

**PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE**

**2005-2008**

**BILAN DE LA DEUXIEME ANNEE DE MISE EN ŒUVRE**

*Juin 2006-Juin 2007*

**Comité technique national de suivi du plan « psychiatrie et santé mentale »**

**Alain LOPEZ, membre de l'IGAS**

## SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>I. LES ACTIONS RÉALISÉES POUR CHACUN DES 8 GRANDS OBJECTIFS ET DES 4 PROGRAMMES SPÉCIFIQUES .....</b>	<b>5</b>
1.1. OBJECTIF N° 1 : MIEUX INFORMER ET PRÉVENIR .....	5
OBJECTIF N°2 : MIEUX ACCUEILLIR ET MIEUX SOIGNER .....	6
1.3. OBJECTIF N°3 : MIEUX ACCOMPAGNER .....	8
1.4. OBJECTIF N° 4 : RENFORCER LES DROITS DES MALADES ET DE LEURS PROCHES .....	10
1.5. OBJECTIF N°5 : AMÉLIORER L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS EN SANTÉ MENTALE.....	11
1.6. OBJECTIF N° 6 : FAVORISER LES BONNES PRATIQUES .....	12
1.7. OBJECTIF N° 7: AMÉLIORER L'INFORMATION EN PSYCHIATRIE .....	13
1.8. OBJECTIF N° 8: DÉVELOPPER LA RECHERCHE .....	14
1.9. PROGRAMME SPÉCIFIQUE N°1 : DÉPRESSION ET SUICIDE .....	15
1.10. PROGRAMME SPÉCIFIQUE N° 2 : SANTÉ/JUSTICE .....	16
1.11. PROGRAMME SPÉCIFIQUE N° 3 : PÉRINATALITÉ, ENFANTS ET ADOLESCENTS .....	17
1.12. PROGRAMME SPÉCIFIQUE N° 4 : POPULATIONS VULNÉRABLES .....	19
1.13. CONCLUSION GÉNÉRALE SUR LES ACTIONS MENÉES POUR METTRE EN ŒUVRE LES 8 GRANDS OBJECTIFS ET LES 4 PROGRAMMES SPÉCIFIQUES DU PLAN .....	21
<b>II. MISE EN ŒUVRE DES ORIENTATIONS DÉTERMINÉES LORS DU PREMIER BILAN.....</b>	<b>22</b>
2.1. PREMIÈRE ORIENTATION : L'ARTICULATION ENTRE LE SANITAIRE, LE MÉDICO-SOCIAL ET LE SOCIAL .....	22
2.2. DEUXIÈME ORIENTATION : LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS .....	22
2.3. TROISIÈME ORIENTATION : LES LIENS AVEC LES REPRÉSENTANTS ÉLUS DES COLLECTIVITÉS LOCALES .....	22
2.4. QUATRIÈME ORIENTATION : CONDUIRE UNE RÉFLEXION SUR LES ARCHITECTURES DES STRUCTURES DE SOINS .....	23
<b>III. LES IMPACTS DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....</b>	<b>24</b>
3.1. IMPACT N° 1 : LE DÉVELOPPEMENT DES CRÉDITS DE PRÉVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN SANTÉ MENTALE .....	24
3.2. IMPACT N° 2 : UN MEILLEUR ACCUEIL DES MALADES ET UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE .....	24
3.3. IMPACT N° 3 : UN MEILLEUR ACCOMPAGNEMENT SOCIAL DES PERSONNES.....	25
3.4. IMPACT N° 4 : LE RENFORCEMENT DES DROITS DES MALADES ET DE LEURS PROCHES .....	27
3.5. IMPACT N° 5 : LE DÉVELOPPEMENT DE BONNES PRATIQUES .....	27
3.6. IMPACT N° 6 : LE DÉVELOPPEMENT DE LA RECHERCHE CLINIQUE.....	27
3.7. IMPACT N° 7 : L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION .....	27
3.8. IMPACT N° 8 : LA RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ PAR SUICIDE .....	27
3.9. IMPACT N° 9 : L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET D'EXCLUSION .....	27
3.10. IMPACT N° 10 : UNE MEILLEUR RÉPONSE AUX BESOINS DES PERSONNES ÂGÉES .....	28
3.11. IMPACT N° 11 : UNE MEILLEURE RÉPONSE AUX BESOINS DE SANTÉ MENTALE DES DÉTENUS .....	28
<b>IV. LES MOYENS BUDGÉTAIRES MOBILISÉS .....</b>	<b>29</b>
4.1. LE SUIVI DES CRÉDITS PRÉVUS PAR LE PLAN .....	29
4.2. LES DOTATIONS DES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES EN 2004 ET 2005.....	32
<b>V. LES ORIENTATIONS À PRENDRE POUR LA TROISIÈME ANNÉE DE MISE EN ŒUVRE DU PLAN.....</b>	<b>44</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>45</b>

<b>ANNEXES .....</b>	<b>46</b>
ANNEXE 1 : LES TABLEAUX DE BORD UTILISÉS. ....	46
ANNEXE 2 : RAPPEL DE L' ORGANISATION DU SUIVI DU PLAN.....	46
ANNEXE 3 : LES DONNÉES D'IMPACT PAR RÉGION. ....	47
ANNEXE 4 : LES DONNÉES BUDGÉTAIRES.....	66
ANNEXE 5. BILAN DU PROGRAMME DE TRAVAIL DES DIRECTIONS D' ADMINISTRATION CENTRALE POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA DEUXIÈME ANNÉE DU PLAN.....	70
ANNEXE 6 : BILAN DES ACTIONS ENGAGÉES OU RÉALISÉES DANS LES RÉGIONS.....	85
ANNEXE 7. SYNTHÈSE DES VOLETS « PSYCHIATRIE » DES SROS 2006-2011.....	91

## Introduction

Le « plan psychiatrie et santé mentale » a été arrêté fin avril 2005.

Le plan « psychiatrie et santé mentale » s'est fixé 8 grands objectifs regroupés en 3 axes stratégiques visant à :

- décloisonner les prises en charge,
- renforcer les droits des patients et de leurs proches et améliorer l'exercice des professionnels,
- développer la qualité et la recherche.

Outre ses 8 grands objectifs, le plan détermine un certain nombre d'orientations à prendre pour mettre en œuvre 4 programmes spécifiques :

- dépression et suicide,
- santé/justice,
- périnatalité, enfants et adolescents,
- populations vulnérables.

Le second bilan de la mise en œuvre du plan porte sur la période allant de Juin 2006 à Juin 2007. Il est constitué en 5 parties :

- les actions réalisées pour chacun des 8 grands objectifs et des 4 programmes spécifiques,
- la mise en œuvre des orientations retenues lors du premier bilan Juin 2005-Juin 2006,
- les impacts de la mise en œuvre du plan sur la prise en charge des malades psychiatriques et de la santé mentale,
- les moyens budgétaires mobilisés,
- les orientations à prendre pour l'année à venir.

La mise en œuvre du plan dépend de mesures nationales, mais aussi des dispositions prises dans chaque région pour appliquer le volet « psychiatrie » du SROS, pour mener à bien les programmes en santé mentale prévus par le PRSP. Ce travail fait dans les régions prend une part déterminante dans les changements attendus avec le plan. Ce second bilan insiste sur cette dimension locale de la mise en œuvre du plan.

## I. Les actions réalisées pour chacun des 8 grands objectifs et des 4 programmes spécifiques

### 1.1. Objectif N° 1 : Mieux informer et prévenir

#### **Rappel des orientations et des actions :**

Le plan prévoit le développement de campagnes d'information en direction du grand public et des médecins généralistes, dès 2006, et de favoriser la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale. Au total 10, actions sont mentionnées, pilotées au niveau national.

#### **Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :**

3 actions ont été engagées :

- la préparation par l'INPES d'un guide d'aide à l'action en promotion de la santé mentale, notamment chez les enfants et les adolescents ;
- la mise en œuvre d'études évaluatives standardisées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé (*l'INPES propose de réorienter l'action sur la réalisation de protocoles*)
- l'expérimentation de la faisabilité d'actions de prévention et de la promotion de la santé mentale des enfants en milieu défavorisée (*l'INPES propose de réorienter l'action sur les violences dans les zones sensibles*).

#### Moyens mobilisés :

A ce stade, pas de crédits mobilisés sur les mesures prévues par le plan. Mais, les régions ont, en 2005, dans le cadre de leur BOP, consacré environ 5,8 M€ aux actions de prévention et de promotion de la santé dans le domaine de la santé mentale. Devraient être ajoutés à ces crédits Etat, les crédits alloués par l'assurance maladie, les mutuelles, certaines collectivités locales.

#### **Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :**

- Rédaction du livret d'information destiné au grand public sur les troubles dépressifs, leur prise en charge et les professionnels et les structures de soins en juin 2007 .
- Lancement de la campagne média en octobre

## Objectif N°2 : Mieux accueillir et mieux soigner

### Rappel des orientations et des actions :

Cet objectif se décompose en 5 orientations opérationnelles :

- rompre l'isolement des généralistes, en développant la coordination, les formations, en améliorant les pratiques ;
- renforcer les prises en charge ambulatoire au sein des CMP et diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète (53,4 M€ dont 12 M€ pour la psychiatrie infanto-juvénile) ;
- adapter l'hospitalisation complète, sur un plan qualitatif et quantitatif (52,8 M€ dont 12 M€ pour la psychiatrie infanto-juvénile) ;
- faire évoluer la répartition géographique des professionnels médicaux ;
- développer les réseaux en santé mentale.

Au total, 26 actions pilotées au niveau national ou régional.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour rompre l'isolement des généralistes:*

3 actions ont été engagées :

- l'adaptation de la logique de formation permanente au service de l'amélioration de la démarche qualité par le biais de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la formation médicale continue ;
- la saisine de la HAS pour l'élaboration de guides de bon usage des soins ou de RBP, afin de les intégrer dans la formation initiale et continue (*La décision d'inscrire cette tâche au programme de travail de la HAS sera prise par le collège de la HAS au dernier trimestre 2006*) ;
- la diffusion de guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique (*décision du collège de la HAS au dernier trimestre 2006*).

*Pour renforcer les CMP et les alternatives à l'hospitalisation:*

1 action a été engagée ou réalisée, selon les régions, pour renforcer les moyens des CMP, de manière à en consolider davantage le rôle pivot : 19 régions ont prévu d'allouer des crédits supplémentaires aux CMP<sup>1</sup> (2 régions l'ont déjà fait).

*Pour adapter l'hospitalisation complète:*

2 actions ont été engagées ou réalisées, selon les régions :

- pour créer des lits en psychiatrie infanto-juvénile, dans 18 régions (la création de lits étant effective dans 5 de ces régions) ;
- pour intégrer l'hospitalisation complète dans une filière de prise en charge des enfants et des adolescents en diversifiant l'offre et en développant les coopérations : allocation de crédits aux régions au deuxième semestre 2005<sup>2</sup>.

*Pour faire évoluer la répartition géographique des professionnels libéraux:*

1 action a été réalisée :

Le nombre de places ouvertes à l'examen classant en psychiatrie est passé de 245 en 2004 à 300 en 2005.

*Pour développer les réseaux en santé mentale:*

2 actions ont été engagées ou réalisées, selon les régions :

- pour intégrer progressivement la santé mentale parmi les orientations budgétaires au sein de la dotation nationale des réseaux ;
- pour développer une couverture large des réseaux sur le territoire de santé dans 13 régions (action réalisée dans une de ces régions).

La troisième et dernière action prévue par cette orientation sera engagée en 2006. Elle consiste en l'élaboration d'un cahier des charges sur les réseaux en santé mentale.

*Moyens mobilisés*

En 2005, les régions ont alloué 31,28 M€ aux établissements de santé disposant des services de psychiatrie.

La circulaire sur la mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale a notifié aux régions une enveloppe de 22 M€

### Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :

3 actions ont été engagées :

Pédopsychiatrie (voir compléments en page Programme spécifique N° 3 : Périnatalité, enfants et adolescents et voir allocation des crédits consacrés à la pédopsychiatrie)

L'ensemble des volets psychiatrie et santé mentale ou des volets enfants et adolescents des SROS 2006-2011 ont mis la pédopsychiatrie parmi leurs priorités. Il est difficile d'avoir à ce stade des évaluations dans chaque région des réalisations de juin 2006 à juin 2007.

<sup>1</sup> Confer circulaire du 26 juillet 2005.

<sup>2</sup> Confer circulaire du 26 juillet 2005.

Néanmoins, la précision des projets et leur répercussion dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins montrent que des évolutions sont engagées dans les régions vers une augmentation du nombre des prises en charges à temps plein comme à temps partiel.

*Hospitalisation à temps complet* : sur les 19 régions de la métropole qui ont rempli les objectifs quantifiés en 2006 et 2011 on observe une augmentation du nombre des implantations de 179 à 210 pour la psychiatrie infanto-juvénile.

*Hospitalisation de jour* : l'analyse ne porte ici que sur 17 régions. La tendance est nettement à l'augmentation du nombre d'implantations (de 389 à 456 pour la psychiatrie infanto-juvénile).

*Alternatives à l'hospitalisation* :

Les données budgétaires recueillies dans le cadre du suivi du plan montrent que globalement on a assisté cette année à un rééquilibrage des crédits affectés dans les régions au profit des alternatives à l'hospitalisation puisque pour la première année la somme des crédits affectés aux urgences et à l'hospitalisation ( 16.3M) est inférieure à la somme des crédits affectés aux alternatives à l'hospitalisation et à l'ambulatoire (21 M).

Réseaux :

- Un travail d'élaboration du cahier des charges des réseaux a été effectué avec la CNAMTS ; il devrait être soumis aux professionnels à la fin de l'année 2007.
- En réponse à la demande de la DGS de disposer de recommandations de bonnes pratiques portant sur le "repérage et prise en charge des troubles psychiatriques en médecine libérale", la HAS a décidé le lancement d'un programme de travail, décliné par thème. En 2007, il s'agira de travail sur "référentiel sur la détection précoce des schizophrénies débutantes chez l'adolescent et l'adulte".

### 1.3. Objectif N°3 : Mieux accompagner

#### **Rappel des orientations et des actions :**

Cet objectif, en faveur de la promotion d'une offre sociale et médico-sociale diversifiée et adaptée aux besoins, se décompose en 4 orientations opérationnelles :

- développer les services d'accompagnement (6 M€ en 2005 et 22,5 M€ en 2006-2007) ;
- créer des lieux d'entraide mutuelle sur tout le territoire (20 M€ pour 300 « clubs ») ;
- favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté (37,87 M€ en 3 ans) ;
- mobiliser les dispositifs de travail protégé.

Au total, 16 actions pilotées au niveau national ou régional

#### **Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :**

*Pour développer les services d'accompagnements:*

1 action a été engagée ou réalisée, selon les régions :

- la création de places de SAMSAH a été engagée dans 17 régions ;

*Pour créer des lieux d'entraide mutuelle:*

2 actions ont été engagées ou réalisées :

- le cahier des charges définissant la vocation et le principe de fonctionnement des GEM a été élaboré et diffusé (circulaire du 29 août 2005) ;
- des GEM sont en voie de création dans 19 régions.

*Pour favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté:*

7 actions ont été engagées :

- la DGAS a mis en place en mars 2006 un groupe de travail chargé d'étudier les différentes formes de logement adaptées aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques.
- La région Ile-de-France a mis en place un groupe de travail sur le logement des personnes handicapées psychiques ;
- 9 régions ont engagé des conventions entre bailleurs, réseaux associatifs et services médico-sociaux et psychiatriques ;
- 8 régions ont développé la création d'appartements associatifs ;
- 2 régions ont engagé la création de foyers-logements dédiés neufs ;
- une circulaire en date du 1 mars 2006 initie un programme d'expérimentation de maisons relais destinées à des personnes souffrant de troubles psychiques.
- 20 régions ont engagé la création de nouvelles places en MAS et FAM.

*Pour mobiliser les dispositifs de travail protégé:*

1 action a été engagée ou réalisée, selon les régions :

De nouvelles places en CAT pour des personnes handicapées psychiques vont être créées dans 18 régions.

#### **Les moyens mobilisés**

En 2005, ont été engagés :

- 1,7 M€ pour la création de places de SAMSAH,
- 4,35 M€ pour la création des GEM,
- 18,6 M€ pour la création de places en MAS-FAM.

En 2006, ont été notifiés :

- 7,44 M€ pour la création de places de SAMSAH,
- 17,9 M€ pour le développement des GEM (NB : le chiffre de 10 M€ indiqué dans le bilan de juin 2006 correspond à la première délégation de 2006- il y en a eu 2 autres ensuite)
- 14,178 M€ pour la création de places en MAS-FAM.

#### **Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :**

Toutes les actions engagées lors de la première année ont été renforcées :

- développement des services d'accompagnement : en 2006, 11 régions ont engagé la création de places de SAMSAH dédiés au handicap psychique (2,8 M€ ont été effectivement engagés pour la création de 254 places dédiées de SAMSAH). Pour 2007, 8,1 M€ ont été notifiés.
- développement des groupes d'entraide mutuelle sur tout le territoire : au total, 17,96 M€ ont été délégués en 2006 pour le financement de 249 GEM ; 19,18 M€ ont été notifiés en 2007, permettant le financement de 44 projets supplémentaires ; La quasi totalité des départements (97) s'est à ce jour engagée dans la création de GEM.

- développement de l'offre de logement : 13 régions ont engagé des conventions entre bailleurs, réseaux associatifs et services médico-sociaux et psychiatriques ; 12 régions ont développé la création d'appartements associatifs ; 6 régions ont engagé la création de foyers-logements dédiés
- développement de l'offre d'hébergement : en 2006 13 régions ont engagé la création de nouvelles places en MAS et FAM dédiés au handicap psychique (14,15 M€ ont été engagés pour la création de 380 places de MAS et FAM). En 2007, 16,3 M€ ont été notifiés.
- développement de l'offre de travail adapté : 19 régions ont engagé la création de nouvelles places d'ESAT destinées à des personnes ayant un handicap psychique (471 nouvelles places installées en 2006)

En outre, 6 actions ont été engagées ou réalisées :

- production d'une analyse sur l'articulation sanitaire et sociale et médico-sociale dans 2 régions volontaires ; cette étude a permis l'élaboration et le lancement, en avril 2007 d'un questionnaire à l'adresse des CRCSM. Les remontées d'informations prévues en novembre 2007, devraient permettre la diffusion, au premier semestre 2008, d'un guide à partir des relevés d'expériences des différentes régions.
- lancement en juin 2007 d'un appel à projet pour déterminer une démarche d'évaluation du handicap psychique, en coopération entre les MDPH et les équipes de psychiatrie ;
- lancement en juillet 2007 d'une enquête de suivi qualitatif du développement des nouveaux services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SAMSAH...) ;
- bilan de la mise en place et du fonctionnement des GEM, à partir d'une enquête menée auprès des DRASS et DDASS (circulaire du 30 mars 2007)
- mise en œuvre d'un programme expérimental de « résidences accueil » destinées à des personnes souffrant de troubles psychiques ; comme suite à la note d'instruction du 16 novembre 2006 relative à la mise en place de l'expérimentation des résidences accueil, 28 projets correspondant à 379 places ont été retenus pour 2007 et seront financés par la DGAS (545 760 euros prévus en 2007 sur le programme « maisons-relais » pour le fonctionnement des résidences accueil) et le cas échéant par la DGUHC (pour l'investissement)
- le groupe de travail interministériel sur le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, mis en place pour la mise en œuvre du programme ci dessus, poursuit ses travaux pour répertorier et analyser les diverses formules existantes destinées à des personnes souffrant de troubles psychiques, dans le but d'aider au développement d'une large palette de logement adaptée à la diversité des besoins et des situations.

## 1.4. Objectif N° 4 : Renforcer les droits des malades et de leurs proches

### Rappel des orientations et des actions :

Cet objectif se décompose en 4 orientations opérationnelles :

- accroître la place des usagers et des familles dans les processus de concertation et de décision ;
- renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles (600 000 E par an de subvention pour les associations, 50 000 E pour l'information des associations);
- renforcer les garanties individuelles ;
- élargir les compétences des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques ;
- expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement

Au total, 22 actions pilotées au niveau national ou régional.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour accroître la place des usagers et des familles dans les processus de concertation et de décision:*

6 actions, soit la totalité des actions prévues par le plan, ont été engagées ou réalisées, selon les régions:

- publication le 6 mai 2005 du décret d'application de l'ordonnance du 04/09/2003 sur la commission régionale de concertation en santé mentale; Ces commissions sont en place dans toutes les régions.
- association des usagers et de leurs proches à toutes les étapes d'élaboration et de la mise en place du SROS dans 12 régions. Dans 9 autres régions, cette association a été partielle ;
- dans 10 régions, un comité régional des usagers, pérenne, a été mis en place. Il va l'être dans 7 autres régions ;
- un référent usager au sein de l'ARH est identifié dans 12 régions. Il le sera dans 3 autres régions ;
- 10 régions ont engagé le développement d'instances de concertation de proximité : conseils de secteur, conseils locaux ;
- 2 régions ont mis en place des actions de formation pour les usagers et leurs proches, 9 autres régions vont le faire.

*Pour renforcer le soutien aux associations d'usagers et de familles:*

2 actions ont été engagées :

- pour sensibiliser les acteurs de la psychiatrie sur la place des usagers et de leurs familles (un colloque a été organisé sur ce sujet le 27 septembre 2005, un projet de charte est en préparation ;
- pour associer les associations d'usagers à la validation et à la diffusion de fiches d'information sur les psychotropes : groupe de travail installé le 5 avril 2006.

*Pour renforcer les garanties sur les libertés individuelles:*

2 actions ont été engagées ou réalisées :

- les recommandations de la HAS sur l'hospitalisation des malades sans leur consentement ont été publiées le 27 juin 2005 ;
- la HAS a été saisie pour inscrire, dans son programme de travail 2007, la rédaction de protocoles de soins en psychiatrie sur les pratiques mettant en jeu les garanties sur les libertés individuelles (décision à prendre par le collège de la HAS dans le dernier trimestre 2006).

La rédaction d'une brochure à l'intention des personnes hospitalisées sans leur consentement, précisant le régime juridique et récapitulant leurs droits, est inscrite au programme 2006 de la DGS (de nombreux hôpitaux ont déjà, bien sûr, élaboré un tel document).

*Pour expertiser une réforme du dispositif d'hospitalisation sans consentement:*

L'IGAS et l'IGSJ, mandatées pour réaliser cette expertise, ont rendu leur rapport en Mai 2005.

### Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :

4 actions engagées ou réalisées :

- mise en place de groupes de travail en automne 2006 et printemps 2007 en vue d'une réforme de la loi du 27 juin 1990 sur l'hospitalisation sans consentement;
- publication du décret n° 2006-904 du 19 juillet 2006 relatif aux commissions départements des hospitalisations psychiatriques ;
- publication de l'arrêté du 20 avril 2007 relatif à l'indemnisation des membres des CDHP ;
- rédaction de fiches d'information sur les psychotropes

## 1.5. Objectif N°5 : Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale

### Rappel des orientations et des actions :

Cet objectif vise, d'une part à renforcer la formation initiale et continue des travailleurs sociaux et des professionnels de santé exerçant en psychiatrie, et d'autre part à renforcer et soutenir l'investissement hospitalier en psychiatrie. (Sont prévus 3 M€ pour l'adaptation à l'emploi des infirmiers, 25 M€ par an pour le tutorat des infirmiers, 750 M€ d'aide aux investissements).

Au total, 21 actions pilotées au niveau national ou régional.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour la formation des professionnels de santé et l'évolution des métiers:*

- La DHOS a impulsé la création de projets de psychologie clinique dans les établissements de santé.
- Le décret actant le principe d'une inscription de la formation psychiatrique dans les orientations nationales de la formation continue des médecins par le CNFC est en attente de publication (une priorisation de ces thèmes de formation sera effectuée par le DGS).
- L'enquête pour dresser le bilan national de l'application des orientations et de la qualité des contenus pédagogiques en psychiatrie et santé mentale, en formation initiale des infirmiers, sera lancée au plus tard en 2008, pour tenir compte de la révision des programmes de formation prévue en 2007 dans le cadre des réformes LMD et VAE.

*Pour les formations d'adaptation à l'emploi pour les infirmiers, et la mise en place d'un tutorat:*

- Les formations d'adaptation à l'emploi ont été mises en place par la circulaire du 8 juillet 2004, elles se poursuivent.
- Le tutorat a été défini par la circulaire du 16 janvier 2006. Il est en cours de mise en place dans les établissements de santé.

*Pour le développement des investissements hospitaliers en psychiatrie:*

La totalité des actions prévues par le plan est réalisée. La notification des crédits aux établissements de santé sera faite au début du second semestre 2006.

**Moyens mobilisés :**

- Pour le développement du tutorat au profit des personnels infirmiers, 25,1 M€ ont été notifiés en 2006, dans le cadre du FMESPP<sup>3</sup>.
- Pour les investissements hospitaliers, 750 M€ seront notifiés, en pluriannuel, au début du second semestre 2006.

### Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :

2 actions ont été réalisées :

- l'organisation du suivi financier d'allocation des crédits de formation ;
- l'organisation du suivi de la mise en œuvre du PRISM

<sup>3</sup> Confer circulaire du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

## 1.6. Objectif N° 6 : Favoriser les bonnes pratiques

### **Rappel des orientations et des actions :**

Les orientations opérationnelles portent sur le développement des évaluations, des démarches de certification, sur la formalisation des pratiques, et sur le bon usage des médicaments (200 000 E en 2006 sur les actions de bon usage des médicaments).

Au total, 12 actions, pilotées pour 11 d'entre elles au niveau national.

### **Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :**

*Pour la certification des établissements et des professionnels:*

3 régions ont engagé des actions pour prendre en compte les recommandations pour la certification et l'évaluation des professionnels.

*Pour le bon usage des médicaments:*

2 actions ont été engagées ou réalisées :

- la HAS a été saisie en 2005 et 2006 pour élaborer et valider des référentiels et guides de bonnes pratiques, notamment chez l'enfant et l'adolescent ;
- Accord de bon usage du médicament pour poursuivre l'objectif de maîtrise médicalisée des prescriptions de psychotropes et notamment un projet d'AcBUS sur les antidépresseurs acté en janvier 2006

### **Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :**

Élaboration par la HAS à la demande de la DGS d'un **programme d'actions coordonnées relatif au bon usage des psychotropes chez les personnes âgées**, regroupant les initiatives des différents partenaires (DGS, assurance maladie, HAS, AFSSAPS, INPES, etc.). Les travaux des cinq de groupes de travail (dépression, anxiété...) permettront de définir un plan d'action au second semestre 2007.

## 1.7. Objectif N° 7: Améliorer l'information en psychiatrie

### **Rappel des orientations et des actions :**

Les orientations opérationnelles sont de généraliser le recueil d'informations médico-économiques dans les établissements psychiatriques (12 M€par an), et de consolider le système d'information sur l'activité en psychiatrie. Au total, 6 actions, pilotées pour 5 d'entre elles au niveau national.

### **Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :**

*Pour généraliser le recueil d'information médico-économique:*

Les 2 actions prévues par le plan sont engagées :

- le guide du recueil d'information médicale en psychiatrie est en cours de finalisation ;
- les subventions aux établissements pour financer l'infrastructure du réseau informatique, et se doter du matériel et des logiciels nécessaires, sont en cours de mise en œuvre.

*Pour consolider le système d'information:*

La DREES a démarré les travaux sur l'évolution de la SAE et des rapports d'activité des secteurs, suite à la généralisation du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (VAP).

**Moyens mobilisés**

8,5 M€ont été alloués en 2005 au profit du développement de la VAP.

12 M€ont été notifiés en 2006<sup>4</sup> au profit du développement de la VAP.

### **Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :**

La mise en œuvre de la VAP a été poursuivie. Deux actions principales ont été menées :

- engagement de la généralisation du RIM-P à l'ensemble du territoire et des établissements (publics et privés), avec notamment une campagne régionale d'information et de mobilisation des acteurs et formation "en parapluie" des utilisateurs ;
- l'harmonisation des règles de gestion.

---

<sup>4</sup> Confer circulaire du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

## 1.8. Objectif N° 8: Développer la recherche

### **Rappel des orientations et des actions :**

Les orientations opérationnelles sont de promouvoir la recherche clinique en psychiatrie, et l'épidémiologie en psychiatrie et en santé mentale.

Au total 7 actions sont prévues, toutes pilotées au niveau national.

### **Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :**

*Pour promouvoir la recherche clinique:*

2 actions ont été réalisées :

- « la psychiatrie et la santé mentale » a été inscrite comme un thème de recherche prioritaire dans le cadre de l'appel d'offre national du PHRC, en 2005 et en 2006 ;
- l'Agence National de la Recherche a lancé, en 2006, un appel d'offre sur le thème « des neurosciences, neurologie, psychiatrie ».

*Pour développer l'épidémiologie:*

En mars 2005, a été créé un Groupement d'Intérêt Scientifique.

**Moyens mobilisés :**

En 2005, dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), 2,819 M€ ont été notifiés pour financer 11 projets de recherche clinique en psychiatrie.

### **Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :**

Séminaire du GIS du 29/09/2006 relatif aux interviews standardisées pour les études de prévalence en psychiatrie et aux questions méthodologiques en épidémiologie des addictions.

## 1.9. Programme spécifique N°1 : Dépression et suicide

### Rappel des orientations et des actions :

Les objectifs opérationnels sont :

- d'améliorer la prise en charge de la dépression, notamment grâce à un meilleur repérage de la dépression grave (100 000 E), à une meilleure information du public et des professionnels (7 M€), et au développement de recherches sur les déterminants de la dépression et les pratiques de soin (35 000 E);
- de poursuivre la stratégie nationale de lutte contre le suicide, en s'appuyant sur une évaluation des politiques nationales et locales.

Au total, 18 actions, pilotées au niveau national ou régional.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour améliorer la prise en charge de la dépression:*

4 actions ont été engagées ou réalisées :

- des lieux d'écoute pour les jeunes sont en voie de mise en place dans 17 régions ;
- un groupe de travail a été mis en place en mars 2005 par la DGS pour faire connaître et utiliser les méthodes d'écoute, les outils de repérage, de diagnostic et d'aide à la décision pour la prise en charge de la dépression, pour les personnes âgées à destination des médecins généralistes et des médecins travaillant dans les EHPAD<sup>5</sup> ;
- Des recommandations de la HAS ont été établies, en novembre 2005, sur l'entretien de santé lors du premier trimestre de la grossesse ;
- La HAS a été saisie en 2005 et 2006 pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques (RBP) concernant les traitements de la dépression.

*Pour lutter contre le suicide:*

4 actions ont été engagées ou réalisées :

- ont été poursuivies les actions prévues par le plan national sur la lutte contre le suicide : les formations des formateurs, le soutien aux associations, la modification de la réglementation pour la détention des armes à feu et dans le cadre du permis de chasse ;
- l'évaluation des actions menées dans le cadre de ce plan national a été lancée lors du 1<sup>o</sup> COPIL du 27 mars 2006 ;
- Les audits cliniques réalisés auprès des établissements de santé pour l'application des recommandations de l'ANAES parues en 1998, ont été poursuivis dans 8 régions, et terminés dans 1 région ;
- Des formations pour les infirmières scolaires, à l'écoute des jeunes, ont été engagées dans 9 régions.

### Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :

Le rapport d'évaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide a été publié au début de l'année 2007. A partir de ces enseignements, des travaux ont été engagés en vue de définir une nouvelle stratégie. Dans cette attente, le financement d'actions nationales et régionales se poursuit (soutien aux associations, formation..) ;

---

<sup>5</sup> Cette action est également citée au titre de la réalisation du programme spécifique N°4 sur « les populations vulnérables ».

## 1.10. Programme spécifique N° 2 : Santé/justice

### Rappel des orientations et des actions :

Les objectifs opérationnels sont :

- de développer des programmes coordonnés à destination des personnes détenues, de façon à renforcer et diversifier les prises en charge psychiatriques dans tous les établissements pénitentiaires (ouverture notamment d'UHSA) ;
- de mieux prendre en charge les auteurs d'agressions sexuelles (5 M€ pour la création de centres ressources interrégionaux ; 1 M€ pour des actions de recherche).

Au total, 31 actions dont la plus part sont pilotées au niveau national.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour renforcer et diversifier les prises en charge psychiatriques:*

8 actions ont été engagées ou réalisées :

- L'audition publique organisée par la HAS sur la psychopathie a été réalisée en décembre 2005 ;
- Le décret sur les missions de garde, d'escorte et de transport, en application de l'article 48 de la loi de 2002 est en préparation ;
- Le cahier des charges pour l'implantation et le fonctionnement des UHSA est en cours de finalisation ;
- Les programmes fonctionnel et immobilier des UHSA sont aussi en cours de finalisation ;
- Le choix des sites d'implantation des UHSA est entrain de se faire ;
- Les expérimentations de télémédecine sont en cours sur 6 sites pilotes, avec la réalisation d'un dossier médical informatisé et sécurisé ;
- Les formations générales à la gestion de la crise suicidaire ont été poursuivies en 2006 ;
- Des sessions de formations pluridisciplinaires de personnes ressources pour l'intervention face à une crise suicidaire ont été engagées dans 11 régions, et réalisées dans 7 autres régions.

*Pour mieux prendre en charge les auteurs d'agressions sexuelles:*

5 actions ont été engagées :

- Financement alloué pour un centre ressource inter-régional pour la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles, publication de la circulaire du 26 juillet 2005 et rédaction du cahier des charges en cours ;
- Conférence de consensus sur l'expertise pénale avec la HAS et la FFP, prévue en janvier 2007 ;
- Le programme de travail entre les ministères de la santé et de la justice sur 3 thématiques (formation des professionnels à la prise en charge d'un public commun, expertise, mineurs auteurs d'infractions sexuelles) est en cours de finalisation ;
- Une étude est en cours (étude Stoleru) sur les anti-androgènes ;
- Les formations ARTAAS ont été financées et poursuivies en 2006.

### **Moyens mobilisés :**

En 2005, 0,82 M€ ont été alloués en faveur de centres ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles.

En 2006, 1 M€ ont été notifiés en faveur de centres ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles.

### Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :

4 actions ont été engagées ou réalisées :

- la mise en place du programme des UHSA. L'appel à candidature des établissements publics de santé est en cours.
- l'audition publique sur l'expertise psychiatrique s'est tenue en janvier 2007. Les recommandations qui en sont issues ont été publiées en juin 2007.
- publication en juin 2007 d'une lettre circulaire relative à l'indemnisation et à l'activité des médecins coordonnateurs intervenant dans la prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles soumis à une injonction de soins en vue de rappeler aux DDASS leur rôle dans le versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins coordonnateurs et d'organiser la remontée d'information sur l'activité des médecins coordonnateurs.
- financement du Congrès international francophone sur l'Aggression sexuelle prévu en septembre 2007.

## 1.11. Programme spécifique N° 3 : Périnatalité, enfants et adolescents

### Rappel des orientations et des actions :

Les objectifs opérationnels sont :

- de développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité (conformément aux mesures prévues par le plan périnatalité), de manière à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants (18 M€ sur 3 ans prévus dans le plan périnatalité, dont 6 pour des cliniques) ;
- de répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents, en renforçant les capacités de repérage, les moyens de la pédo-psychiatrie, et les articulations entre les professionnels de la psychiatrie et de la médecine somatique (deux fois 12 M€ déjà mentionnés dans l'objectif N°2 ; 3,25 M€ pour les interventions dans le social, le médico-social, l'éducatif et le judiciaire).

Au total, 10 actions pilotées au niveau national ou régional.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour développer la collaboration médico-psychologique en périnatalité:*

3 actions, soit la totalité des actions prévues par le plan, ont été engagées ou réalisées :

- Un état des lieux des collaborations médico-psychologiques en lien avec la naissance a été lancé<sup>6</sup> ;
- La définition des conditions d'intervention de psychologues en maternité, et l'incitation à leur recrutement dans ces services, ont été réalisées<sup>7</sup> ;
- 6 régions ont engagé la mise en place de formations interdisciplinaires pluri-professionnelles pour les professionnels hospitaliers et libéraux ;

*Pour renforcer les prises en charge des enfants et adolescents:*

6 actions, sur 7 prévues par le plan, ont été engagées ou réalisées :

- un outil de repérage précoce des troubles du développement des enfants et des manifestations de souffrance psychiques des adolescents, à l'usage des professionnels de santé, a été réalisé<sup>8</sup> ;
- ont été organisées 4 sessions de formation au sujet de cet outil de repérage (1 en 2005 et 3 en 2006). 90 professionnels en ont bénéficié ;
- Un état des lieux a été réalisé sur les collaborations entre les équipes éducatives et les équipes des CMP et CMPP (rapport de Mme Choquet remis en juin 2005) ;
- 17 régions ont engagé l'expérimentation de procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels des troubles et souffrances psychiques repérées en milieu scolaire<sup>9</sup>
- les dispositions permettant de renforcer les moyens des équipes de psychiatrie infanto-juvénile sont engagées ;
- Le cahier des charges des missions et des modalités de financement des maisons d'adolescents a été finalisé.

### Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :

Au-delà des modifications prévues par les SROS III (voir supra), la spécificité des besoins et de l'offre de pédopsychiatrie a été analysée et prise en compte au niveau national de différentes façons :

- une réunion de travail avec les correspondants régionaux du plan psychiatrie et santé mentale a été organisée afin de cibler les difficultés et les priorités en pédopsychiatrie
- le groupe de travail sur les décrets sur les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement a analysé les conditions spécifiques pour les enfants et adolescents
- une étude a été effectuée sur la répartition des lits de pédopsychiatrie et l'analyse des organisations dans les départements qui n'en disposaient pas

<sup>6</sup> Circulaire DHOS/DGS du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

<sup>7</sup> Circulaire DHOS/DGS du 4 juillet 2005.

<sup>8</sup> Circulaire Santé / Education nationale du 18 octobre 2005.

<sup>9</sup> Circulaire DESCO/DGS/DHOS du 18 octobre 2005

- le bordereau de recueil de la SAE 2006 a été modifié pour permettre de connaître puis de suivre annuellement les établissements dans lesquels des unités pour adolescents étaient implantées.

Par ailleurs :

- le dispositif Maison des adolescents s'est poursuivi avec l'actualisation du cahier des charges. En juin 2007, 46 MDA correspondant au cahier des charges sont financées.
- sur le plan budgétaire, l'analyse de la répartition des crédits en 2006 montre un rééquilibrage en faveur de la pédopsychiatrie (voir chiffres en annexe)

## 1.12. Programme spécifique N° 4 : Populations vulnérables

### Rappel des orientations et des actions :

Les objectifs opérationnels sont :

- de favoriser la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion (10,75 M€ pour 50 unités mobiles spécialisées en psychiatrie) ;
- de répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale (2 M€ pour renforcer les moyens d'intervention de la psychiatrie) ;
- de finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe (1,3 M€ pour le renforcement du dispositif, et 0,08 M€ en base pour les formations).

Au total, 16 actions pilotées au niveau national ou régional.

### Rappel du bilan de la première année de mise en œuvre :

*Pour favoriser la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion:*

5 actions, soit la totalité des actions prévues par le plan, ont été soit engagées soit réalisées :

- Le cahier des charges des équipes mobiles psychiatriques spécialisées a été élaboré<sup>10</sup> ;
- La création ou le renforcement de 50 équipes mobiles psychiatriques spécialisées est en cours<sup>11</sup> (12 projets ont été financés en 2005. Pour 2006, 31 projets ont été retenus. Ainsi, fin 2006, 43 projets seront financés sur les 50 prévus par le plan) ;
- La création de lits halte santé et la participation des secteurs de psychiatrie au dispositif sont en cours de réalisation<sup>12</sup> ;
- La diffusion des éléments méthodologiques pour impulser et soutenir localement les pratiques pluri-partenariales adaptées à ces publics est engagée<sup>13</sup> ;
- Une plaquette pédagogique sur le thème « souffrances psychiques, troubles de la santé mentale : la place du travailleur social » a été réalisée et diffusée à 4 000 exemplaires dans les services déconcentrés, et mise sur le site internet du ministère.

*Pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées:*

5 actions, soit la quasi totalité des actions prévues par le plan, ont été engagées ou réalisées :

- Le renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins, dans le cadre de la psychiatrie de liaison et d'intervention à domicile, fait partie des orientations des SROS récemment arrêtés ;
- 13 régions ont engagé la formalisation des articulations nécessaires entre les différents acteurs concernés par la santé mentale des personnes âgées. 5 autres régions ont achevé cette formalisation ;
- 17 régions ont engagé le renforcement des compétences psychiatriques au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la poursuite du développement des consultations mémoires et des centres mémoire de ressources et de recherche. 2 autres régions ont achevé cette action.
- Des dispositions pour adapter les EHPAD à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle sont en cours dans 15 régions, et mises en œuvre dans 1 autre région ;
- Pour sensibiliser et former au diagnostic et à la prise en charge de la dépression chez la personne âgée, une mallette destinée aux médecins généralistes et aux médecins travaillant en EHPAD est en cours d'élaboration<sup>14</sup>.

*Pour finaliser le réseau national de l'urgence médico-psychologique:*

3 actions ont été engagées ou réalisées :

- La mise en œuvre du dispositif régional et départemental de prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe est en cours<sup>15</sup> ;
- Une évaluation, dans le cadre du PHRC, sur les pratiques de débriefing à la française a été lancée début 2006 en région Rhône-Alpes. Les résultats seront disponibles fin 2008 ;
- La mise en place du Comité National de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe est en cours<sup>16</sup>.

### Moyens mobilisés

En 2005 :

- 1,582 M€ ont été alloués pour financer la création d'équipes mobiles psychiatriques spécialisées ;
- 3,818 M€ ont été alloués pour finaliser le dispositif d'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe.

En 2006, 3,25 M€ ont été notifiés aux régions pour développer les équipes mobiles psychiatriques spécialisées<sup>17</sup>.

<sup>10</sup> Circulaire N° 521 du 23 novembre 2005.

<sup>11</sup> Crédits 2005. Circulaire du 26 juillet 2005 sur la base d'un appel à projets auprès des ARH.

<sup>12</sup> Création des lits halte soin santé, article 50 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la SS pour 2006, et circulaire DGAS du 7 février 2006 pour appel à projet pour création des structures. Décret du 17 mai 2006 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des structures lit halte santé.

<sup>13</sup> Confer convention triennale 2005-2008 avec l'ORSPERS/ONMSP.

<sup>14</sup> Cette action est également citée au titre de la réalisation du programme spécifique N°1 sur « dépression et suicide ».

<sup>15</sup> Allocation des moyens par la circulaire budgétaire du 26 juillet 2005.

<sup>16</sup> Confer l'arrêté du 17 mars 2006 portant création de ce Comité National.

<sup>17</sup> Confer circulaire du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

## **Bilan de la deuxième année de mise en œuvre :**

### *Pour favoriser la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion*

3 actions ont été engagées ou réalisées :

- un appel à projets pour le développement des équipes mobiles de psychiatrie a été organisé. Une troisième tranche de crédits a été déléguée en début 2007 (3,45 Millions d'euro), permettant la création de 25 équipes (hors DOM).
- une enquête d'évaluation de la montée en charge de ces équipes mobiles psychiatriques a été lancée.
- mise en place d'un comité national de pilotage pour organiser des journées inter-régionales « précarité et santé mentale » dans 4 régions volontaires avec l'ORSPERE au second semestre 2007.

### *Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées*

3 actions ont été engagées ou réalisées :

- achèvement de la conception de la mallette d'outils pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé et lancement d'une expérimentation dans deux départements, auprès des médecins généralistes en ville et des médecins et psychologues intervenant en EHPAD, pour évaluer l'intérêt de la démarche du point de vue de la sensibilisation et de la formation des professionnels. Cette évaluation passera par l'appréciation de la pertinence et de l'appropriation de l'outil.
- réalisation, à partir des données de la littérature, d'un état des lieux concernant l'impact du vieillissement de la population sur les besoins en santé mentale ; ce diagnostic, présenté aux différents partenaires (DGS, DGAS, DHOS, DSS, DREES, CNSA, MNASM,...), fournira une référence pour l'élaboration de propositions d'action ;
- un appel d'offre a été lancé (CIRCULAIRE DHOS/O2 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées.) afin de financer des projets de coopérations dans les prises en charge des personnes âgées entre les professionnels de la psychiatrie et le secteur des personnes âgées. Environ 15 projets seront retenus au niveau national. Le nombre important de projets reçus en juin 2007, (70 projets) montre la réalité des changements dans les modes de prise en charge dans les régions.
- le groupe de travail sur les décrets sur les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie a consacré une séance afin de définir les spécificités des réponses à apporter aux besoins en psychogériatrie.
- engagement d'une expérimentation sur la prise en charge coordonnée des troubles psychiques des personnes âgées<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Circulaire N° 176 du 30 avril 2007 précisant les conditions d'une expérimentation menée en région pour soutenir des projets novateurs dans le cadre d'un appel d'offre national.

### **1.13. Conclusion générale sur les actions menées pour mettre en œuvre les 8 grands objectifs et les 4 programmes spécifiques du plan**

Les régions ont conduits de nombreuses actions s'inscrivant dans le cadre des objectifs et programmes du plan. Le bilan exact de ces actions menées dans les région figure en annexe de ce bilan et n'ont pas été reprises dans les pages précédentes.

Par rapport aux 210 actions recensées dans le plan au terme de cette deuxième année de mise en œuvre, 120 d'entre elles ont été soit engagées soit réalisées, soit un taux de 57 %.

Il faut rappeler que toutes ces actions ne sont pas bien sûr d'égale importance, tant pour ce qui concerne les crédits mobilisés que pour ce qui concerne l'impact attendu sur le dispositif de prise en charge de la santé mentale. Mais, ce degré d'engagement ou de réalisation des actions montre que l'effort de mise en œuvre est soutenu. Il s'est surtout étendu dans les régions.

Les actions les plus décisives sont réalisées :

- le lancement des opérations d'investissements, avec la notification des crédits faite aux établissements à la fin du premier semestre 2006 ;
- la mise en place des formations d'adaptation à l'emploi et du tutorat pour les infirmiers ;
- le financement des premières équipes mobiles psychiatriques spécialisées ;
- la création des groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- le développement de la concertation avec la mise en place de la commission consultative régionale de santé mentale, et la place plus grande faite aux représentants des usagers et des famille, dans pratiquement toutes les régions.

## II. Mise en œuvre des orientations déterminées lors du premier bilan

Au vu du premier bilan de la mise en œuvre du plan, il avait été décidé de se fixer quatre orientations pour la seconde année.

### 2.1. Première orientation : l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social

#### **Rappel de l'orientation à l'issue de la première année de mise en œuvre du plan :**

L'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social, le décloisonnement des prises en charge, dépendent de dispositions à prendre très concrètes. Une expérimentation aura lieu dans deux régions en 2006 afin de bien définir les types de dispositions concrètes qui pourraient ensuite être reprises dans chaque région. A l'issue de cette expérimentation, une réunion de « l'instance nationale de concertation » se tiendra pour en examiner les résultats.

Dans deux régions, la Haute-Normandie et la Bourgogne, une étude a été conduite par la DGAS, la DHOS, la DGS et la CNSA, avec l'appui technique de la mission nationale d'appui en santé mentale, sur les réussites et les difficultés rencontrées dans la recherche d'articulations entre le sanitaire et le médico-social et le social. Cette étude a donné lieu à un rapport.

Sur la base de ce travail mené dans ces deux régions, une consultation de tous les comités consultatifs régionaux de santé mentale (CRCSM) a été lancée en Mai 2007 (remontée attendue des données en novembre 2007)

### 2.2. Deuxième orientation : la prise en charge des enfants et des adolescents

#### **Rappel de l'orientation :**

Le plan prévoit un certain nombre de dispositions à prendre pour améliorer les prises en charge des enfants et des adolescents. Des moyens financiers sont prévus pour soutenir la mise en œuvre de ces objectifs. Il conviendra de suivre de plus près la réalisation des mesures prises en conformité avec ces objectifs du plan.

Un rééquilibrage des efforts budgétaires en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile s'est produit pour cette deuxième année de mise en œuvre du plan, par rapport à ce qui avait été constaté lors de la première année.

Par ailleurs la réflexion plus générale sur la psychiatrie infanto-juvénile a été engagée dans différents groupes de travail (voir plus haut...)

### 2.3. Troisième orientation : les liens avec les représentants élus des collectivités locales

#### **Rappel de l'orientation :**

L'appropriation des objectifs du plan par les représentants élus des collectivités locales aiderait certainement à la mise en œuvre des dispositions en faveur d'une articulation entre le sanitaire et le médico-social et le social prévues par le plan. Le comité technique national de suivi déterminera les initiatives à prendre pour permettre cette appropriation du plan par les élus.

Les rencontres en Bourgogne et Haute Normandie ont systématiquement associé les représentants des conseils généraux, des mairies, des maisons départementales des personnes handicapées

comme les professionnels sociaux et médico-sociaux. La réflexion lancée dans l'ensemble des CRCSM en mai 07 associera de fait les représentants élus des collectivités locales. La remontée de ces données devrait permettre d'engager en 2008 la réflexion avec les élus sur la base d'un bilan issu de l'ensemble des régions.

Par ailleurs, une présentation des travaux menés ou en cours sur les articulations sanitaires, sociales et médico-sociales dans le champ de la santé mentale, a été faite par la CNSA devant l'ANDAS en mars 2007.

## **2.4. Quatrième orientation : conduire une réflexion sur les architectures des structures de soins**

### **Rappel de l'orientation :**

La mise en œuvre du plan des investissements mérite d'être accompagnée par une réflexion sur les architectures des structures de soins, en intra comme en extra hospitalier, qui seraient les mieux adaptées aux prises en charge médicales présentes et à venir. Les résultats de cette réflexion pourrait ensuite servir de références aux projets immobiliers encore à définir ou futurs.

Sur proposition de la Commission Technique Nationale de Suivi (CTNS) du Plan Psychiatrie et Santé Mentale, et à la demande de la DHOS, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale a conduit une réflexion pluri-partenariale sur les architectures des structures de soins en psychiatrie. Une plaquette a été rédigée intitulée : « *Aide à l'élaboration d'un pré-programme en psychiatrie* <sup>19</sup> ».

---

<sup>19</sup> Coordonnés de la MNSAM : 01 53 94 56 90 ; adresse email : mission@mnasm.com

### **III. Les impacts de la mise en œuvre du plan**

Le suivi des impacts du plan est difficile dans la mesure où le système d'information de la psychiatrie est en pleine mutation : généralisation de RIM-P en 2007, modification du volet de la SAE 2006, travaux en cours pour organiser un recueil d'information sur l'organisation des soins qui intègre l'ensemble de l'activité de psychiatrie (sectorisée ou non, publique ou privée). Dans ce cadre, les dernières données disponibles en juin 2007 (rapports annuels de secteur 2003 et SAE 2005) ne permettent pas d'apporter des éléments sur l'impact du plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Par ailleurs, la mesure de l'impact de mesures reste de connaissance difficile et ne peut se faire qu'à distance. C'est pourquoi ces éléments d'impact ne seront pour l'essentiel connus que dans le cadre du bilan terminal d'exécution du plan.

A ce stade, ne sont donc envisagés que les impacts portant sur la mobilisation des moyens.

#### **3.1. Impact N° 1 : Le développement des crédits de prévention et de promotion de la santé en santé mentale**

L'impact sur l'augmentation des crédits attribués par les régions à la prévention en santé mentale est modeste, voire inexistant, à l'issue de cette deuxième année de mise en œuvre du plan.

#### **3.2. Impact N° 2 : Un meilleur accueil des malades et une meilleure prise en charge**

- *L'évolution des moyens en personnels pour les prises en charge en ambulatoire, ou dans des alternatives à l'hospitalisation à temps complet*

Il n'a pas été possible de réunir des informations fiables dans toutes les régions sur cet indicateur. Demeure la nécessité de reprendre une enquête en se donnant plus de temps pour obtenir ces informations de la part des établissements.

- *Le degré de saturation des capacités d'hospitalisation à temps complet*

Au départ de la mise en œuvre du plan, le taux d'occupation moyen des services est élevé, de façon assez générale. Entre 2003 et 2004, il est de 89 % environ. Il a dépassé 90 % dans 11 régions en 2004. Il n'est jamais en dessous de 80 %. En 2005, la pression sur l'hospitalisation est toujours forte, le taux d'occupation moyen est de 90% environ, et 14 régions ont un taux d'occupation moyen supérieur à 90%.

La Durée Moyenne de Séjour (DMS) est en moyenne de 30 jours, avec un écart maximum allant, en 2004, de 18,5 jours à la Réunion à 48,3 jours en Picardie. 11 régions ont une DMS entre 27 et 32 jours.

- *L'évolution du poids des longues hospitalisations*

En 2003, le nombre des patients hospitalisés depuis plus d'un an dans les secteurs de psychiatrie générale était de 9 493. Ces hospitalisations occupent 25,4 % des lits des secteurs psychiatriques. Les données disponibles ne permettent pas, à ce jour, d'en évaluer l'évolution.

➤ *La diversification des modes de prise en charge*

- En psychiatrie générale :

Le nombre de places en hospitalisation de jour et de nuit, pour 100 000 habitants de plus de 16 ans, est d'environ 18,5. Ce nombre est variable d'une région à l'autre. L'écart maximum est entre la Martinique (6,9) et le Limousin (46,4).

6 régions ont, pour 100 000 habitants de plus de 16 ans, un nombre de places supérieur à 25. Et 11 régions ont un nombre de places inférieur à 15.

- En psychiatrie infanto-juvénile:

Le nombre de places en hospitalisation de jour et de nuit, pour 100 000 habitants de 16 ans ou moins, est d'environ 34. Ce nombre est variable d'une région à l'autre. L'écart maximum est entre la Guyane (7,4) et la Réunion (58,5).

11 régions ont, pour 100 000 habitants de 16 ans ou moins, un nombre de places supérieur à 40. Et 8 régions ont un nombre de places inférieur à 31.

➤ *Le développement des réseaux en santé mentale*

Au total, en 2005, 16 réseaux en santé mentale sont recensés, dans 8 régions.

Les réseaux en lien avec le thème de la santé mentale, qui ont reçu des financements DNDR (dotation nationale des réseaux) sont encore très largement des réseaux thématiques dont la plupart sont orientés vers le handicap psychique ou vers la prise en charge des populations en situation de risque ou de précarité. Il s'agit parfois de réseaux assez anciens, qui se sont réorientés dans le cadre de la nouvelle réglementation sur les réseaux de santé, à partir de 2002. L'apparition de réseaux territoriaux à vocation plus directement axée sur les soins en psychiatrie sont encore souvent émergents et n'ont pas encore fait l'objet de financements DNDR, excepté le RPSM 78.

### **3.3. Impact N° 3 : Un meilleur accompagnement social des personnes**

➤ *Le développement des services d'accompagnement*

L'objectif de création de places de SAMSAH qui n'avait été atteint qu'à 30% environ la première année de mise en œuvre du plan, l'a été à 68% la deuxième année.

**120 places** de SAMSAH Handicap psychique avaient été créées en 2005, dans 8 régions : Bretagne, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Centre, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Pays de Loire, PACA. Les places de SAMSAH seront pour l'essentiel installées courant 2006.

Le montant des crédits de l'Assurance Maladie engagés en 2005 s'élevait à 1,7 M€

En 2006, 254 places de SAMSAH ont été autorisées au cours de l'année dans 11 régions (Aquitaine, Centre, Ile de France, Languedoc Roussillon, Midi-Pyrénées, Basse Normandie,

Haute Normandie, Pays de Loire, Picardie, Provence Alpes Côte d'Azur et Rhône Alpes). Les crédits de l'assurance maladie engagés se sont élevés à 2,8 M€

Le développement des SAMSAH<sup>20</sup> se poursuit donc en se rapprochant de l'objectif de création annuel indiqué par le plan. Il reste encore inférieur à cet objectif et une partie des crédits notifiés en 2006 (7,44 M€) a été utilisée pour le financement de SAMSAH ou de SSIAD non spécialisés.

➤ *La création de groupes d'entraide mutuelle (GEM)*

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) ont été créés par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ils réunissent des personnes souffrant de troubles psychiques en associations ayant un but d'entraide. Fondés sur l'aide mutuelle que peuvent s'apporter les personnes concernées, ils apportent des réponses nouvelles aux besoins d'aide et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques et se veulent un outil de lutte contre l'isolement, de prévention de l'exclusion sociale et d'insertion dans la cité. Les GEM sont épaulés, pour leur organisation et leur gestion, par des associations ou organismes partageant leur but, dits de parrainage. Ils établissent nécessairement des liens de partenariat avec les équipes de psychiatrie, formalisés par convention avec l'établissement de santé mentale concerné.

Le cahier des charges des GEM a été diffusé par circulaire DGAS/3B/2005/418 du 29 août 2005, qui fixe leur modalités de conventionnement et de financement.

Conformément au plan « psychiatrie et santé mentale », les GEM sont financés sur des crédits alimentés par la CNSA par voie du fond de concours, à hauteur de 20 M€; ces crédits devraient permettre notamment de salarier des animateurs qui les aident dans leur activité. Le pilotage de ces actions est assuré par la DGAS qui en assure également le suivi en s'appuyant sur un comité associant les représentants d'usagers, de professionnels, de collectivités territoriales, de services déconcentrés, ainsi que la DGS, la DHOS et la CNSA..

L'objectif de création de 300 GEM sur la durée du plan est atteint à ce jour à 83 % (249 GEM créés). 44 nouveaux projets, au minimum, pourront être financés en 2007

Le bilan en cours de réalisation apportera des indications utiles pour la consolidation du fonctionnement et le développement de démarches de qualité dans l'ensemble des GEM.

➤ *L'évolution des places créées pour des personnes handicapées psychiques dans des structures sociales ou médico-sociales*

Les objectifs de création de 400 places en 2005 ont été légèrement dépassés. Au total, **453 places** de MAS et de FAM ont été créées, dans 8 régions : Bretagne, Ile-de-France (236), Languedoc-Roussillon, PACA, Rhône-Alpes, Lorraine, Nord-Pas-de-Calais, Martinique.

Le montant de crédits médico-sociaux engagés s'est élevé à 18,6 M€ en 2005, soit au-delà des moyens notifiés au titre du handicap psychique..

Si fin 2005, 134 places de MAS-FAM pour handicapés psychiques ont été installées, il y en avait 178 d'installées fin 2006. Il faut noter qu'un délai est nécessaire entre le financement et l'installation des places de MAS et de FAM.

380 places de FAM et de MAS ont été créées en 2006 pour les personnes handicapées psychiques dépassant ainsi l'objectif annuel fixé par le plan dans 13 régions (Alsace, Aquitaine, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Ile de France, Pays de Loire, Poitou Charente, Provence-Alpes Côte d'Azur, Rhône Alpes, Guadeloupe et Réunion). Le montant des crédits médico-sociaux engagés s'élève à 14.15 millions d'euros en 2006, hors transfert des enveloppes sanitaires pour les opérations de transformation de lits de psychiatrie.

<sup>20</sup> Catégorie nouvelle de structures, dont le statut juridique n'a été fixé qu'en 2005 (décret du 11 mars 2005 fixant les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SAMSAH et SAVS).

Le montant des crédits médico-sociaux engagés s'élève à 14,15 millions d'euros en 2006, hors transfert des enveloppes sanitaires pour les opérations de transformation de lits de psychiatrie.

➤ *L'évolution des places en ESAT pour des personnes handicapées psychiques*

Au total, 3 000 places d'ESAT ont été créées en 2005, tous handicaps confondus. On peut estimer qu'environ 12 % de ces places sont dédiés à des personnes présentant un handicap psychique (**347 places**). Il en était de même en 2004 où 359 places avaient été dédiées à des personnes handicapées psychiques, sur un total de 3 000 créées.

En 2006, le nombre de places d'ESAT créées pour des handicaps psychiques a été un peu supérieur à celui des années précédentes (471).

### **3.4. Impact N° 4 : Le renforcement des droits des malades et de leurs proches**

L'indicateur de suivi de cet impact (le nombre de conseils de secteurs) est difficile à recueillir. Quand des données existent elles sont peu fiables et ne se recoupent pas avec les données avancées par les régions.

### **3.5. Impact N° 5 : Le développement de bonnes pratiques**

Une enquête spécifique devra avoir lieu pour suivre l'impact des actions en faveur du bon usage des médicaments.

### **3.6. Impact N° 6 : Le développement de la recherche clinique**

En 2005, 11 projets de recherche clinique en psychiatrie ont été retenus dans le cadre du Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), pour un montant de 2 819 000 euros.

En 2006 : 5 projets de recherche clinique en psychiatrie ont été retenus dans le cadre du PHRC pour un montant de 1 394 000 euros.

### **3.7. Impact N° 7 : L'amélioration de la prise en charge de la dépression**

Une évaluation de ce programme spécifique doit être définie et mise en œuvre, avec des résultats prévus en 2009.

### **3.8. Impact N° 8 : La réduction de la mortalité par suicide**

L'objectif à atteindre est défini par la loi de santé publique. Il s'agit de réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale, en le ramenant de 12 000 par an à 10 000.

### **3.9. Impact N° 9 : L'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion**

L'évaluation de ce programme spécifique doit être définie et mise en œuvre, avec des résultats prévus en 2009.

### **3.10. Impact N° 10 : Une meilleur réponse aux besoins des personnes âgées**

L'indicateur d'impact retenu est celui du nombre de SROS comprenant des projets de géronto-psychiatrie. L'analyse des SROS 3 montre que cette priorité a été explicitement retenue dans 21 régions.

### **3.11. Impact N° 11 : Une meilleure réponse aux besoins de santé mentale des détenus**

Deux indicateurs de suivi ont été retenus :

- le nombre de détenus qui consultent en psychiatrie,
- le nombre de consultations en psychiatrie en établissements pénitentiaire.

La situation constatée en 2003 figure en annexe.

## IV. Les moyens budgétaires mobilisés

### 4.1. Le suivi des crédits prévus par le plan

#### **Rappel des crédits prévus par le plan**

Le plan « psychiatrie et santé mentale » a prévu au total, sur la période 2005-2008, un financement, en crédits de fonctionnement, de **287,53 millions d'euros**.

A ces crédits de fonctionnement, s'ajoutent des subventions au titre du FMESPP, à hauteur de **188 millions d'euros** (s'ajouteront, au delà de la période 2005-2008 du plan, 70 M€ de subventions supplémentaires sur deux ans, de 2009 à 2010).

#### **4.1.1. L'engagement global en crédits de fonctionnement et en subvention au titre du FMESPP est conforme aux dispositions du plan**

##### ➤ Pour les crédits de fonctionnement

- en 2005 : 61,56 M€ ont été alloués,
- en 2006 : 87,87 M€ ont été alloués,

##### ➤ Pour les crédits en subvention

- en 2005 : 8,5 M€ ont été alloués,
- en 2006 : 47,1 M€ ont été alloués,

Répartition des crédits par sources et par objectifs et programmes (en millions d'euros)

	Crédits alloués en 2005			Crédits alloués en 2006			Crédits prévus par les circulaires parues au premier semestre 2007		
	ONDAM Hospitalier	Crédits Médico-social	Subventions	ONDAM hospitalier	Crédits Médico-social	Subventions	ONDAM hospitalier	Crédits médico-social	Subventions
<b>Objectif 1 : Mieux informer et prévenir</b>									
<b>Objectif 2 : Mieux accueillir, et mieux soigner</b>	31,28			46,55			31,09		
<b>Objectif 3 : Mieux accompagner</b>		24,65			34,91			43,6	
<b>Objectif 5 : Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale</b>						- 25,1 FME SPP - 10 PRIS M			- 25,1 FME SPP 10 PRISM
<b>Objectif 7 : Améliorer l'information en psychiatrie</b>			8,5			10			11.82
<b>Programme N° 2 : Santé/justice</b>	0,82			2,31					
<b>Programme N° 4 : Populations vulnérables</b>	4,818			3,998			3,25		
	<b>36,91</b>	<b>24,65</b>	<b>8,5</b>	<b>52,86</b>	<b>34,91</b>	<b>47,1</b>	<b>34,34</b>	<b>43,6</b>	<b>46,92</b>

4.1.2. Un effet d'entraînement déjà constaté en 2005, qui se maintient en 2006

- La dynamique nationale d'allocation de crédits a été renforcée par un effort complémentaire des régions :

Un effort sensible a été consacré par les régions au financement des projets de psychiatrie et santé mentale, en complément des crédits qui leur ont été notifiés au titre du plan Psychiatrie et santé mentale. Pour la France métropolitaine, près de 48M€ ont été effectivement alloués aux établissements exerçant en psychiatrie au cours de l'exercice budgétaire 2006, soit 10 M€ de plus que la tranche 2006 du plan.

➤ *Cet effort est cependant marqué par des disparités selon les régions :*

Les allocations complémentaires de crédits consacrées au bénéfice de la psychiatrie sont inégales selon les régions concernées :

Cette dynamique de renforcement des moyens de la psychiatrie est principalement portée par 9 régions ( Ile de France, Aquitaine, Pays de la Loire, Haute Normandie, Lorraine, Alsace, Limousin et Provence Alpes Côte d'Azur et Champagne Ardennes), qui, pour certaines, ont complété de plus de 50% les crédits alloués au bénéfice de ce secteur ( Alsace, Aquitaine, ARHIF, Lorraine, Haute Normandie). Au total, l'effort financier consacré par ces régions en complément de l'allocation de crédits du plan Psychiatrie et santé mentale atteint 14,2 millions d'euros.

A contrario, pour 7 régions (Auvergne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Poitou et Rhône-Alpes), les crédits effectivement alloués à la psychiatrie en 2006 sont nettement en deçà du niveau des crédits qui ont été impartis par le plan. Ce différentiel négatif s'échelonne selon les régions de 1/5<sup>ème</sup> à la moitié des crédits accordés aux régions et atteint un montant total de 4,1 millions d'euros .

Cette situation dans ces régions peut s'expliquer par la nature des projets prévus. Ainsi, le Nord-Pas-de-Calais a le projet de créer deux structures de soins accueillant des adolescents. Afin de pouvoir ouvrir ces structures avec les moyens en personnel nécessaires, les crédits alloués par le niveau national sont pour l'instant provisionnés.

➤ *L'effet dynamique constaté est de moindre ampleur qu'en 2005 :*

La dynamique observée à la faveur de l'allocation de la 1<sup>ère</sup> tranche du plan (caractérisée par un effort complémentaire de 18 M€ des régions métropolitaines) est moins importante en 2006 qu'en 2005. Ce sont les mêmes régions qui, ayant engagé une dynamique en faveur de la psychiatrie et santé mentale en 2005, la poursuivent en 2006 mais à un moindre niveau. Les régions qui n'avaient pas en 2005 engagé un tel effort comparatif au bénéfice de la psychiatrie, n'ont pas davantage participé en 2006 à un redéploiement des moyens en faveur de la psychiatrie

*Un effort consolidé en matière de créations de postes*

:

Au total, en France métropolitaine, 758 postes non médicaux ( dont 389 infirmiers) et 86.6 postes médicaux ont été créés à la faveur des allocations de crédits pour 2006 à la psychiatrie et santé mentale (en France entière : 847.5 postes de non médicaux et 95.6 postes de médecins).

La dynamique de création de postes poursuivie par les régions en 2006 doit être soulignée, celles-ci ayant consacré à ces créations environ 85% des crédits alloués. Cet effort de création de postes est plus marqué encore qu'en 2005, puisque sur la base d'une enveloppe globale de crédits alloués moindre en 2006 par rapport à 2005, les créations ont été plus nombreuses.

La totalité des crédits alloués en 2006 n'a néanmoins pas donné lieu à des créations de postes pour les raisons suivantes :

- soit parce que l'enveloppe 2006 a permis une extension année pleine de crédits initialement alloués en 2005, année au titre de laquelle ont été répertoriés les créations de postes correspondantes,

- soit parce que une partie non négligeable de crédits a donné lieu à des affectations hors groupe 1 (achat de petits matériels, compléments d'investissement apportés au PRISM, etc...).

#### ***4.1.3. Une répartition des crédits rééquilibrée en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile :***

En 2005 seulement 4.2 M€ avaient été alloués au bénéfice de la psychiatrie infanto juvénile (soit 11.3% de l'enveloppe globale), conduisant le 1<sup>er</sup> rapport de mise en œuvre du plan à pointer comme prioritaire l'objectif de soutien financier aux structures de prise en charge des enfants et adolescents. En 2006, une réelle dynamique semble s'être instaurée au bénéfice de ce domaine de la psychiatrie puisque 9.5 M€ lui ont été alloués. Non seulement le ratio des crédits correspondant au ratio théorique de répartition financière entre ces deux champs (22.7%) a été respecté par les régions, mais un complément de financement de près de 3.7 M€ a été consacré à la psychiatrie infanto-juvénile par les régions métropolitaines, ce qui porte à 28% la part prise par le secteur infanto-juvénile dans l'allocation des crédits réalisée en 2006.

La dynamique enclenchée en faveur de la psychiatrie infanto-juvénile repose là encore sur un petit nombre de régions (Languedoc-Roussillon, Haute Normandie, PACA, Limousin, Alsace, Bretagne, Corse, Midi-Pyrénées) qui ont engagé au bénéfice de ce secteur des compléments financiers s'échelonnant de 50% à 160% de l'enveloppe reçue.

#### ***4.1.4. Une répartition plus harmonieuse des crédits en faveur des alternatives à l'hospitalisation et de l'ambulatoire:***

L'objectif fixé pour la seconde année du plan, visant à rééquilibrer la répartition des crédits de l'ONDAM hospitalier entre l'hospitalisation complète d'une part et les alternatives à l'hospitalisation et l'ambulatoire d'autre part, en conformité avec l'équilibre général fixé par le plan, est globalement atteint.

L'agrégation des crédits consacrés à l'hospitalisation complète et aux urgences (soit 16,3 M€) est en effet inférieure à la somme des crédits alloués au bénéfice des alternatives à l'hospitalisation et à l'ambulatoire (soit 21 M€), ce qui contribue à corriger l'équilibre inverse constaté en 2005.

Les équilibres retenus par chaque région sont néanmoins très variables, certaines régions (Auvergne, Champagne-Ardenne, Limousin, Picardie) ayant continué de privilégier en 2006 les allocations de crédits à l'hospitalisation complète. Ces choix peuvent s'expliquer bien sûr par des situations très différentes des régions sur le plan des équipements psychiatriques.

## **4.2. Les dotations des établissements psychiatriques en 2004 et 2005.**

Entre 2004 et 2005, la dotation annuelle de financement au profit des établissements publics et PSPH sectorisés ou non, a, au total, connu une augmentation de **2,19 %**. Entre 2005 et 2006, elle a connu une augmentation de **2,97 %**.

**TABLEAU 1 : ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS AYANT UNE ACTIVITE EXCLUSIVE EN PSYCHIATRIE**

<b>Année</b>	<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2006</b>	
<b>Région</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>
Alsace	142 205 100		143 613 671		145 675 209	
Aquitaine	317 413 313		326 350 259		333 702 452	
Auvergne	103 746 359		106 978 364		109 033 687	
Bourgogne	151 701 758		153 222 160		157 730 905	
Bretagne	324 057 160		327 799 551		332 724 494	
Centre	138 784 526		141 733 044		144 603 559	
Champagne-Ardenne	136 329 164		137 185 756		141 172 313	
Corse	-				-	
Franche-Comté	129 904 065		131 777 730		135 630 797	
Ile-de-France	836 666 932		854 452 756		861 142 746	
AP HP	-					
Languedoc-Roussillon	122 855 684		127 598 694		131 869 533	
Limousin	96 550 799		98 321 517		101 570 391	
Lorraine	7 089 866		7 103 126		283 874 692	
Midi-Pyrénées	211 593 668		214 809 017		219 051 710	
Nord-Pas-de-Calais	279 729 466		279 450 127		285 980 444	
Normandie-Basse	138 916 071		138 906 700		142 484 843	
Normandie-Haute	120 093 441		119 603 213		122 125 479	
Pays-de-la-Loire	241 967 672		240 140 907		247 566 525	
Picardie	237 502 383		237 270 307		240 878 402	
Poitou-Charentes	90 523 034		91 470 120		94 613 852	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	339 906 601		345 409 574		349 655 814	

Rhône-Alpes	387 719 548		398 119 890		400 452 581	
<b>France métropolitaine</b>	4 555 256 610	0	4 621 316 483	0	4 981 540 428	0
ZZ-Guadeloupe	38 879 364		40 122 542		37 445 205	
ZZ-Guyane	-		20 726 079		27 093 787	
ZZ-Martinique	49 550 008		52 591 559		56 682 736	
ZZ-Réunion	42 396 670		45 031 664		51 569 594	
<b>DOM</b>	130 826 042	0	158 471 844	0	172 791 323	0
<b>France entière</b>	4 686 082 653	-	4 779 788 328	-	5 154 331 751	-

**TABLEAU 2 : ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS AYANT UNE  
POLYACTIVITE**

<b>Année</b>	<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2006</b>		<b>2007</b>	
<b>Région</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>
Alsace	42 627 623		42 005 877		43 655 404			
Aquitaine	78 181 342		81 962 736		85 797 704			
Auvergne	86 311 843		86 743 191		90 102 224			
Bourgogne	26 678 069		28 908 629		32 172 544			
Bretagne	89 507 875		94 287 381		96 847 659			
Centre	91 793 784		93 439 568		96 261 481			
Champagne-Ardenne	9 046 078		9 090 776		9 278 749			
Corse	34 479 241		35 547 997		37 821 172			
Franche-Comté	29 921 588		30 958 924		32 368 256			
Ile-de-France	541 211 222		558 247 164		470 306 697			
dont AP HP	-				110 148 708			
Languedoc-Roussillon	109 208 461		106 442 682		114 073 295			

Limousin	14 902 270		14 770 958		15 675 505			
Lorraine	33 255 162		33 363 870		33 902 691			
Midi-Pyrénées	119 806 387		127 531 565		133 728 261			
Nord-Pas-de-Calais	172 520 240		179 841 097		198 493 748			
Normandie-Basse	61 285 658		60 062 471		63 145 177			
Normandie-Haute	57 172 638		57 971 040		62 894 267			
Pays-de-la-Loire	115 082 205		118 885 544		124 525 785			
Picardie	23 880 568		23 515 823		23 903 920			
Poitou-Charentes	101 406 906		101 706 257		102 929 370			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	172 970 825		179 787 826		187 001 357			
Rhône-Alpes	227 639 976		230 321 366		236 316 305			
<b>France métropolitaine</b>	2 238 889 961	0	2 295 392 742	0	2 401 350 282	0	0	0
ZZ-Guadeloupe	16 587 321		17 737 934		20 529 760			
ZZ-Guyane					-			
ZZ-Martinique	699 173		701 599		1 127 792			
ZZ-Réunion	16 978 044		17 887 138		21 363 145			
<b>DOM</b>	34 264 538	0	36 326 671	0	43 020 697	0	0	0
<b>France entière</b>	2 273 154 499		2 331 719 413	43020696,61	2 444 370 978	0	0	0

**TABEAU 3 : ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS PUBLICS AYANT UNE ACTIVITE EN PSYCHIATRIE (CHS + CH polyactivité)**

<b>Année</b>	<b>2004</b>		<b>2005</b>		<b>2006</b>		<b>2007</b>	
<b>Région</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>	<b>Financement transmis par ARBUST</b>	<b>Dépenses déclarées par les établissements multi-activités dans les retraitements comptables</b>
Alsace	184 832 724	-	185 619 548	-	189 330 613	-	0	0
Aquitaine	395 594 655	-	408 312 995	-	419 500 156	-	0	0
Auvergne	190 058 202	-	193 721 556	-	199 135 912	-	0	0
Bourgogne	178 379 827	-	182 130 789	-	189 903 449	-	0	0
Bretagne	413 565 035	-	422 086 932	-	429 572 153	-	0	0
Centre	230 578 310	-	235 172 612	-	240 865 040	-	0	0
Champagne-Ardenne	145 375 242	-	146 276 532	-	150 451 062	-	0	0
Corse	34 479 241	-	35 547 997	-	37 821 172	-	0	0
Franche-Comté	159 825 653	-	162 736 654	-	167 999 053	-	0	0
Ile-de-France	1 377 878 155	-	1 412 699 920	-	1 331 449 443	-	0	0
AP HP	-	-	-	-	110 148 708	-	0	0
Languedoc-Roussillon	232 064 145	-	234 041 376	-	245 942 828	-	0	0

Limousin	111 453 068	-	113 092 475	-	117 245 896	-	0	0
Lorraine <sup>21</sup>	40 345 027	-	40 466 995	-	317 777 383	-	0	0
Midi-Pyrénées	331 400 055	-	342 340 582	-	352 779 971	-	0	0
Nord-Pas-de-Calais	452 249 706	-	459 291 225	-	484 474 192	-	0	0
Normandie-Basse	200 201 729	-	198 969 172	-	205 630 020	-	0	0
Normandie-Haute	177 266 079	-	177 574 253	-	185 019 746	-	0	0
Pays-de-la-Loire	357 049 877	-	359 026 451	-	372 092 310	-	0	0
Picardie	261 382 951	-	260 786 129	-	264 782 322	-	0	0
Poitou-Charentes	191 929 940	-	193 176 377	-	197 543 222	-	0	0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	512 877 426	-	525 197 399	-	536 657 171	-	0	0
Rhône-Alpes	615 359 524	-	628 441 257	-	636 768 886	-	0	0
<b>France métropolitaine</b>	<b>6 794 146 571</b>	-	<b>6 916 709 226</b>	-	<b>7 382 890 710</b>	-	0	0
ZZ-Guadeloupe	55 466 685	-	57 860 477	-	57 974 966	-	0	0
ZZ-Guyane	-	-	20 726 079	-	27 093 787	-	0	0
ZZ-Martinique	50 249 181	-	53 293 158	-	57 810 528	-	0	0
ZZ-Réunion	59 374 715	-	62 918 802	-	72 932 739	-	0	0
<b>DOM</b>	<b>165 090 581</b>	-	<b>194 798 515</b>	-	<b>215 812 019</b>	-	0	0

<sup>21</sup> Les chiffres 2004 et 2005 de la Lorraine sont incomplets

<i>France entière</i>	6 959 237 152	-	7 111 507 741	43 020 697	7 598 702 729	-	0	0
-----------------------	---------------	---	---------------	------------	---------------	---	---	---

TABLEAU 4: RESEAUX DNDR DANS LE DOMAINE DE LA SANTE MENTALE

Région	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace					
Aquitaine					
Auvergne					
Bourgogne		397360			
Bretagne					
Centre		23000			
Champagne-Ardenne					
Corse					
Franche-Comté					
Ile-de-France		1656109			
AP HP					
Languedoc-Roussillon					
Limousin		370976			
Lorraine					
Midi-Pyrénées					
Nord-Pas-de-Calais		149190			
Normandie-Basse		23883			
Normandie-Haute					
Pays-de-la-Loire		118000			
Picardie					
Poitou-Charentes					
Provence-Alpes-Côte d'Azur					
Rhône-Alpes					
<i>France métropolitaine</i>	0	2738518	0	0	0
ZZ-Guadeloupe					
ZZ-Guyane					
ZZ-Martinique					
ZZ-Réunion					
<b>DOM</b>	0	0	0	0	0
<i>France entière</i>	0	2738518	0	0	0



**TABLEAU 5 : psychiatrie établissements privés à but lucratif**

Région	2004			2005			2006			2007			Total
	Enveloppe OQN	Honoraire médicaux	Total	Enveloppe OQN	Honoraire médicaux	Total	Enveloppe OQN	Honoraire médicaux	Total	Enveloppe OQN	Honoraire médicaux	Total	
Alsace	2 037 084		2 037 084	2 865 789		2 865 789	3 046 989		3 046 989			0	0
Aquitaine	16 401 957		16 401 957	17 525 691		17 525 691	17 873 062		17 873 062			0	0
Auvergne	10 870 358		10 870 358	11 846 543		11 846 543	12 249 081		12 249 081			0	0
Bourgogne	10 771 348		10 771 348	11 427 396		11 427 396	12 069 355		12 069 355			0	0
Bretagne	24 578 967		24 578 967	26 231 329		26 231 329	26 972 916		26 972 916			0	0
Centre	25 649 616		25 649 616	26 933 791		26 933 791	27 786 465		27 786 465			0	0
Champagne-Ardenne	989 209		989 209	1 221 587		1 221 587	1 212 452		1 212 452			0	0
Corse	6 478 670		6 478 670	7 341 324		7 341 324	7 483 209		7 483 209			0	0
Franche-Comté			-	3 032		3 032	7 212		7 212			0	0
Ile-de-France	61 007 948		61 007 948	74 116 903		74 116 903	76 810 269		76 810 269			0	0
AP HP			-			-			-			0	0
Languedoc-Roussillon	51 871 468		51 871 468	58 283 473		58 283 473	59 667 004		59 667 004			0	0
Limousin	2 202 682		2 202 682	2 497 439		2 497 439	2 422 819		2 422 819			0	0
Lorraine	1 737 093		1 737 093	2 055 263		2 055 263	2 017 213		2 017 213			0	0
Midi-Pyrénées	39 669 601		39 669 601	44 588 770		44 588 770	44 681 776		44 681 776			0	0
Nord-Pas-de-Calais	10 361 063		10 361 063	13 428 843		13 428 843	14 474 664		14 474 664			0	0
Normandie-Basse			-	60 602		60 602	58 738		58 738			0	0
Normandie-Haute	2 994 257		2 994 257	5 254 098		5 254 098	5 652 832		5 652 832			0	0
Pays-de-la-Loire	14 005 403		14 005 403	14 925 775		14 925 775	15 729 430		15 729 430			0	0
Picardie	5 002 552		5 002 552	5 172 799		5 172 799	5 301 660		5 301 660			0	0
Poitou-Charentes	4 758 566		4 758 566	5 047 774		5 047 774	5 165 734		5 165 734			0	0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	74 345 825		74 345 825	91 427 997		91 427 997	95 546 663		95 546 663			0	0
Rhône-Alpes	42 114 100		42 114 100	47 875 013		47 875 013	50 853 987		50 853 987			0	0

<b>France métropolitaine</b>	407 847 766		407 847 766	470 131 228		470 131 228	487 083 528		487 083 528			0	0
ZZ-Guadeloupe	2 007 181		2 007 181	2 343 998		2 343 998	2 311 755		2 311 755			0	0
ZZ-Guyane			-	-		-	11 316		11 316			0	0
ZZ-Martinique			-	1 159		1 159	1 506		1 506			0	0
ZZ-Réunion	4 045 014		4 045 014	5 110 763		5 110 763	5 172 075		5 172 075			0	0
<b>DOM</b>	6 052 195		6 052 195	7 455 921			7 496 652						
<b>France entière</b>	413 899 961		413 899 961	477 587 148			494 580 181						

**TABLEAU DE SYNTHESE**

<b>REGION</b>	0,00					
<b>année</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>ARBUST CHS</b>	4 686 082 652,69	4 779 788 327,56	5 154 331 750,72	0,00	0,00	0,00
<b>ARBUST CH polyactivité</b>	2 273 154 498,81	2 331 719 413,21	2 444 370 978,37	0,00	0,00	0,00
<b>MONTANT TOTAL GENERAL</b>	6 959 237 151,50	7 111 507 740,77	7 598 702 729,10	0,00	0,00	0,00
<b>Variation n/n-1</b>		2,19%	6,85%	-100,00%	#DIV/0!	#DIV/0!
			2.97% en tenant compte de l'erreur pour la lorraine			
<b>RETRAITEMENT COMPTABLE CHS</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>RETRAITEMENT COMPTABLE polyactivité</b>	0,00	43 020 696,61	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>MONTANT TOTAL GENERAL</b>	0,00	43 020 696,61	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Variation n/n-1</b>		#DIV/0!	-1,00	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
<b>MONTANT TOTAL CLINIQUES</b>	413 899 960,93	477 587 148,31	494 580 180,59	#VALEUR!	#VALEUR!	0,00
<b>Variation n/n-1</b>		15,39%	3,56%	#VALEUR!	#VALEUR!	#VALEUR!
<b>MONTANT DNDR</b>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Variation n/n-1</b>		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

## **V. Les orientations à prendre pour la troisième année de mise en œuvre du plan**

1. *Examiner plus particulièrement les actions à conduire pour mieux prendre en charge les problèmes de santé mentale des personnes vieillissantes.*

Le plan « psychiatrie et santé mentale » prévoit un certain nombre de mesures en faveur de la prise en charge des problèmes de santé mentale des personnes âgées. Un examen plus attentif des réalisations ou actions engagées concernant ces populations devra être conduit à l'occasion du suivi de la troisième année de mise en œuvre du plan.

2. *Poursuivre l'orientation sur l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social, sur la base des travaux engagés.*

La consultation des comités régionaux consultatifs de santé mentale (CRCSM) sur l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social doit conduire à rassembler à partir de fin novembre les leçons tirées des expériences menées dans les régions et des propositions d'actions nouvelles. Les résultats de cette consultation devraient aider à mieux définir et orienter les initiatives à prendre pour décloisonner les prises en charge du handicap psychique.

Dans le cadre de ces travaux, il conviendra d'accorder une attention plus particulière aux mesures à envisager pour soutenir et conseiller utilement les promoteurs de projets visant à développer l'accompagnement des personnes souffrant de maladie mentale ou d'un handicap psychique.

3. *Le soutien aux aidants*

L'accompagnement des personnes souffrant de maladie mentale ou d'un handicap psychique passe par le développement de structures et de services, amis repose aussi en grande partie sur la capacité de leurs proches à les aider. Dans la suite de la mise en œuvre du plan, l'accent devra être mis sur les mesures à concevoir et à prévoir pour soutenir les proches, aider les aidants.

## Conclusion

La mise en œuvre du plan « psychiatrie et santé mentale » s'est poursuivie pendant cette seconde année de façon satisfaisante dans l'ensemble :

- le niveau d'engagement et de réalisation des actions prévues est de 60 % environ. Il porte sur les mesures les plus structurantes (investissements hospitaliers, structures et services d'accompagnement, formations...);
- les crédits alloués sont à la hauteur des engagements du plan (fin 2007, environ 80 % des crédits de fonctionnement prévus par le plan auront été alloués) et les dotations aux établissements publics et PSPH sectorisés ou non ont progressé en moyenne de 3 % entre 2005 et 2006 ;
- les régions commencent à développer les mesures prévues par le volet psychiatrique du SROS qu'elle ont arrêté début 2006 ;
- le rééquilibrage des efforts souhaités en faveur de la pédo-psychiatrie et des alternatives à l'hospitalisation temps plein a été réalisé.

Les impacts sur les pratiques et les fonctionnements sont encore difficiles à tous apprécier. Les effets visibles sur la modernisation des établissements restent modestes (environ 14 % des opérations immobilières sont en cours de travaux, et 2 % sont réalisées). Cependant, toutes les bases de l'action voulues par le plan sont bien en place.

Les difficultés dans lesquelles se trouvent un certain nombre de secteurs psychiatriques n'ont pas totalement disparu. Et des menaces sérieuses continuent de peser sur la bonne mise en œuvre du plan, notamment du fait de l'évolution prévisible de la démographie des professions de santé. Par ailleurs, l'instance nationale de concertation l'a souligné, les représentations sociales faisant du malade mental, ou de la personne handicapé psychique, un être inquiétant et dangereux dominant la scène publique.

Le plan « psychiatrie et santé mentale » ne saurait apporter des solutions complètes à tous ces problèmes. Mais, il est un moyen d'agir dont on pourrait tirer certainement encore plus de profits en concevant une meilleure stratégie de communication sur les aspects positifs de la psychiatrie et de la santé mentale qu'il promeut, en recherchant davantage une implication des élus dans l'adoption des mesures destinées à développer le décroisement des prises en charge du handicap psychique, au-delà des micro-initiatives engagées déjà par les différents acteurs (professionnels, familles, usagers, administrations).

Chemin faisant, la mise en œuvre du plan « psychiatrie et santé mentale » incite à s'engager dans de nouvelles perspectives d'actions capables d'agir sur la manière de considérer la maladie mentale et le handicap psychique et de les prendre en charge.

## **Annexes**

### **Annexe 1 : Les tableaux de bord utilisés.**

Trois types de tableau de bord ont été conçus pour suivre la mise en œuvre du plan :

- un tableau de bord recensant l'intégralité des actions prévues par le plan, mentionnant pour chacune d'entre elles, le pilote, le calendrier et le degré de réalisation ;
- un tableau de bord sur quelques indicateurs d'impact du plan ;
- un tableau de bord financier en deux grandes parties, l'une suivant les financements spécifiques prévues par le plan, l'autre reprenant les dotations budgétaires globales allouées aux établissements privés ou publics gérant des services de psychiatrie.

### **Annexe 2 : Rappel de l'organisation du suivi du plan**

#### **➤ La commission technique nationale de suivi.**

La commission technique nationale de suivi a été mise en place le 14 octobre 2005. Elle se réunit environ trois fois par an.

Cette commission a un rôle :

- de coordination des travaux à conduire par les différentes directions d'administration centrale,
- et de suivi général de la mise en œuvre du plan.

Elle est composée de représentants des 5 directions d'administration centrale et de la CNSA, des services déconcentrés DDASS et DRASS, de l'ARH, de la mission nationale d'appui en santé mentale.

#### **➤ L'instance nationale de concertation.**

L'instance nationale de concertation a été mise en place le 31 mars 2006. Elle se réunit deux fois par an.

Pour cette deuxième année de mise en œuvre du plan, l'instance nationale de concertation a été réunie :

- en février 2007 (il s'agissait là d'une réunion thématique sur l'articulation entre le sanitaire, le médico-social et le social) ;
- en septembre 2007 sur le bilan de la mise en œuvre du plan.

L'instance nationale regroupe les représentants de tous les partenaires de l'administration concernées par la mise en œuvre du plan.

Elle est une instance de concertation permettant l'échange sur les résultats du suivi de la mise en œuvre du plan, et sur les orientations à prendre pour faciliter la réalisation de ses dispositions.

➤ **Les correspondants régionaux**

Les correspondants régionaux ont pour rôle de coordonner dans chaque région, sous l'égide de l'ARH et de la DRASS, les travaux nécessaires à la déclinaison régionale des objectifs et programmes spécifiques du plan.

Ils sont réunis environ quatre fois par an.

➤ **Le Comité régional consultatif de santé mentale (CRCSM)**

C'est l'instance de concertation locale utilisée en région par les ARH, sur la déclinaison du plan psychiatrie et santé mentale et la mise en œuvre du SROS.

### **Annexe 3 : Les données d'impact par région.**

#### **1. L'évolution du financement de la prévention et de la promotion de la santé en santé mentale.**

Il s'agit de crédits d'Etat du programme « Santé publique et Prévention » permettant aux régions de mener des actions de prévention via l'organisation de formation - gestion de la crise suicidaire, repérage des troubles psychiques des enfants et des adolescents notamment. Au delà, il appartient aux régions de définir les actions éligibles jugées prioritaires dans le domaine de la santé mentale, eu égard aux besoins recensés dans le cadre des programmes régionaux de santé publique et notamment des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins.

	2004	2005	Année 2006 - CP consommés	Année 2007 - CP prévisionnels	2008
Alsace		51 696	52 200	81 700	
Aquitaine		219 755	54 100	53 600	
Auvergne		194 199	166 100	160 000	
Bourgogne		281 405	156 144	155 184	
Bretagne		268 607	300 984	324 211	
Centre		284 130	333 333	298 170	
Champagne- Ardenne		130 270	66 300	53 000	
Corse			83 443	77 576	
Franche- Comté		67 874	86 883	37 100	
Ile-de-France		1 122 836	1 346 379	1 383 323	
Languedoc- Roussillon		61 498	48 444	48 444	
Limousin		98 978	109 719	95 000	
Lorraine		152 326	98 322	150 000	
Midi-Pyrénées		166 240	105 497	110 000	
Nord Pas-de- Calais		265 452	158 092	150 000	
Basse- Normandie		89 817	149 567	80 000	
Haute- Normandie		182 880	210 347	170 000	
Pays de Loire		357 491	354 379	319 749	
Picardie		235 498	399 715	310 000	
Poitou- Charentes		307 126	250 956	243 214	
PACA		725 876	689 864	616 780	
Rhône-Alpes		543 947	648 575	694 725	
Guadeloupe				0	
Martinique		30 490	34 490	34 490	
Guyane		2 500	7 000	0	
Réunion		26 000	41 158	40 000	
<b>TOTAL</b>		<b>5 866 891</b>	<b>5 951 991</b>	<b>5 686 265</b>	

(source : crédits affectés par les régions à la santé mentale – GLB)

## 2. Nombre de postes offerts aux internes de médecine générale pour les stages optionnels en psychiatrie.

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace		5	4	3	
Aquitaine		36	36	38	
Auvergne		2	2	2	
Bourgogne		2	2	1	
Bretagne		16	16	19	
Centre		3	2	0	
Champagne-Ardenne		2	1		
Corse					
Franche-Comté		3	6	3	
Ile-de-France		4	0	4	
Languedoc-Roussillon			8	3	
Limousin		6	4	0	
Lorraine					
Midi-Pyrénées					
Nord Pas-de-Calais		16	10	5	
Basse-Normandie		8			
Haute-Normandie		1	0	0	
Pays de Loire		6			
Picardie					
Poitou-Charentes		5			
PACA		7	10	4	
Rhône-Alpes		22	32	7	
Guadeloupe					
Martinique		2			
Guyane		2			
Réunion					
<b>TOTAL</b>		<b>146</b>	<b>133</b>	<b>89</b>	

L'interprétation de ces données relatives au nombre de postes de stages optionnels en psy offerts aux internes de médecine générale est rendue complexe par le fait que toutes les régions sollicitées n'ont pas renseigné cet item.

### 3. Evolution des taux d'occupation

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	87,9 %	86,7 %	88,4 %			
Aquitaine	90,6 %	87,3 %	89,2 %			
Auvergne	86,7 %	85,8 %	88,5 %			
Bourgogne	92,1 %	89,7 %	90,9 %			
Bretagne	88 %	85,8 %	87,2 %			
Centre	89,8 %	89,1 %	91 %			
Champagne-Ardenne	92,9 %	91,1 %	94,9 %			
Corse	94,2 %	95,2 %	97,4 %			
Franche-Comté	88,1 %	88,1 %	89 %			
Ile-de-France	88,7 %	88,5 %	89,5 %			
Languedoc-Roussillon	90,4 %	90,7 %	94,9 %			
Limousin	92,4 %	90,6 %	90,7 %			
Lorraine	86,2 %	86 %	85,9 %			
Midi-Pyrénées	92,5 %	93,8 %	92,7 %			
Nord Pas-de-Calais	86,6 %	86,9 %	82,5 %			
Basse-Normandie	81 %	80,4 %	80,9 %			
Haute-Normandie	92,4 %	94,6 %	98,4 %			
Pays de Loire	88 %	91,1 %	90,9 %			
Picardie	81,1 %	80,4 %	81,6 %			
Poitou-Charentes	88,8 %	88,7 %	88 %			
PACA	91,4 %	91,2 %	93,9 %			
Rhône-Alpes	92,3 %	91,3 %	92,9 %			
Guadeloupe	87,2 %	84,8 %	63,2 %			
Martinique	94,1 %	104,2 %	98,4 %			
Guyane	75,5 %	80,9 %	93,5 %			
Réunion	86,1 %	92,3 %	96,9 %			
<b>TOTAL</b>	<b>89,2 %</b>	<b>88,8 %</b>	<b>89,8 %</b>			

*Données recueillies par la DRESS*

#### 4. Evolution des DMS en psychiatrie générale

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	22,3	21,8	22,9			
Aquitaine	34	32,8	36,1			
Auvergne	35,3	34,7	36,7			
Bourgogne	27,5	27,2	27,5			
Bretagne	26,8	25,4	24,9			
Centre	41,8	39,2	38,5			
Champagne-Ardenne	26,6	27,8	30,1			
Corse	36,4	36,8	37,8			
Franche-Comté	36,4	34,7	33,9			
Ile-de-France	28	28,1	27,9			
Languedoc-Roussillon	30,9	32,4	33,3			
Limousin	33,6	32,1	33,7			
Lorraine	39,2	39,8	37,3			
Midi-Pyrénées	26,6	26,2	25,3			
Nord Pas-de-Calais	25,4	24,8	25,4			
Basse-Normandie	18,7	19,4	19			
Haute-Normandie	32,1	32,6	32,5			
Pays de Loire	29,3	28,1	29,2			
Picardie	45,7	48,3	46,8			
Poitou-Charentes	27,8	27,4	25,9			
PACA	31,3	32,3	31,9			
Rhône-Alpes	34,4	32	33,7			
Guadeloupe	42,8	40	33,5			
Martinique	49,1	40,8	45,7			
Guyane	26,8	25,9	32,4			
Réunion	18,4	18,5	14,5			
<b>TOTAL</b>	<b>30,2</b>	<b>29,8</b>	<b>30</b>			

*Données recueillies par la DREES*

## 5. Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	1 346	1 350	1 355			
Aquitaine	3 763	3 647	3 562			
Auvergne	1 681	1 727	1 687			
Bourgogne	1 667	1 651	1 665			
Bretagne	4 052	3 994	3 913			
Centre	2 260	2 265	2 260			
Champagne-Ardenne	970	943	947			
Corse	339	339	339			
Franche-Comté	1 247	1 222	1 210			
Ile-de-France	7 562	7 594	7 654			
Languedoc-Roussillon	2 897	2 862	2 752			
Limousin	895	864	868			
Lorraine	2 391	2 359	2 346			
Midi-Pyrénées	3 149	3 097	3 067			
Nord Pas-de-Calais	3 093	3 076	3 170			
Basse-Normandie	1 246	1 201	1 181			
Haute-Normandie	1 179	1 179	1 146			
Pays de Loire	2 767	2 648	2 598			
Picardie	1 992	1 967	1 923			
Poitou-Charentes	1 497	1 474	1 465			
PACA	5 031	5 044	4 999			
Rhône-Alpes	5 212	5 200	5 128			
Guadeloupe	298	304	350			
Martinique	250	250	290			
Guyane	84	84	84			
Réunion	341	321	321			
<b>TOTAL</b>	<b>57 209</b>	<b>56 662</b>	<b>56 280</b>			

*Données recueillies par la DREES*

## 6. Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète en pédo-psychiatrie

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	56	56	47			
Aquitaine	114	124	129			
Auvergne	97	100	98			
Bourgogne	71	69	44			
Bretagne	113	106	114			
Centre	49	49	49			
Champagne-Ardenne	5	9	21			
Corse	5	5	5			
Franche-Comté	74	66	87			
Ile-de-France	509	507	523			
Languedoc-Roussillon	47	37	52			
Limousin	15	15	15			
Lorraine	35	37	47			
Midi-Pyrénées	112	117	117			
Nord Pas-de-Calais	122	107	122			
Basse-Normandie	19	19	19			
Haute-Normandie	10	10	10			
Pays de Loire	179	158	126			
Picardie	102	102	102			
Poitou-Charentes	54	54	55			
PACA	120	130	123			
Rhône-Alpes	210	220	173			
Guadeloupe	12	12	12			
Martinique	0	0	0			
Guyane	0	0	0			
Réunion	10	10	10			
<b>TOTAL</b>	<b>2140</b>	<b>2135</b>	<b>2100</b>			

*Données recueillies par la DREES*

## 7. Evolution du nombre de patients hospitalisés en psychiatrie générale depuis plus de 365 jours

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	180					
Aquitaine	354					
Auvergne	223					
Bourgogne	128					
Bretagne	723					
Centre	212					
Champagne-Ardenne	246					
Corse	0					
Franche-Comté	392					
Ile-de-France	1302					
Languedoc-Roussillon	256					
Limousin	20					
Lorraine	771					
Midi-Pyrénées	258					
Nord Pas-de-Calais	1192					
Basse-Normandie	729					
Haute-Normandie	201					
Pays de Loire	361					
Picardie	670					
Poitou-Charentes	252					
PACA	393					
Rhône-Alpes	569					
Guadeloupe	51					
Martinique	7					
Guyane	0					
Réunion	3					
<b>TOTAL</b>	<b>9493</b>					

## 8. Evolution du nombre de patients hospitalisés en pédo-psychiatrie depuis plus de 365 jours

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	38					
Aquitaine	36					
Auvergne	4					
Bourgogne	8					
Bretagne	4					
Centre	4					
Champagne-Ardenne	0					
Corse	0					
Franche-Comté	19					
Ile-de-France	253					
Languedoc-Roussillon	23					
Limousin	22					
Lorraine	1					
Midi-Pyrénées	0					
Nord Pas-de-Calais	7					
Basse-Normandie	22					
Haute-Normandie	11					
Pays de Loire	19					
Picardie	21					
Poitou-Charentes	2					
PACA	0					
Rhône-Alpes	12					
Guadeloupe	0					
Martinique	0					
Guyane	0					
Réunion	1					
<b>TOTAL</b>	<b>507</b>					

**9. Evolution du nombre de places en hôpital de jour et de nuit pour 100 000 habitants de plus de 16 ans en psychiatrie générale**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	19,1	18,9				
Aquitaine	19,8	19,7				
Auvergne	27,8	28,8				
Bourgogne	15,7	13,6				
Bretagne	28,5	17,3				
Centre	18,1	18,2				
Champagne-Ardenne	15,1	15,1				
Corse	11,4	11,5				
Franche-Comté	10,1	10,5				
Ile-de-France	17,3	17				
Languedoc-Roussillon	19,7	19,2				
Limousin	46,4	46,4				
Lorraine	12,3	13,1				
Midi-Pyrénées	17,8	17,9				
Nord Pas-de-Calais	13,7	14				
Basse-Normandie	26,2	26				
Haute-Normandie	19,6	19,7				
Pays de Loire	23,9	23,9				
Picardie	12,9	13,6				
Poitou-Charentes	14,9	14,9				
PACA	19,3	19,4				
Rhône-Alpes	13,8	14				
Guadeloupe	29	37,2				
Martinique	5,2	6,9				
Guyane	9,5	9,5				
Réunion	34,1	33,2				
<b>TOTAL</b>	<b>18,5</b>	<b>18,4</b>				

**10. Evolution du nombre de places en hôpital de jour et de nuit pour 100 000 habitants de moins de 16 ans en pédo-psychiatrie**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	43,8	43,9				
Aquitaine	51,3	51,5				
Auvergne	34,8	36,8				
Bourgogne	39,5	39,7				
Bretagne	44,8	44,6				
Centre	38	38,1				
Champagne-Ardenne	38	38,5				
Corse	43,3	43,4				
Franche-Comté	25,2	25,3				
Ile-de-France	29,1	30,7				
Languedoc-Roussillon	30,7	30,4				
Limousin	42	42				
Lorraine	30	31				
Midi-Pyrénées	45,6	46,6				
Nord Pas-de-Calais	17,8	18,1				
Basse-Normandie	37,1	37,4				
Haute-Normandie	33,7	35,9				
Pays de Loire	33,7	33,6				
Picardie	50,3	49,7				
Poitou-Charentes	50,5	50,4				
PACA	28,6	30,2				
Rhône-Alpes	22,9	22,9				
Guadeloupe	53,1	48,1				
Martinique	25	30				
Guyane	7,4	7,4				
Réunion	57,6	58,5				
<b>TOTAL</b>	<b>33,7</b>	<b>34,3</b>				

## 11. Evolution du nombre de réseaux correspondants au cahier des charges

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace					
Aquitaine					
Auvergne					
Bourgogne		3	4		
Bretagne					
Centre		1	1		
Champagne-Ardenne					
Corse					
Franche-Comté					
Ile-de-France		5	3		
Languedoc-Roussillon					
Limousin	1	2	2		
Lorraine					
Midi-Pyrénées					
Nord Pas-de-Calais		1	1		
Basse-Normandie		1	1		
Haute-Normandie					
Pays de Loire		1	2		
Picardie					
Poitou-Charentes					
PACA					
Rhône-Alpes					
Guadeloupe					
Martinique		2	0		
Guyane					
Réunion					
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>14</b>		

**12. Evolution du nombre annuel de places nouvellement autorisées ou installées pour les personnes handicapées psychiques en SAMSAH, pour lesquelles des crédits ont été engagés**

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	Sans objet				
Aquitaine	Sans objet		12		
Auvergne	Sans objet				
Bourgogne	Sans objet	15			
Bretagne	Sans objet	20			
Centre	Sans objet	15	4		
Champagne-Ardenne	Sans objet				
Corse	Sans objet				
Franche-Comté	Sans objet				
Ile-de-France	Sans objet	27	30		
Languedoc-Roussillon	Sans objet		5		
Limousin	Sans objet				
Lorraine	Sans objet				
Midi-Pyrénées	Sans objet	6	32		
Nord Pas-de-Calais	Sans objet	0			
Basse-Normandie	Sans objet	7	24		
Haute-Normandie	Sans objet	0	5		
Pays de Loire	Sans objet	15	39		
Picardie	Sans objet		15		
Poitou-Charentes	Sans objet				
PACA	Sans objet	15	28		
Rhône-Alpes	Sans objet	0	60		
Guadeloupe	Sans objet				
Martinique	Sans objet				
Guyane	Sans objet				
Réunion	Sans objet				
<b>TOTAL</b>	Sans objet	<b>120</b>	<b>254</b>		

Source : DRASS-exploitation DGAS (pour 2005) – exploitation CNSA.

### 13. Nombre de GEM conventionnés

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	Sans objet	1	4		
Aquitaine	Sans objet	9	17		
Auvergne	Sans objet	2	3		
Bourgogne	Sans objet	4	9		
Bretagne	Sans objet	10	19		
Centre	Sans objet	3	14		
Champagne-Ardenne	Sans objet	2	6		
Corse	Sans objet	0	0		
Franche-Comté	Sans objet	4	9		
Ile-de-France	Sans objet	18	30		
Languedoc-Roussillon	Sans objet	3	11		
Limousin	Sans objet	2	6		
Lorraine	Sans objet	8	13		
Midi-Pyrénées	Sans objet	10	17		
Nord Pas-de-Calais	Sans objet	4	6		
Basse-Normandie	Sans objet	6	11		
Haute-Normandie	Sans objet	3	8		
Pays de Loire	Sans objet	6	12		
Picardie	Sans objet	1	6		
Poitou-Charentes	Sans objet	6	10		
PACA	Sans objet	8	15		
Rhône-Alpes	Sans objet	9	20		
Guadeloupe	Sans objet	0	3		
Martinique	Sans objet	0	0		
Guyane	Sans objet	0	0		
Réunion	Sans objet	0	0		
<b>TOTAL</b>	Sans objet	<b>119</b>	<b>249</b>		

Source : enquête DGAS

**14. Evolution du nombre de places nouvellement autorisées ou installées pour des personnes handicapées psychiques en MAS et en FAM, pour lesquelles des crédits ont été engagés**

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace		0	15		
Aquitaine		0	38		
Auvergne		0	10		
Bourgogne		13	12		
Bretagne		3	19		
Centre		0	21		
Champagne-Ardenne		0			
Corse		0			
Franche-Comté		0			
Ile-de-France		238	140		
Languedoc-Roussillon		20			
Limousin		0			
Lorraine		27			
Midi-Pyrénées		13			
Nord Pas-de-Calais		15			
Basse-Normandie		0			
Haute-Normandie		0			
Pays de Loire		0	25		
Picardie		0			
Poitou-Charentes		0	8		
PACA		75	20		
Rhône-Alpes		30	37		
Guadeloupe		0	24		
Martinique		19			
Guyane		0			
Réunion		0	11		
<b>TOTAL</b>		<b>453</b>	<b>380</b>		

Source : DRASS – exploitation DGAS(pour 2005) – exploitation CNSA.

**15. Evolution de nombre de places nouvellement installées pour les personnes handicapées psychiques en établissement et service d'aide par le travail (ESAT)**

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	8	2	20		
Aquitaine	5	4	20		
Auvergne	6	3	2		
Bourgogne	0	0	0		
Bretagne	5	36	19		
Centre	0	7	12		
Champagne-Ardenne	43	15	0		
Corse	0	0	0		
Franche-Comté	2	10	20		
Ile-de-France	128	35	235		
Languedoc-Roussillon	6	65	10		
Limousin	6	0	3		
Lorraine	13	6	15		
Midi-Pyrénées	29	60	11		
Nord Pas-de-Calais	0	0	0		
Basse-Normandie	26	22	20		
Haute-Normandie	0	0	5		
Pays de Loire	3	26	53		
Picardie	1	9	1		
Poitou-Charentes	0	0	0		
PACA	53	44	13		
Rhône-Alpes	25	12	10		
Guadeloupe					
Martinique		1			
Guyane					
Réunion			2		
<b>TOTAL</b>	<b>359</b>	<b>357</b>	<b>471</b>		

## 16. Evolution du nombre de conseils de secteur

	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace					
Aquitaine			0		
Auvergne		9	8		
Bourgogne					
Bretagne			6		
Centre			0		
Champagne-Ardenne			1		
Corse					
Franche-Comté			0		
Ile-de-France					
Languedoc-Roussillon			2		
Limousin			2		
Lorraine					
Midi-Pyrénées					
Nord Pas-de-Calais			1		
Basse-Normandie					
Haute-Normandie					
Pays de Loire			12		
Picardie					
Poitou-Charentes		26	26		
PACA			0		
Rhône-Alpes			23		
Guadeloupe					
Martinique		10			
Guyane		3			
Réunion			11		
<b>TOTAL</b>		<b>48</b>	<b>91</b>		

L'item relatif aux conseils de secteur (taux de retour de 15.4%, seules quatre régions ayant répondu) est insuffisamment renseigné, en 2005, pour permettre de donner lieu à une exploitation et analyse de données cette année là.

## 17. Evolution du nombre de personnes qui consultent en psychiatrie en établissement pénitentiaire

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	1 975					
Aquitaine	2 181					
Auvergne	725					
Bourgogne	1 351					
Bretagne	1 884					
Centre	1 315					
Champagne-Ardenne	792					
Corse	0					
Franche-Comté	329					
Ile-de-France	1 895					
Languedoc-Roussillon	1 872					
Limousin	406					
Lorraine	2 282					
Midi-Pyrénées	2 569					
Nord Pas-de-Calais	3 343					
Basse-Normandie	2 331					
Haute-Normandie	3 163					
Pays de Loire	1 759					
Picardie	1 256					
Poitou-Charentes	1 567					
PACA	4 251					
Rhône-Alpes	4 830					
Guadeloupe	956					
Martinique	823					
Guyane	0					
Réunion	1 504					
<b>TOTAL</b>	<b>62 459</b>					

## 18. Evolution du nombre des consultations en psychiatrie en établissement pénitentiaire

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Alsace	13 479					
Aquitaine	26 569					
Auvergne	4 050					
Bourgogne	8 325					
Bretagne	12 791					
Centre	12 495					
Champagne-Ardenne	10 581					
Corse	0					
Franche-Comté	3 809					
Ile-de-France	198 979					
Languedoc-Roussillon	8 475					
Limousin	1 749					
Lorraine	17 466					
Midi-Pyrénées	18 570					
Nord Pas-de-Calais	18 041					
Basse-Normandie	16 210					
Haute-Normandie	21 838					
Pays de Loire	9 296					
Picardie	40 425					
Poitou-Charentes	8 322					
PACA	41 705					
Rhône-Alpes	37 405					
Guadeloupe	11 963					
Martinique	8 376					
Guyane	0					
Réunion	8 433					
<b>TOTAL</b>	<b>559 352</b>					

## Annexe 4 : Les données budgétaires

### 1. Rappel des crédits alloués sur l'ONDAM hospitalier en 2005, par région et par objectifs (en milliers d'euros)

	Ambulatoire	Alternatives hospitalisation	Hospitalisation complète	Urgence et crise	Détenus violences sexuelles	Précarité personnes âgées	Autres(1) (urgence médico-psychologique, CRA..)	Total
Alsace	191	781	502		140	108	245	<b>1 967</b>
Aquitaine	116	233	4 177	385	51	66	271	<b>5 300</b>
Auvergne			349	51			80	<b>480</b>
Bourgogne	118		200			45	213	<b>576</b>
Bretagne	204		224			66	133	<b>628</b>
Centre	428	545	488	119			40	<b>1 620</b>
Champagne-Ardenne	314	178		71			75	<b>638</b>
Corse	83		267				59	<b>409</b>
Franche-Comté			74		24	33	222	<b>353</b>
Ile-de-France	1 715	1 837	4 766	1 027			333	<b>9 679</b>
Languedoc-Roussillon	500	413	103		124	50		<b>1 190</b>
Limousin			713		15	111		<b>839</b>
Lorraine	389	85	115	142	234			<b>966</b>
Midi-Pyrénées	203	280		1 472	47	41	547	<b>2 592</b>
Nord Pas-de-Calais	54		415		133	33	101	<b>736</b>
Basse-Normandie			800	299	285(2)		85	<b>1 469</b>
Haute-Normandie		531	175	591		40	530	<b>1 867</b>
Pays de Loire	341	691	2884		23			<b>3939</b>
Picardie			344				151	<b>495</b>
Poitou-Charentes		130	1 306	240			544	<b>2 223</b>
PACA			441					<b>441</b>
Rhône-Alpes				721		335	245	<b>1 302</b>
Guadeloupe								
Martinique								
Guyane			588			58		<b>646</b>
Réunion								
<b>TOTAL</b>	<b>4 656</b>	<b>5 704</b>	<b>18 931</b>	<b>5 119</b>	<b>1 076</b>	<b>988</b>	<b>3 877</b>	<b>40 330</b>

- (1) Dont 1,196 millions d'euros alloués à des centres ressources autisme.
- (2) Contribution au financement de l'UMD de Plouguernevel

### 2. Les crédits alloués sur l'ONDAM hospitalier en 2006, par région et par objectifs (en milliers d'euros)

REGION	Montant total alloué (en milliers d'€)	Axe 1: prise en charge ambulatoire	Axe 2: renforcement des alternatives à l'hospitalisation	Axe 3: Hospitalisation complète	Axe 4: urgence et crise	Axe 5: détenus, violence sexuelle	Axe 6: précarité personnes âgées	Axe 7: urgence médico-psychologique	AGREGATION Alt Hospit et Ambul
Alsace	2424,95	96,45	1362,04	48,23	0,00	144,25	106,31	667,67	1 458
Aquitaine	3032,36	275,00	892,00	1387,00	0,00	129,00	138,36	211,00	1 167
Auvergne	577,05	88,36	0,00	409,34	0,00	79,35	0,00	0,00	88
Bourgogne	1012,00	368,00	50,00	230,00	34,00	0,00	245,00	85,00	418
Bretagne	1189,75	247,00	232,35	396,24	0,00	0,00	256,83	57,33	479
Centre	1522,45	142,97	355,06	362,56	399,38	189,61	0,00	72,87	498
Champagne-Ardenne	1572,58	538,86	95,04	232,3	13	0,00	140	553,38	634
Corse	355,15	0,00	139,89	0,00	0,00	0,00	45,00	170,26	140
Franche-Comté	254,41	50,36	6,09	95,93	0,00	6,09	95,93	0,00	56
ARHIF	11801,53	1 600,06	4302,70	4660,18	1238,58	0,00	0,00	0,00	5 903
AP-HP	475,55	95,00	80,00	0,00	300,55	0,00	0,00	0,00	175
Languedoc-Roussillon	1181,75	368,07	395,10	320,22	0,00	71,49	0,00	26,87	763
Limousin	1645,76	166,42	7,70	943,70	0,00	18,36	225,72	283,86	174
Lorraine	2158,85	782,08	298,63	71,60	446,42	159,17	125,00	275,95	1 081
Midi-Pyrénées	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Nord-Pas-de-Calais	1390,00	554,00	239,00	60,00	0,00	317,00	160,00	60,00	793
Basse-Normandie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Haute-Normandie	2956,99	804,54	198,69	1241,14	0,00	289,50	190,00	233,12	1 003
Pays-de-la-Loire	3460,00	322,00	1081,00	807,00	55,00	125,00	506,00	564,00	1 403
Picardie	824,00	0,00	175,00	445,00	44,00	0,00	160,00	0,00	175
Poitou-Charentes	905,76	122,89	144,49	239,88	0,00	172,60	130,00	95,90	267
PACA	3082,40	579,16	1089,96	330,28	378,77	0,00	463,62	240,60	1 669
Rhône-Alpes	3081,25	988,11	955,30	350,41	216,77	0,00	470,66	100,00	1 943
<b>France métropolitaine</b>	<b>47933,69</b>	<b>8823,49</b>	<b>12552,27</b>	<b>12970,56</b>	<b>3354,79</b>	<b>1852,33</b>	<b>4088,44</b>	<b>4291,81</b>	<b>21376</b>
Guadeloupe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Guyane	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0

Martinique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0
Réunion	5709,12	2 570,38	511,42	322,28	1846,56	458,48	0,00	0,00	3 082
<b>DOM</b>	5709,12	2 570,38	511,42	322,28	1846,56	458,48	0,00	0,00	3 082
<b>TOTAL G</b>	53642.82	11393.87	13063.69	13292.84	5201.35	2310.81	4088.44	4291.81	24458

**3. Répartition, par région, des postes médicaux et para-médicaux financés en 2005 et en 2006 par des crédits ONDAM pour la mise en œuvre des objectifs du plan (en équivalents temps plein)**

	2005		2006	
	<i>Nombre ETP médicaux financés</i>	<i>Nombre ETP non-médicaux financés</i>	<i>Nombre ETP médicaux financés</i>	<i>Nombre ETP non-médicaux financés</i>
Alsace	6,50	22,20	4.30	33.60
Aquitaine	10,40	31	6.44	36
Auvergne	0	20	2.30	10.15
Bourgogne	2,60	20,50	1	13
Bretagne	1,50	23	0.80	20.9
Centre	2,50	37,83	2.75	23.91
Champagne-Ardenne	0,70	16,69	3	41.21
Corse	0,50	7	0.30	4.25
Franche-Comté	2,50	12	2.50	0.40
Ile-de-France	22,83	146,30	23.55	190.87
Languedoc-Roussillon	4,65	12,25	2.90	25
Limousin	3,90	8,85	0.10	9
Lorraine		20,75	3.40	38
Midi-Pyrénées	4,80	35,60	1	19.35
Nord Pas-de-Calais	1,5	16	1	21.40
Basse-Normandie	1,80	25	0	22.25
Haute-Normandie	4,50	37,50	15	55.10
Pays de Loire	13	12,50	2.55	40.60
Picardie	1,50	9,50	0.50	15
Poitou-Charentes	3	29,90	1.70	17.40
PACA	0	12	7.70	74.75
Rhône-Alpes	2,50	33,75	3.80	45.98
Guadeloupe				
Martinique				

Guyane		13		
Réunion			9	89.40
<b>TOTAL</b>	<b>78,18</b>	<b>603,12</b>	<b>95.59</b>	<b>847.52</b>

**Annexe 5. Bilan du programme de travail des directions d'administration centrale pour la mise en œuvre de la deuxième année du plan**

<b>Objectifs stratégiques du plan</b>	<b>Objectifs opérationnels</b>	<b>Actions prévues et méthodologie générale</b>	<b>Calendrier</b>	<b>Pilote et directions concernées</b>	<b>Suivi de la réalisation des actions – 30 juin 2007</b>
Mieux informer et prévenir	Sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale	Mettre en place la campagne d'information INPES sur la dépression	Campagne prévue pour Septembre 2007	DGS	La campagne de dépression sera lancée officiellement en octobre 2007

<p>Réfléchir aux conditions d'autorisation de l'activité de psychiatrie (objectif DHOS hors plan)</p>	<p><u>Mettre en œuvre un groupe de travail sur les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement des établissements autorisés en psychiatrie</u></p>		<p>Déroulement prévu sur 18 mois 2007-2008</p>	<p>DHOS</p>	<p>Constitution d'un groupe de travail qui se réunit une fois par mois depuis janvier 2007</p>
<p>Mieux accueillir et mieux soigner</p>	<p><u>Mieux organiser la prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile</u></p>	<p>Analyser les capacités et l'activité en psychiatrie infanto-juvénile et définir des propositions d'orientation</p>	<p>Premier semestre 2007</p>	<p>DHOS</p>	<p>Un bilan de situation de l'organisation de la psychiatrie IJ dans chaque région a été réalisé dans le cadre d'une réflexion, conjointe avec les correspondants régionaux. L'activité IJ a également fait l'objet d'une analyse spécifique dans le groupe de travail sur les conditions d'autorisation de la psychiatrie</p>

	Développer les réseaux	Elaborer le cahier des charges des réseaux	Fin 2007	DHOS	En cours : une première version a été élaborée conjointement par la DHOS et la CNAMTS
Décloisonner les prises en charge et mieux accompagner	<u>Construire une démarche d'appui national à l'élaboration régionale concertée de programmes sanitaires, sociaux et médico-sociaux</u>	Produire une analyse méthodologique dans 2 régions volontaires (Haute-Normandie et Bourgogne), identifiant les freins et les conditions de réussite de l'articulation des secteurs sanitaire, social et médico-social	<p>Juin à déc 2006 1<sup>ère</sup> phase : diagnostic et analyse</p> <p>Nov 2006 à janv 2007 2<sup>ème</sup> phase : élaboration d'éléments de synthèse</p>	<p>Copilotage DHOS/DGAS</p> <p>Groupe de pilotage national réunissant DGS, MNASM, CNSA, les DRASS et ARH et correspondants santé mentale des 2 régions</p>	<p>Un document de synthèse élaboré à partir des analyses menées dans les deux régions a été présenté à l'instance nationale de concertation le 20 février 2007 et communiqué à l'ensemble des CRCSM pour consultation et remontée d'ici novembre 2007</p>

<p><u>Favoriser l'articulation entre les équipes pluridisciplinaires des MDPH et les équipes de psychiatrie afin qu'elles se saisissent conjointement de la question de l'évaluation de la situation des personnes avec un handicap psychique.</u></p>	<p>Construire un appel à projets permettant l'engagement d'une expérimentation sur plusieurs territoires volontaires dans le cadre de l'objectif d'élaborer une démarche transposable d'évaluation du handicap psychique.</p>	<p>Phase préparatoire : septembre – décembre 2007</p> <p>Phase opérationnelle : janvier – décembre 2008</p>	<p>Pilotage CNSA – Participation des directions concernées du ministère (DHOS, DGAS, DGS, DREES) et MNASM.</p>	<p>Après rédaction du cahier des charges et lancement de l'appel d'offre, le choix d'un prestataire doit être effectué en septembre 2007. Il sera chargé au 2<sup>nd</sup> semestre 2007 de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- recenser les outils existants et utilisés pour l'évaluation du handicap psychique</li> <li>- accompagner des MDPH et équipes de psychiatrie volontaires dans la construction de modalités de coopération pour évaluer les besoins individuels.</li> </ul>
--	---	---	--	--

<p><u>Organiser une veille nationale sur les expériences existantes en matière d'articulations sanitaires, sociales et médico-sociales dans le domaine de la santé mentale</u></p>	<p>Identifier quelques expériences existantes au plan local (10 à 15) afin de les faire connaître à l'ensemble des régions pour faciliter le travail des acteurs. En complément de la démarche annoncée par la circulaire conjointe DHOS/DGAS/DGS/CNSA du 30 mars 2006, une nouvelle méthodologie plus adaptée est à déterminer suite à l'échange avec les correspondants régionaux de santé mentale.</p>	<p>Mise en place des échanges au 2<sup>o</sup> semestre 2007</p>	<p>Pilotage CNSA-DGAS. Participeront également à la mise en œuvre : la DHOS, la DGS, la MNASM</p>	<p>1- Un repérage des actions existantes associant des acteurs des champs sanitaire social et médico-social a été effectué à partir des informations disponibles pour l'élaboration de fiches actions à diffuser d'ici novembre 2007 (site extranet CNSA...) 2-Un travail de veille a été confié par la DGAS à l'ANCREAI pour le repérage des actions diversifiées pour l'accueil et l'accompagnement social et médico-social des personnes handicapées psychiques. Après remontée par les CREAI de fiches synthétiques, la diffusion est prévue en octobre 2007.</p>
--	---	--	---	---

<p>Mettre en œuvre un suivi qualitatif des formules émergentes d'accompagnement à domicile afin d'en accompagner la mise en œuvre et le développement (accueil de jour, SSIAD PH, SAMSAH)</p>	<p>Organiser un retour sur les services mis en place au plan local depuis 2-3 ans pour connaître les difficultés rencontrées et identifier les leviers d'action.</p> <p>Un « zoom » particulier sera fait sur les SAMSAH dédiés aux personnes handicapées psychiques. La méthodologie de l'action reste à préciser.</p>	<p>2° semestre 2007</p>	<p>Pilotage CNSA avec DGAS</p>	<p>Après élaboration d'un cahier des charges méthodologique et constitution d'un échantillon de SAMSAH et SSIAD installés, un questionnaire est transmis aux DRASS-DDASS à remonter fin septembre 2007, pour une restitution en novembre 2007 aux services déconcentrés, conseils généraux, gestionnaires et associations. Selon les constats, des pistes de travail complémentaires pourront être identifiées.</p>
---	---	-------------------------	--------------------------------	---

<p><u>Soutenir et évaluer la mise en œuvre des GEM</u></p>	<p>Effectuer un bilan des GEM au regard du cahier des charges ; élaborer une démarche qualité avec le comité de suivi national</p>		<p>Pilotage DGAS avec le comité de suivi national des GEM</p>	<p>Le bilan des GEM est en cours, sur la base d'une circulaire et d'un questionnaire adressés aux DRASS et DDASS le 30 mars 2007.</p>
--	--	--	---	---

<p><u>Organiser le dialogue avec les départements sur la thématique de la santé mentale (domaines de l'évaluation individuelle, de la compensation, de l'offre de services)</u></p>	<p>Organiser des échanges DGAS-CNSA avec :  au niveau institutionnel : ADF, ANDASS et  au niveau opérationnel : certains conseils généraux volontaires selon les thématiques</p>		<p>Pilotage DGAS avec la CNSA</p>	<p>- participation de la CNSA à l'assemblée générale de l'ANDASS du 8 mars 2007 : présentation des travaux menés ou en cours sur les articulations sanitaires, sociales et médico-sociales dans le champ de la santé mentale  - Des échanges avec l'ADF seront organisés par la DGAS à partir du travail qui sera réalisé après remontée des travaux des CRCSM sur l'articulation des politiques sanitaire, sociale et médico-sociale.</p>
---	--	--	-----------------------------------	--

	<u>Développer les possibilités de logement pour les personnes ayant un handicap psychique</u>	Constituer un groupe de travail interministériel, chargé des questions relatives au logement : accès au logement, prévention des exclusions, logements adaptés		Copilotage DGAS / Ministère de l'Équipement Collaboration DGS, DHOS et MNASM	A l'issue du lancement du programme de résidences accueil pour 2007, le groupe interministériel a entrepris de répertorier et analyser l'ensemble des autres formules logement.
Renforcer les droits des malades et de leurs proches	Améliorer le dispositif d'hospitalisation sans le consentement des malades	Elaborer les textes législatifs et réglementaires afin de réformer la loi de 90	1 <sup>er</sup> trimestre 2007	DGS avec la collaboration de la DHOS	Deux phases de réflexion avec les partenaires ont eu lieu à l'automne 2006 et au printemps 2007
		Rédiger une brochure à l'attention des personnes hospitalisées sans leur consentement, pour préciser leur régime juridique et leurs droits	Juin 2007	DGS	Ce travail sera mené dès lors que les principes de la réforme de la loi de 1990 auront été définis
		Réactualiser la charte des droits des usagers en santé mentale	Juin 2007	DGS	Non engagé
		Rédiger un arrêté relatif à l'indemnisation des membres des CDHP	Juin 2007	DGS	Arrêté du 20 avril 2007
	Renforcer le soutien aux associations	Mettre en place un groupe de travail afin de préciser la place des familles dans l'accompagnement des malades	Mars 2007	DGS	Non engagé

		Rédiger des fiches d'information sur les psychotropes	Mars 2007	DGS	Fait / fiches diffusées par la FNAP-PSY
Améliorer l'exercice des professionnels en santé mentale	Développer la formation	Suivre la réalisation du volet formation du plan	Echéance du programme 2008	DHOS	Un suivi financier d'allocation des crédits de formation est réalisé annuellement. Il a été assuré en novembre 2006 et sera réitéré en fin d'année 2007. Une évaluation d'impact du dispositif sera mise en œuvre à l'échéance finale du programme fin 2008.
	Engager une politique d'investissement hospitalier	Suivre la mise en œuvre du volet investissement du plan	Echéance du programme 2008	DHOS	Le suivi de mise en œuvre du PRISM est assuré annuellement à la fois sur un plan quantitatif (suivi financier et de réalisation) et qualitatif par une action conjointe DHOS-MAINH.
Améliorer l'information	Evaluer les activités en psychiatrie	Poursuivre la mise en œuvre de la VAP		DHOS	En cours Généralisation du

en psychiatrie					recueil RIMP en janvier 2007 Conduite des groupes de travail pour l'élaboration de la VAP
	Consolider le système d'information en psychiatrie	Evolution de la SAE Préparation des rapports d'activité		DREES	En cours
Développer la recherche	Recherches en sciences humaines et sociales  Développer l'épidémiologie en psychiatrie et santé mentale	Programme de recherche handicap psychique  Programme « Le handicap, nouvel enjeu de santé publique »  Création du GIS	Recherches en cours  2007	DREES/MiRe  DREES /MiRe / CNSA / INSERM  DGS / DREES / MiRe	Réunion de suivi en juin 2007  En cours  Séminaire méthodologique prévu pour décembre 2007 en cours d'élaboration Appels d'offres de recherche en cours
Lutter contre la dépression et le suicide	Développer une meilleure prise en charge du suicide et de sa prévention	Définir une nouvelle stratégie d'actions face au suicide	Mars 2007	DGS	Rapport d'évaluation de la stratégie rendu en janvier 2007
Améliorer la prise en charge de la santé mentale des personnes concernées par une procédure judiciaire	Améliorer les soins des détenus	Mettre en place le programme UHSA	2007-2010	DHOS	Appel à candidature des établissements publics de santé en cours

		Mettre en place un groupe de travail sur l'organisation des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire	Mars 2007	DHOS et DGS	Non engagé à ce stade de façon spécifique Une séance du groupe de travail sur les conditions d'autorisation de l'activité de psychiatrie sera consacré à ce sujet en septembre 2007
	Améliorer l'expertise psychiatrique	Tirer les enseignements de l'audition publique sur l'expertise psychiatrique	Juin 2007	DGS	L'audition publique a eu lieu les 25 et 26 janvier 2007. Les recommandations de la FFP ont été rendues publiques le 12 juillet 2007
Améliorer la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité	<u>Améliorer la prise en charge des personnes âgées</u>	Expérimenter l'utilisation de la mallette d'outils pour le repérage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression du sujet âgé	Juin 2007	DGS	Lancement de l'expérimentation de l'utilisation de la mallette dans deux départements (Gironde / Alpes Maritimes) en juin
		Mettre en place un groupe de travail sur les besoins des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques et les réponses à apporter	Mars 2007	DGS	Un document de travail a été élaboré et présenté à la DHOS, DREES, DGAS en avril 2007

	<p>Engager une expérimentation sur la prise en charge coordonnée des troubles psychiques des personnes âgées</p>	<p>1er semestre 2007</p>	<p>DHOS</p>	<p>Suite à l'audition d'équipes de psychiatrie du sujet âgé, une circulaire a été diffusée (avril 2007). Elle précise les conditions d'une expérimentation menée en région visant à soutenir les projets novateurs dans le cadre d'un appel d'offre national. Ce sujet a fait l'objet d'une présentation spécifique dans le groupe de travail sur les conditions d'autorisation de l'activité de psychiatrie en juillet 2007</p>
--	--	--------------------------	-------------	--



Suivre et évaluer la mise en œuvre du plan	<i>Evaluer les politiques régionales sanitaires</i>	Analyser les volets psychiatriques des SROS et évaluer l'intégration à leur niveau des objectifs nationaux de la politique de santé mentale	1 <sup>er</sup> trimestre 2006	DHOS	Action réalisée aynat donné lieu à une note d'information à la DHOS, à une présentation dans le groupe sur les conditions d'autorisation de la psychiatrie et à une analyse spécifique de cohérence des SROS avec le PPSM. Analyse publiée dans le rapport 2006 du PPSM.
	<i>S'assurer de la mise en œuvre d'actions régionales au titre de la santé mentale et de la prévention du suicide</i>	Identifier les moyens et les actions prévus au niveau régional		DGS	Moyens financiers identifiés au niveau de la région / Mise en place d'un suivi des actions financées dans le cadre des GRSP

## ANNEXE 6 : Bilan des actions engagées ou réalisées dans les régions

N° de l'axe	N° de l'objectif	Objectifs du plan "psychiatrie et santé mentale"	N° de l'action	Actions du plan "psychiatrie et santé mentale"	Périodicité de l'action : 2005,2006,2007, 2008, 2005-2008	Niveau de réalisation de l'action : DGS, DHOS, DGAS pour l'acteur pilote au niveau national, R pour le niveau régional et infra-régional	Acti on engag ée	Acti on réali sée	Acti on non engag ée	Non répo nse	Acti on engag ée	Acti on réali sée	Acti on non engag ée	Non répo nse	Commentaires
1	14	Renforcer les prises en charge ambulatoires (CMP) et diversifier les alternatives de l'H	18	Consolider le maillage territorial et le rôle pivot des CMP dans la globalité de la prise en charge	2005/2008	R	17	2	2	5	16	3	1	6	Allocation de crédits en 2005 - circulaire du 26 juillet 2005
1	14	Renforcer les prises en charge ambulatoires (CMP) et diversifier les alternatives de l'H	19	Développer des organisations fédératives entre CMP pour mutualiser les moyens et identifier un ou plusieurs lieux à horaires d'ouverture élargis	2006/2008	R				26	11	3	6	6	
1	14	Renforcer les prises en charge ambulatoires (CMP) et diversifier les alternatives de l'H	20	Intensifier la création d'alternatives à l'hospitalisation et la diversification des réponses dans le secteur financé sous dotation globale	2006/2008	R				26	15	2	3	6	
1	14	Renforcer les prises en charge ambulatoires (CMP) et diversifier les alternatives de l'H	22	Dév des organisations mutualisées et fédératives des équipements au sein du territoire de santé	2006/2008	R				26	11	2	6	7	
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	23	En psychiatrie infanto-juvénile, créer des lits en priorité dans les départements qui en sont dépourvus	2005/2008	R	13	5	3	5	11	7	2	6	
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	24	Intégrer l'hospitalisation complète dans une filière de prise en charge des enfants et des adolescents par la poursuite de la diversification de l'offre et le développement de coopérations et complémentarités (sanitaire, médico-social, éducatif...), notamment en	2006/2008	R				26	15	4	1	6	Allocation de crédits en 2005 - circulaire du 26 juillet 2005

				renforçant les coopérations entre les services de pédiatrie et les équipes de psychiatrie													
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	25	Renforcer la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général en conformité avec le dispositif réglementaire	2006/2008	DHOS / R				26	15	4	1	6			
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	26	Développer la prise en charge psychiatrique de courte durée (circulaire du 16/04/2003)	2006/2008	R				26	12	4	4	6			
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	27	Rapprocher les lieux de soins éloignés des populations qu'elles desservent, notamment dans le cadre de l'hôpital général, dans le respect d'une taille minimale de structure	2006/2008	R				26	12	4	4	6			
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	28	Développer les organisations mutualisées et fédératives des moyens des secteurs pour une plus grande diversification voire différenciation des réponses aux besoins d'hospitalisation complète et une optimisation renforcée des moyens+E188	2006/2008	R				26	13	2	5	6			
1	15	Adapter l'hospitalisation complète	29	Améliorer, sur le plan architectural, les conditions d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie	2006/2008	R				26	18	1	1	6			
1	15	Adapter l'H complète	30	Développer une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours	2006/2008	R				26	19	1	0	6			
1	17	Développer les réseaux en santé mentale	36	Développer une couverture large des réseaux sur le territoire de santé	2005/2008	R	12	1	8	5	12	1	7	6			
1	18	Développer des services d'accompagnement	37	Créer en 3 ans 1 900 places de SAMSAH	2005/2007	R	16	1	5	4	18	1	0	7			
1	18	Développer des services d'accompagnement	39	Mise en œuvre des formations pour les personnels d'accompagnement	2006	R				26	2	1	5	18			
1	19	Créer des GEM sur l'ensemble du territoire	41	Veiller à un maillage sur le territoire par implantation de 2 à 3 GEM en moyenne dans chaque département	2005/2007	R	17	2	3	4	15	4	0	7			

				soit 300													
1	20	Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté	44	Mettre en place des méthodes d'évaluation des besoins aux niveaux national, régional, départemental	2005/2008	DGAS / R	8	0	13	5	13	0	7	6			
1	20	Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté	46	Développer des conventions entre bailleurs, réseaux associatifs, services médico-sociaux et psychiatriques	2005/2008	R	9	0	12	5	13	0	7	6			
1	20	Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté	47	Promouvoir des appartements associatifs (environ 500)	2005/2008	R	8	0	13	5	10	2	8	6			
1	20	Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté	48	Financer la création de foyers - logements dédiés neufs	2005/2008	R	2	0	19	5	6	0	14	6			
1	20	Favoriser l'accès à un logement ou un hébergement adapté	50	Créer de nouvelles places en MAS et FAM dont 400 places en 2005	2005/2007	R	19	1	2	4	15	3	1	7			
1	21	Mobiliser les dispositifs de travail protégé	51	Poursuivre et développer l'accueil et l'accompagnement en structures de travail protégé dans le cadre du programme 2005-2007	2005/2007	R	17	1	4	4	13	2	4	7			
2	22	Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation	55	Associer les usagers et leurs proches à toutes les étapes d'élaboration et de la mise en place du SROS	2005/2008	R	9	12	0	5	5	13	2	6			
2	22	Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation	56	Intégrer les usagers et leurs proches dans un comité régional des usagers pérenne	2005/2008	R	7	10	4	5	5	8	7	6			
2	22	Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation	57	Identifier un référent « usagers » dans les ARH	2005/2008	R	3	12	6	5	5	11	4	6			
2	22	Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation	58	Inciter au développement d'instances de concertation de proximité ; conseils de secteur, conseils locaux ...	2005/2008	R	10	0	11	5	11	2	7	6			
2	22	Accroître la place des usagers et des familles dans la concertation	59	Mettre en œuvre des actions de formation adaptées pour les usagers et leurs proches au niveau régional	2005/2008	R	9	2	10	5	6	3	11	6			
2	28	Renforcer l'investissement	95	Signer un protocole départemental visant à renforcer les coopérations en matière de prévention de la violence et d'aide aux personnels hospitaliers et notamment à mettre en œuvre de patrouilles périodiques ou aléatoires,	2006/2008	R				26	6	3	11	6			

				de procédures d'alerte, de diagnostic de sécurité à la dde des directeurs d'êts												
2	28	Renforcer l'investissement	96	Désigner un correspondant issu du service de police et gendarmerie pour être l'interlocuteur du directeur d'êts	2006/2008	R				26	7	4	9	6		
3	31	Soutenir l'élaboration de bonnes pratiques	100	Prendre en compte les recommandations pour la certification et l'évaluation des professionnels	2005/2008	R	3	0	18	5	7	2	11	6		
3	34	Consolider le système d'info	112	Elaborer un tableau de bord décliné à tous les niveaux jusqu'aux territoires de santé afin de confronter les activités de soins, aux moyens en personnels, aux budgets consommés avec les caractéristiques de la population	2006	R				26	2	1	5	18		
4	41	Améliorer la prise en charge de la dépression	123	Développer des lieux d'écoute des jeunes notamment au sein de la maison des adolescents	2005/2008	R	17	0	4	5	15	2	3	6		
4	42	Stratégie nationale d'actions face au suicide	137	Poursuivre les audits cliniques réalisés auprès des êts de santé pour l'application des recommandations de l'ANAES parues en 1998	2005/2008	R	8	1	13	4	3	3	14	6		
4	42	Stratégie nationale d'actions face au suicide	139	Former les infirmières scolaires à l'écoute des jeunes, dans le cadre de la formation initiale	2005/2008	R	9	0	12	5	12	1	7	6		
4	43	Dév des programmes coordonnés à destination des personnes détenues	152	Organiser au niveau régional en 2005 des formations pluridisciplinaires de personnes ressources pour l'intervention face à une crise suicidaire	2005	R	11	8	3	4	7	13	2	4	18 sessions régionales ont été au moins organisées dans ce cadre	
4	44	Prise en charge des auteurs d'agressions sexuelles	155	Elaborer un dispositif départemental de suivi de la file active des personnes traitées dans le cadre d'une injonction de soins en milieu ouvert	2006	R				26	3	0	5	18		
4	45	Dév la collaboration médico-psychologique en périnatalité	173	Organiser avec les organismes de formation pour les professionnels hospitaliers et libéraux la mise en place de formations interdisciplinaires, pluri-professionnelles et ville-hôpital-PMI	2005/2008	R	6	0	15	5	9	1	10	6		

4	46	Répondre aux besoins de prise en charge coordonnée des enfants et des adolescents	177	Expérimenter des procédures permettant une évaluation rapide par les professionnels des troubles et souffrances psychiques repérés en milieu scolaire	2005/2008	R	17	0	4	5	14	2	4	6	circulaire DESCO/DGS/DHOS du 18 octobre 2005
4	48	Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées	188	Formaliser les articulations nécessaires entre les différents acteurs dans le cadre de la mise en œuvre des SROS	2005/2008	R	13	5	3	5	13	5	2	6	
4	48	Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées	189	Renforcer les compétences psychiatriques au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la poursuite du dev des consultations mémoire et des centre mémoire de ressources et de recherche : SROS	2005/2008	R	17	2	2	5	15	2	3	6	
4	48	Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées	190	Adapter les EHPAD à la prise en charge de personnes souffrant de détérioration intellectuelle	2005/2008	R	15	1	5	5	11	3	6	6	
4	49	Finaliser la montée en charge du réseau national de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe	192	Finaliser la mise en œuvre du dispositif régional et départemental par l'allocation des moyens nécessaires	2005	R	7	11	4	4	8	15	1	2	Allocation des moyens utiles à la finalisation du dispositif par la circulaire budgétaire du 26 juillet 2005
5	52	Une démarche régionale active et concertée	207	Elaborer et mettre en œuvre le volet obligatoire "psychiatrie et santé mentale" qui intègre les orientations du plan, et en lien avec la planification sociale et médico-sociale et les PRSP	2006	R				26	4	4	0	18	
5	52	Une démarche régionale active et concertée	208	Négocier les contrats d'objectifs et de moyens entre les établissements et les ARH	2006	R				26	2	6	0	18	
5	52	Une démarche régionale active et concertée	209	Intégrer dans les programmes inter-départementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie un volet relatif aux personnes handicapées à raison de troubles psychiques	2006	R				26	3	5	0	18	
5	52	Une démarche régionale active et concertée	210	Mettre en place les Commissions régionales de concertation en santé mentale	2006	R				26	0	7	1	18	



## **ANNEXE 7. Synthèse des volets « psychiatrie » des SROS 2006-2011**

*(synthèse établie le bureau O2 de la DHOS)*

La troisième génération des SROS, publiée en 2006, est issue de l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003 qui réforme la planification sanitaire et le régime des autorisations d'activité. Cette réforme organise l'offre de soins, dans un concept géographique rénové, le territoire de santé, applicable à l'ensemble des disciplines, autour des concepts de proximité, de sécurité et de gradation des soins. Elle a notamment pour objectif de susciter les complémentarités et de garantir l'articulation avec la médecine de ville, le secteur social et médico-social. Dans un souci de rapprochement entre la psychiatrie et les disciplines somatiques, notamment dans le domaine des urgences, de la psychiatrie de liaison ou de la prise en charge spécifique de certaines populations, cette réforme intègre un volet psychiatrie et santé mentale dans le SROS général.

La publication de ces SROS est donc particulièrement importante pour la psychiatrie :

- elle permet d'apprécier la façon dont cette activité s'est intégrée dans la nouvelle dynamique de l'organisation de l'offre de soins ;
- elle intervient un an après la publication du plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et permet donc d'analyser les liens et synergies entre le cadre posé par un plan de santé public national et une démarche régionale d'organisation de l'offre de soins.

Quelques réserves méthodologiques doivent cependant être présentes à l'esprit dans l'analyse des volets « psychiatrie et santé mentale » des SROS, dans la mesure où :

- les SROS ne suivent pas tous le même plan et le volet psychiatrie et santé mentale est diversement détaillé, ce qui peut induire, dans le cadre d'une analyse nationale, des sur-valorisations ou sous valorisation artificielles de certains projets régionaux ;
- l'offre de soins (répartition entre établissements publics et établissements privés, part de la médecine libérale...) comme les politiques régionales conduites antérieurement influent sur les priorités 2006-2011. Il arrive ainsi que des priorités traitées dans le SROS précédent n'apparaissent plus alors qu'elles correspondent à des politiques régionales affirmées ;
- par ailleurs les SROS 2006-2011 intègrent pour la première fois la définition des « objectifs quantifiés de l'offre de soins » (OQOS), ce qui explique certaines imprécisions ou différences d'interprétations selon les régions.

Néanmoins, ces précautions ne remettent pas en cause les éléments principaux de l'analyse des volets « psychiatrie et santé mentale » qui montrent une intégration réussie dans les SROS généraux et une forte cohérence entre les priorités des SROS et les priorités du Plan psychiatrie et santé mentale.

## **1. Une intégration réussie des volets « psychiatrie et santé mentale » dans les SROS généraux**

### ***1.1. Cohérence globale des approches et des projets***

L'ensemble des régions (sauf une dont les travaux sont en cours) ont publié un volet « psychiatrie et santé mentale » dans le SROS général. Certaines régions ont intégré la psychiatrie infantile-juvénile dans le volet général « enfants et adolescents » traduisant ainsi la cohérence des approches et des projets.

Par ailleurs de nombreux renvois sont effectués à la psychiatrie dans différents volets du SROS (urgences, médecine, oncologie...), ce qui prouve l'importance du besoin du développement des partenariats entre les disciplines MCO et la psychiatrie et la nécessité de coordonner les actions des équipes à des échelles territoriales partagées. Plusieurs régions ont d'ailleurs engagé des réflexions approfondies sur la psychiatrie de liaison et sur l'amélioration de la prise en charge des urgences. La prise en charge des soins somatiques des patients hospitalisés en psychiatrie commence également à être identifiée par certaines régions comme une priorité.

Enfin certaines problématiques telles que le développement des coordinations avec la médecine de ville mais également avec les professionnels du champ social et médico-social sont largement partagées par l'ensemble des volets des SROS. Malgré le développement déjà ancien de partenariats au service de la prévention et de l'insertion des patients en psychiatrie, les SROS 3 témoignent, y compris pour la psychiatrie et la santé mentale, de l'importance du développement et de la formalisation des coopérations au sein de réseaux de santé ou de réseaux de coordination, à une échelle territoriale élargie.

### ***1.2. Une évolution de l'approche territoriale bien intégrée dans les projets***

La réforme de 2003 introduit, dans une conception renouvelée, le concept de territoire de santé, qui peut avoir des dimensions variables pour répondre aux exigences de proximité, d'accessibilité, de gradation et de sécurité des soins.

Les volets « psychiatrie et santé mentale » des SROS montrent que les régions ont engagé une réflexion sur l'harmonisation des conceptions territoriales de la psychiatrie et des autres disciplines du SROS et sur les synergies possibles entre territoires de santé et politique sectorielle, conformément aux préconisations de la circulaire du 25 octobre 2004, qui maintient le secteur dans sa dimension fonctionnelle et non plus géographique.

On constate que les notions d'accessibilité et de soins gradués, de territoire de proximité et de territoire de recours sont pertinentes dans des termes proches pour la psychiatrie et les autres disciplines. La grande majorité des volets psychiatrie et santé mentale reprend en effet de façon explicite une organisation des soins en trois niveaux : celui de la proximité, celui du territoire de recours ou territoire de santé, commun aux autres disciplines et qui est le territoire pertinent notamment pour l'organisation des liens entre disciplines MCO et psychiatrie comme pour la prise en charge spécifique de certaines populations. Le recours régional voir supra régional reste peu fréquent en psychiatrie sauf pour quelques activités particulières (participation aux centres ressources autisme, unités de malades difficiles...).

### ***1.3. Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins dessinent bien les grandes priorités régionales malgré certaines difficultés de mise en œuvre***

La réforme de 2003 prévoit deux types d'indicateurs aux fins d'évaluer d'une part l'accessibilité des soins et l'adéquation des implantations par rapport aux besoins de la population et d'autre part de s'assurer que le volume de soins prodigués est adapté aux besoins.

Compte tenu de l'état du système d'information médicalisé en psychiatrie et de la multiplicité des implantations de la psychiatrie en fonction des modes de prise en charge, les OQOS en psychiatrie peuvent apparaître à la fois très détaillé (dans le type d'implantations) et insuffisamment précis dans la nature des services réellement offerts et des populations accueillies.

L'analyse des OQOS des régions doit donc rester prudente, d'autant qu'il s'agissait du premier exercice dans les régions et que certaines définitions des implantations pour les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation ont posé des problèmes d'interprétation. Malgré ces réserves, l'analyse des OQOS permet de dégager deux tendances reprises par l'ensemble des régions : le développement de la psychiatrie infanto-juvénile et des alternatives à l'hospitalisation pour les adultes comme pour les enfants.

#### ***1.3.1. Une augmentation des implantations en psychiatrie infanto-juvénile et des alternatives à l'hospitalisation pour l'ensemble du champ***

Certaines régions n'ont pas rempli les implantations à la date de démarrage du SROS mais seulement en terme de projection. L'analyse ne concerne donc pas la totalité des régions.

*Hospitalisation à temps complet* : sur les 19 régions de la métropole qui ont rempli les objectifs quantifiés en 2006 et 2011 on observe une augmentation du nombre des implantations de 415 à 421 pour la psychiatrie générale et de 179 à 210 pour la psychiatrie infanto-juvénile.

*Hospitalisation de jour* : l'analyse ne porte ici que sur 17 régions. La tendance est nettement à l'augmentation du nombre d'implantations (de 642 à 763 pour la psychiatrie générale et de 389 à 456 pour la psychiatrie infanto-juvénile).

*Autres alternatives* : l'analyse est ici difficile sur le plan quantitatif dans la mesure où certains objectifs ont été mal compris et mal renseignés, en particulier pour les accueils familiaux thérapeutiques et les appartements thérapeutiques où la notion d'implantation, telle qu'elle est actuellement définie, donne lieu à interprétations. Pour les alternatives autres que l'hospitalisation de jour, la plupart des régions qui ont répondu n'ont pas prévu d'évolution, sans qu'il soit possible à ce stade de l'analyse de savoir si cela correspond vraiment à la mise en œuvre d'une politique ou plutôt à l'absence de définition claire de l'évolution des implantations pour ce type de structures. Néanmoins les quelques régions qui ont rempli correctement cet item envisagent très majoritairement une augmentation des implantations des alternatives à l'hospitalisation.

#### ***1.3.2. ...qui se traduit dans le nombre de journées et places***

##### **➤ Nombres de journées**

L'analyse porte ici sur l'ensemble des régions métropolitaines pour la psychiatrie adulte et sur 21 régions pour la pédopsychiatrie. Lorsque les données n'étaient pas indiquées par les régions pour 2006, les statistiques 2004 de la SAE ont été utilisées.

*Psychiatrie générale* : sur une base de 18 039 526 journées, le cumul des hypothèses basses induirait une diminution de 350 191 journées et le cumul des hypothèses hautes une augmentation de 1 932 633 journées.

*Psychiatrie infanto-juvénile* : toutes les tendances montrent une augmentation d'activité. Sur une base de 409 112 journées, le cumul des hypothèses basses induit une augmentation de 31 684 journées et le cumul des hypothèses hautes une augmentation de plus de 50% soit 265 598 journées.

#### ➤ Nombre de places en hôpital de jour

L'analyse porte ici sur 20 régions métropolitaines pour la psychiatrie adulte et sur 18 régions pour la pédopsychiatrie.

*Psychiatrie générale* : Sur une base de 15 160 places en 2006, le cumul des hypothèses basses induirait une augmentation de 336 places et le cumul des hypothèses hautes une augmentation de 5004 places.

*Psychiatrie infanto-juvénile* : Là encore, toutes les tendances montrent une augmentation d'activité. Sur une base de 7 377 places, le cumul des hypothèses basses induit une augmentation de 261 places et le cumul des hypothèses hautes une augmentation de près de 25% soit 2018 places.

Ces deux tendances globales de développement du nombre des implantations et du développement de projets nouveaux pour la pédopsychiatrie se retrouvent dans les différents projets des SROS, que ce soit dans la recherche d'une meilleure accessibilité des soins ou dans la rubrique d'une meilleure prise en charge de certaines populations où les enfants et adolescents sont systématiquement cités.

## **2. Les principales priorités régionales : accessibilité / relations avec le MCO / populations spécifiques / partenariats**

### **2.1. Accessibilité**

L'amélioration de l'accessibilité aux soins est un enjeu majeur de la psychiatrie repris comme une priorité dans la quasi totalité des régions. Ils se déclinent dans :

- des mesures permettant un accès plus rapide à une première prise en charge (55 % des régions ont développé des projets dans ce sens)
- le développement des alternatives à l'hospitalisation prévu par plus de 60% des régions
- le rapprochement des lieux d'hospitalisation organisé dans certains SROS par l'intégration de nouveaux services dans les établissements de santé généraux (8 régions).

#### Réduire les délais de première prise en charge

Les délais d'obtention d'un premier rendez-vous sont évalués par plusieurs régions entre 3 et 6 mois.

Pour répondre à cette situation, plus de 60% des régions envisagent un renforcement mais également une évolution de la place des Centres Médico-Psychologiques (CMP).

*L'extension des horaires d'ouverture de CMP en soirée et le samedi est envisagée soit par un renforcement des moyens en personnel, soit, plus fréquemment, dans le cadre d'une mutualisation des moyens qui peut se faire :*

- par le regroupement sur un même site géographique des CMP et des structures de prise en charge à temps partiel
- par le regroupement de plusieurs CMP d'un même secteur ou de plusieurs secteurs
- par la spécialisation dans une mission d'accueil et de réponse à une première demande de rendez-vous de certains lieux de prise en charge, qui devront ensuite organiser la continuité des soins avec l'équipe qui sera référente pour les patients.

Au-delà de cette capacité d'accueillir les patients dans des plages horaires plus adaptées, de nombreux SROS souhaitent favoriser l'augmentation des visites à domicile et la mise en place de permanences téléphoniques.

*La réflexion sur les missions et l'organisation des CMP est suscitée par ces différentes voies de réorganisation ainsi que par le souhait de spécialiser certains centres dans des prises en charge particulières (premières demandes de patients ou populations spécifiques : adolescents par exemple) et par la nécessité de penser la place des CMP en lien avec les structures des urgences. Huit régions mettent dans leurs priorités le développement de liens formalisés de coopération entre les CMP et les structures d'urgence, pour une meilleure réponse aux besoins des patients.*

Quelques régions accompagnent ces évolutions de la définition de fiches de missions et de fonctionnement des CMP et d'indicateurs de résultats régionaux.

#### Développer les alternatives à l'hospitalisation

L'accessibilité aux soins peut également être favorisée par le développement des alternatives à l'hospitalisation (prévue dans plus de 60 % des régions) et le rapprochement de leurs lieux d'implantation des lieux de vie de la population. Cette priorité est affichée par 75% des régions et se traduit, comme le montre l'analyse des objectifs quantifiés, pour les enfants et adolescents mais également pour la psychiatrie générale. Ceci est d'autant plus significatif que le type de prise en charge qui serait, selon les SROS, le plus appelé à se développer, est l'hospitalisation à domicile qui ne fait pas partie des OQOS. Cependant les projets concrets (indications thérapeutiques, modes de prise en charge) restent en règle générale peu précis.

#### Rapprocher les lieux d'hospitalisation des domiciles de s patients et adapter les conditions d'accueil

L'adaptation de l'hospitalisation passe essentiellement par les restructurations prévues dans le cadre des projets d'investissement permis par le plan psychiatrie et santé mentale.

Au-delà, les réorganisations concernent également le rapprochement de l'hospitalisation de la population, inclus dans 8 SROS. Néanmoins 2 SROS émettent une réserve sur la faisabilité de ces évolutions pour des raisons essentiellement liées à la démographie médicale et estiment que le transfert d'une équipe d'un établissement de santé spécialisé en psychiatrie vers un établissement de santé général ne peut être envisagé que si l'établissement d'accueil dispose d'une activité de psychiatrie suffisamment importante pour assurer la permanence des soins et avoir une politique de recrutement suffisamment attractive.

## **2.2. Relations avec le MCO**

Le développement des relations avec les établissements autorisés en médecine-chirurgie-obstétrique est organisé dans de nombreux domaines, généralement à un niveau proche de celui du territoire de santé

### 2.2.1. *La prise en charge des urgences*

Deux priorités étroitement liées se dessinent dans ce domaine : assurer une meilleure lisibilité de l'offre de soins en urgence et développer des coopérations formalisées entre les différents acteurs concernés. Pour atteindre ces objectifs, plusieurs axes se conjuguent :

- organiser l'accueil des urgences psychiatriques dans les structures d'urgences des établissements de santé généraux et assurer, lorsque le nombre de passages le justifie, la création lits de 48 à 72 heures. La quasi totalité des SROS mettent cet objectif en exergue, lorsque cette évolution n'a pas déjà été mise en œuvre par le SROS précédent.
- améliorer les liens avec les SAMU
- prévoir la formation des équipes des structures d'urgences et des SAMU
- et plus généralement, organiser les liens entre les différentes réponses de la psychiatrie pour bien spécifier le rôle des structures d'urgences dans les établissements généraux par rapport à certaines prise en charge en urgence qui peuvent être assurées dans les établissements de santé spécialisés par les CMP par exemple. Plus de 50% des régions souhaitent formaliser ces liens de coopération afin de mieux répondre à la demande et surtout de clarifier le rôle des différents lieux de prise en charge pour les patients.

### 2.2.2. *La psychiatrie de liaison*

La psychiatrie de liaison est une priorité affichée par plus de 60 % des régions. Il est surtout frappant de constater que le traitement de cette question est très abouti dans plusieurs régions qui, sur la base de recommandations de bonnes pratiques, décrivent non seulement les objectifs à atteindre mais également les missions, la composition d'une équipe de liaison, les compétences requises ainsi que les modes d'organisations.

La formalisation de cette activité dans un cadre contractuel avec les services de MCO ou SSR est recommandée.

### 2.3. *Prises en charge spécifiques de certaines populations*

La circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS pointait sept axes de prise en charge repérés comme prioritaires au niveau national. Ils ont été largement repris par les régions :

- les enfants et adolescents, les personnes âgées et les personnes détenues et sous main de justice sont des priorités dans 18 à 19 régions. Les constats et les projets souvent très étayés.
- les personnes handicapées en raison de troubles psychiques, les personnes atteintes d'un syndrome autistique ou troubles envahissants du développement, les personnes en situation de précarité et d'exclusion et les personnes ayant des pratiques addictives font l'objet de projets d'organisation ou de développement des prises en charge dans 12 à 14 régions.

Deux autres populations, non citées dans la circulaire, apparaissent dans les priorités de 12 régions : les patients difficiles et les patients suicidaires.

Ces prises en charge sont généralement organisées au niveau du territoire de santé dans un lien de partenariat avec les équipes de proximité.

## **2.4.Partenariats**

Le partenariat est incontestablement un des mots clés de ces SROS 3. Cela est lié à:

- la nécessité d'articuler les prise en charge de proximité et les réponses plus spécialisée au niveau des territoires de santé, conformément à l'objet de gradation des soins
- au constat largement argumenté que l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie dépend pour une grande part des coopérations qui pourront être organisées tant avec la médecine de ville (accès aux soins), qu'avec les équipes MCO (psychiatrie de liaison, certaines populations spécifiques) et les équipes des établissements sociaux et médico-sociaux (handicapés psychiques, patients au long cours...). Ces coopérations impliquent elles-mêmes des organisations de partenariat entre équipes de psychiatrie soit pour mutualiser des équipes, soit pour assurer une offre de soins spécialisée et pour permettre au niveau territorial une lisibilité de l'offre.

Les réseaux de santé ou réseaux de coordination sont cités dans la totalité des régions, que ce soit pour des projets précis autour de populations bien identifiées (adolescents, personnes âgées, urgences, addictions) ou pour une meilleure coordination de l'ensemble des soins au niveau d'un territoire.

Cependant les projets précis sont encore peu nombreux et le contraste est de ce point de vue important entre la conviction dont témoigne l'ensemble des régions que le développement du travail partenarial est une clé essentielle de l'évolution de l'offre en psychiatrie et le caractère encore assez embryonnaire de la réflexion sur les outils et l'évaluation de la coopération.

## **3. La démarche qualité , la formation et la recherche au service de l'évolution de l'offre de soins**

Il est intéressant de noter que de nombreuses régions ont souhaité se doter d'outils permettant d'évaluer la mise en oeuvre des projets et le suivi de leur pertinence et de favoriser les évolutions des pratiques professionnelles pour accompagner les évolution de l'offre de soins.

### **3.1.Démarche qualité et recherche d'indicateurs**

Les évolutions attendues par les SROS sont très importantes. Elles concernent cependant davantage les pratiques que les évolutions architecturales et induiront des nouveaux modes de prise en charge, des recentrage de certaines structures sur des missions, le développement des coopérations.

Afin de suivre ces évolutions, plusieurs régions ont développer une démarche de qualité fondée sur une meilleure lisibilité du service rendu. Des fiches de missions assorties d'indicateurs de résultats sont ainsi définies pour certaines activités des CMP par exemple. Si cette formalisation aboutissant à la création d'indicateurs précis auxquels seront soumis l'ensemble des établissements de la région reste encore peu fréquente, la volonté de disposer d'indicateurs partagés est largement affirmée.

### **3.2.Formation**

La formation est une préoccupation importante des régions. Plus de la moitié d'entre elles développent des projets dans ce sens, généralement articulés autour de deux objectifs :

- *anticiper les difficultés de recrutement liées à des questions de démographie médicale ou infirmière.* La diminution prévisible du nombre de psychiatres est identifiée comme une

difficulté majeure par plus de la moitié des régions. Plusieurs d'entre elles ont engagé des réflexions sur le rôle des psychiatres, des psychologues et des infirmières au sein des équipes et les évolutions possibles des modes d'organisation. Afin de rendre le métier d'infirmier en psychiatrie plus attractif et de renforcer les compétences, l'ensemble des régions ont repris les projets de tutorat des IDE, selon les modalités prévues par le plan Psychiatrie et santé mentale.

- *travailler sur le partage de compétence et l'évolution des métiers afin d'accompagner le développement des partenariats*, spécifier les métiers et permettre de conforter les professionnels non spécialisés qui participent à prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques (professionnels du champ social et médico-social, médecins généralistes ...).

### **3.3. Recherche**

Une région sur trois souhaite développer la recherche en psychiatrie soit sur des axes de recherche déjà existants dans la région, soit cas le plus fréquent, pour améliorer la connaissance des besoins.

## **4. Volets psychiatrie et santé mentale des SROS et plans ou programmes de santé publique**

Les SROS III ont été publiés peu de temps après les démarches de santé publique que sont, au niveau national, le plan psychiatrie et santé mentale et au niveau régional, les programmes régionaux de santé publique (PRSP) ou au niveau départemental, les PRIAC.

### **4.1. Des démarches régionales articulées**

Si l'élaboration, au niveau décentralisé, de ces programmes et projets a pu avoir un certain effet de dispersion des énergies sur un temps relativement court, la grande majorité des régions indiquent que les réflexions pour l'élaboration des SROS s'est faite en lien avec les travaux menés pour les PRIAC et les PRSP. Ceci se retrouve en particulier dans l'objectif de développer les liens entre les équipes sanitaires et les équipes sociales et médico-sociales dans la prise en charge des personnes handicapées psychiques, qui est repris dans l'ensemble des volets « psychiatrie et santé mentale » des SROS.

### **4.2. Une déclinaison des axes prioritaires du PPSM dans les projets du SROS**

L'analyse des objectifs des différents SROS montre une grande concordance avec les priorités du plan Psychiatrie et Santé Mentale.

Compte tenu de l'importance du travail réalisé dans la plupart des régions pour définir les volets psychiatrie et santé mentale et des spécificités régionales dans la déclinaison opérationnelle des projets, il est permis de penser que cette concordance n'est pas le résultat d'un exercice obligé mais bien le témoin d'une cohérence, sur le territoire national des thèmes prioritaires et des évolutions organisationnelles. Il est cependant incontestable que cette cohérence a également été favorisée par la circulaire du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de troisième génération

Compte tenu de l'objet des SROS (évolution de l'offre de soins), ce sont les axes 1 « Une prise en charge décloisonnée » et 4 « Mettre en œuvre des programmes spécifiques » du PPSM qui ont surtout été décrits.

Le premier axe est largement développé dans les différents SROS, que ce soit dans la nécessité de développer des réseaux avec les partenaires libéraux ou les professionnels du champ social ou médico-social ou dans l'évolution de l'organisation interne des établissements de santé et l'amélioration de l'accès aux soins.

Les 4 programmes spécifiques prévus par le PPSM (la dépression et le suicide, les enfants et adolescents, les personnes détenues la précarité et l'exclusion) sont largement repris dans les régions comme une priorité.

Cependant, on l'a vu, les autres axes concernant notamment la qualité et la recherche ne sont pas exclus comme en témoignent les programmes en matière de formation, de recherche et de démarche qualité.

De même une évolution réelle est perceptible dans l'intégration des patients et des familles (axes 2 du plan) dans l'élaboration des priorités régionales. L'ensemble des régions qui explicitent leur méthode d'élaboration des SROS indiquent en effet les avoir intégrés dans les groupes de travail. La façon dont cette démarche se poursuivra dans la mise en œuvre n'est pas décrite mais il est légitime de penser que leur participation aux CRCSM sera une des voies de l'évolution.