

P5 2) Des innovations remarquables se font jour

P6 Par ailleurs, des solutions d'excellence disséminées sur l'ensemble du territoire ne créent pas spontanément les conditions d'une généralisation à l'ensemble du pays.

L'enjeu consiste à passer d'expériences multiples et souvent probantes à une politique de santé plus homogène.

Les ruptures de parcours sont multiples : l'accès difficile au diagnostic et aux soins, les hospitalisations inadéquates, l'accompagnement social et médico-social défaillant, l'accès compliqué aux soins somatiques, la prévention aléatoire des situations de crises.

P7 Les soins de réhabilitation relèvent de la compétence des spécialistes et des équipes de secteur : psychoéducation, remédiation cognitive, réhabilitation psychosociale, entre autres. Toutes les méthodes probantes doivent être connues des professionnels sauf à privilégier celle qu'ils connaissent au détriment de celle qui est utile pour le patient.

4) Recherche, évaluation et formation sont indissociables. Malgré des avancées significatives ces dernières années, des modalités de recherche et d'élaboration de recommandations adaptées à la psychiatrie et à ses spécificités doivent être promues et mises en œuvre. **C'est la condition pour que la culture de la preuve l'emporte sur la culture de l'opinion.**

P9 l'OMS en matière de psychiatrie communautaire et le développement du travail en réseau.

Le **modèle du rétablissement** connaît un essor considérable.

Il est fondé sur l'idée que la personne malade peut récupérer de son pouvoir d'agir, en s'appuyant sur ses compétences. La mobilisation de l'environnement (groupes d'entraide mutuelle – GEM –, associations d'usagers, travailleurs sociaux) est indispensable. Lorsque la guérison n'est pas possible, **mieux vaut bien vivre sans être guéri qu'enfermé dans le soin** en attendant une guérison qui ne viendra pas. Les propositions du présent rapport viseront à s'assurer de la présence sur l'ensemble du territoire de toutes les pratiques professionnelles qui ont fait leurs preuves.

P11 S'assurer que la population dispose d'un « panier de services disponibles » sur l'ensemble du territoire en termes d'accès aux soins de proximité, de méthodes éprouvées, de continuité de prise en charge sans rupture et d'accès à des soins plus spécialisés sur un territoire de recours ; le présent rapport émet des propositions sur le **contenu possible de ce « panier de services »**.

P12 Penser une politique sur un territoire grâce à ce que préconisent les politiques publiques, la littérature scientifique et les acteurs concernés, avec le souci constant de s'inspirer de ce qui est probant et documenté.

- Agir en utilisant tous les leviers disponibles : allocation de ressources différenciée, négociation des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens,comme modèle de cette rénovation les expériences qui ont, de manière large et durable, prouvé leur pertinence et leur efficacité, en France comme à l'étranger.

P20 Il est urgent d'intégrer la psychiatrie dans la médecine et la santé mentale dans la cité.

Il faut aller au terme de la politique de sectorisation et fermer les lieux d'exclusion médicaux et sociaux.

P22 Développer la démarche qualité et les actions de formation dans tous les secteurs de la psychiatrie et de la santé mentale en initiant l'évaluation des pratiques.

P25 La promotion de la réhabilitation psychosociale et de l'éducation thérapeutique
Une meilleure répartition géographique des moyens

P29 Prévenir et réduire les ruptures

P30 *Le principal obstacle est la permanence d'un hospitalocentrisme, qui a empêché l'articulation entre le sanitaire et le médico-social*

Des inégalités territoriales persistantes dans l'offre de soins.

Puis il déplore :

L'inégale répartition sur l'ensemble du territoire des moyens humains et financiers

L'insuffisance de la recherche en psychiatrie : recherche fondamentale en neurosciences,

P49 La question de l'autisme¹⁵, qui concernerait un nouveau-né sur 150¹⁶, divise encore profondément certaines associations de parents et certaines équipes de psychiatrie, comme elle divise certaines associations de parents entre elles et certaines équipes de psychiatrie entre elles. Des associations d'autistes adultes peuvent n'être en accord ni avec les unes ni avec les autres.

L'ignorance encore majeure au sujet de cette pathologie aux formes diverses, des hypothèses psychiatriques quelquefois hasardeuses sur son étiologie, des positions dogmatiques des uns ou des autres, incitent à la prudence quant aux recommandations en la matière.

Seuls une prise en charge globale enfin à la hauteur des enjeux, un financement important de la recherche (épidémiologie, génétique, neurobiologie et sciences humaines) et une évaluation comparative de l'efficacité et de l'utilité des diverses méthodes éducatives, rééducatives et psychothérapeutiques pour les personnes autistes peuvent apaiser ces divisions.

P60 Développer les techniques cognitivo-comportementales, au titre de l'indispensable diversité de l'offre, et du fait de l'apparition de ces techniques nouvelles de soins et de rééducation, en évaluant leur efficacité.

Développer la remédiation cognitive et mettre en place une structure de remédiation cognitive par territoire de santé mentale dont la fonction serait d'assurer des rééducations, d'en assurer l'évaluation, mais aussi de former les professionnels d'autres structures à cette technique de réhabilitation psychosociale susceptible d'améliorer grandement le parcours de vie de certains usagers de la psychiatrie, comme par exemple ceux qui souffrent de schizophrénie.

Dans le même esprit, on facilitera le développement des **programmes de psychoéducation type ProFamille**, et tout programme susceptible d'améliorer les cognitions en complémentarité des traitements médicamenteux et psychothérapeutiques.

Poursuivre la réflexion et la mise en œuvre de la télémedecine, de la télé-expertise et de la téléconsultation, dans le cadre de protocoles de recherche²⁵.

Permettre l'accès aux diverses psychothérapies et ne pas cantonner les psychiatres à la seule prescription médicamenteuse, ni à un modèle unique de psychothérapie. Ces psychothérapies devront être évaluées, au même titre que n'importe quel autre type de traitement.

Laisser aux acteurs des possibilités d'action et d'innovation, en évitant au mieux les contraintes normatives de protocoles et de procédures trop rigides.

P67 - L'inscription dans une logique de « travailler d'abord »

P68 NOTA BENE : Les évolutions en termes de tarification et de parcours, quelle qu'en soit la forme (aménagement de la dotation annuelle de financement, tarification à l'activité,

financement au parcours, etc..), devront s'attacher à inciter à la prise en charge des parcours, au développement de l'extra hospitalier et de l'accompagnement social. **Il n'est pas sûr que la tarification à l'activité, sauf à entrer dans une très grande sophistication, soit l'outil le plus adéquat pour inciter à la prise en charge sous forme de parcours.**

P70 D'autre part, certaines pratiques professionnelles (psychoéducation, remédiation cognitive, thérapies cognitivo-comportementales) sont encore peu développées

P73 - Créer plusieurs diplômes universitaires de remédiation cognitive.

P74 - Développer la culture de l'évaluation en psychiatrie : il s'agit d'une impérieuse nécessité, afin que la totalité de la psychiatrie rejoigne les préoccupations d'une « médecine fondée sur les preuves ». La singularité de la discipline psychiatrique est indéniable mais elle ne saurait justifier une impossibilité à s'inspirer des pratiques probantes lorsqu'elles existent :

- Développer de manière collective et individuelle l'évaluation des pratiques professionnelles en fonction des référentiels et des recommandations de bonnes pratiques et en tirer concrètement les conséquences par une évolution des pratiques.
- Définir un nouveau modèle de financement des soins psychiatriques valorisant les prises en charge ambulatoires.
- Développer de manière partenariale les recommandations de bonnes pratiques (HAS, ANESM, sociétés savantes, travaux universitaires ou non universitaires) : en particulier, les recommandations conjointes HASANESM méritent d'être multipliées.
- Favoriser l'analyse des pratiques dans les établissements de santé comme dans les établissements médico-sociaux.
- Utiliser les compétences des structures régionales d'évaluation, lorsqu'elles existent, et favoriser leur création lorsqu'elles n'existent pas.
- Développer la recherche sur les systèmes de soins et les projets prenant en compte leurs aspects socioculturels et économiques.
- Demander à la HAS d'investir davantage le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, et de prévoir l'utilisation des recommandations de bonnes pratiques dans le manuel de certification des établissements.
- Renforcer les moyens du centre de preuves en psychiatrie et en santé mentale de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines pour qu'il puisse remplir une mission nationale.
- Faire mieux connaître les travaux du centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale de Lille.

P84 4.1 Le secteur psychiatrique rénové dans le cadre du projet territorial de santé mentale

C'est le député Denys Robiliard qui a utilisé le premier, dans son rapport de mission au Parlement (2013), cette locution « *le secteur rénové* ». Il en résume sa conception par cette phrase : « *il est impératif de rénover le secteur, autour d'une prise en charge intégrée qui privilégie l'inclusion sociale, et de renforcer les moyens humains et financiers dont bénéficie ce dispositif* ».

Cette prise en charge intégrée, Édouard Couty l'envisageait déjà dans son rapport à Mme la Ministre de la santé (2009), en souhaitant que soit votée une loi susceptible d'intégrer « *les différentes facettes de l'accompagnement et des prises en charge des usagers en santé mentale, des familles et des proches des malades : le repérage et le diagnostic précoce, l'accès aux soins rapide et adapté, le suivi personnalisé et continu, la réhabilitation sociale, la prévention des risques, la recherche autour des déterminants de la santé mentale, l'organisation rénovée des dispositifs nécessaires aux hospitalisations sans consentement comme les soins aux détenus* ».

La loi de modernisation de notre système de santé a l'ambition, dans son article 69, de mettre en oeuvre cette rénovation du secteur, tout en restant dans la ligne des circulaires fondatrices du 15 mars 1960 et du 14 mars 1972, et de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, mais aussi des différentes circulaires ayant progressivement amélioré le secteur, étayées par les rapports de plusieurs missions (Demay en 1982, Zambrowski en 1986, Massé en 1993, Psychiatrie et grande exclusion en 1996, Piel et Roelandt en 2001, Cléry-Melin en 2003, Couty en 2009 et Robiliard en 2013), particulièrement la circulaire du 14 mars 1990.

P85 4.1.1 Des missions précisées

La loi de modernisation de notre système de santé affirme clairement que le secteur psychiatrique est en charge d'une « mission », assurée « par des équipes pluriprofessionnelles, en coopération avec les équipes de soins primaires et les communautés professionnelles territoriales de santé », mission qu'il est possible de décliner comme suit, et dont la présence complète dans chaque territoire apparaît indispensable pour un soin et un accompagnement de qualité.

1°) Le secteur psychiatrique facilite, dans le cadre du projet territorial de santé mentale, le parcours de l'usager, en relation avec tous les acteurs susceptibles d'intervenir à un moment ou à un autre dans ce parcours : médecins généralistes, familles et proches, associations d'usagers, élus locaux, pédiatres, infirmières libérales, enseignants et éducateurs, professionnels du social et du médico-social, de la police et de la justice, des services d'urgence hospitalière et de soins somatiques, d'aide à l'enfance et d'aide au logement, de l'insertion professionnelle et des entreprises.

2°) Il contribue à une mission de dépistage, de diagnostic précoce, de soins et de prévention, en mettant à disposition des usagers un ou plusieurs centres de consultations et de soins ambulatoires leur permettant un accès facile et rapide, susceptible d'éviter ou d'amoindrir le handicap lié à leur pathologie. Il articule concrètement cette mission avec celle des médecins généralistes, mais aussi avec celle des établissements hospitaliers par le biais de la psychiatrie de liaison.

3°) Il offre des possibilités d'hospitalisation psychiatrique en établissement sanitaire ou à domicile qu'il articule avec l'offre privée de son territoire, dans le souci d'éviter les hospitalisations trop longues ou inadéquates, qui sont toujours source de désavantages surajoutés pour le patient.

P86 4°) Il oriente les usagers vers les organismes de réinsertion sociale adaptés (accès au logement, à la scolarisation et à la formation professionnelle, au travail et accès aux droits sociaux) **avec lesquels il collabore.**

5°) En fonction des réalités et des besoins de son territoire, il participe à des structures sectorielles ou intersectorielles spécialisées (périnatalité, adolescence, précarité, psychogériatrie ou autres) ou les met en place si elles n'existent pas.

6°) Il prend part, autant que faire se peut, à des programmes de recherche et s'organise pour que l'évaluation des pratiques professionnelles prenne toute sa place :

- Il tient compte des recommandations des sociétés savantes et de la HAS, tout en participant à l'évolution desdites recommandations et à leur possible critique ;

- Il enrichit et évalue ses pratiques, en relation avec le centre de preuves, les équipes universitaires de psychiatrie les plus proches, les centres ressources et les structures régionales d'évaluation ;

- **Afin de ne pas limiter son action à un modèle théorico-pratique unique et exclusif,** il élargit son offre à la totalité des ressources thérapeutiques, éducatives et rééducatives qui ont fait leurs preuves, comme évoqué plus haut : techniques cognitivo-comportementales, réhabilitation psychosociale (notamment la mise en place d'une structure de remédiation cognitive par territoire de santé mentale), programmes de psychoéducation type ProFamille, et tout programme susceptible d'améliorer les cognitions en complémentarité des traitements médicamenteux, psychothérapiques et psychanalytiques. Le souci d'évaluation, qui n'est pas

encore unanimement partagé, devra se retrouver sur tous les territoires au nom du respect de l'utilisateur.

P88 2°) Chaque secteur devra disposer d'un certain nombre de réponses aux besoins sous forme ambulatoire et en hospitalisation

La politique de secteur bénéficie des moyens financiers nécessaires à ses missions et à ses activités, sous forme d'une enveloppe fléchée qui ne pourra en aucun cas servir de variable d'ajustement budgétaire à son hôpital de rattachement, qu'il soit un centre hospitalier général ou un établissement spécialisé, mais qui pourra être modulée par l'ARS en fonction de la mise en œuvre effective desdites missions et activités.

P90 - L'équipe affectée à ces lits veille à ne pas prolonger ces hospitalisations au-delà de l'obtention du résultat escompté lors de l'admission et prépare la sortie dès cette admission, afin d'éviter d'ajouter la chronicisation de l'utilisateur à l'éventuelle chronicité de sa maladie. La sortie du service d'hospitalisation et le suivi ambulatoire devront être soigneusement préparés avec le patient, son entourage, son médecin traitant ou un médecin généraliste, les services sociaux si besoin et toute autre structure, service ou professionnel propre à l'accompagner dans son parcours de vie.

- Le secteur transformera progressivement ses hôpitaux de jour déjà créés en centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Les hôpitaux de jour, outils de travail indispensables à la « *déchronicisation* » des patients au début de la mise en place de la psychiatrie de secteur, se sont révélés être à leur tour de possibles lieux de chronicisation et de stigmatisation.

P102 4.2.1 Le rôle des agences régionales de santé dans l'organisation territoriale de la politique de santé mentale

1°) Les ARS favoriseront le développement des activités ambulatoires et seront attentives à ce que les usagers de la psychiatrie sortent rapidement des services d'hospitalisation, lorsque cette hospitalisation n'est plus nécessaire

- Avec le ministère chargé de la santé, elles s'assureront que la valorisation de toutes les activités de secteur, ambulatoires comme hospitalières, se traduise par des financements adaptés, particulièrement en ce qui concerne l'enveloppe DAF-santé mentale (dotation annuelle de fonctionnement) ;

- **Les expérimentations novatrices et les projets innovants en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux, d'une part, et de prévention des handicaps et de la perte d'autonomie, et de leur prise en charge, d'autre part, devront être soutenus par l'attribution de financements spécifiques dans le cadre du FIR (fonds d'intervention régional) ;**

P105 7°) Les ARS s'assureront que l'ensemble des services et prestations évoqués au titre du panier de soins et de services indispensables sont bien présents sur le territoire, ou tout au moins en phase de construction, et pourront conditionner l'allocation de ressources à cette présence. Elles inciteront vivement à la mise en œuvre de ces actions lorsqu'elles sont absentes.