# N° 2

# La lettre du plan psychiatrie et santé mentale

## Le plan psychiatrie et santé mentale :

## 2ème année de mise en oeuvre


### 1 - Rappel de la 1ère année de mise en oeuvre 2005 - 2006

### 2 - La 2ème année de mise en oeuvre : les étapes

- Les axes de travail pour cette 2ème année d'exercice du plan
- Les points de vigilance
- La poursuite de la coordination des acteurs et de la concertation avec les partenaires de la santé mentale

### 3 - Le plan dans les régions

- Les réseaux santé mentale précarité en région Nord-Pas-de-Calais
- L'évaluation régionale des centres de pré-orientation pour handicapés psychiques en Bretagne
- Le projet d'expérimentation des téléconsultations en psychiatrie en Haute-Normandie



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé et des Solidarités

Ministère de la Santé et des Solidarités
14 avenue Duquesne 75007 Paris
www.sante.gouv.fr

**La première année de mise en œuvre du plan a d'abord demandé divers travaux préparatoires pour rendre possible la réalisation des actions prévues. Il a fallu aussi mettre en place le dispositif de suivi et se doter des outils d'évaluation nécessaires. L'élan est maintenant donné. A chacun, professionnels, institutions, associations, de se saisir des opportunités offertes par ce plan.**
**La réussite d'un plan dépend des moyens engagés pour le réaliser, mais aussi de la qualité des projets mis en œuvre pour améliorer concrètement la prise en charge des malades, pour développer la prévention. Le suivi du plan doit continuer de s'assurer que les dispositions prévues sont bel et bien appliquées. Il doit également s'intéresser au contenu exact des opérations réalisées et apprécier leurs impacts réels sur la qualité des prises en charge. Ce sont là les objectifs à se donner pour cette 2ème année de mise en oeuvre du plan.**
**La mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale est l'affaire de tous.**

**Alain Lopez**
Membre de l'inspection générale des affaires sanitaires et sociales,
chargé de la coordination du plan

## I - Rappel de la 1ère année de mise en oeuvre 2005 - 2006

Le bilan de la première année de mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 a été arrêté fin mai 2005 et discuté au sein de l'instance nationale de concertation en santé mentale le 6 juillet 2006.

Ce bilan fait apparaître un début de mise en œuvre positif. Les premières réalisations du plan ont succédé à un important travail de préparation et de cadrage pendant les premiers 6 mois. Elles se sont concrétisées par des actions marquantes, actuellement en cours, portant notamment sur le tutorat des infirmiers et la relance de l'investissement.

## L'élan pris au cours de cette 1ère année de mise en oeuvre

**L'effort de mise en œuvre apparaît pour tous les objectifs du plan**

Environ la moitié des actions prévues par le plan a été engagée ou réalisée à la mi-année 2006. Ce début de mise en application concerne tout particulièrement les actions les plus significatives prévues par le plan :

- le lancement des opérations d'investissement hospitalier au cours du 1er semestre 2006 ;
- la mise en place des formations d'adaptation à l'emploi et du tutorat pour les infirmiers en psychiatrie, dans la plupart des régions ;
- la réalisation et la poursuite d'opérations relevant des programmes « spécifiques » du plan ;
  - le financement de 12 équipes mobiles en psychiatrie en 2005 et de 32 en 2006 ; un 2ème appels d'offres lancé fin 2006 conduira à de nouvelles créations début 2007 ;
  - l'objectif d'un centre par région fin 2006/début 2007 ;
  - la création ou le renforcement des centres de ressources sur l'autisme, atteignant
  - la création, sur les 2 années, de 5 centres de ressources pour auteurs d'infractions sexuelles ;
- la montée en charge de nouveaux dispositifs d'accompagnement médio-sociaux :
  - les groupes d'entraide mutuelle (241 GEM financés entre 2005 et le 1er semestre 2006),
  - 120 places de SAMSAH[8] créées en 2005 (plus de 500 prévues en 2006) ;
- la création de 454 places de MAS-FAM[9].

**Les engagements budgétaires sont respectés**

Les moyens budgétaires mobilisés au cours de cette 1ère année ont été à la hauteur des engagements du plan :

- 41,5% des crédits de fonctionnement prévus par le plan ont été alloués ou notifiés entre 2005 et 2006, soit 119,43 M€ sur un montant pluriannuel de 287,5 M€ inscrit dans le plan ;
- le quart des subventions au titre du FMESPP[10] prévues pour la période 2005-2008 a été notifié, soit 8,5 M€ alloués en 2005 et 37,1 M€ notifiés en 2006.

Au total, les crédits alloués ou notifiés dans cette 1ère année de mise en œuvre du plan auront permis de créer, dans les secteurs de psychiatrie, 78 postes de médecins et 603 postes de paramédicaux.

La totalité des crédits d'investissement correspondant à la mise en œuvre du plan d'investissement en santé mentale (750 M€) ont été notifiés par la circulaire budgétaire du 1er août 2006 ; 342 opérations ont été retenues pour bénéficier d'aide à l'investissement, selon un taux de subvention en moyenne de 47%.

**Les régions se sont fortement mobilisées dans la mise en œuvre du plan**
Les ARH et les DRASS ont, dans la plupart des régions, réalisé ou engagé de nombreuses actions prévues par le plan.
Avec la mise en place des commissions de concertation régionale en santé mentale, la concertation est en train de prendre toute son ampleur.

# 2 - La 2ème année de mise en oeuvre : les étapes

## Les axes de travail pour cette 2ème année d'exercice du plan

Le bilan d'étape de la réalisation du plan fait apparaître la nécessité de travailler plus précisément au cours de l'année 2006-2007 sur 4 thématiques particulières :

- le décloisonnement des prises en charge : une expérimentation a lieu dans 2 régions (la Haute-Normandie et la Bourgogne) en 2006, afin de définir les types de dispositions concrètes susceptibles ensuite d'être reprises dans chaque région pour mieux articuler le sanitaire, le médico-social et le social. A l'issue de cette cette expérimentation, une réunion de l'instance nationale de concertation se tiendra pour en examiner les résultats le 20 février 2007. Une consultation de tous les CRCSM sur les résultats de cette expérimentation est envisagée en 2007.
- le suivi approfondi des opérations prévues par le plan pour améliorer les prises en charge des enfants et des adolescents ;
- l'appropriation des objectifs du plan par les représentants élus des collectivités locales ;
- l'architecture des structures de soins, en intra comme en extra-hospitalier, qui serait la mieux adaptée aux prises en charge médicales présentes et à venir. Une réflexion est à élaborer pour servir de références aux projets immobiliers encore à définir ou futurs.

## Les points de vigilance

**Les équilibres du plan**
Au cours de cette 1ère année de mise en œuvre du plan, le dispositif intra-hospitalier a davantage bénéficié de l'effort budgétaire engagé que les structures externes à l'hôpital (2,5 fois plus de crédits en faveur de l'intra-hospitalier, alors que le plan prévoit des moyens équivalents entre les 2 secteurs). Au cours des années à venir, une attention particulière devra être portée au respect de l'équilibre financier prévu par le plan entre le soutien des activités d'hospitalisation complète et le développement des alternatives à l'hospitalisation.

**La mise en œuvre pratique des mesures**
La création de services et de structures en faveur de l'accompagnement médico-social et social des patients nécessite d'aider les promoteurs et de développer des liens avec les secteurs de psychiatrie.
Ainsi, pour faciliter le développement des groupes d'entraide mutuelle, un comité de suivi est constitué, composé des représentants des patients, des familles, des professionnels de santé mentale, des administrations centrales et déconcentrées de l'Etat et des collectivités locales.

## La poursuite de la coordination des acteurs et de la concertation avec les partenaires de la santé mentale

**Instance nationale de concertation en santé mentale** : prochaine réunion le 20 février 2007
**Comité technique national de suivi** : il continue de se réunir environ 2 fois par mois. Pour la 2ème année consécutive, une circulaire d'instruction commune (DHOS, DGAS, DGS, CNSA) sera établie en début d'année 2007.
**Référents régionaux** : Ils se sont réunis une fois tous les 3 mois.

# 3 - Le plan dans les régions

La mise en œuvre du plan trouve un relais précieux dans le fonctionnement du réseau des référents régionaux en santé mentale, constitué depuis septembre 2005, qui permet un échange régulier d'informations et d'expériences entre les acteurs de la santé mentale.
Dans une semblable logique de mutualisation des informations et des idées, la lettre du plan propose de se faire l'écho des initiatives prises par les régions, en mettant en lumière des expériences originales ou portant sur des enjeux importants.

## Les réseaux santé mentale précarité en région Nord-Pas-de-Calais

*Action développée dans le cadre du PRAPS[11] depuis 2003*

Cette action comporte 2 temps complémentaires :

***1er temps : une formation action avec pour principal objectif de :***
- permettre aux équipes de santé mentale de mieux prendre en compte la précarité et le partenariat avec le secteur social dans le suivi des patients ;
- permettre aux professionnels du social de dédramatiser la rencontre avec les personnes ayant des problèmes de santé mentale en leur offrant un apport théorique et méthodologique ;
- faciliter l'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire, dans le but d'une complémentarité ;
- élaborer des outils communs.

***2ème temps : la mise en place de réseaux locaux santé mentale précarité***
- engager la mise en réseau sur un territoire donné des participants à la formation et de leurs structures.

***Les bénéficiaires***
Les professionnels des secteurs de psychiatrie générale, des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, des centre communaux d'action sociale, des missions locales, etc, sur un territoire donné (l'arrondissement) : 15 groupes de 18 à 20 professionnels ont été constitués en respectant la parité sanitaire/social, soit 250 professionnels en 2 ans.

***La méthodologie utilisée***
- une formation action qui s'étale pour chacun des groupes sur une année comprenant 3 modules de 2 jours et un stage croisé d'une semaine.

- une formation au management de réseau pour un binôme par groupe : ce binôme constitué de personnes volontaires respecte la complémentarité sanitaire et social (un professionnel issu du sanitaire, l'autre du social).
- la présence de 2 chargées de mission détachées à mi-temps : l'une d'un EPSM, l'autre de la Fédération nationale des associations de réinsertion sociale, chargées de la mise en œuvre de la formation, de l'animation des réseaux locaux dans l'attente de leur autonomie.
- l'élaboration par des représentants de chaque groupe, d'une charte type de réseaux adaptées par la suite à la réalité de chaque territoire,
- la signature de cette charte par les acteurs de secteurs sanitaire et social au niveau de chacun des territoires : 2 chartes ont été signées en 2006, l'une sur l'arrondissement de Montreuil, l'autre sur le versant Nord/Est de la métropole lilloise.

Une animation régionale de ces réseaux sera mise en place dans le cadre du PRAPS. Cette action est financée par l'ARH en lien avec l'ANFH[12] depuis le début, le conseil régional dans le cadre de sa participation au PRAPS pendant 2 ans, relayé par l'Etat pour la dernière année.

L'évaluation à court terme montre que la formation a permis une meilleure connaissance des champs de compétence, d'avoir des référents bien identifiés dans chacune des structures, facilement contactables et de commencer à mettre en place des modalités de travail en commun. Le stage croisé a été globalement très apprécié car il a permis de découvrir les structures, leur fonctionnement, leurs missions, d'apprécier les possibilités et les limites de chacun.

## L'évaluation régionale des centres de pré-orientation pour handicapés psychiques en Bretagne

Publié en décembre 2005, le rapport d'évaluation sur les centres de pré-orientation pour handicapés psychiques (CPO) de Bretagne a été élaboré par la DRASS de Bretagne en lien avec la DRTEFP[13] et validé par une instance qui a associé les pouvoirs publics, les représentants des usagers et les promoteurs.

L'évaluation du dispositif CPO breton repose sur l'étude, en mars 2005, des 5 projets bretons de CPO « spécialisés » pour les handicapés psychiques. Elle a été motivée par des raisons financières conjoncturelles (désengagement partiel de l'AGEFIPH[14], arrêt depuis le 1er janvier 2005 des mesures SIFE qui financent des stages s'apparentant à ceux organisés par les CPO) et des raisons réglementaires et politiques (reconnaissance des CPO comme structure médico-sociale avec la loi du 2 janvier 2002 et application de la loi sur le handicap du 11 février 2005 donnant notamment un statut au handicap psychique).

Cette évaluation se situe dans le cadre du PRIAC[7], de la mise en œuvre du plan de santé mentale et de la mise en place des maisons départementales des personnes handicapées qui auront à leur service les CPO généralistes ou spécialisés.

Cette démarche régionale approfondie a permis de conforter et diversifier les réponses, pour faire face aux besoins de plus en plus nombreux de la population handicapée psychique. Elle a mis à plat tous les projets pour effectuer des comparaisons, discerner les besoins en prenant en compte le contexte institutionnel sur un plan départemental, régional et national, et organiser l'offre.

Le rapport s'articule autour de 4 parties : la personne handicapée psychique et son orientation en CPO, les modalités d'évaluation, les résultats et les préconisations qui en découlent pour les promoteurs, leurs partenaires et les usagers.

Cette évaluation préconise notamment la création d'un CPO généraliste et spécialisé par département pour harmoniser l'offre et développer le travail en réseau, l'instauration d'un dispositif de suivi social en amont et en aval du CPO.
Cette évaluation a contribué à mieux connaître les capacités d'insertion professionnelle des handicapés psychiques et les leviers qui la permettent, à favoriser la pluralité de la prise en charge pour cette population, à échanger sur les pratiques et les modalités de sélection et d'organisation des stages, à recentrer les missions du CPO sur celles prévues par la réglementation et, enfin, à harmoniser l'offre au niveau régional.

Le rapport est disponible sur demande à la DRASS de Bretagne
Nadine Murie : 02 99 35 29 89

Contact pour plus d'information :
Christylla Etienne-Jacquet, DRASS de Bretagne - Tél. : 02 99 35 29 89

## Projet d'expérimentation des téléconsultations en psychiatrie en Haute-Normandie

Le volet santé mentale et psychiatrie du SROS 3 prévoit l'expérimentation de la télémédecine en psychiatrie en direction des patients, des équipes de secteurs et des partenaires, notamment les médecins généralistes, pour les territoires éloignés des centres hospitaliers de rattachement des secteurs.

### Contexte et motivations du projet

La Haute-Normandie connaît d'importants problèmes de recrutement mais également de maintien des psychiatres dans la région où il existe des inégalités dans la répartition des professionnels de santé.
La psychiatrie en Haute-Normandie rencontre donc des difficultés croissantes pour répondre à la diversité et à l'augmentation des demandes qui lui sont adressées, alors que la région présente une surmortalité pour troubles mentaux tant chez les hommes que chez les femmes.
On constate des difficultés de réponse aux situations d'urgence et de crise, un accès tardif aux soins, des délais trop longs pour des consultations, des sorties retardées des unités d'hospitalisation à temps complet.

Plusieurs rapports de la Mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM)* ont souligné la précarisation de la démographie médicale. La permanence des soins, pour des raisons de sécurité, s'est imposée au détriment de la proximité. Ainsi, les lits autorisés et créés à Vernon ont fermé en juillet 2003 et ceux, envisagés à Bernay, à Lillebonne et à Fécamp ne verront pas le jour.
Le projet d'expérimentation des téléconsultations en psychiatrie a donc été envisagé par l'agence régionale de l'hospitalisation, en collaboration avec la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, pour favoriser le renforcement de la présence médicale en psychiatrie.
Tout d'abord imaginé au bénéfice du département de l'Eure, ce projet de télémédecine a pris une dimension régionale lors de la préparation des SROS 3.

## Le projet régional inscrit dans le volet santé mentale du SROS 3

La réflexion s'est poursuivie dans le cadre des travaux préparatoires du volet santé mentale et psychiatrie du SROS 3. Des propositions d'expérimentation ont alors été formulées par plusieurs groupes de travail :

- réponse aux urgences ;
- organisation des soins ;
- démographie et métiers en santé mentale.

Cette expérimentation s'appuie sur un partenariat très fort entre la DRASS et l'ARH : le chef de projet santé mentale assure l'animation du dispositif et l'investissement matériel de l'expérimentation sera financé par la DRASS de Haute-Normandie, au titre des crédits télémédecine identifiés dans le contrat de plan Etat-Région.

Un groupe de travail régional a été créé pour en définir les indications et les modalités concrètes de mise en œuvre et d'évaluation. Une demi-journée d'échanges a été organisée par la DRASS et l'ARH, à partir de 2 simulations de téléconsultation psychiatrique réalisées par le docteur Kannas et des professionnels des centres hospitaliers de Navarre et du Rouvray, pour engager un débat sur les intérêts et la faisabilité de cette expérimentation. Elle a permis de lancer la réflexion régionale et de susciter un pool de professionnels volontaires pour participer à cette expérimentation.

Un groupe de travail animé par le chef de projet santé mentale, constitué de médecins psychiatres, de personnels infirmiers, de représentants des administrations hospitalières, d'un médecin généraliste représentant l'URML et de réprésentants des DDASS, travaille actuellement à l'élaboration du cahier des charges de l'expérimentation.

L'expérimentation proposée dans le cadre du SROS 3 doit permettre d'identifier les conditions dans lesquelles le recours à cette technologie permettrait d'appuyer les équipes de psychiatrie en favorisant la réduction de l'isolement de certains territoires grâce à l'organisation :

- des suivis de patients à distance ;
- des recours à des avis médicaux spécialisés ;
- de l'encadrement des équipes.

Elle sera réalisée par des équipes de psychiatrie volontaires (médecins, infirmiers voire internes de psychiatrie) et s'adressera à des patients adultes déjà connus de ces équipes. La participation de médecins généralistes pourra également être testée à cette occasion.

Le système de téléconsultations sera utilisé pour des activités intra-sectorielles (consultations, réunions, etc.) et intersectorielle (avis spécialisés, formation, etc.).
Pour cela, des matériels de type visioconférence seront utilisés : caméras grand angle et écrans plats et les liaisons entre les sites seront assurées par la mise en place d'une solution reposant sur Numéris (groupement d'accès). Les établissements volontaires proposeront à l'ARH et à la DRASS leur projet, en vu d'un démarrage de l'expérimentation au dernier trimestre 2006.

[1*] Pays de Caux 1998 et département de l'Eure en 2002

1 DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
2 DGAS : Direction générale de l'action sociale
3 DGS : Direction générale de la santé
4 CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
5 SROS : Schémas régionaux d'organisation sanitaire
6 PRSP : Programme régional de santé publique
7 PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
8 SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
9 MAS-FAM : Maisons d'accueil spécialisées - Foyers d'accueil médicalisés
10 FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
11 PRAPS : Programme régionaux d'accès à la prévention et aux soins
12 ANFH : Association nationale pour la formation continue des hospitaliers
13 DRTEFP : Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
14 AGEFIPH : Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
15 SIFE : Stages d'insertion et de formation à l'emploi

**Prochaine lettre du plan psychiatrie et santé mentale : parution prévue en 2006**