

# Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015

## Introduction

Le plan de Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 de la France s'inscrit dans le cadre du pacte européen qui reconnaît notamment que la santé mentale est un droit de l'Homme.

Il vise à améliorer les réponses qu'apporte le système de santé aux troubles mentaux, dont l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) nous rappelle qu'ils contribuent largement à la morbidité et à la mortalité prématurée. La santé mentale doit être un domaine prioritaire des politiques de santé.

Ce sont les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ce sont les organes de gouvernance qui, chacun à son niveau, rencontrent les situations et agissent en connaissance de cause, en s'appuyant sur les données de la science. Le comité d'orientation, en élaborant un plan de santé publique sur le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, s'est donné comme responsabilité de fixer des orientations stratégiques nationales, à partir des valeurs, des principes, des définitions posés et concertés, lesquels guideront la réflexion des acteurs. Il a ensuite travaillé à repérer et institutionnaliser des espaces, des temps, des lieux d'élaboration, de compromis, qui viendront comme autant d'appuis à l'action des acteurs. Ce travail collectif consiste enfin à poser les quelques indicateurs sur lesquels nous décidons que nous évaluerons l'impact du plan à l'issue de sa période de référence.

Ainsi, élaborer et faire vivre un plan Psychiatrie et santé mentale peut être l'occasion de redonner du sens à la psychiatrie et d'assurer la protection des personnes et de la société toute entière.

**PARTIE 1 : EXPOSE DES MOTIFS / PREAMBULE ..... 4**

UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : POURQUOI ? .....	4
a) <i>Parce que c'est un enjeu de société et de santé publique majeur</i> .....	4
b) <i>Parce qu'il existe encore trop souvent des inégalités d'accès aux soins</i> .....	4
c) <i>Parce que les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et s'engager durablement dans des soins</i> .....	4
d) <i>Parce que les personnes souffrent encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination, aggravant leur vulnérabilité</i> .....	5
UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : POUR QUI ? .....	5
a) <i>Pour les personnes qui « vivent avec » la maladie</i> .....	5
b) <i>Pour leur entourage</i> .....	5
c) <i>Pour les professionnels</i> .....	5
d) <i>Pour l'ensemble de la population</i> .....	5
UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : AVEC QUELS MOTS? .....	6
a) <i>La santé mentale</i> .....	6
b) <i>La psychiatrie</i> .....	6
c) <i>La prévention, la promotion de la santé</i> .....	6
d) <i>La réhabilitation psycho-sociale</i> .....	7
e) <i>Les soins, le rétablissement</i> .....	7
f) <i>L'accompagnement</i> .....	7
g) <i>Le handicap psychique</i> .....	8
h) <i>Les aidants, l'entourage</i> .....	8
UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : SUR QUELS TERRITOIRES ? .....	8
a) <i>L'importance du territoire en psychiatrie et en santé mentale</i> .....	8
b) <i>La loi HPST : affirmation d'une responsabilité territoriale dans tous les champs de la santé, et création d'une gouvernance adaptée: les ARS</i> .....	9
c) <i>Les territoires d'action en psychiatrie et en santé mentale</i> .....	9
UN PLAN D'ORIENTATIONS STRATEGIQUES SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : QUELS PRINCIPES D'ACTION ? .....	11
a) <i>Des actions qui privilégient l'accès au droit commun et la participation des personnes, et qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement</i> .....	11
b) <i>Des actions qui sont toujours orientées dans la recherche et l'entretien de l'alliance thérapeutique, et qui respectent le libre-choix du patient</i> .....	11
c) <i>Des actions qui prennent en compte les représentations sociales des troubles psychiques, et qui luttent en permanence contre la stigmatisation</i> .....	12
d) <i>Des actions conformes aux données de la science, qui s'appuient sur la complémentarité des approches thérapeutiques, des acteurs et des compétences</i> .....	12
e) <i>Des actions conduites avec méthode et qui sont soumises à évaluation</i> .....	12

**PARTIE 2 : LES OBJECTIFS COLLECTIFS « PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES POUR MIEUX VIVRE AVEC DES TROUBLES PSYCHIQUES »..... 13**

AXE 1 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES AU COURS DE LA VIE DE LA PERSONNE .....	13
a) <i>Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale</i> .....	13
b) <i>Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques, et renforcer la continuité des soins crise/post crise</i> .....	13
c) <i>Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne et mobiliser les efforts sur les hospitalisations longues</i> .....	15
d) <i>Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée</i> .....	15
e) <i>Améliorer la prise en charge des addictions</i> .....	15
f) <i>Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et professionnelle</i> .....	16
g) <i>Améliorer l'accès des personnes au(x) droit(s)</i> .....	16
h) <i>Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention</i> .....	17
AXE 2 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES SELON LES PUBLICS ET LES TERRITOIRES .....	18
a) <i>Faire évoluer le secteur et assurer partout un service psychiatrique de proximité</i> .....	18
b) <i>Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population</i> .....	18

c) Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations .....	19
d) Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville 19	
e) Encourager les démarches qualité.....	19
f) Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie.....	19
g) Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale.....	20
h) Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider .....	20
AXE 3 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES ENTRE LA PSYCHIATRIE ET SON ENVIRONNEMENT SOCIÉTAL.....	21
a) Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie.....	21
b) Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique .....	22
c) Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques.....	22
d) Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes .....	22
e) Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance .....	22
AXE 4 : PREVENIR ET REDUIRE LES RUPTURES ENTRE LES SAVOIRS .....	24
a) Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques	24
b) Améliorer la formation de certains professionnels clé.....	24
c) Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie .....	25
d) Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées :	25
e) Entretien des réseaux de professionnels et consolider les dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux.....	26
f) Développer le partenariat avec les aidants, avec des intervenants primaires et des développer l'éducation thérapeutique.....	26
<b>PARTIE 3 : LE MODE OPERATOIRE DU PLAN : TRADUIRE DES OBJECTIFS COLLECTIFS EN DES CHANGEMENTS CONCRETS .....</b>	<b>27</b>
LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN : UNE RESPONSABILITE COLLECTIVE .....	27
CONSOLIDER LA GOUVERNANCE EN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE .....	27
LE ROLE CENTRAL DES ARS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN : MISSIONS ET CALENDRIER.....	28
a) Traduire le Plan psychiatrie et santé mentale dans le PRS .....	28
b) Etre force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national, sur les changements à opérer .....	28
LA FEUILLE DE ROUTE DES OPERATEURS NATIONAUX (LE ROLE DES ADMINISTRATIONS CENTRALES DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN) : .....	29
LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN : UNE GOUVERNANCE .....	29
a) Le pilotage national confié à la DGS.....	29
b) Une conférence annuelle du Plan .....	30

## **Partie 1 : Exposé des motifs / préambule**

---

### **Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : Pourquoi ?**

#### **a) Parce que c'est un enjeu de société et de santé publique majeur**

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs.

De plus, les troubles psychiatriques sont généralement associés à une forte mortalité. Ils sont responsables de la majeure partie de la mortalité par suicide (10 500 morts en France par an en 2006), de handicaps et d'incapacités lourds ainsi que d'une qualité de vie détériorés pour les personnes atteintes et leurs proches.

Les troubles mentaux génèrent de l'exclusion. Un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (Enquête Samenta, Observatoire du Samu Social, 2011).

Les troubles mentaux entraînent des pertes économiques importantes, en raison par exemple d'une moindre productivité des entreprises, d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés (Conseil sur le pacte européen pour la santé mentale, 2011). Les coûts collatéraux liés à la perte de production et la perte de qualité de vie atteindraient près de 80 milliards d'euros (Enquête URCECO Ile de France, CREDES pour la fondation FondaMental). Ces pathologies sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée

Enfin, les troubles mentaux nous posent collectivement la question de la protection des individus et de la société dans son ensemble lorsque l'expression de la pathologie ne permet plus le discernement.

#### **b) Parce qu'il existe encore trop souvent des inégalités d'accès aux soins**

Parce que le soin et le diagnostic précoce sont des droits des personnes, ils participent à la dignité ; la priorité doit être donnée à un égal accès à des soins de qualité, quel que soit le lieu de vie de la personne, quelle que soit sa situation sociale.

Le poids de la maladie mentale, la difficulté des situations marquées par l'absence de demande de soins, le nombre croissant de demandes, la complexité particulière des situations (dimensions sanitaire, médico-sociale et sociale), le poids de la chronicité des troubles, la souffrance qu'ils entraînent pour l'entourage, les troubles du comportement qu'ils génèrent parfois, nécessitent qu'un examen particulier soit conduit pour redéfinir les priorités qui guident l'action des professionnels de la psychiatrie, de la santé mentale, ou encore des aidants familiaux.

Ces problématiques complexes imposent une mobilisation conjointe entre les secteurs de la santé et ceux du social, du logement, de l'emploi, de l'enseignement, etc.

#### **c) Parce que les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et s'engager durablement dans des soins**

Les maladies mentales ont la particularité d'altérer parfois les capacités de la personne à repérer ses propres troubles et à demander de l'aide. L'enjeu consiste donc à organiser une réponse en présence

d'une « non-demande », ce qui impose une collaboration très étroite entre les professionnels qui entrent en contact avec la personne souffrante.

Certaines maladies mentales altèrent aussi par moment la capacité de la personne à consentir, de façon libre et éclairée, aux soins qui lui sont proposés. C'est la raison pour laquelle l'organisation des soins et de l'accompagnement doit intégrer cette spécificité, à savoir que ceux-ci doivent être parfois dispensés dans un cadre non consenti, et donc nécessairement très contrôlé au plan des libertés publiques. L'organisation sanitaire doit permettre la plus grande cohérence et la meilleure fluidité possible entre des dispositifs de soins consentis, et des dispositifs contraints, de façon que ces derniers ne soient utilisés que lorsqu'ils sont strictement nécessaires.

**d) Parce que les personnes souffrent encore trop souvent de stigmatisation et de discrimination, aggravant leur vulnérabilité**

La stigmatisation et l'exclusion sociale, qui constituent à la fois les facteurs de risque et parfois les conséquences des troubles mentaux, peuvent fortement entraver la demande d'aide et la guérison. Les personnes qui vivent avec des troubles mentaux peuvent présenter une certaine vulnérabilité qui demande une prise en compte particulière, lorsque la pathologie conduit au déni des troubles, au refus de se faire soigner et à des difficultés à faire valoir ses droits, en particulier dans des environnements perçus comme stigmatisants.

Il y a une responsabilité collective à prendre des mesures pour lutter efficacement contre l'incompréhension et le jugement trop souvent porté sur les personnes et leur entourage.

**Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : pour qui ?**

**a) Pour les personnes qui « vivent avec » la maladie.**

Les troubles mentaux, du fait parfois d'une forme de chronicité, mais également du fait de leur impact sur les liens sociaux y compris dans les épisodes de plus court terme, s'inscrivent dans le temps de la vie, celui de la vie affective, de la famille, de l'emploi, du vieillissement... De ce fait, ce plan doit prendre en compte tous ces aspects tant dans la dynamique adaptative que dans la diversité des soins et des accompagnements nécessaires afin de permettre aux personnes concernées de mieux vivre avec la maladie.

**b) Pour leur entourage**

La question de la santé mentale d'une personne est également celle de son entourage. Celui-ci est en effet directement impacté par la pathologie du proche. Ce plan est l'occasion de rappeler que l'entourage est une ressource essentielle dans l'évaluation de la situation de la personne et un relais potentiel dans l'accompagnement et le rétablissement.

**c) Pour les professionnels**

Pour bien soigner et bien accompagner les personnes, les professionnels, quel que soit le champ de leur intervention, doivent travailler dans de bonnes conditions, et en particulier être dans une clarté de leurs rôles et de leurs missions, dans le cadre d'un partenariat respectueux des compétences de chacun.

**d) Pour l'ensemble de la population**

Toute action visant à préserver ou à restaurer une bonne santé bénéficie à l'ensemble des individus, tant les conséquences des troubles mentaux sur la collectivité sont importants.

La diversité est une richesse, les personnes malades font partie de notre communauté. Aider la population à interroger ses représentations, à dépasser ses peurs, c'est créer des conditions sociétales favorables au cheminement vers une demande de soin au moment où elle peut être utile. C'est aussi donner la chance à chacun de rencontrer l'Autre.

## **Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : avec quels mots?**

Dans ce domaine plus que dans d'autres, les termes employés doivent être précisément définis, car ils peuvent avoir des acceptions différentes selon les acteurs. Le comité d'orientations a donc retenu les termes et les définitions suivants.

### **a) La santé mentale**

La santé mentale comporte trois dimensions :

- la santé mentale positive, discipline qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants de santé mentale conduisant à améliorer l'épanouissement personnel,
- la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles,
- les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

Ce plan s'adresse aux personnes vivant avec des troubles psychiatriques, en particulier des troubles sévères générant parfois du handicap, mais cette priorité politique ne portera ses fruits qu'intégrée dans une prise en compte plus globale de la santé mentale.

En effet, l'intégration de cette priorité des troubles psychiatriques sévères au sein d'une prise en compte plus globale de la santé mentale en fait un enjeu de société qui concerne l'ensemble des citoyens et pas uniquement les professionnels de la psychiatrie.

### **b) La psychiatrie**

La psychiatrie est une discipline médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique. Elle s'inscrit dans une dimension globale du soin, incluant la prévention, le repérage des troubles et l'insertion, en partenariat étroit de l'ensemble des personnels intervenant dans le soin (personnels soignants, socio-éducatifs, psychologues...) avec les professionnels sociaux, médico-sociaux et les collectivités locales.

Dans cet esprit, la psychiatrie développe des axes de recherche dans plusieurs domaines qui impliquent de nombreuses collaborations soit avec d'autres spécialités médicales (neurologie, imagerie..) ou d'autres disciplines par exemple les sciences humaines et sociales, soit avec les acteurs sociaux et médico-sociaux.

### **c) La prévention, la promotion de la santé**

La prévention en santé publique c'est d'abord agir en amont des troubles afin d'en réduire l'incidence. Prévenir c'est ensuite permettre le repérage des troubles et faciliter l'accès aux soins pour des prises en charge précoces et adaptées afin de préserver au mieux le devenir des personnes.

C'est aussi, lorsqu'une pathologie chronique est installée, prévenir l'aggravation des troubles et leurs conséquences sur l'état de santé de la personne et son entourage.

La prévention dans le champ de la santé mentale, c'est également prévenir le handicap psychique en luttant contre les conséquences sociales handicapantes de la maladie grâce à des actions spécifiques portant sur la personne et sur le milieu.

La promotion de la santé mentale constitue une approche globale à l'intérieur de laquelle s'inscrivent des activités de prévention des troubles mentaux. Elle vise l'ensemble de la population, son action peut cibler autant les personnes atteintes de troubles mentaux que celles en bonne santé.

La promotion de la santé mentale consiste notamment à développer les conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettre aux individus d'acquérir des attitudes favorables à leur santé. Elle comprend également l'amélioration du niveau de connaissance générale de la population sur les troubles mentaux, afin de limiter deux risques : la surmédicalisation d'une part, la non prise de conscience, le « passer à côté » d'autre part. Il s'agit donc d'une responsabilité collective, qui participe également à la lutte contre la stigmatisation.

#### **d) La réhabilitation psycho-sociale**

Il s'agit d'un ensemble d'actions mises en œuvre auprès des personnes souffrant de troubles psychiques dans le cadre d'un processus visant leur autonomie et leur indépendance dans la communauté.

On distingue deux types d'actions de réhabilitation :

- celles qui ont pour objectif d'aider la personne à acquérir des ressources personnelles supplémentaires grâce à des moyens de soin et d'accompagnements spécifiques.
- celles s'intéressant au milieu social, aux ressources communautaires cherchant à œuvrer pour qu'ils soient plus porteurs, plus accueillants, plus tolérants.

Ce plan doit promouvoir la réhabilitation psycho-sociale au sens large du terme dans la mesure où elle permet l'insertion, la citoyenneté, la qualité de vie, la dignité, l'accès au travail et plus généralement la lutte contre la fatalité, l'abandon et la relégation dont sont trop souvent victimes les personnes vivant avec des troubles psychiques.

#### **e) Les soins, le rétablissement**

Les soins sont un ensemble d'actions s'inscrivant dans le projet de vie de la personne, ajusté régulièrement aux besoins et aux capacités de celle-ci. Ils visent à guérir la personne, à apaiser sa souffrance, lui apprendre à gérer et soigner sa maladie, réduire les manifestations de celle-ci, et permettre à la personne de mieux vivre avec.

Le soin vise donc le rétablissement c'est-à-dire le retour à un état de fonctionnement stable ou un nouvel équilibre. Cet équilibre passe le cas échéant par un ensemble de services (logement, accompagnement, travail) compensant la situation de handicap au sein desquels interviennent des personnels éducatifs, des acteurs associatifs en psychiatrie et santé mentale.

#### **f) L'accompagnement**

L'accompagnement, qu'il soit social ou médico-social, s'inscrit dans une stratégie d'intervention prenant en compte 3 niveaux qui sont :

- la personne avec ses capacités et ses limites,
- son environnement social,
- ses moyens, ses ressources et l'exercice de la citoyenneté.

L'accompagnement est une activité d'aide aux personnes en difficulté ou en situation de handicap, qui concourt à la réalisation du projet de vie.

Pour le champ médico-social, l'accompagnement est une fonction majeure qui peut s'accomplir à travers de multiples prestations (à domicile, en établissement...) et qui doit être réalisée en complémentarité avec d'autres grandes fonctions telles que l'évaluation multidimensionnelle des besoins, l'accueil, l'hébergement ou le soin

#### **g) Le handicap psychique**

Constitue un handicap, au sens de la loi du 11 février 2005, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant.

La loi de 2005 prend donc pour la première fois en compte le handicap lié aux troubles psychiques, c'est-à-dire reconnaît l'altération de certaines capacités individuelles induite par des troubles psychiques importants et persistants. Il y a dès lors droit à compensation, c'est-à-dire que la société doit apporter à chaque personne des réponses ciblées à l'altération des capacités qui lui sont propres, pour qu'ainsi elle recouvre son autonomie et son inclusion sociale.

#### **h) Les aidants, l'entourage**

L'aidant peut être un membre de la famille (aidant familial en application de l'article R. 245-7 du Code de l'action sociale et des familles), un ami, un groupe, ou encore une personne de confiance que la personne souffrante désigne (article L. 1111-6 du code de la santé publique). L'aidant est lié et impliqué, souvent par l'affect, dans le vécu de la maladie de la personne. Son rôle va souvent bien au-delà d'un soutien moral, il est présent pour aider la personne à soigner et gérer sa maladie notamment pour anticiper ou traverser les moments de crise.

Les aidants sont aussi les personnes qui ont vécu et surmonté un problème de santé mentale, et qui peuvent apporter par une entraide mutuelle un soutien spécifique à certains patients dans leur rétablissement. Les aidants sont des partenaires clé de la mise en œuvre des dispositifs de soin et d'accompagnement de par leurs expériences de vie, leur mobilisation, leur soutien quotidien.

### **Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : Sur quels territoires ?**

#### **a) L'importance du territoire en psychiatrie et en santé mentale**

La question des territoires se pose nécessairement en psychiatrie et santé mentale du fait :

- du caractère souvent chronique de ces maladies et des handicaps qu'elles entraînent, qui imposent des prises en charge au long cours, pluridisciplinaires (sanitaires, médico-sociales et sociales), particulièrement bien coordonnées dans le temps et dans l'espace, y compris entre l'hospitalisation complète et les prises en charges alternatives assurées par des structures hospitalières ou libérales.

- de la non-demande et des ruptures de lien, caractéristiques de certaines maladies mentales, qui imposent une responsabilisation de tous les acteurs de terrain, ainsi qu'une lisibilité des rôles de chacun et des dispositifs. Au quotidien, il est essentiel en effet que soient apportées des réponses claires et sans tergiversation en terme de responsabilité, notamment lorsque les troubles concernent l'ordre public ou la sécurité des personnes.

C'est la conscience aigüe de la nécessité d'une réflexion et d'une action territoriale qui a d'ailleurs conduit les acteurs de la psychiatrie à penser, mettre en œuvre et conforter la sectorisation psychiatrique. La dimension territoriale ne peut se concevoir que comme un outil au service de ces objectifs de continuité et de personnalisation des liens essentiels dans la discipline psychiatrique, lesquels ne peuvent être tissés par l'équipe de soins qu'à la condition que le territoire soit un territoire de proximité cohérent (caractéristiques démographiques, distances, type et répartition de l'offre,...). De plus, l'obligation de devoir accueillir le patient qui relève de son champ d'intervention, sans pouvoir prétendre que l'indication est inadaptée à la structure d'accueil, constitue l'une de ses fonctions éthiques structurantes.

#### **b) La loi HPST : affirmation d'une responsabilité territoriale dans tous les champs de la santé, et création d'une gouvernance adaptée: les ARS**

Grâce à la loi HPST du 21 juillet 2009, la logique territoriale est confirmée dans l'ensemble du champ sanitaire, pour mieux adapter les réponses aux spécificités et aux besoins locaux, améliorer la répartition territoriale de l'offre et lutter contre les inégalités de santé. Cet ancrage territorial est renforcé par l'articulation, posé par la loi, avec le champ médico-social, particulièrement présent en psychiatrie. C'est dans cet objectif que la loi crée une gouvernance régionale, (les ARS), le projet régional de santé (les PRS) et renforce les outils de pilotage (SROS, SROSM, schéma régional de prévention, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et programmes). Les missions de service public sont également conçues dans une logique de couverture territoriale des besoins.

C'est l'ARS, en lien étroit avec les professionnels et les usagers, qui définit les territoires d'actions compétents selon les objectifs, les thématiques, les projets, en prenant en compte les ressources et les réalisations de chaque territoire, et les projets de ses acteurs.

Le rôle des ARS en matière de psychiatrie et d'ancrage territorial a également été conforté par la loi du 5 juillet 2011. Sur chaque territoire de santé, les établissements chargés d'assurer la mission de service public de soins sans consentement sont ainsi désignés par l'ARS. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de ces établissements détaille les moyens mis en œuvre pour l'accomplissement de ladite mission sur le territoire. L'ARS définit, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux situations d'urgence psychiatrique en tout endroit du territoire, organise une réponse et un transport adapté. Enfin, pour assurer sur l'ensemble du territoire le suivi et la réinsertion des personnes bénéficiant d'un programme de soins, la loi du 5 juillet confirme que l'ARS organise les modalités de collaboration entre établissements de santé, préfets et collectivités territoriales.

#### **c) Les territoires d'action en psychiatrie et en santé mentale**

La psychiatrie et la santé mentale doivent pouvoir bénéficier de la nouvelle gouvernance régionale du système de santé, grâce au décloisonnement du sanitaire et du médico-social dont elle a besoin, en mettant à profit son expérience en matière de sectorisation psychiatrique, et en cherchant aussi à en dépasser certaines limites (inégalités territoriales, méconnaissance des autres acteurs du territoire).

A la lumière des critiques de son fonctionnement (que ne peut toujours expliquer un manque de moyens) le secteur doit évoluer d'une approche totale vers une approche globale car le secteur ne peut et ne doit tout faire lui-même. Le secteur, c'est un outil au service d'un territoire, ce n'est ni une forteresse pour le professionnel ni une prison pour le patient. Le secteur, c'est avant tout le devoir des équipes soignantes d'aller au devant de toutes les personnes qui ont besoin de soin.

C'est pourquoi il convient d'interroger l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux sur les territorialisations utiles dans une logique de mutualisation articulant modalités sectorielles, intersectorielles et non-sectorisées de soin et d'accompagnement.

Toutefois, pour ne pas exposer les patients aux risques iatrogènes d'une incohérence des interventions auprès d'eux, l'organisation de l'offre de soins doit avoir le souci constant :

- d'éviter l'écueil d'une sur-spécialisation à outrance ou une segmentation de l'offre de soins déconnectées des réponses de proximité ; l'utilité de tels dispositifs doit se concevoir en termes de complément ou renforcement veillant à la cohérence et la continuité des parcours de soins. A cet égard, si l'utilité de certaines offres spécialisées n'est plus contestée (adolescents, personnes âgées, réponse à l'urgence, périnatalité, addictions, centres du langage...), dans d'autres cas, il apparaît important de discuter de leur opportunité.

- de réduire les cloisonnements et renforcer les partenariats et complémentarités entre le champ sanitaire (notamment psychiatrie libérale et médecine de ville, établissements de santé autorisés en psychiatrie...) médico-social (MDPH, établissements et services...) et social, ne peuvent qu'être source de bénéfices pour les patients et d'optimisation des ressources au sein du dispositif de soins. C'est aussi le cas pour les acteurs éducatifs et judiciaires. Mais pour être véritablement opérationnelle, cette dynamique de travail en réseau suppose une cohérence des actions entreprises et une stratégie forte de coordination des acteurs concernés.

Ainsi, les territoires d'action compétents en psychiatrie peuvent être schématisés ainsi :

**1 – L'unité de base : le territoire de proximité, à l'origine de la création de la politique de secteur,** qui définit une responsabilité institutionnelle et clinique claire associant soins, prévention et accompagnement. Elle permet et prévoit l'intervention coordonnée de l'ensemble des acteurs. Cette complémentarité doit permettre de garantir la complémentarité pour éviter une régression asilaire du secteur public..

**2 – Le territoire de santé :** territoire de coordination entre professionnels libéraux, établissements de santé et établissements et services médico-sociaux et sociaux. Ces territoires de santé sont définis par les ARS, en cohérence avec l'organisation départementale, pertinente en matière notamment de politiques de solidarité et de cohésion sociale. C'est également le cas pour la pédopsychiatrie dans son articulation avec l'éducation nationale, la PMI, les maisons départementales de l'adolescent, etc...

La contiguïté de la discipline psychiatrique avec les questions d'ordre public et la nécessité de soins sur demande du représentant de l'Etat inscrivent également le fonctionnement de celle-ci au niveau du département (préfet). .

#### **4 – La région**

Niveau de planification, niveau de définition des politiques, c'est un territoire pertinent d'évaluation des besoins de santé et, le cas échéant, de rééquilibrage de l'offre.

C'est également l'échelon pertinent pour la mise en œuvre de certaines ressources spécialisées de soins et d'accompagnement, des Services médico-psychologiques régionaux (SMPR), des structures de recherche en santé mentale en partenariat avec les services universitaires des CHRU, mais aussi des structures de formation.

#### **5 – L'inter-région**

Ce niveau concerne notamment des dispositifs tels que les Unités pour malades difficiles (UMD), les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

En fonction de ces éléments, chaque établissement définit la structuration interne qui lui est la plus adaptée, en fonction de ses choix et de ses projets, en conformité avec la loi HPST.

## **Un plan d'orientations stratégiques sur la psychiatrie et la santé mentale : quels principes d'action ?**

### **a) Des actions qui privilégient l'accès au droit commun et la participation des personnes, et qui pensent conjointement la prévention, le soin et l'accompagnement**

La primauté du droit commun concerne tout autant les soins somatiques que psychiatriques, l'accès aux droits, au logement, à l'emploi. L'articulation des dispositifs est essentielle (accès au droit commun, adaptation du droit commun quand c'est nécessaire et dispositifs spécifiques dès lors que le droit commun ne peut s'appliquer). Un défi particulier aux situations liées à des troubles mentaux chroniques réside dans l'impératif de conjuguer dans la durée les soins et les accompagnements.

La participation des personnes est au cœur de la promotion de la santé mentale et du Plan d'action européen en santé mentale. Il s'agit de permettre à tous, dont les personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches, d'exprimer et de développer leurs capacités et potentiels, au même titre que tout autre citoyen. Cette participation s'entend aussi dans l'élaboration et la planification des politiques et des services.

Par ailleurs, que l'accès aux soins soit effectué de façon précoce, anticipée ou en situation de crise, le projet élaboré avec et pour la personne doit être global, intégrant les dimensions de soins (psychiatrique et somatique) et d'accompagnement, et régulièrement réévalué.

Ce principe de participation de la personne s'applique également à la gouvernance des dispositifs, qui doit donner toute leur place aux bénéficiaires.

### **b) Des actions qui sont toujours orientées dans la recherche et l'entretien de l'alliance thérapeutique, et qui respectent le libre-choix du patient**

Le soin ne peut s'inscrire dans la vie de la personne que s'il y a une recherche permanente d'une alliance thérapeutique, à travers une relation de confiance indispensable à l'observance du traitement et plus globalement au projet thérapeutique.

Parfois, la capacité à consentir à des soins est à ce point troublée que les équipes soignantes doivent intervenir en dérogeant au principe général de consentement libre et éclairé du patient. Ces soins psychiatriques, qu'elles dispensent alors à une personne qui n'est provisoirement plus à même de décider d'accepter ou non ces soins, doivent se dérouler dans un cadre très strictement défini, contrôlé depuis la loi du 5 juillet 2011 par le juge judiciaire.

Les ruptures de la capacité à demander de l'aide et à consentir font partie intégrante de nombreux troubles. Travailler sur cette capacité à consentir, rechercher l'alliance thérapeutique même dans les moments difficiles, amener progressivement la personne à prendre la mesure de ses troubles et mieux réagir lorsqu'elle en a besoin sont la meilleure garantie d'amélioration durable de l'état de santé de la personne et sont donc au cœur de la prise en charge psychiatrique.

Quelle que soit l'organisation des soins psychiatriques sur le territoire, celle-ci ne doit pas faire obstacle au principe du libre-choix de la personne malade. La mission de service public que représente la prise en charge de proximité s'impose aux offreurs de soins, mais ne s'impose pas aux patients.

Toute action favorisant l'alliance thérapeutique doit également être recherchée pour les personnes privées de liberté (détenus).

**c) Des actions qui prennent en compte les représentations sociales des troubles psychiques, et qui luttent en permanence contre la stigmatisation**

Les représentations négatives des troubles mentaux, de la psychiatrie, des handicaps liés aux troubles psychiques nuisent à la santé publique, en tant qu'elles retardent bien souvent la demande d'aide et le recours aux soins. Elles peuvent aussi mettre en échec les programmes de prévention, d'accès au soin, de prise en charge et d'accompagnement, mais aussi isoler et faire souffrir les personnes et leurs proches. Porter une attention, un soin, à ces représentations participe donc de la qualité en psychiatrie et santé mentale.

Une attention particulière doit être portée au risque d'assimilation a priori de certains comportements déviants et/ou délinquants qui ne doivent pas être a priori assimilés à des troubles psychiques.

**d) Des actions conformes aux données de la science, qui s'appuient sur la complémentarité des approches thérapeutiques, des acteurs et des compétences**

Les troubles mentaux sont des maladies, la psychiatrie est une médecine, la personne malade est un sujet. Les avis à donner, les décisions à prendre sont donc nécessairement éclairées par les données de la science. Les recherches en médecine, en sciences humaines et sociales, et leur appropriation par les acteurs, la construction de systèmes d'information pour produire des données fiables sont donc essentielles pour faire progresser les pratiques et les organisations.

Il convient d'être particulièrement vigilant quant à la diffusion et à l'utilisation de concepts, d'outils de repérage ou d'évaluation non validés au plan scientifique en France et notamment à l'utilisation de certaines échelles prédictives de dangerosité sociale qui se situent hors du champ de la psychiatrie.

Afin de concrétiser la nécessaire prise en charge de la personne malade dans ses dimensions bio-psycho-sociales, les pratiques doivent se concevoir comme autant d'éléments d'un « plateau technique », au sens d'une complémentarité des réponses, associant sans exclusive l'approche psychodynamique de la dimension du sujet et les progrès de la médecine dans ses autres composantes (médicaments, neurosciences, génétique...).

Par ailleurs, une meilleure prise en charge des troubles mentaux réclame que se développent des interventions mieux coordonnées entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge. Là où le cadre légal d'exercice génère souvent du cloisonnement, le défi consiste à penser et agir la complémentarité entre les cadres d'exercices et entre les métiers. En effet, en matière de psychiatrie, le parcours de soin et le parcours de vie sont interdépendants. Cette complémentarité des professionnels conditionne la qualité des parcours de soins et d'accompagnement.

Il s'agit d'une dynamique pour une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle associant les médecins, les soignants, les psychologues, les éducateurs, les travailleurs sociaux... etc. dans des programmes cohérents et coordonnés d'actions professionnelles validées.

**e) Des actions conduites avec méthode et qui sont soumises à évaluation**

En définissant de nouvelles ambitions pour la population, des objectifs collectifs partagés et déclinés au plan local, en adoptant des démarches projet et en intégrant l'évaluation de l'impact des programmes et dispositifs, le plan Psychiatrie et santé mentale cherche à rendre plus structurés, et plus lisibles pour tous, les défis que relèvent et que vont relever les acteurs concernés par cet enjeu majeur de santé publique et de société.

*A l'appui du plan 2005-2008, à l'appui de la politique de secteur développée depuis 40 ans en France, et à l'issue de ce préambule, nous portons l'ambition du plan stratégique suivant :*

# Le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 : Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques

## **Partie 2 : les objectifs collectifs « Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques »**

### **Axe 1 : Prévenir et réduire les ruptures au cours de la vie de la personne**

**Aux différents âges de la vie, permettre à toute personne d'accéder à la prévention, aux soins et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux, de façon adaptée à ses besoins et à ceux de ses aidants.**

#### **a) Poursuivre et développer les programmes en faveur de la santé mentale**

Il s'agit de promouvoir et d'encourager d'une part des actions agissant sur les déterminants collectifs de la santé mentale (environnementaux, sociaux, liés au système de santé...) et d'autre part des actions qui soient proposées avant l'apparition de troubles mentaux ou psychiques afin de prévenir leur survenue ou d'améliorer le bien-être des populations. Il s'agit enfin d'encourager à l'évaluation, y compris médico-économique, de ces interventions de prévention et de promotion de la santé mentale.

Cela passera par la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé mentale dont l'efficacité a été démontrée ou qui semblent prometteuses telles que :

- des programmes de soutien à la parentalité ;
- des programmes de développement des compétences psychosociales et des capacités d'adaptation, notamment chez les enfants et chez les jeunes ;
- des programmes de réduction de l'isolement chez les personnes âgées ;
- des programmes de prévention liés à des situations à risque telles que, entre autres, le harcèlement et le stress, à l'école et au travail, le stress et l'isolement chez les aidants familiaux de personnes atteintes d'un handicap ou d'une perte d'autonomie..

Les démarches de type « Villes en santé », « Villes amies des aînés », « Ecoles promotrices en santé », « Entreprises en santé » qui permettent, au niveau local, d'agir sur plusieurs déterminants environnementaux et sociaux de la santé mentale, seront encouragées et promues.

Le développement de ces programmes et démarches pourra enfin être appuyé et renforcé des actions de sensibilisation sur la santé mentale.

Les actions articulées avec le programme national d'action contre le suicide 2011-2012 seront encouragées comme celles par exemple visant l'information et la communication sur la santé mentale et la prévention du suicide.

#### **b) Améliorer l'accès des personnes aux soins psychiatriques et somatiques, et renforcer la continuité des soins crise/post crise**

Pour que les personnes puissent bénéficier des soins les mieux adaptés, au moment où ils en ont besoin, les acteurs doivent élaborer des organisations sur quatre points majeurs :

- le repérage
- la réponse à une demande de soins programmés (ou programmable)
- la réponse aux situations d'urgence
- la réponse aux besoins de soins somatiques.

Les actions de repérage doivent permettre d'éviter les retards de prise en charge et leurs conséquences sur la vie de la personne et de son entourage. Les enfants et les adolescents sont tout particulièrement concernés : il s'agit de renforcer, en collaboration avec la pédopsychiatrie, les actions de repérage et de prise en charge des enfants et adolescents évoluant dans des environnements à haut risque, en complément des actions éducatives, sociales ou judiciaires, et pour mieux tenir compte des capacités évolutives des enfants.

Par ailleurs, la réponse à la demande de soins programmés (ou programmables) doit elle-même être organisée. Il s'agit de privilégier la rapidité du contact avec un professionnel pour une première évaluation et un passage de relais, le cas échéant, pour un avis médical spécialisé. Les délais d'attente pour un premier rendez-vous avec un professionnel de la psychiatrie seront particulièrement suivis.

Concernant la réponse aux situations d'urgence, l'enjeu consiste à élaborer ou consolider un dispositif lisible, connu par les acteurs susceptibles d'être saisis de la situation (y compris élus locaux, forces de l'ordre). Où que cette urgence survienne et quel qu'en soit l'horaire, celle-ci doit trouver une réponse structurée à l'avance, réponse qui doit pouvoir être déclenchée par le premier professionnel confronté à la situation.

Afin que l'urgence ne devienne elle-même pas une forme chronique de demande de soins du patient, il faut veiller à compléter cette réponse par des partenariats visant le suivi du patient à plus long terme. Il s'agit de limiter les situations de crise évitables, et faire que ces crises soient gérées en limitant autant que possible le transfert vers le système hospitalier (formation et soutien des équipes des lieux d'hébergement). La valorisation de l'activité en psychiatrie (VAP) devra intégrer cette valorisation des partenariats nécessaires dans la prévention des crises et l'accompagnement post crise.

Concernant la santé somatique, l'objectif consiste à mieux prendre en charge l'état de la santé somatique des personnes souffrant de troubles mentaux, en prenant en compte les difficultés spécifiques de ces populations : fréquence des pathologies associées, altération des capacités à prendre soin de sa santé et à suivre un traitement, errance ou grande précarité, effets somatiques indésirables de certains traitements psychiatriques comme la prise de poids, les pathologies cardiovasculaires, métaboliques et bucco-dentaires. Ainsi, des programmes en faveur de la santé nutritionnelle et de la santé bucco-dentaire devront être développés, associant les professionnels hospitaliers et libéraux.

Le développement du recours au bilan de santé global, notamment neurologique, doit représenter un objectif majeur pour des professionnels formés à l'accueil des populations en errance ou en grande précarité, en lien avec la médecine de ville.

La coordination des dispositifs de soins psychiatriques et somatiques sera recherchée, notamment au travers de dispositifs de conventionnement, mais aussi de programmes de développement professionnel continu communs entre professionnels spécialisés dans les soins psychiatriques et ceux spécialisés dans les soins somatiques.

**c) Améliorer la continuité des soins et l'accompagnement aux différents âges de la vie de la personne et mobiliser les efforts sur les hospitalisations longues**

A chaque niveau de décision, il s'agit de développer des mesures destinées à éviter pour les patients des ruptures de prises en charge aux âges de transition (périnatalité/enfance – enfance /adolescence – adolescence/âge adulte - âge adulte/vieillesse). Un effort doit être fait quant à l'identification, la prévention et la résolution partagées des situations complexes et/ou sans solution, particulièrement pour les enfants et adolescents. L'organisation d'une psychiatrie spécifique du sujet âgé, enjeu majeur de santé publique pour les années à venir au regard de l'augmentation des besoins doit être davantage identifiée, coordonnée et développée dans ses modalités d'intervention et de formation de professionnels.

De façon générale, une mobilisation est attendue sur la situation des personnes hospitalisées longuement en psychiatrie, qui doivent toutes bénéficier d'un projet de sortie et donc d'un projet de vie, élaboré par l'ensemble des acteurs concernés.

**d) Développer l'accès et le maintien au logement par une offre de logement accompagné, adaptée et diversifiée**

La situation des personnes porteuses de troubles psychiques génère souvent de l'isolement, une rupture des liens sociaux et des difficultés à assumer les actes et relations de la vie quotidienne. Ces situations de handicap conjuguées à des hospitalisations répétées ou prolongées amènent fréquemment les personnes à perdre leur logement, à l'errance, voire à l'exclusion sociale.

Dans la continuité du chantier national prioritaire pour l'hébergement et le logement, il s'agit de privilégier autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun. Cela n'est possible que dans la mesure où la vie dans ce logement est soutenue, chaque fois que nécessaire par les soins et l'accompagnement social et/ou médico-social.

Pour les personnes rendues vulnérables du fait de troubles psychiques, cela pourra passer par l'intermédiation locative qui doit être encouragée pour faciliter l'accès au logement. Pour certaines personnes souffrant de troubles psychiques, le dispositif des résidences accueil, qui prévoit l'accompagnement d'un SAMSAH ou d'un SAVS, est aussi une réponse pertinente. La solution de logement doit donc être adaptée à la spécificité des personnes atteintes de troubles mentaux, au regard de la compensation de leur handicap et de leurs besoins de soins. L'accès à un logement adapté peut être un levier de prévention des rechutes et des chronicisations.

De plus, la lutte contre la grande précarité et la prise en charge des personnes sans abri ou mal logées, dont une proportion importante est atteinte de troubles psychiques graves, est une priorité et doit pouvoir faire l'objet de programmes innovants tels que le programme « Housing First ».

Tous les dispositifs favorisant le logement adapté (appartements associatifs, résidences accueil, familles-gouvernantes...) doivent donc pouvoir être mobilisés avec l'appui de la psychiatrie.

**e) Améliorer la prise en charge des addictions**

La co-occurrence de conduites addictives et de troubles psychiatriques est fréquente et a des conséquences importantes au niveau pronostique. En particulier, les rechutes et les ré hospitalisations

sont plus fréquentes, les épisodes dépressifs et la suicidalité plus importants, et l'adhésion aux traitements moindre.

Les politiques de lutte contre les addictions doivent renforcer les collaborations entre les services de psychiatrie et les services d'addictologie pour une meilleure prise en charge des patients.

#### **f) Améliorer la qualité de vie des personnes, la participation sociale et professionnelle**

La principale composante du handicap psychique et dans le même temps cause de rechute fréquente est la situation d'isolement et de perte d'inscription sociale et citoyenne des personnes. Elle va souvent de pair avec l'arrêt d'un soin stabilisé et programmé.

Les dispositifs d'accueil et d'accompagnement, ainsi que les diverses formules de soutien permettant la participation sociale, l'insertion sociale et professionnelle sont essentiels à la stabilisation, à la poursuite des soins au long cours, à la prévention des rechutes et donc à la qualité de vie. Ils doivent être encouragés tels que par exemple les Groupes d'entraide mutuelle (GEM) et les programmes expérimentaux d'insertion sociale et professionnelle sur le modèle *Clubhouse* doivent être soutenus.

L'accès et le maintien dans l'emploi participent fortement de la citoyenneté, de l'autonomie et contribuent à l'intégration sociale. Ainsi, quelles que soient les modalités d'activité (secteur protégé, adapté, bénévolat, milieu ordinaire de travail...) ou le niveau d'employabilité, il s'agit de promouvoir des programmes facilitant le retour à l'emploi et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques. Cela passera notamment par le développement de réponses diversifiées à la fois en termes de formes d'emploi (emploi aidé, emploi à temps partiel, emploi adapté...) d'accompagnement et de soutien au long cours. Ces programmes pourront se décliner en actions d'information, de sensibilisation au handicap psychique qui s'adressent aux employeurs, aux prestataires de formation et de services d'insertion professionnelle et à tout professionnel amené à travailler avec les personnes ayant un trouble mental sur l'accueil et l'accompagnement de ces personnes.

#### **g) Améliorer l'accès des personnes au(x) droit(s)**

La question des droits se pose pour l'ensemble des personnes souffrant de troubles psychiques, quelle que soit leur mode de soin et d'accompagnement, y compris lorsque ces soins et cet accompagnement sont librement consentis.

Il s'agit aussi d'assurer, en lien avec les professionnels, un suivi et une évaluation de la réforme relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, instaurée par la loi du 5 juillet 2011 pour fluidifier les procédures et améliorer la cohérence du dispositif.

Les droits des patients doivent être une priorité, chaque patient relevant de soins sans consentement doit pouvoir comme dans d'autres pays, être auditionné par le juge sur l'ensemble du territoire, dans un lieu apaisant, proche de son lieu de soins et ce dans une préservation de son intimité et du secret professionnel peu compatible aujourd'hui avec une audience publique.

L'accès aux droits et l'exercice des droits des usagers doivent être garantis en améliorant la diffusion de l'information, et en prenant un soin tout particulier à la préparation du patient, pris en charge au titre de la loi du 5 juillet 2011, dans ses contacts avec le monde judiciaire, pour que ceux-ci ne soient pas davantage destructurant.

L'accès aux droits et l'exercice des droits des personnes détenues doit également faire l'objet d'une attention permanente.

Les conditions de mise en œuvre des systèmes de protection juridique doivent être améliorées (notamment la qualité de la gestion des tutelles). Une réflexion sur la notion de personne de confiance en psychiatrie doit également être engagée.

Il s'agit enfin de promouvoir et de s'assurer de l'effectivité de la participation des usagers, tant aux instances départementales et locales (CDSP, CRUPEC) qu'aux instances de représentation au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (conseil de la vie sociale).

**h) Développer le partenariat avec les aidants, identifier une modalité de réponse repérable à leur intention**

Il s'agit de donner toute leur place aux aidants en les associant, sous réserve de l'accord de la personne, à toutes les étapes du parcours de soin et d'accompagnement (évaluation et réévaluation des besoins, orientation, programme de soin, accompagnement), et en les soutenant lorsque c'est nécessaire.

L'accompagnement, l'information et le soutien des aidants doivent être encouragés notamment par des dispositifs d'écoute et des programmes de psycho-éducation.

Les aidants des personnes atteintes de troubles mentaux, eux-mêmes confrontés à des difficultés toutes particulières, doivent bénéficier de modalités de réponse repérables à leur intention, pouvant leur apporter soutien, aide, information, permettant d'alléger le poids de leur sentiment d'isolement et facilitant éventuellement leur lien avec les autres dispositifs de soins et de prévention concernés par un patient en difficulté : permanence téléphonique professionnelle, traçabilité des signalements.

Des solutions de répit pour les familles, dont l'accueil temporaire, seront recherchées et développées.

Les expérimentations locales favorisant la pair-aidance seront également évaluées.

## **Axe 2 : Prévenir et réduire les ruptures selon les publics et les territoires**

### **Garantir l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social**

#### **a) Faire évoluer le secteur et assurer partout un service psychiatrique de proximité**

Le secteur doit évoluer, à la lumière des critiques sur son fonctionnement évoqué en première partie, et dans le sens défini par le présent plan.

Le secteur doit devenir avant tout un outil au service d'un territoire, il pose le devoir des équipes soignantes d'aller au devant des personnes qui ont besoin de soin, et dans le même temps il respecte le libre choix des personnes.

Assurer à tous un accès aux soins, ne pas sélectionner les patients, il s'agit d'une « mission de service public » de proximité essentielle, qui n'est pourtant à ce jour pas juridiquement reconnue comme telle. En effet, il existe aujourd'hui une seule mission de service public (au sens de la loi HPST) en psychiatrie, il s'agit de celle autorisant certains établissements à dispenser des soins sans consentement.

Il est donc souhaitable que la psychiatrie bénéficie d'une deuxième mission de service public, à créer dans le code de la santé publique (mesure législative), à savoir une mission de service public de proximité, assurant la pérennité des atouts de la politique de secteur.

#### **b) Rééquilibrer l'intensité et la variété de l'offre de soin et d'accompagnement sur chaque territoire, et allouer les ressources en fonction des besoins de la population**

Ce rééquilibrage passera par des mesures et dispositifs encourageant l'exercice dans des zones sous-denses. Les conditions de publication des postes de PH dans des zones sur-denses devront faire l'objet d'une réflexion complémentaire avec les représentants des acteurs concernés.

De plus, des alternatives à l'hospitalisation doivent être développées dans des zones qui en sont encore trop peu pourvues ; ces mêmes zones sont bien souvent suréquipées en structures d'hospitalisation complète, qui doivent donc être transformées. Le mode de financement devra encourager les prises en charge ambulatoires.

Ces alternatives à l'hospitalisation à temps plein doivent être complétées par des services d'accompagnements médico-sociaux grâce à la mobilisation des conseils généraux et le renforcement de la gouvernance locale de la santé mentale. Les obstacles juridiques et techniques aux transferts d'enveloppe auxquels sont parfois confrontés les opérateurs devront être identifiés par les ARS. Des expérimentations locales de fongibilité d'enveloppes seront encouragées. Le cas échéant, des modifications législatives et réglementaires seront proposées.

Enfin, il existe des écarts très importants en matière d'allocation de ressources (euros/habitant), qui ne sont pas justifiés par des différentiels de morbidité. Ces écarts ont vocation à être atténués.

**c) Structurer sur chaque territoire les coopérations et les complémentarités entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations**

Les offres sanitaires, médico-sociales et sociales doivent être articulées (notamment grâce à des coopérations structurées, des réseaux, des groupements de coopération sanitaire et médico-sociale) afin d'organiser sur le territoire une offre cohérente, majoritairement extrahospitalière, et non redondante. Il convient dans ce cadre de souligner le rôle tout particulier du médecin généraliste.

Pour faciliter cette structuration, il sera proposé une évolution législative permettant à un centre hospitalier d'être membre de 2 communautés hospitalières de territoire (une CHT psychiatrique et une CHT MCO).

L'ensemble des professionnels sanitaires (médecins généralistes, acteurs hospitaliers structures de proximité ou structures de recours) doivent s'organiser y compris pour la gestion des cas cliniquement complexes ou celle de ceux qui requièrent une expertise peu fréquemment sollicitée. Les dispositifs hautement spécialisés (centres de ressources, etc...) feront l'objet d'une communication structurée, sur leurs compétences, leur inscription dans le territoire, et leurs modalités de saisine et de retour vers les structures de droit commun.

**d) Sur certains territoires, procéder à des expérimentations destinées à compléter l'offre de soins en ville**

Des expérimentations doivent être encouragées telles que celles intégrant les apports de la psychologie clinique dans les dispositifs de soins en ville remboursables sur prescription médicale. L'objectif consiste à renforcer la variété de l'offre et à permettre un meilleur suivi, notamment dans les zones sous-denses.

Ces projets intégreront l'évaluation des impacts en matière de santé et d'accès aux soins.

**e) Encourager les démarches qualité**

Les démarches qualité se déploient dans les structures sanitaires (évaluation de l'organisation et des pratiques, plans d'amélioration, signalement d'événements indésirables, gestion des non conformités,...). Ce type de démarche a également sa place dans les structures et services médico-sociaux et sociaux, et leur déploiement doit être encouragé.

Le déploiement du développement professionnel continu (DPC) contribuera au renforcement de ces démarches.

Le manuel de certification des établissements de santé (HAS) prendra logiquement en compte les objectifs du présent plan. Des référentiels de bonnes pratiques seront développés, à l'initiative notamment du conseil national professionnel de psychiatrie.

**f) Faire disparaître les conditions inacceptables d'hospitalisation en psychiatrie**

En matière de qualité d'hébergement en service hospitalier psychiatrique, il existe encore en France quelques « points noirs », qui doivent impérativement trouver une solution.

Certains d'entre eux seront fermés au profit de structures neuves ou réhabilitées ou bien, puisque c'est bien souvent possible, de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation.

De façon générale, et pour que de tels points noirs ne se recréent pas, il convient de toujours veiller aux conditions matérielles d'accueil et de prise en charge. En psychiatrie comme dans les autres disciplines, celles-ci doivent respecter la dignité des personnes. L'architecture et les équipements doivent préserver l'intimité des personnes, les chambres individuelles doivent être privilégiées, disposer d'un minimum de confort, et permettre aux personnes hébergées de conserver auprès d'elles des effets personnels en sécurité.

Il sera important de mettre en œuvre les préconisations de la Mission nationale d'appui en santé mentale sur l'architecture en psychiatrie compte tenu de ses enjeux organisationnels pour la qualité et la sécurité des soins dans ce domaine de la santé.

Les autorités doivent veiller au caractère régulier des investissements et du renouvellement des équipements de ces établissements.

#### **g) Améliorer l'accès à l'information pour tous et la lisibilité des dispositifs, en renforçant la gouvernance locale de la santé mentale**

Des initiatives locales de recensement régulier de l'offre et le développement de guichets uniques d'information sur les dispositifs d'aide et de prise en charge seront engagées, avec l'appui notamment de dispositifs tels que conseils locaux de santé mentale, ateliers santé-ville, réseaux, etc...

Ce recensement sera à rapprocher d'une analyse démographique populationnelle fine (notamment à travers le maillage IRIS de l'INSEE, et les travaux des observatoires régionaux de santé), pour mieux orienter la décision lorsque l'implantation d'une structure, d'un service, est envisagée.

Les expérimentations visant à renforcer la lisibilité des dispositifs et faciliter l'orientation notamment des personnes handicapées (qu'elles soient personnes malades ou aidants) doivent être suivies.

#### **h) Rendre plus accessibles les soins aux populations qui rencontrent des obstacles supplémentaires pour se faire aider**

Certaines personnes atteintes de troubles mentaux rencontrent des obstacles supplémentaires pour accéder aux soins. C'est le cas en particulier des personnes ayant des difficultés de communication (personnes sourdes ou malentendantes, personnes non francophones). Compte tenu de ces difficultés, qui s'ajoutent aux obstacles liés à la maladie, ces populations doivent faire l'objet de mesures spécifiques de la part des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux (systèmes de communications adaptés, organisation du recours aux services de traduction).

C'est aussi le cas des personnes en errance dites « sans domicile fixe » ou en situation de très grande précarité. Ces situations, qui peuvent dépasser le tiers de certaines files actives à Paris, nécessitent une adaptation du dispositif (déjà plus de 90 équipes mobiles psychiatrie-précarité, appelées à se développer encore), car l'errance s'accommode mal des frontières de compétence et de territoires. Souvent, les professionnels initient une rencontre, mais butent sur le phénomène d'errance qui fragilise la personne comme demandeuse de soins.

### **Axe 3 : Prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal**

**Renforcer le dialogue entre la psychiatrie et la société, en redonnant sa juste place à la psychiatrie, et reconnaître la santé mentale comme facteur essentiel de cohésion sociale.**

**a) Augmenter la culture générale sur la santé mentale, les soins et les dispositifs psychiatriques, lutter contre les images négatives véhiculées sur (et par) la psychiatrie**

Augmenter la culture générale et lutter contre les représentations négatives sont une responsabilité collective, qui repose en premier lieu sur les acteurs du soin psychiatrique eux-mêmes. La façon dont les professionnels parlent de leur métier, de leurs activités, mais aussi des drames lorsqu'ils se produisent influence la perception du grand public, lequel dispose d'ailleurs encore de représentations bien peu fidèles à la réalité (et souvent très inquiétante) des pathologies et des prises en charge. Le bien-être psychique se banalise mais les pathologies et traitements psychiatriques, malgré leur prévalence très forte, demeurent sujets de fantasmes et d'interprétations, à un niveau que l'on ne retrouve pas dans les autres disciplines médicales. Chaque professionnel veillera donc à réfléchir à ce qu'il « fait passer » à son entourage sur ces questions dans le cadre d'une démarche institutionnelle cohérente et planifiée particulièrement attentive à l'élaboration de plans de communication (notamment en situation de crise).

A un niveau plus collectif, les institutions encourageront l'évolution nécessaire des mentalités, en développant des programmes de communication destinés au grand public, favorisant la rencontre, notamment à l'attention des jeunes publics en s'appuyant sur des dispositifs tels que conseils locaux de santé mentale, ateliers santé-ville, réseaux, etc...

Au plan national, il conviendra, dans une démarche partenariale, de poursuivre les efforts en matière de communication sur la psychiatrie et la santé mentale (y compris la santé mentale au travail), en s'appuyant notamment sur certaines expériences étrangères qui ont démontré leur efficacité. La semaine d'information sur la santé mentale doit être chaque année un temps fort en matière de communication institutionnelle.

Les études et recherches sur les représentations dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale seront encouragées, en mobilisant différents instituts de recherche en santé publique et en sciences, les sociétés savantes, des représentants de professionnels, de patients ou de familles de patients.

Ces efforts devront notamment viser une meilleure connaissance sur les difficultés de santé, les structures et les professionnels vers lesquels se tourner en cas de difficultés (y compris savoir distinguer psychiatre, psychologue, psychothérapeute) en associant à cette démarche les représentants des associations d'usagers en santé mentale.

Les relais d'opinion ont également une responsabilité quant aux images véhiculées sur la psychiatrie et les maladies mentales. Un pacte de communication en santé mentale sera développé, en impliquant notamment la presse. Il s'agit de faire en sorte que certains termes stigmatisants ne soient plus utilisés (« fou dangereux »), et que les termes psychiatriques ne soient pas détournés dans un sens stigmatisant lui-aussi (termes psychiatriques tels que « schizophrène », « bipolaire », etc). En la matière, un partenariat avec les structures de formation initiale et/ou associatives de journalistes sera

recherché, ainsi qu'une participation des personnes souffrant elles-mêmes de troubles mentaux et de leur entourage.

Enfin, une veille sera maintenue sur les activités de nature sectaire, toujours proches des domaines touchant au bien-être mental et/ou des personnes vulnérables.

**b) Lutter contre les discriminations, renforcer l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap psychique**

Avec l'appui du Défenseur des droits, les discriminations dont sont victimes les personnes traversant ou ayant traversé un épisode de troubles mentaux seront mieux identifiées et combattues, en privilégiant autant que faire se peut des actions intégrant la participation des usagers.

Avec l'appui de l'Observatoire Interministériel de l'Accessibilité et de la Conception Universelle, de travaux seront développés en matière d'accessibilité aux personnes en situation de handicap psychique (recueil de bonnes pratiques, diffusion d'outils). Les initiatives en la matière seront encouragées.

**c) Prévoir des espaces et des temps de dialogue et de réflexion entre la société et le système de soins psychiatriques**

Les territoires d'actions et les politiques des différents partenaires évoluent. Des espaces de dialogues sur les questions de santé mentale sont à recréer, à investir et à évaluer. Il s'agit de permettre une élaboration collective :

- Au plus près de la population, à travers en particulier les conseils locaux de santé mentale et les Ateliers santé ville,
- Aux différents niveaux de décision (central, régional, infrarégional) en impliquant les différents acteurs œuvrant dans le champ de l'éducation nationale, de la justice, l'emploi, le logement, des services sociaux, des droits des personnes.

Le partage des connaissances sur les difficultés de santé, le recours aux soins et les dispositifs de prise en charge en santé mentale sur les territoires sera encouragé.

**d) Lutter contre la surmédicalisation du mal-être et des difficultés d'ordre social et mieux adapter notamment la consommation de psychotropes**

La psychiatrie est en quelque sorte sujette à injonctions paradoxales ; encore objet de représentations négatives, elle fait pourtant face à une demande croissante. Cette demande dépasse bien souvent « le cœur de métier » de la psychiatrie, et l'on assiste parfois à une médicalisation excessive du mal-être (deuil...) et des difficultés d'ordre social.

A certains égards, cette consommation de ressources des dispositifs psychiatriques peut nuire à l'accès des personnes atteintes de troubles mentaux avérés. Les indications en faveur du recours à des professionnels de la psychiatrie doivent être mieux définies/connues, et d'autres solutions doivent être proposées aux acteurs de première ligne confrontés à une demande.

Par ailleurs, un effort national doit être mené sur la réduction de la consommation inappropriée de psychotropes, à partir de l'analyse des déterminants de ces prescriptions. Là encore, un appui aux médecins généralistes, principaux prescripteurs, sera recherché, et l'éducation thérapeutique des patients sera encouragée. Les orientations nationales de développement professionnel continu prendront en compte cet axe d'amélioration des pratiques professionnelles.

**e) Repenser la sécurité en psychiatrie, à travers le fil conducteur de la bientraitance**

En psychiatrie se posent bien souvent des questions relatives à la sécurité, en premier lieu la sécurité des patients vis-à-vis d'eux-mêmes, mais aussi la sécurité vis-à-vis des autres patients, des professionnels et de la société.

En psychiatrie plus qu'ailleurs, la question de la sécurité (et des passages à l'acte violents, envers soi-même ou envers autrui) est intimement liée à la question de la qualité des soins et de la bienveillance. L'enjeu consiste à articuler le caractère collectif des lieux d'hébergement, et de certaines règles de vie, avec des modalités de prise en charge (de surveillance, de soin) adaptés à la singularité et au projet de chacun. Les interdictions collectives doivent être limitées au strict état de nécessité, et tout ce qui reconnaît et préserve la singularité, la citoyenneté du patient doit être préservé (liberté d'aller et venir, libre accès à son argent pour les personnes non protégées, casier individuel fermant à clé, etc)

La gestion des risques des établissements doit intégrer ces réflexions cliniques, éthiques, se centrer sur la qualité de l'organisation et du soin, la qualité du fonctionnement institutionnel, et prévoir, institutionnaliser, le regard de tiers.

Au-delà de conditions techniques minimales (qualité de l'architecture notamment), la sécurité ne réside pas dans des dispositifs techniques (vidéosurveillance 24h/24...) dont les inconvénients liés au caractère intrusif s'ajoutent à la fausse impression de sécurité qu'ils confèrent parfois et donc aux risques qu'ils génèrent à leur tour. Les mesures de sûreté doivent toujours être conçues dans une approche pragmatique, l'équilibre bénéfices/risques de ces mesures de sûreté doit toujours être réfléchi collectivement, évalué, et mis dans la balance d'une réflexion régulière et pluridisciplinaire sur les pratiques professionnelles et sur le fonctionnement institutionnel.

Ces réflexions doivent s'appuyer sur les avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, se nourrir des incidents comme moteurs de progrès, ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction, qui ont toute leur place en psychiatrie.

Le recueil des événements indésirables doit être adapté à l'activité psychiatrique. Ainsi, le système national devra être revu, dans la dimension systématique, indifférenciée (et inutile) des signalements de sorties sans autorisation, ou non retour d'autorisations de sortie. Le ciblage sur les véritables événements indésirables, événements sentinelles, mérite d'être amélioré.

Les démarches de gestion des risques, y compris de risques professionnels, doivent impérativement concerner :

- La situation des patients en rupture de soins ou « perdus de vue » alors que leur état de santé reste préoccupant
- Les pratiques de contention et d'isolement, pratiques toujours à haut risque, et qui peuvent aussi révéler des difficultés à anticiper des situations de crise
- La prise en charge somatique.

Les accidents de travail et l'absentéisme maladie doivent faire l'objet d'analyses à caractère systématique au sein des différents pôles d'activité.

## **Axe 4 : Prévenir et réduire les ruptures entre les savoirs**

**Renforcer le développement des savoirs, leur diffusion, leur transmission pour consolider les compétences des acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale.**

**a) Encourager, recueillir et faire connaître les travaux de recherche et les expériences réussies, à l'étranger et sur notre territoire, poursuivre le développement de recommandations de bonnes pratiques**

On encouragera des travaux de recherche, en veillant à contribuer au décloisonnement des domaines de connaissance (sciences humaines et sociales, l'état de santé des populations épidémiologie, recherche biomédicale, recherche clinique, recherche sur l'offre, sur les politiques publiques, sur la mise en œuvre des recommandations, ...). Ainsi, parmi les appels à projets en santé mentale, on privilégiera les travaux axés sur le handicap psychique, la prévention, la thérapeutique et les conséquences des pathologies psychiatriques, l'évaluation des situations et des besoins, l'accompagnement. Les travaux visant une meilleure connaissance des représentations sociales de la santé mentale et de la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques et mentaux seront encouragés, de même que l'évaluation d'interventions (prévention, soins, réhabilitation) mises en œuvre sur le territoire.

La structuration des appels à projets, la visibilité des financements, la valorisation des travaux français et étrangers sera renforcée

A cette fin, le système de surveillance national et local en santé mentale doit être amélioré afin que soient disponibles des données sur la prévalence des problèmes de santé mentale (articulation des productions de données à visée nationale et locale).

Pour améliorer certaines politiques publiques, il peut être utile de mobiliser un maillage relativement fin : le quartier, la ville. La connaissance précise des bassins de vie, d'habitat et d'activité, par des partenariats avec des professionnels de l'urbanisme, peut en effet permettre de mieux éclairer la décision de positionnement territorial des équipements.

**b) Améliorer la formation de certains professionnels clé**

Il s'agit en particulier d'améliorer la formation des médecins généralistes (à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique). Le développement de maisons et pôle de santé peut contribuer à de meilleures collaborations entre psychiatres et médecins généralistes. La nouvelle convention médicale (26 juillet 2011) doit également permettre de développer des partenariats bénéfiques (consultation sous 48h par un psychiatre à la demande du médecin généraliste, consultation longue pour les enfants).

De même devront être renforcées les compétences psychiatriques des personnels des SAMU.

Par ailleurs, on s'intéressera bien entendu à l'évaluation de l'impact de la nouvelle formation initiale des infirmiers (1ère promotion 2009 – 2012), impact sur la qualité des soins et le « confort » des professionnels en début de carrière.

### **c) Adapter les pratiques de gestion des ressources humaines aux spécificités de l'exercice en psychiatrie**

L'exercice en psychiatrie présente des spécificités, qui doivent être prise en compte, à toutes les étapes de la vie du professionnel.

L'enjeu consiste tout d'abord à attirer le professionnel vers l'exercice en psychiatrie, et faire que celui-ci y exerce par choix, et non par obligation ou par défaut (affectation consécutive à une inaptitude physique). Il s'agit d'un point de vigilance : l'exercice en service de psychiatrie, ou dans certains services spécialisés, ne saurait être un « passage obligé » imposé aux nouveaux recrutés avant que ceux-ci ne puissent accéder à des services plus demandés.

Lorsqu'un professionnel est affecté en psychiatrie, il doit bénéficier d'un accompagnement (par exemple sous forme de tutorat) pour faciliter son immersion professionnelle et améliorer sa pratique auprès des personnes malades et de leurs proches.

Cette démarche d'accompagnement est d'intérêt réciproque (pour le nouveau professionnel et pour les anciens), car le nouveau professionnel dispose d'un « regard neuf » que les accueillants doivent prendre en compte. La bienveillance en psychiatrie se nourrit du regard de nouveaux professionnels, qu'il faut donc régulièrement accueillir, sans exclusive, dans tous les services de soin.

Dans le même temps, les pratiques de gestion des ressources humaines doivent prendre en compte la dimension essentielle de l'équipe, notamment dans la gestion des équipes de suppléance, et le suivi du turn-over. Une plus grande stabilité des équipes peut être nécessaire auprès de patients soignés au long cours, ce qui peut entraîner des contraintes particulières pour les professionnels.

### **d) Encourager la formation pluridisciplinaire, l'évaluation des pratiques tout au long de la vie, y compris sur la question des passages à l'acte et des droits, et le développement des pratiques avancées :**

En psychiatrie, les savoirs sont très liés à l'expérience et se construisent dans la confrontation des pratiques où il n'y a jamais une seule manière de faire, auto-construction permanente toujours en lien avec l'histoire individuelle et collective. Les savoirs sont liés et ajustés à la complexité des situations rencontrées, complémentaires mais bien différents des savoirs constitués de procédures techniques académiques. Il est donc essentiel que cette construction de savoirs, tout au long de la vie professionnelle, soit reconnue, facilitée, structurée.

A ce titre, le lancement du développement professionnel continu représente une véritable opportunité (dans sa dimension évaluation des pratiques professionnelles).

Le DPC permet d'ailleurs de décloisonner ces démarches, puisqu'un programme de DPC peut rassembler des médecins, des personnels paramédicaux, et même des non soignants. Il transcende les clivages ville /hôpital. Les professionnels de la psychiatrie et de la santé mentale, les organismes de formation, sont donc invités à se saisir pleinement du DPC pour réduire les ruptures entre les savoirs, entre les professionnels et les modes d'exercice.

Concernant les thèmes de DPC, les professionnels pourront utilement retenir l'amélioration de la capacité des professionnels à gérer les risques de passages à l'acte auto et hétéro-agressifs des personnes prises en charge. L'évaluation portera notamment sur la réduction des accidents de travail,

des tentatives de suicide, et du recours à la contention (événements pouvant faire l'objet d'évaluation systématique des pratiques professionnelles).

De façon générale seront encouragées la construction de dispositifs formatifs croisés et des stages par comparaison des professionnels concernés pour favoriser une acculturation réciproque (psychiatrie et milieu social/médico-social, psychiatrie et justice). Ces rencontres permettent également de faire mieux vivre le réseau et mieux travailler ensemble, et renforcer le dialogue entre les différentes compétences/logiques et formes d'exercice.

De même, on cherchera à promouvoir l'inscription des psychologues dans une dynamique d'équipe à l'hôpital comme en ambulatoire.

Par ailleurs, le développement des pratiques infirmières avancées doit pouvoir bénéficier à la psychiatrie et à la santé mentale, de même que les nouvelles formes de coopérations professionnelles (article 51 de loi HPST). Un protocole de coopération d'intérêt national contribuera à lancer et soutenir ce développement.

Dans le même sens, et pour contribuer à l'amélioration des connaissances et à l'évolution des métiers, des programme(s) hospitalier(s) de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) doivent pouvoir être proposés par les professionnels paramédicaux exerçant en psychiatrie.

#### **e) Entretien des réseaux de professionnels et consolidation des dispositifs d'appui aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux**

Les professionnels doivent pouvoir partager au sein de réseaux de collègues. Au-delà des réseaux locaux et/ou informels, il convient de favoriser des rencontres interrégionales et/ou nationales, en particulier destinées :

- aux Commissions départementales des soins psychiatriques
- aux professionnels chargés des questions de psychiatrie et santé mentale des différentes ARS.

Par ailleurs, certains établissements ont parfois besoin d'un appui, pour traverser une période de crise ou élaborer leur projet institutionnel. L'apport de professionnels de la psychiatrie extérieurs à l'établissement, légitimes, rompus aux méthodes d'intervention, exerçant dans un cadre structuré vis-à-vis de leur établissement d'origine, vis-à-vis de la communauté qu'ils viennent aider, et vis-à-vis de l'ARS, est indispensable en psychiatrie et santé mentale.

Il s'agira donc de mieux structurer, en relation avec les associations représentatives des acteurs usagers et professionnels concernés par le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, ces dispositifs d'appui, en lien notamment avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

#### **f) Développer le partenariat avec les aidants, avec des intervenants primaires et des développeurs l'éducation thérapeutique**

L'accompagnement, l'information et le soutien des aidants doivent être encouragés notamment par des dispositifs d'écoute et des programmes de psycho-éducation.

Des programmes de réhabilitation psycho-sociale (psycho-éducation, remédiation cognitive, éducation thérapeutique) en psychiatrie seront mis en œuvre, évalués et le cas échéant développés.

## **Partie 3 : Le mode opératoire du Plan : traduire des objectifs collectifs en des changements concrets**

---

### **La mise en œuvre du plan : une responsabilité collective**

Fruit de nombreux travaux préparatoires et d'une concertation conduite courant 2011 avec les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, ce plan s'adresse à tous ceux qui interviennent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, que ceux-ci soient ou non des intervenants sanitaires, qu'ils soient même professionnels du domaine ou simples citoyens.

Il prend également en compte l'évaluation du Plan psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 par la Cour des Comptes et le HCSP et s'articule avec les autres plans et politiques publiques destinées aux personnes vivant avec des troubles psychiques.

Ce plan de nouvelle génération, qui fait le choix de se concentrer sur des objectifs stratégiques, lisibles par tous, reconnaît que les réponses à apporter mettent nécessairement en jeu tous les niveaux de la décision. A tous ces niveaux (administration centrale et déconcentrée, professionnels, établissements, autres acteurs locaux...), les orientations stratégiques peuvent et doivent être traduites par chacun, dans le champ de compétence qui lui est propre.

C'est la raison pour laquelle il convient de consolider la gouvernance en psychiatrie, et de prévoir une gouvernance pour le plan lui-même, centré sur le rôle clé des ARS, et prévoyant un suivi et un appui national.

### **Consolider la gouvernance en psychiatrie et santé mentale**

Les priorités régionales sont définies dans le Projet Régional de Santé (PRS) arrêté par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce PRS est décliné au sein des territoires et en cohérence avec le niveau de l'échelon départemental,

Au sein de la conférence de territoire, il est indispensable que soit organisé sous l'égide de l'ARS, et au niveau de l'échelon « territoire de santé », un travail régulier de lien entre les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale, pour que soient mises en œuvre, de façon concrète, des réponses en matière de fluidité du parcours des patients et populations. L'objectif est de réunir sur ces questions les usagers, les élus, les autorités de tutelle, les établissements sanitaires publics, les ESPIC et privés à but lucratif, les psychiatres libéraux et les médecins généralistes, les partenaires médico-sociaux, les structures associatives...

Ce dispositif déclinera la politique régionale et fera le lien avec les instances locales intéressées (conseils locaux de santé mentale, conseils de secteur, réseaux... lorsqu'ils existent) Il s'intéressera au service rendu par chaque structure sanitaire et médico-sociale par rapport aux besoins de la population.:

- missions de l'établissement, population accueillie, modalités spécifiques de prise en charge,
- situation de l'établissement dans son environnement, (relations avec les acteurs institutionnels publics et privés et les praticiens libéraux, modalités de coordination des actions

- interinstitutionnelles d'amont et d'aval et complémentarités, existence de conventions de partenariat...),
- contribution de l'établissement en matière de santé publique (population accueillie, modalités d'admission et délais d'attente, modalité de traitement des situations réclamant une réponse rapide... etc).

En résumé, il convient que les ARS s'assurent du fonctionnement de trois échelons, afin de disposer d'organisations opérationnelles assurant la mise en cohérence des acteurs dans une approche pragmatique adaptée aux réalités locales :

- une instance régionale, de concertation avec les usagers, les professionnels et les élus pour le suivi des politiques de psychiatrie et de santé mentale (la CRSA).
- un échelon spécifique en lien avec les conférences de territoire
- un échelon de proximité Des dispositifs tels que les conseils locaux de santé mentale, les conseils de secteur, les ateliers santé-ville, les réseaux ont vocation à trouver leur place à ce niveau.

## **Le rôle central des ARS dans la mise en œuvre du plan : missions et calendrier**

### **a) Traduire le Plan psychiatrie et santé mentale dans le PRS**

A l'issue de la finalisation du Plan, les ARS seront invitées à faire connaître la contribution de leur PRS aux objectifs fixés dans celui-ci.

A cette fin, elles veilleront à ce que leur PRS, en voie de finalisation ou déjà adopté, réponde bien aux objectifs définis dans le plan, et le cas échéant adapteront la mise en œuvre de leur PRS.

Cette analyse sera transmise avant l'été 2012 à la Direction générale de la santé, au moyen d'une fiche signalétique qui aura vocation à être annexée au Plan psychiatrie Santé mentale. Dans cette fiche figureront les mesures concrètes prévues dans la région concernée, les modalités de mise en œuvre de celles-ci..

Cette analyse fera l'objet d'une concertation régionale dans le cadre de l'élaboration et/ou du suivi du PRS, avec les différentes instances (CRSA, conférence de territoire,...)

### **b) Etre force de proposition pour les autres ARS et pour le niveau national, sur les changements à opérer**

Les ARS devront identifier les obstacles juridiques et techniques qu'elles rencontrent en matière de fluidité des parcours des patients, et de transferts de moyens entre les différents dispositifs.

Elles mettront en œuvre, à travers le Fonds d'Intervention Régional, des projets qui atténuent ces ruptures de fluidité.

Un point périodique sera effectué par l'instance nationale afin d'adapter les dispositifs et éventuelles adaptations législatives ou réglementaires.

Les ARS porteront à la connaissance de l'administration centrale ces obstacles, difficultés, et expériences afin que soient définies, consolidées, généralisées, au niveau national les réponses adéquates (à travers notamment les PLFSS).

Les ARS se chargent également de faire connaître les innovations locales, dans une optique de mise en commun au niveau national.

## **La feuille de route des opérateurs nationaux (le rôle des administrations centrales dans la mise en œuvre du plan) :**

Tout comme les ARS, il sera demandé aux administrations centrales et opérateurs nationaux concernés de faire connaître la contribution de chacune de leurs feuilles de route aux objectifs fixés dans le plan.

Ils veilleront à ce que les programmes ayant un impact sur la psychiatrie et la santé mentale s'inscrivent bien dans les objectifs du plan.

Ces contributions seront transmises avant l'été 2012 à la Direction générale de la santé, au moyen d'une fiche signalétique qui aura vocation à être annexée au Plan psychiatrie Santé mentale. Dans cette fiche figureront les mesures concrètes envisagées par l'administration ou l'opérateur concerné, et les modalités de mise en œuvre de celles-ci. Ces mesures feront l'objet des concertations idoines le moment venu.

Toutes les administrations et opérateurs peuvent apporter une contribution. Seront particulièrement attendues celles de la DGS, DGOS, DGCS, CNSA, DSS, Direction Générale de l'Urbanisme, de l'Habitat et de la Construction, direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle, direction générale de l'enseignement supérieur et de la recherche, DICOM, secrétariat général du ministère de la justice, l'INPES.

## **La mise en œuvre du plan : une gouvernance**

### **a) Le pilotage national confié à la DGS**

La direction générale de la santé est chargée de s'assurer de la mise en œuvre du plan, avec l'appui du secrétariat général des ministères sociaux.

Elle animera un groupe restreint, qui sera chargé de :

- s'assurer que les administrations intègrent dans leur feuille de route les objectifs définis dans le plan, mettent en œuvre et évaluent les actions qu'elles auront ainsi programmées
- s'assurer que les Agences régionales de Santé déclinent dans leurs projets régionaux de santé les objectifs définis dans le plan, mettent en œuvre et évaluent les actions qu'elles auront ainsi programmées
- finaliser la liste des indicateurs de mise en œuvre du plan, proposés par le comité d'orientation, et en assurer le suivi
- organiser la collecte d'informations nécessaire au suivi, à l'évolution et à l'évaluation du Plan
- s'assurer de la coordination des politiques publiques (coordination des actions issues notamment du Plan Santé Détenus, du Plan Suicide, du Plan Addictions, du Plan Logement)
- recueillir les propositions des ARS et les demandes d'évolution de la législation et de la réglementation, nécessaires à l'amélioration de la fluidité des parcours (en vue notamment de faciliter la fongibilité des enveloppes)
- recueillir et diffuser les bonnes pratiques issues d'expérimentations et de projets locaux

- repérer les outils dont les acteurs ont besoin pour mettre en œuvre le plan, et, le cas échéant, les faire élaborer (fiches « *le Plan psychiatrie et Santé mentale : en savoir +* »)
- identifier les besoins d'évolution et d'adaptation du Plan.

### **b) Une conférence annuelle du Plan**

Une **conférence annuelle du plan Psychiatrie et santé mentale** sera organisée. Présidée par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé des solidarités, elle donnera l'occasion de faire le point sur l'avancée du plan, c'est-à-dire la mise en œuvre des feuilles de route des différentes institutions.

Elle rassemblera les acteurs directement concernés par la santé mentale, à savoir :

- les administrations centrales des ministères sociaux et du ministère du logement, de l'intérieur, des collectivités territoriales, de la justice, de l'enseignement supérieur, de la recherche, de l'éducation nationale
- la CNSA, l'UNCAM,
- la Haute autorité de santé, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux, l'INPES, l'INVS
- le Conseil national consultatif des personnes handicapées, la Conférence nationale de santé,
- le délégué général pour la coordination de l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées
- des associations de patients et de familles, des associations œuvrant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale
- l'association des départements de France, l'association des maires de France,
- le président de la commission des affaires sociales du Sénat et de l'Assemblée Nationale
- les associations et conférences des directeurs d'établissements de santé et présidents de commission médicale d'établissements
- les fédérations hospitalières, médico-sociales et sociales
- le conseil national professionnel de psychiatrie
- les confédérations syndicales et les syndicats de médecins hospitaliers et libéraux
- l'Union nationale des professionnels de santé
- les AGEFIPH, le FIPHFP
- des représentants des Agences régionales de santé
- des représentants des observatoires régionaux de santé
- des représentants des Commissions départementales des soins psychiatriques.

En 2016, un rapport final sera élaboré et soumis à la conférence annuelle. Il permettra d'apprécier dans quelle mesure a été atteinte l'ambition du Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 :

**Prévenir et réduire les ruptures pour mieux vivre avec des troubles psychiques.**

## INDEX

<b>A</b>	<b>D</b>
Absentéisme..... 4, 24	Dangerosité..... 12
Accès aux soins..... 2, 4, 6, 11, 19, 20	Démarche qualité..... 3, 20
Accessibilité..... 3, 23	Déni..... 5
Accidents de travail..... 24, 26	Département..... 10, 28
Accompagnement... 2, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 25, 26, 27	Développement professionnel continu (DPC)... 20, 26
Accueil temporaire..... 18	Dignité..... 4, 7, 21
Adhésion..... 16	Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)30
Adolescent..... 10	Direction générale de la santé..... 30
Age de transition..... 15	Direction générale de la santé (DGS)..... 3, 29, 30
Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) ..... 27	Direction générale de l'offre de soin (DGOS)..... 30
Agence régionale de santé... 2, 3, 9, 10, 19, 27, 28, 29, 30	Discrimination..... 2, 5
Aidant..... 8	Droit commun..... 2, 11, 16, 20
Alliance..... 11	Droit Commun..... 11, 20
Alliance thérapeutique..... 2, 11	Droits des patients..... 17
Allocation de ressources..... 19	Droits Des Patients..... 4, 5, 11, 17, 23, 26
Appartement associatif..... 16	
Appel à projets..... 25	<b>E</b>
Architecture..... 21, 24	Echelles prédictives..... 12
Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion professionnelle des Personnes Handicapées (AGEFIPH)..... 31	Echelles Prédicatives..... 12
	Ecole..... 14
<b>B</b>	Educateur..... 12
Bassin de vie..... 25	Education nationale..... 10, 23, 31
Bientraitance..... 3, 23, 24, 26	Education thérapeutique..... 3, 23, 27
Bonnes pratiques..... 3, 20, 23, 25, 30	Elus locaux..... 15
Bucco-dentaire..... 15	Elus Locaux..... 15
	Emploi..... 4, 5, 11, 17, 23, 30
<b>C</b>	Entraide..... 8, 17
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)..... 30, 31	Equipe mobile..... 21
Cardio-vasculaire..... 15	Equipe soignante..... 9, 11, 19
Certification..... 20	Errance..... 15, 16, 21
Chambres individuelles..... 21	Etablissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC)..... 28
Clubhouse..... 17	Evaluation... 2, 3, 5, 8, 10, 12, 14, 15, 17, 18, 20, 25, 26, 28, 30
CNSA..... 31	Exclusion..... 4, 5, 16
Collectivité territoriale..... 9, 31	
Commission départementale des soins psychiatriques..... 18	<b>F</b>
Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUPEC)..... 18	Famille..... 5, 8
Communauté hospitalière de territoire (CHT)..... 20	Financement..... 19
Communication..... 14, 20, 21, 22	Fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)..... 31
Conférence de territoire..... 28, 29	Formation..... 3, 10, 15, 16, 17, 22, 25, 26, 30
Conférence nationale de santé..... 31	
Conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA)..... 29	<b>G</b>
Confiance..... 11	Généraliste (médecin)..... 20, 25
Conseil général..... 19	Gestion des ressources humaines..... 3, 26
Consentement..... 2, 4, 5, 11	Gestion des risques..... 24
Contention..... 24, 27	Gouvernance..... 1, 2, 3, 9, 11, 19, 21, 28, 30
Continuité..... 2, 9, 10, 14, 15, 16	Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM)..... 17
Convention..... 25	Guichets Uniques..... 21
Convention médicale..... 25	
	<b>H</b>
	Handicap..... 2, 3, 6, 7, 8, 14, 16, 17, 23, 25
	Haut conseil de la santé publique (HCSP)..... 28
	Haute autorité de santé (HAS)..... 20
	Hébergement..... 8, 15, 16, 20, 24, 31

Hôpital, patients, santé et territoires (HPST, loi-) 2, 9, 10, 19, 27

## I

Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES)..... 30, 31  
 Institut national de veille sanitaire (INVS) ..... 31  
 Interdits ..... 24  
 Intimité ..... 17, 21  
 Isolement ..... 14, 16, 17, 18, 24

## J

Juge ..... 11, 17  
 Justice ..... 10, 11, 15, 17, 23, 27, 30, 31

## L

Libéral (professionnel) ..... 10, 15, 28, 31  
 Libre-choix ..... 2, 11  
 Libre-Choix ..... 11  
 Logement ..... 2, 4, 7, 11, 16, 23, 31  
 Loi du 5 juillet 2011 ..... 9, 11, 17

## M

Maison départementale des personnes handicapées ..... 10  
 MDPH ..... 10  
 Médecin ..... 20, 25  
 Médecine chirurgie obstétrique (MCO) ..... 20  
 Médicament ..... 12  
 Médicaments ..... 12  
 Mission de service public ..... 9, 10, 11, 19  
 Mission nationale d'appui en santé mentale ..... 21  
 Morbidité ..... 1, 19

## N

Neurologique ..... 15  
 Neurosciences ..... 12

## O

Observance ..... 11  
 Observatoire régional de santé ..... 21, 31  
 Ordre public ..... 8, 10

## P

Pair-aidance ..... 18  
 Paramédical (Personnel) ..... 26, 27  
 Parcours ..... 10, 12, 18, 28, 29, 30  
 Participation Des Personnes ..... 2, 11, 23  
 Pédiopsychiatrie ..... 10, 15  
 Périnatalité ..... 10, 15  
 Permanence téléphonique ..... 18  
 Personne de confiance ..... 8, 17  
 Pilotage ..... 3, 9, 30  
 Points noirs ..... 20, 21  
 Pratiques infirmières avancées ..... 27  
 Précarité ..... 15, 16, 21  
 Préfet ..... 10  
 Prévention ..... 2, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 25  
 Programme de soin ..... 9, 18

Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP) ..... 27  
 Programmés (soins) ..... 17  
 Projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) ..... 29  
 Projet régional de santé (PRS) ..... 3, 9, 28, 29  
 Promotion de la santé ..... 2, 6, 7, 11, 14, 25  
 Protection maternelle et infantile (PMI) ..... 10  
 Proximité ..... 2, 9, 10, 11, 19, 20, 29  
 Psychiatre ..... 22, 25  
 Psychodynamique ..... 12  
 Psycho-éducation ..... 18, 27  
 Psychologie ..... 20  
 Psychologue ..... 20, 22  
 Psychothérapeute ..... 22

## Q

Qualité de vie ..... 2, 4, 7, 16, 17

## R

Recherche ..... 2, 3, 6, 10, 11, 22, 25, 27, 30, 31  
 Région ..... 10, 29  
 Réhabilitation ..... 2, 7, 25, 27  
 Réinsertion ..... 9  
 Repérage ..... 6, 12, 14  
 Représentations (sociales) ..... 2, 6, 12, 22, 23, 25  
 Responsabilité ..... 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 22, 28  
 Rétablissement ..... 2, 5, 7, 8  
 Risques professionnels ..... 24  
 Rupture de soin ..... 24

## S

Sans domicile fixe ..... 21  
 Schéma régional d'organisation sanitaire et médico-sociale (SROSM) ..... 9  
 Schéma régional de prévention ..... 9  
 Sciences humaines ..... 6, 12, 25  
 Secteur ..... 2, 9, 10, 12, 17, 19, 28, 29  
 Sectorisée (structure, sectorisée ou non-) ..... 10  
 Sécurité ..... 3, 8, 21, 23, 24  
 Sénat ..... 31  
 Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ..... 16  
 Service d'accompagnement médico-social pour adultes (SAMSAH) ..... 16  
 Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) ..... 25  
 Service d'assistance médicale urgente (SAMU) ..... 25  
 Signalement ..... 20  
 Soins ..... 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 19, 22, 24, 26  
 Somatique ..... 11, 15, 24  
 Sourde ..... 21  
 Sous-dense (zone) ..... 19, 20  
 Stage ..... 25  
 Stigmatisation ..... 2, 5, 7, 12, 25  
 Suicide ..... 4, 14, 16, 27  
 Sureté ..... 24  
 Sûreté ..... 24  
 Surmédicalisation ..... 3, 7, 23

## T

Territoire ..... 2, 3, 8, 9, 10, 11, 17, 19, 20, 25, 28, 29

Territoire de santé .....	9, 10
Traduction .....	21
Transport .....	9
Turn-over .....	26
Tutelle .....	28
Tutorat .....	26

## U

Union nationale des caisses d'assurance maladie	31
---	----

Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM° .....	31
Urbanisme .....	25
Urgence .....	9, 10, 14, 15
Usager .....	9, 17, 18, 22, 23, 27, 28, 29

## V

Vidéosurveillance .....	24
Vieillesse .....	15