échelle du seul secteur psychiatrique est apparue trop étroite pour mobiliser un nombre significatif de partenaires dans les différents champs d'intervention ; à l'inverse, le territoire de santé, le plus souvent le département, couvrait une aire trop vaste pour correspondre à des réalités opérationnelles.

Lors de l'expérimentation avec les trois ARS, un compromis a été trouvé pour deux d'entre elles avec une maille intermédiaire déjà identifiée dans les Projets régionaux de santé (PRS) : la Zone de proximité (ZP) pour le Nord-Pas-de-Calais, le Bassin de santé intermédiaire (BSI) en Auvergne ; en Bretagne, à défaut de zones intermédiaires préexistantes, un territoire *ad hoc* a été délimité correspondant à 3 secteurs de psychiatrie adulte desservant une partie de la ville de Rennes et les communes de Vitré et Fougères.

La démarche a consisté à amener l'ensemble des acteurs présents sur ces 3 territoires à réaliser un diagnostic partagé à partir du questionnement de la rosace (phase de diagnostic), débouchant sur un projet d'amélioration (feuille de route) et une phase de mise en œuvre, accompagnée par l'ANAP. Bien que les trois territoires aient des caractéristiques propres assez marquées (population, épidémiologie, cartographie des acteurs, activités, etc.), on retrouve des problématiques communes quand il s'agit d'aborder la question des parcours des personnes.



2

Huit points-clés
pour aborder les parcours
en psychiatrie-santé mentale

Chapitre 2

Huit points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale

Au terme de la phase de diagnostic dans les 3 ARS pilotes, 8 constats globaux se dégagent des travaux conduits avec les acteurs de terrain sur les cinq portes d'entrée. Six d'entre eux concernent spécifiquement les parcours en psychiatrie-santé mentale; deux autres, plus généraux, trouvent toutefois une expression particulièrement appuyée dans ce domaine.

1. La régulation séparée des secteurs sanitaire et médico-social et social : une entrave à la visibilité des parcours

Le travail réalisé avec les acteurs de terrain met en évidence les impacts concrets de la segmentation institutionnelle entre les secteurs sanitaire, médico-social et social. La question de la non-fongibilité des enveloppes budgétaires constitue un obstacle important à la reconversion de capacités sanitaires (budget assurance-maladie) en structures médico-sociales (financées pour tout ou partie par les conseils départementaux) (ANAP 2014) ou sociales (financées par tout ou partie par les DJRSCS et DDCS). Pour autant, d'autres problématiques émergent.

Ainsi l'hétérogénéité des référentiels, des temporalités et des circuits de décisions génère une information morcelée qui ne permet pas d'appréhender la notion même de parcours; en effet, seuls se donnent à voir des recours sans liens les uns avec les autres, les différents acteurs n'ayant d'aperçu que sur leurs interventions propres. D'où l'intérêt de réunir les acteurs d'un même territoire d'intervention afin de restituer une image concrète des trajectoires des personnes au sein des structures et services mobilisés.

2. La non-demande, face cachée paradoxale des parcours en psychiatrie et santé mentale

La non-demande de la part des patients et des usagers constitue une problématique majeure dont l'importance ne doit pas être sous-estimée en ce qu'elle conduit parfois à des situations de non accès aux soins, et le plus souvent à des recours tardifs en situation de « crise ». Compte tenu du caractère non stable de la maladie, il peut arriver que les patients interrompent leur traitement, devenant des « perdus de vue » jusqu'au jour où ils reviennent par la porte des urgences. Si ces cas de figure échappent par définition à toute réponse organisée, la conscience

de cette particularité associée à la maladie psychique interroge néanmoins les organisations sur leur capacité à détecter des signaux précurseurs et à organiser des relais pour prévenir l'aggravation d'une situation connue ou détecter des situations en évolution.

La stigmatisation sociale de la maladie mentale, la non-lisibilité des conditions d'accès aux soins et les délais de réponse du système, évoqués dans les 3 territoires, constituent des facteurs aggravants pouvant conduire à un nonaccès aux soins. Il existe par ailleurs des marges de progrès en termes de lisibilité et de réactivité de la psychiatrie aux sollicitations dont elle fait l'objet.

3. Le handicap psychique, une réalité encore méconnue dans les pratiques des professionnels sanitaires et médico-sociaux

La prise en compte du handicap psychique constitue le corollaire de la prise en charge de la maladie psychique qui doit être envisagée dans toutes ses implications, qu'il s'agisse de la vie quotidienne des personnes concernées ou plus largement de la vie en société (exercice de la citoyenneté). Cette question est au cœur des relations à conforter entre acteurs sanitaires (libéraux et établissements sanitaires) et structures ou services d'accompagnements sociaux et médico-sociaux.

La loi du 11 février 2005 portant création des MDPH et introduisant la notion de handicap psychique reste encore trop souvent une référence abstraite pour les acteurs du champ sanitaire, près de 10 ans après sa promulgation. Les pratiques professionnelles ne se sont pas ou peu modifiées en conséquence, ce qui constitue un point dur pour la prise en compte des parcours en psychiatrie des malades chroniques : l'évaluation périodique pluridisciplinaire qu'exigerait le suivi des situations est loin d'être la règle. Chaque acteur réalise sa propre évaluation de la situation des personnes alors que la MDPH est censée jouer un rôle pivot-en la matière. L'absence de partenariats organisés entre les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les psychiatres de secteurs n'est pas de nature à atténuer ces phénomènes. Un meilleur positionnement des MDPH et l'approfondissement de leur méthode d'analyse des situations des personnes présentant un handicap psychique, constituent de ce point de vue un enjeu de premier ordre. Les constats faits sur les territoires pilotes rejoignent sur ce point les conclusions du rapport « Zéro sans solutions » (PIVETEAU et al. 2014).

Chapitre 2

Huit points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale

LES MDPH ET LA PRISE EN COMPTE DU HANDICAP PSYCHIQUE

Alors que la problématique du handicap psychique s'avère constitutive de l'approche des parcours en psychiatrie et santé mentale, les MDPH ne sont pas outillées pour repérer le volume des situations de handicap psychique dans l'ensemble des dossiers qu'elles ont à gérer. Dans des départements très peuplés comme le Pas-de-Calais, le nombre des demandes à traiter contraint à un traitement « industriel » qui ne permet pas de dégager le temps nécessaire à une évaluation nécessairement complexe dans le cas du handicap psychique, et qui nécessiterait, qui plus est, des révisions périodiques. Ceci interroge les processus organisationnels des MDPH, encore souvent conçus pour délivrer des prestations administrées alors même que la finalité des décisions est la pertinence et l'ajustement continu des mesures d'accompagnement des personnes.

Sur un plan plus qualitatif, une utilisation insuffisante du référentiel GEVA pour évaluer les besoins des personnes en situation de handicap psychique peut conduire à formaliser des plans personnalisés de compensation inadaptés, ou à sous dimensionner la Prestation de compensation du handicap (PCH), voire à ne pas la délivrer.

D'un point de vue opérationnel, les délais de traitement des dossiers sont évalués à partir du moment où le dossier est déclaré complet, alors qu'il serait au moins aussi important de connaître le délai d'obtention d'une décision à partir de la demande initiale de la personne, de son entourage ou du professionnel qui en est à l'origine.

Enfin, le dispositif réglementaire évaluation-orientation ne permet pas d'aborder avec la souplesse nécessaire la spécificité des situations de handicap psychique : en effet l'enjeu consiste souvent à amener la personne elle-même à prendre conscience de son handicap avant de s'engager dans un processus d'évaluation-orientation.

Il paraît donc opportun d'initier un travail sur les processus organisationnels permettant aux MDPH de répondre aux spécificités de traitement des situations de handicap psychique. Il paraît nécessaire de recourir à des partenariats pour améliorer la réactivité globale de la chaîne demande-évaluation-décision et de s'appuyer sur l'expertise des équipes de psychiatrie de secteur, de case-managers ou de centres de ressources « handicap psychique » à promouvoir.

4. La logique de placement prévaut sur celle de l'accompagnement des personnes

On a pu mesurer à l'occasion des échanges à quel point la logique du *placement*, à caractère plus ou moins définitif gouverne encore largement les représentations des professionnels sanitaires et médico-sociaux au détriment d'une perspective d'accompagnement évolutif des personnes au domicile ordinaire. Les dispositifs d'accompagnement médico-sociaux (SAMSAH, SAVS) sont encore peu développés, leurs rôles et leurs missions peu identifiés tant par les structures sanitaires que par la médecine de ville (CEDIAS 2011 ; CEDIAS 2012 ; Peintre 2012). Le fait que l'entrée en soins se fasse souvent par une hospitalisation en situation de crise n'est probablement pas étranger à cette manière de considérer le problème. En effet, l'objectif de l'hôpital est souvent de trouver une place hors les murs une fois la phase aigüe surmontée : établissement si la personne ne peut reprendre un mode de vie autonome ou retour à domicile laissant à la personne elle-même et à la famille la responsabilité exclusive de prendre ses dispositions pour reprendre le cours de la vie ordinaire.

Ce sont bien les *représentations* qui sont en cause : il est difficile à des professionnels hospitaliers de concevoir d'emblée une prise en charge au long cours à partir du domicile ordinaire ou d'un domicile accompagné. La capacité d'autonomie des personnes, qui trouve peu à s'exprimer au cours de l'hospitalisation, surtout si elle se prolonge, est souvent sous-estimée ; par conséquent la manière dont il est possible de l'étayer est peu envisagée. De même, le rôle de l'accompagnement médico-social comme support possible à une stabilisation de la maladie en dehors du cadre hospitalier ne fait pas consensus auprès des professionnels sanitaires (ANAP 2015), quand il n'est pas méconnu. La même difficulté se rencontre au niveau des établissements médico-sociaux qui ne conçoivent pas non plus aisément que telle personne, placée depuis de nombreuses années, soit en mesure de retrouver un cadre de vie banalisé dans un logement accompagné ou non.

5. L'attention portée au calibrage de l'offre s'exerce au détriment de la prise en considération des flux

La porte d'entrée *a priori* la plus étroite du modèle, les « hospitalisations inadéquates », est celle qui a offert la densité d'échanges la plus conséquente, questionnant une représentation assez largement partagée. Les hospitalisations de

Chapitre 2

Huit points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale

longue durée constituant par leur volume un indicateur de prise en charge inadéquate ; il serait possible de redéployer de manière significative des capacités hospitalières en direction des établissements médico-sociaux. Des expériences montrent qu'une augmentation conséquente de places médico-sociales n'entraîne pas pour autant une baisse des hospitalisations de longue durée. En cause, une représentation « mécaniciste » qui consiste à concevoir les capacités médico-sociales comme des placements d'aval dans une logique de « gestion de stocks ». Cette perspective reste inopérante si des actions de prévention visant à éviter la survenue de ces hospitalisations prolongées ne sont pas mises en œuvre concomitamment. C'est ainsi une perspective de « gestion de flux » qui doit gouverner la question du dimensionnement des capacités d'accueil. L'expérimentation a permis de prendre connaissance de certains dispositifs proactifs déployés par des équipes hospitalières pour activer le processus de sortie, soit au bénéfice de patients hospitalisés depuis des années, soit auprès de patients nouvellement admis : cela suppose la création d'un réseau de relations très ramifié avec des structures et services médico-sociaux fondé sur des accords de réciprocité pour faire face aux évolutions aléatoires de l'état de santé des personnes. On peut alors obtenir en termes de sorties des résultats qui vont très au-delà des espérances initiales des soignants.

VOUS AVEZ DIT « INADÉQUAT » ?

Les échanges ont mis en lumière que les inadéquations hospitalières ne sont pas à rechercher uniquement parmi les hospitalisations de longue durée. Il existe également des hospitalisations inadéquates pour leur motif ou par leur répétition. À l'inverse les hospitalisations au long cours ne sont pas toujours infondées (MNASM 2011).

Le déficit de relations organisées entre l'hôpital et les partenaires médico-sociaux entraîne des hospitalisations qui auraient pu être évitées par une meilleure anticipation de signaux faibles à domicile ou en établissement médico-social et des prises de relais entre les deux champs. Enfin et surtout, il existe des situations d'inadéquation dans tous les lieux de vie : famille, établissement médico-social, logement ordinaire. Ce qui renvoie à la question de l'évaluation des situations des personnes en établissements médico-sociaux, en structures extra-hospitalières ou encore au domicile (avec qui, à quelle fréquence, etc.).

6. Le clivage hôpital/médecine de ville fragilise le parcours de soins des patients

Ce clivage se manifeste par une absence de liens organisés entre les praticiens lors de décisions thérapeutiques prises par les uns ou les autres ; ceci affecte aussi bien la continuité de la prise en charge de la maladie psychiatrique que le suivi somatique. Les conséquences pour l'accès aux soins somatiques des malades psychiatriques sont tout aussi préoccupantes. De nombreux considérants ont été évoqués : la formation très limitée des médecins généralistes à la psychiatrie, les interprétations inadéquates de symptômes mis sur le compte de la maladie psychique, les difficultés à assurer un cadre de relations sécurisé entre le patient et le médecin dans le cadre de la médecine de ville, voire la disponibilité des médecins de ville dans certains territoires, etc. Enfin ce clivage ne facilite pas la prise en compte des conséquences somatiques des traitements médicamenteux de la pathologie psychique.

Dans ces conditions, les garanties de suivi de l'état de santé psychique et somatique des patients au long cours ne sont pas apportées.

Ce problème de santé publique excède largement par son ampleur les seules capacités de réponse territoriales. La charte de partenariat conclue le 20 mars 2014 au plan national entre le Collège de la médecine générale et la conférence nationale des présidents de commissions médicales d'établissement de centres hospitaliers spécialisés constitue assurément un premier pas en ce sens.

7. Hospitalo-centrée, l'organisation des soins peine à prendre en compte le patient dans son milieu de vie ordinaire

Alors que près de 80 % des personnes souffrant de pathologies psychiatriques sont suivies en ambulatoire, le milieu de vie du patient reste souvent une réalité extérieure aux professionnels des établissements. Ainsi, la prise en compte souvent limitée du rôle joué par les familles et les accompagnants se traduit par une non-mobilisation de leur « savoir profane » et par une sous-évaluation de leurs besoins en soutien dans la durée de la part des professionnels. Si de nombreuses équipes de secteur déploient des efforts importants pour générer des dispositifs axés sur « l'aller vers », force est de constater qu'elles se trouvent fréquemment à court de relais ramifiés pour alerter

Chapitre 2

Huit points-clés pour aborder les parcours en psychiatrie-santé mentale

en cas de besoin. On relève ici un autre clivage assez peu évoqué entre les professionnels du soin au sens large du terme (sanitaires et médico-sociaux) d'une part, les travailleurs sociaux œuvrant dans les services dits de droit commun (conseils départementaux et CCAS) d'autre part, mais aussi les intervenants impliqués dans le cadre de vie et la cité (bailleurs sociaux et gardiens d'immeubles, services à domicile, etc.). Or ces services sont des ressources très pertinentes en termes d'intervention et de veille. Il faut relever dans ce paysage le dispositif original des Groupes d'entraide mutuelle (GEM) qui offrent des soutiens aux patients par d'autres patients. Prévus par la loi de 2005 il en existe plusieurs centaines. Avec les conseils locaux de santé mentale également en cours de développement, ou les commissions « santé mentale » créées au sein des conseils locaux de santé, ils répondent plus spécifiquement à l'objectif d'inclusion sociale évoqué dans les plans psychiatrie et santé mentale. Toutefois leur déploiement nécessite au départ un soutien attentif de la puissance publique afin de permettre à leurs promoteurs de surmonter les difficultés inhérentes à tout projet de gestion associative.

16

8. La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu

Proposés dès le départ de la démarche pour chaque porte d'entrée, les indicateurs, bien que peu nombreux, n'ont pas ou peu été mobilisés pour étayer les diagnostics territoriaux. La culture professionnelle est peu sensible, si ce n'est réticente, à la question de la mesure à partir du moment où l'activité porte sur une dimension humaine. Au demeurant, les données disponibles ne sont pas toujours stabilisées. Ainsi, la question des hospitalisations longues inadéquates n'a pas été abordée avec les mêmes outils de mesure par les 3 ARS. Des appréciations locales peuvent biaiser l'information recueillie; enfin comment interpréter des résultats bruts qui ne se rapportent pas, à une référence (par exemple, une file active)? L'exemple des « perdus de vue » peut être également évoqué : chaque année des personnes en soins quittent le suivi en CMP sans que l'on puisse établir s'il s'agit de la fin d'une période de soins convenue entre soignant et soigné, ou s'il s'agit d'un abandon par le soigné. Tout en regrettant cet état de fait, les équipes n'éprouvent pas pour autant le besoin de mesurer l'ampleur du phénomène.

De manière plus générale, les constats posés ne sont pas étayés par des valeurs de référence, suivies dans le temps; c'est en définitive le consensus entre partenaires qui a permis d'établir dans les 3 territoires la pertinence des constats posés par les acteurs de terrain.

~~~~~  
**L'ANAP a entrepris un travail sur les indicateurs afin de disposer d'un tableau de bord permettant d'accompagner le questionnement des acteurs du territoire en matière de parcours. Il est composé de deux volets principaux :**

- ▶ **une carte d'identité des territoires permettant de caractériser les territoires au regard de la problématique générale psychiatrie-santé mentale : données épidémiologiques, démographiques, socio-économiques, caractéristiques de l'offre;**
- ▶ **des indicateurs d'appel afférents aux cinq portes d'entrée, tenant compte des difficultés rencontrées lors de l'expérimentation.**

~~~~~  
 Enfin, il faut avoir présent à l'esprit que des phénomènes qui échappent à la mesure peuvent constituer des problématiques d'une ampleur bien supérieure à ceux que l'on est aujourd'hui en capacité de mesurer. Ainsi, on ne peut exclure que le phénomène de la non-demande évoqué plus haut concerne plus de personnes que les hospitalisations dites inadéquates.

Les instruments de mesure mobilisables, souvent axés sur l'activité des établissements sanitaires, sont très peu développés pour ce qui concerne les établissements et services médico-sociaux et sociaux, et le sont moins encore lorsqu'il s'agit des personnes dans leurs familles qui sont pourtant les principaux accompagnants des personnes présentant des troubles psychiques chroniques.



3

Des voies de progrès

Chapitre 3

Des voies de progrès

Divers dans leurs contenus, adaptés à la personnalité de leurs territoires, les 3 diagnostics élaborés au cours de l'expérimentation ont mis en évidence des préoccupations communes qui se sont traduites dans des projets territoriaux opérationnels : les feuilles de route. Celles-ci s'organisent autour de 4 thèmes principaux :

1. Développer les connaissances et l'inter-connaissance

Un des apports majeurs de la démarche est d'avoir permis à des acteurs qui se connaissaient sur un plan principalement institutionnel, d'entrer dans la réalité de leurs rôles et de leurs missions respectifs, souvent méconnus dans leurs contenus et leurs traductions concrètes. Ce faisant, ce besoin de connaissance et d'inter-connaissance s'est révélé d'une ampleur allant bien au-delà du cadre de la démarche. La mise en œuvre de projets de formations croisées mêlant, lors d'apports théoriques et de stages, des professionnels de champs différents est ici apparue indispensable.

Dans le même ordre d'idée, l'organisation par l'ensemble des acteurs de manifestations telles que la semaine d'information sur la santé mentale ou une journée d'information sur le handicap psychique procède du même objectif de jouer sur les représentations des acteurs et du public en enrichissant les repères et plus largement leur situation informationnelle.

2. Articuler les interventions entre les acteurs de la ville, l'hôpital et les établissements et services sociaux et médico-sociaux

Le travail de groupe mené dans le cadre des diagnostics a mis en évidence le cloisonnement des pratiques, d'où des propositions tendant à encourager les interactions entre acteurs pour permettre la poursuite du processus de soins et d'accompagnement. Il s'agit notamment de développer des évaluations pluriprofessionnelles des situations des personnes autour de la question du handicap psychique, d'organiser une veille partenariale autour des « perdus de vue », de systématiser à la sortie d'hospitalisation les courriers au médecin traitant, etc. En bref, il s'agit de considérer tout recours ou épisode de soins

comme un maillon d'une chaîne d'interventions nécessitant par là-même des échanges d'information avec le médecin traitant ou l'intervenant suivant. Des outils juridiques existent, tels que les groupements de coopération sanitaire et social; il reste que leur concrétisation est plutôt l'aboutissement d'un processus d'acculturation réciproque qu'une modalité mobilisable en première intention.

3. Mettre en réseau les acteurs du territoire

Il s'agit de développer les réseaux de relations pour faciliter par la suite les échanges, les contacts, des actions communes, bien au-delà du périmètre d'intervention de chaque acteur. On y trouve les projets de créations de conseils locaux de santé mentale qui permettent de jeter des ponts entre la sphère des acteurs du soin et la vie civile, notamment en créant des liens avec le monde du travail et du logement. Ces dispositifs, qu'ils soient spécifiques ou partie prenante d'un conseil local de santé, peuvent constituer le socle d'une dynamique territoriale à visée intégrative permettant une interpellation réciproque des acteurs du soin et des intervenants associés au cadre de vie. Centrés sur l'intégration des personnes dans la cité, ils sont un levier de déstigmatisation et de réhabilitation psycho-sociale.

4. Recalibrer l'offre structurelle

On désigne ainsi les outils du cadre classique de la planification : révision des agréments, des capacités, restructurations, autant d'actions pilotées ou engagées par les ARS et la puissance publique qui affectent les structures. Là encore, même si des évolutions étaient déjà identifiées avant la formalisation des diagnostics, la démarche a permis d'en partager la pertinence, de la compléter par certains aspects (ex : plateforme d'aide aux aidants) ou de susciter des sollicitations d'un type nouveau, tel l'appel à projets lancé par l'ARS Bretagne suscitant des réponses formulées conjointement par des acteurs sanitaires et médico-sociaux. Là où la problématique des reconversions semble organiser la réflexion sur l'adaptation de l'offre, c'est bien autant sinon plus, la nécessité d'intensifier la coordination des interventions dans une perspective d'intégration qu'il s'agit de promouvoir. De ce point de vue, la prégnance du modèle capacitaire « lits-places » apparaît en décalage avec un système d'interventions qui repose principalement sur la mobilisation de ressources et des processus humains.

Chapitre 3

Des voies de progrès

Ces 4 axes de travail se valorisent mutuellement par leur simultanéité :

- ▶ Les deux premiers axes relèvent de la dimension managériale du projet : ils alimentent la dynamique territoriale générée par la construction du diagnostic territorial partagé ;
- ▶ Les deux autres axes ont trait aux métiers et à l'organisation structurelle du système d'intervention. Il est important de noter que l'action sur les structures est une clé parmi d'autres qui ne produira pas les effets escomptés si les trois autres ne sont pas mobilisées.

Ces axes de travail ne constituent pas des « recettes » qu'il suffirait d'appliquer pour améliorer « à la carte » les parcours des personnes. Dans le cadre de la démarche territoriale mise en œuvre, leur force réside dans le processus de co-élaboration dont ils sont issus : parce qu'ils ont eux-mêmes cheminé ensemble dans un questionnement commun, les acteurs s'envisent comme des contributeurs à un processus dont ils sont tantôt pilotes, tantôt co-intervenants.

5. Le projet de l'ANAP : outiller les ARS et les établissements sur les parcours en psychiatrie et santé mentale

Cette première incursion de l'ANAP dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale associée aux deux retours d'expériences pré-cités permet d'envisager un déploiement de la méthode à certaines conditions détaillées ci-après :

- ▶ L'important investissement demandé aux ARS pour mener un diagnostic territorial exclut un déploiement d'emblée au niveau de la région. Chaque ARS a sa personnalité propre qui dépend du contexte du territoire couvert et de ses problématiques. Une telle démarche n'a de sens que si elle correspond à des enjeux réels perçus par les acteurs. C'est pourquoi, il est essentiel qu'une ARS intéressée par la démarche choisisse en priorité un territoire précis. Ce cadre permet de prendre la mesure de l'investissement demandé qui va bien au-delà du référent en psychiatrie et santé mentale de l'agence.
- ▶ L'équipe-projet ARS, pilotée par le référent doit associer d'autres personnes également identifiées et mandatées pour accompagner et animer le projet.

- ▶ Pour ce qui concerne le choix du territoire, une superposition approchante des périmètres de la sectorisation psychiatrique, des infra-territoires de santé, des unités d'action sociale des conseils départementaux et d'un bassin de vie constitue une configuration favorable à la conduite du projet.
- ▶ Ce domaine de la psychiatrie sollicite également très fortement le réseau partenarial de l'ARS : à commencer par les conseils départementaux qui exercent la tutelle sur les structures médico-sociales et sur les MDPH, acteurs-clé des parcours pour les malades psychiques au long cours. Au-delà de ce premier cercle institutionnel, il faut également évoquer les villes (au titre de leur compétence en matière de logement et de vie sociale) les fédérations professionnelles, les associations représentatives des aidants, des usagers, mais aussi des organismes relais tels que les CREHPSY et les CREAL qui peuvent apporter une expertise et des savoir-faire spécifiques très aidants pour la réussite de la démarche, et au-delà pour un éventuel déploiement à d'autres territoires. L'implication de ces partenaires au niveau du comité de pilotage conditionne la réussite du projet.

Remerciements

L'ANAP remercie l'ensemble des contributeurs du projet, ainsi que des relecteurs de ce document, l'ensemble des messages et enseignements de ce document étant issus des échanges fructueux auxquels ils ont pu prendre part.

En particulier, l'ANAP tient à remercier :

- ▶ Les équipes des 3 ARS qui se sont impliquées dans le projet et qui ont piloté la démarche dans la durée :
 - **Dr Francine Van Hee et Dr Isabelle Loens** (NPdC);
 - **Dr Sylvie Dugas, Anne-Yvonne Even, Luc Boisseau** (Bretagne);
 - **Roselyne Robiolle, Dr Thierry Monat et Sarah Buch** (Auvergne).
- ▶ Les quelque 250 personnes qui se sont associées sur les 3 territoires aux groupes de travail et en premier lieu les représentants des usagers et des aidants;
- ▶ Les membres du comité de pilotage national qui ont accompagné le projet sur sa durée :
 - **Mme Martine Barres;**
 - **M. Jean-Claude Barreyre**, CEDIAS;
 - **M. Jean-François Bauduret**, CSO ANAP;
 - **Mme Magali Coldefy**, IRDES;
 - **Mme Anne Depaigne-Loth**, HAS;
 - **M. Anis Ellini**, ATIH;
 - **Mme Elise Gatesoupe**, ANESM;
 - **Dr Yvan Halimi**, CSO ANAP;
 - **M. Pascal Mariotti**, CHAI;
 - **Dr Christian Müller**, ANPCME;
 - **Mme Amélie Prigent**, URCECO.
- ▶ Les membres du comité des personnalités qualifiées ainsi que les relecteurs pour leur attention soutenue aux productions de l'ANAP en psychiatrie et santé mentale :
 - **Mme Marianne Auffret**, ESPT;
 - **Mme Marie-Claude Barroche**, AGAPSY;
 - **Mme Annie Cadenel**, ANCREAI;
 - **M. Jean Canneva**, UNAFAM;
 - **Dr Catherine Isserlis**, ARS Île-de-France;
 - **Mme Claude Finkelstein**, FNAPSY;
 - **M. David Causse**, FEHAP;
 - **Mme Florence Martel**, FHF.
- ▶ Les internes de santé publique qui ont contribué à ce projet lors de leur stage à l'ANAP :
 - **Camille Léandre, Damien Sainte Croix, Grégory Groisy et Alexandre Fauconnier.**

20

Abréviations

| | | | |
|---------|---|--------|--|
| ANESM | Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux | GEVA | Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée |
| ARS | Agence régionale de santé | HAS | Haute autorité de santé |
| BSI | Bassin de santé intermédiaire | MAS | Maison d'accueil spécialisée |
| CCAS | Centre communal d'action sociale | MDPH | Maison départementale des personnes handicapées |
| CMP | Centre médico-psychologique | MNASM | Mission nationale d'appui en santé mentale |
| CREAI | Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité | OMS | Organisation mondiale de la santé |
| CREHPSY | Centre de ressources sur le handicap psychique | PCH | Prestation de compensation du handicap |
| DDCS | Direction départementale de la cohésion sociale | PRS | Projet régional de santé |
| DRJSCS | Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale | SAMSAH | Service d'accompagnement médico-social pour adulte handicapé |
| DSM 5 | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - 5th Edition | SAVS | Service d'accompagnement à la vie sociale |
| FAM | Foyer d'accueil médicalisé | ZP | Zone de proximité |
| GEM | Groupe d'entraide mutuelle | | |

Références

- ▶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des patients et la qualité du système de santé
- ▶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
- ▶ Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, 98p.
- ▶ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale, février 2012, 41p.

Bibliographie

► **ANAP. 2013.**

« L'Essentiel : Parcours de personnes âgées : l'animation territoriale. » ANAP.

► **ANAP. 2014.**

« L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques : Retours d'expériences de reconversions ou de créations. » Paris : ANAP.

► **ANAP. 2015.**

« Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retours d'expériences. » Paris : ANAP.

► **ATIH. 2015.**

« Accès par champ : Psy | Stats ATIH. » Consulté le 24 juillet. <http://www.scansante.fr/accueil-champ-psy>.

► **Martine Bungener. 1995.**

« Trajectoires brisées : familles captives de la maladie mentale à domicile. » Paris : Inserm.

► **CEDIAS. 2011.**

« Quels services d'accompagnement pour les personnes en situation de handicap d'origine psychique ? - Synthèse et recommandations. » Paris. http://www.cnsa.fr/documentation/cedias_hand_psy_dec2011.pdf.

► **CEDIAS. 2012.**

« Guide méthodologique pour la création des services d'accompagnement spécialisés en faveur des personnes en situation de handicap d'origine psychique (SAVS et SAMSAH « handicap psychique »). » Paris. http://www.creai-idf.org/sites/cedias.org/files/guide_methodo_creahi_2012.pdf.

► **CNAMTS. 2013.**

« Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2014. » http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf.

► **Cour des comptes. 2011.**

« L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie et santé mentale (2005-2010). » Ouvrage. Cour des comptes. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ouvrages/9782110088925-l-organisation-des-soins-psychiatriques-les-effets-du-plan-psychiatrie-et-sante>.

► **Inserm. 2015.**

« Dépression. » Consulté le 24 juillet. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression>.

► **Anne Laporte et Pierre Chauvin. 2010.**

« Enquête santé mentale et addictions chez les sans-domicile franciliens. » Observatoire du SAMU social. http://www.samu-social.paris/sites/default/files/samenta_web.pdf.

► **MNASM. 2011.**

« Guide pour une démarche plurielle de conduite du changement - comment mobiliser le projet de vie et de soins des personnes longuement hospitalisées en psychiatrie. » MNASM.

► **Carole Peintre. 2012.**

« Le service d'accompagnement (SAVS ou SAMSAH) dédié aux personnes en situation de handicap d'origine psychique - « L'AUTRE », différent et complémentaire, qui participe au processus de rétablissement. » Les cahiers de l'actif, n° 430/4333 : 67-81.

► **Denis Piveteau, Saïd Acef, François-Xavier Debrabant, Didier Jaffre et Antoine Perrin. 2014.**

« « Zéro sans solution » : le devoir collectif de permettre un parcours de vie sans rupture, pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches. » Rapport public. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000376-zero-sans-solution-le-devoir-collectif-de-permettre-un-parcours-de-vie-sans>.

► **Denys Robilliard. 2013.**

« Rapport d'information déposé (...) par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. » Rapport public. Assemblée nationale. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000020-rapport-d-information-depose-par-la-commission-des-affaires-sociales-en>.

► **D. Saravane, B. Feve, Y. Frances, E. Corruble, C. Lancon, P. Chanson, P. Maison, J.-L. Terra, et J.-M. Azorin. 2009.**

« Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. » L'Encéphale 35 (4) : 330-39. doi:10.1016/j.encep.2008.10.014.

► **Inserm. 2015.**

« Schizophrénie. » Consulté le 24 juillet. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>.



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos : ANAP

Imprimé par Corlet imprimeur sur du papier PEFC

Août 2015

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de société. Elle est reconnue comme indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie des personnes et elle favorise l'apprentissage, le travail et la participation à la société.

Cette publication présente les enseignements d'un travail mené avec 3 ARS pilotes, portant sur l'organisation des parcours en psychiatrie et santé mentale. Elle identifie 8 points-clés pour penser les parcours.

