



Santé et accompagnement des personnes souffrant de troubles ou de handicap psychique

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).

Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS

Il complète l'analyse des besoins qui figure dans chacune des fiches du schéma régional de santé dans sa partie consacrée aux implantations des Activités Soumises à Autorisation.

Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'Agence Régionale de Santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins sanitaires de la région.

Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans.

L'évaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble et/ou un handicap psychique nous conforte à poursuivre la dynamique engagée. Elle nécessite néanmoins une inscription dans le cadre plus large d'une approche transversale de la politique de santé mentale visant la promotion du bien être mental, la prévention des troubles psychiques et du handicap d'origine psychique ainsi que l'organisation de parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture. Cela implique une coopération et une coordination des acteurs du champ de la santé mentale permettant de mettre en œuvre une offre diversifiée de soins et d'accompagnement qui répondent aux besoins de ces personnes en vue de leur rétablissement et de leur intégration dans la cité.

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Quelles évolutions pour la politique de psychiatrie et santé mentale dans la région

Accès aux diagnostics et aux soins

Au cours du PRS 1, l'évolution de l'offre et de l'activité en psychiatrie a été marquée par des tendances inégales : une diminution des capacités (diminution de 153 lits) et de l'activité en hospitalisation à temps plein, pas d'augmentation de l'activité en hospitalisation à temps partiel, une nette augmentation de la file active en ambulatoire sans augmentation du nombre d'actes sauf ceux en CATTP pour la psychiatrie infanto-juvénile

Globalement, le taux de recours à la psychiatrie est plus faible au niveau de la région qu'au niveau national, exception faite pour les personnes de 70 ans et plus.

En 2016, près de 4 900 personnes ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement (dont les deux tiers à la demande d'un tiers) illustrant l'impact lourd de ces affections sur la vie des personnes atteintes. Une augmentation sensible des personnes et des mesures pour les soins psychiatriques pour péril imminent est constatée.

En plus de celles existantes, des équipes mobiles pour développer « l'aller vers » ont été mises en place au cours du PRS1 (17 équipes mobiles ayant été recensées). Elles sont néanmoins très inégalement réparties sur le territoire

Des actions de sensibilisation et de formation auprès des professionnels non spécialistes en santé mentale ont été organisées pour améliorer le repérage des signes d'alerte : formation de médecins généralistes au repérage de la crise suicidaire, formation de personnels d'EHPAD et de SSIAD à la prise en charge des troubles psycho-comportementaux, actions auprès des personnels de la petite enfance pour le repérage des signes évoquant un trouble du développement, consultations conjointes PMI-psychiatrie infanto-juvénile, etc...

Le partenariat entre la psychiatrie et les médecins généralistes, confrontés dans 25 à 30 % des consultations à des problèmes de souffrance ou de

troubles psychiques, reste difficile. Ces difficultés portent sur l'accès à un avis spécialisé en psychiatrie en temps utile et ce malgré quelques initiatives comme des consultations avancées en MSP et des améliorations pour les retours d'information suite à une hospitalisation. Le premier frein à l'adressage de patients dépressifs en psychiatrie par les médecins généralistes est le délai pour obtenir un rendez-vous. Du point de vue des médecins généralistes, les insuffisances concernent aussi d'une part la formation en particulier pour le repérage de la souffrance psychique, de la dépression, du risque suicidaire et des facteurs de dangerosité, et d'autre part la coordination avec les acteurs de psychiatrie (échanges d'informations).

L'accès des professionnels de santé mentale pour leurs usagers (accès à un avis spécialisé, accès à des soins dans des délais adaptés à la situation, etc) est jugé aussi difficile par une majorité d'acteurs sondés, en particulier les gestionnaires de structures sociales et médico-sociales.

Le champ des partenaires ne se limite pas aux acteurs du champ sanitaire et médico-social mais doit s'étendre au champ social, éducatif, aux structures intervenant dans le champ de la justice, de l'ordre public de l'intervention d'urgence, de la précarité.

Cette problématique est centrale concernant les enfants et les adolescents. Les sollicitations et les attentes sont de plus en plus nombreuses pour des avis ou des interventions et peuvent générer des déceptions par rapport aux délais de réponses importants. Cela pose le problème de la qualité du repérage des troubles psychiques ou de risque d'évolution vers un trouble psychique et donc de l'adressage vers les acteurs spécialisés en psychiatrie d'autant que la démographie en pédo-psychiatres est en tension dans certains secteurs du territoire.

Les études et enquêtes de terrain ont montré également des difficultés d'intégrer l'offre de soins psychiatriques ou psychologiques du secteur privé, en particulier en ambulatoire dans les filières de psychiatrie avec un accès aux soins de psychothérapie limité du fait du non remboursement des actes par l'assurance maladie.

Si l'appui des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensations psychiques, semble avoir sensiblement progressé vis-à-vis des personnes accueillies en EHPAD, avec les interventions des équipes de secteur, des équipes mobiles de géronto-psychiatrie, la télémédecine, les conventionnements, le partenariat avec les établissements ou services sociaux ou médico-sociaux accueillant les personnes handicapées adultes, en dehors d'un exemple d'une équipe mobile dédiée dans un département, a peu évolué. La majorité des

gestionnaires des ESMS accueillant des personnes en situation de handicap ne s'estiment pas satisfaits de l'organisation du suivi sanitaire de leurs usagers (difficulté d'accès au lieu de soins, peu de déplacements sur site, continuité des soins dans la durée). Ce constat est notamment soulevé dans un contexte d'absence de ressources médicales spécialisées dans les structures. Lorsqu'une convention existe (soit environ pour la moitié des ESMS), les motifs d'insatisfaction sont relatifs au manque de disponibilité des professionnels, au manque de formation ou à l'imprécision des conventions

L'existence de filières territoriales en santé mentale organisées et formalisées n'est pas toujours constatée. Les articulations entre la psychiatrie et le champ médico-social sont contrastées d'un territoire à l'autre et selon les établissements.

Pour améliorer les réponses aux situations de crises et d'urgences en psychiatrie, une procédure a été élaborée dans un territoire avec le SAMU/centre 15, la psychiatrie et les forces de l'ordre... Des équipes mobiles ont été mises en place afin de répondre aux situations de crise. Par ailleurs, deux unités d'accueil et d'orientation en milieu psychiatrique ont été ouvertes pour les soins non programmés.

En dehors de ces dispositifs, l'organisation de la prise en charge des situations de crises et des urgences psychiatriques a peu évolué depuis la mise en œuvre du PRS, ce malgré la recommandation de la CRSA de février 2014 concernant la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence en psychiatrie. Avec une pluralité d'intervenants concernés, sa structuration et sa lisibilité demeurent très insuffisantes pour les usagers, les aidants et les professionnels (dont les médecins généralistes). La coordination des acteurs concernés (SAMU Centre 15/ Services d'urgences/ permanence des soins ambulatoire/services de psychiatrie) est insuffisante pour prévenir, évaluer, gérer les situations de crise et organiser le suivi en sortie d'hospitalisation ou suite à un passage aux urgences.

Les difficultés se retrouvent à plusieurs niveaux : l'organisation de la gestion des appels, des carences dans l'organisation de la permanence des soins en psychiatrie, des réponses de la psychiatrie aux signaux d'alerte émis par l'entourage insuffisamment réactives et diversifiées, les limites des services d'urgences pour traiter les crises psychiatriques en particulier en pédo-psychiatrie, la saturation des lits de psychiatrie, les insuffisances pour l'organisation des possibilités de suivi, y compris sur un mode intensif, en ambulatoire en aval des urgences ou d'une unité d'accueil en psychiatrie ou suite à des signalements (suivi post hospitalisation, y compris suite à une tentative de suicide).

Département	Type handicap	CAMSP	CMPP	CAFS	Etab.Expér.	ITEP	SESSAD	Total général
44	Déf.Gr.Communication						62	62
	Tr.Caract.&Comport.	0	0	18	20	344	162	544
Total 44		0	0	18	20	344	224	606
49	Déf.du Psychisme SAI		0			8	6	14
	Tr.Caract.&Comport.		0	8		246	206	460
	Troubl. Psychopatho.	321						321
Total 49		321	0	8		254	212	795
53	Tr.Caract.&Comport.					42	36	78
Total 53						42	36	78
72	Déf.Gr.Communication						27	27
	Tr.Caract.&Comport.			3		72	28	103
Total 72				3		72	55	130
85	Tr.Caract.&Comport.				20	81	38	139
Total 85					20	81	38	139
Total général		321	0	29	40	793	565	1748

Offre médico-social enfants / agréments « déficience du psychisme, TCC, troubles psychopathologiques, déficience grave de la communication » – 1^{er} JANVIER 2017

Enfin, d'autres actions pour améliorer l'accès aux soins et développer les soins en ambulatoire ont été menées à bien au cours du PRS : l'augmentation du nombre d'internes et des recrutements de praticiens hospitaliers sur des postes prioritaires, la communication sur l'offre de soins (annuaire des acteurs de la lutte contre le suicide) et le renforcement des équipes de diagnostic de proximité dans le cadre du plan autisme.

L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Une proportion importante de personnes avec handicap psychique est présente dans les ESMS.

- Sur le secteur des enfants, 29 % des effectifs présents en ESMS au 31/12/2014 sont ainsi identifiés au titre des « déficiences du psychisme ». (33 % des nouveaux entrants en 2014).
- Sur le secteur des adultes, plus de 20 % des effectifs présents en ESMS au 31/12/2014 présentaient une « déficience du psychisme » : 24 % des effectifs présents en ESAT, 19 % en établissements d'hébergement, 20 % en services (20 % des entrants en ESAT, établissements d'hébergement ; 25 % des entrants en services).

L'offre médico-sociale a été marquée depuis 2010 par une évolution quantitative et qualitative.

Globalement, depuis 2010, les capacités d'accueil en ESMS (tous types de déficiences) ont progressé de 13 % dans la région (1 500 places), avec un taux d'équipement au-dessus de la moyenne nationale. Sur le secteur adultes, le taux d'équipement MAS, FAM et ESAT, bien qu'au-dessus de la moyenne nationale, se caractérise par une stagnation entre 2012 et 2015. L'augmentation des capacités (essentiellement sous forme de places en SAMSAH pour les places dédiées) est neutralisée par l'évolution démographique.

En 2016, l'offre médico-sociale adulte agréée « déficience psychique » représente 1 380 places sur le secteur. Pour autant, le nombre de personnes avec handicap psychique effectivement accompagnées par un ESMS est bien supérieur. Sur le champ de l'enfance, la caractérisation de l'offre « handicap psychique » est plus contrastée car renvoie à des terminologies différentes

Des actions ont été engagées pour faciliter l'accueil des jeunes adultes : jeunes relevant de l'amendement Creton en ESAT, la transformation de places enfants en place adultes, réflexions sur des modes alternatifs à l'institution pour les personnes autonomes, etc... Par ailleurs dans le cadre du plan autisme, une unité d'enseignement en école maternelle a été mise en place dans chaque département et le renforcement des ESMS accueillant des personnes avec TED est en cours de déploiement.

Par ailleurs, le nombre de personnes hospitalisées au long cours reste à un niveau élevé (565 personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an en 2016). La majorité de ces personnes relève d'un accompagnement social et médico-social, en secteur adultes ou personnes âgées et de solution d'hébergement ou / et logement. Ces constats démontrent un niveau important de la demande et des besoins en solution d'accompagnement et d'hébergement/logement adaptés

	E.S.A.T.	Etab. Expér.	F.A.M.	M.A.S.	S.A.M.S.A.H.	Total général
44	222		166	51	25	464
49	60			2	30	92
53	46		10		55	111
72	70		33	110	55	268
85	84	131	78	120	32	445
Total	482	131	287	283	197	1380

**Offre médico-sociale adulte agréée « déficience psychique »
1^{er} janvier 2017**

Le bilan du PRS montre des difficultés d'intégration de personnes âgées ou vieillissantes présentant des pathologies psychiatriques en EHPAD. Les deux-tiers des établissements sanitaires enquêtés considèrent que des personnes hospitalisées à temps plein relèvent d'une prise en charge en EHPAD. L'adaptation de la réponse aux besoins en accompagnement et en soins se pose aussi pour des personnes vieillissantes avec handicap psychique dans des maisons relais ou résidences accueil.

Evaluation du handicap psychique

Le centre ressource régional pour le handicap psychique (CREHPSY) a été mis en place, avec pour mission l'animation de réseau d'acteurs, la promotion de la qualité des pratiques, l'information et communication, l'expertise et le recours.

La mise en œuvre d'un processus partagé de l'évaluation du handicap psychique pour la reconnaissance des droits de la personne à l'accompagnement et à la participation sociale est source de difficultés, d'insatisfaction des acteurs : MDPH, acteurs de la psychiatrie et du médico-social. Un travail est en cours sur les processus et les outils de l'évaluation du handicap psychique piloté par le CREHPSY en lien avec les acteurs du sanitaire, du médico-social et des MDPH.

Accès au logement

Au niveau de l'insertion par le logement un certain nombre d'actions s'est concrétisé : « famille gouvernante », médiation pour prévenir les expulsions, formations et sensibilisation des acteurs du logement plateformes partenariales où sont présentées les situations problématiques, les soutiens des acteurs de la psychiatrie pour l'insertion ou le maintien dans le logement social (par ex résidence accueil, CHRS..).

Il est reconnu que le fait de disposer d'un logement constitue un facteur majeur de stabilisation. En sortie d'hospitalisation, l'absence d'étayage social en cas d'incapacité à occuper un logement autonome est perçue comme un manque avec un besoin repéré de lieux de transition entre hospitalisation et logement ordinaire. Du point de vue des partenaires sociaux, l'intervention des acteurs de la psychiatrie est jugée perfectible, en particulier au niveau des CHRS. Les diagnostics à 360° ont pourtant mis en évidence les

besoins de coordination entre les acteurs du logement, de l'hébergement et les acteurs de santé et de l'accompagnement social ou médico-social (Service d'aide à domicile, SAVS, SAMSAH). Le besoin d'un hébergement accompagné (appartement thérapeutique, résidence accueil, appartement de coordination thérapeutique, de familles gouvernantes, etc...) est ressenti pour les personnes dont l'étayage social ne suffit pas à garantir l'accès ou le maintien dans un logement autonome, témoignant donc d'une insuffisance dans ce domaine.

L'accès et le maintien dans l'emploi

Il reste difficile pour les personnes en situation de handicap psychique.

Le taux de chômage des personnes handicapées est largement supérieur (21 % au niveau national) à celui de l'ensemble de la population. Parmi elles, les personnes handicapées psychiques sont les plus touchées. Or la demande d'accès à l'emploi de droit commun est forte parmi celles-ci, le travail constituant notamment un élément important de la reconnaissance sociale favorisant la réadaptation et l'inclusion sociale. Il est donc nécessaire de développer des environnements professionnels adaptés aux besoins spécifiques de ces personnes que ce soit en milieu ordinaire de travail ou en milieu de travail protégé et/ou adapté.

Des expérimentations (job coaching) existent notamment sur un territoire mais sont à développer. Le déploiement, à partir de 2017, du dispositif d'emploi accompagné introduit dans le code du travail permettra de sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel des personnes en situation de handicap psychique vers et dans le milieu ordinaire.

Par ailleurs, la poursuite des travaux d'adaptation du secteur adapté et protégé (ESAT) pour une meilleure prise en compte des spécificités des publics avec handicap psychique est un enjeu majeur. En effet, 24 % des effectifs présents en ESAT au 31/12/2014 présentaient une « déficience du psychisme ».

La coordination

La coordination des acteurs en santé mentale s'est développée soit au sein de filières selon la population (jeunes, adultes et personnes âgées), soit au sein des CLS (9 sur 12 évoquaient des problématiques de santé mentale) ou des CLSM, encore peu développés dans la région. Des difficultés de coordination demeurent tant au niveau des acteurs du soin (entre les professionnels non spécialisés libéraux et hospitaliers et la psychiatrie, entre les acteurs spécialisés en santé mentale et psychiatrie de la sphère publique et ceux du privé) qu'entre les acteurs du social ou médico-social et la psychiatrie : formalisation des partenariats difficile,

conventions imprécises, manque de disponibilité, etc. Certains points de rupture dans les parcours ont été identifiés : les situations complexes mettant en échec les différents professionnels (par exemple situation « frontière » avec la psychiatrie chez certains jeunes difficiles, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte pour les soins et les accompagnements, les sorties d'incarcération, les personnes en grande précarité, les personnes présentant des conduites addictives ou un handicap rare, les situations de non demande et de déni, les « perdus de vue »).

Les Actions visant à renforcer le pouvoir d'agir et de décider

Le maillage du territoire par les GEM a été amélioré : 26 GEM dont 4 concernant les traumatisés crâniens étaient fonctionnels en 2015, 8 nouveaux GEM ayant été ouverts depuis 2011. Au niveau de la région Pays de Loire, deux personnes vont suivre une formation de médiateur santé pairs organisée par le CCOMS de Lille pour pouvoir ensuite intégrer des équipes de soins ou d'accompagnement.

Les soins de réhabilitation commencent à se développer en région. Trois établissements de psychiatrie participent au réseau français de remédiation cognitive, apportant une réponse de proximité. Le CHU de Nantes a développé en plus des actions diversifiées en réhabilitation pour son territoire, des actions de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de la région avec également des projets de recherche.

Les programmes d'éducation thérapeutique à destination des familles ont été initiés.

La Prévention et promotion de la santé, éducation à la santé

De nombreuses actions de prévention ont été déployées soit dans le cadre d'appels à projet soit dans le cadre de conventions avec les opérateurs en prévention et promotion de la santé, soit dans le cadre de la contractualisation avec les établissements de santé (lutte contre le suicide). Les actions relatives en santé mentale représentent un quart des actions de prévention selon la base de données OSCARS. Enfin, les demandes d'éducation thérapeutique sont de plus en plus nombreuses pour un total de dix programmes autorisés.

On relève aussi les initiatives de communication grand public avec la réalisation d'un annuaire des acteurs de la lutte contre le suicide, des actions au sein des CLS et CLSM et la semaine d'information en santé mentale (SISM).

De même, des actions sont réalisées en périnatalité pour renforcer les compétences parentales (programme PANJO : programme de la santé et de l'Attachement des

nouveau-nés et de leurs jeunes parents : outil de renforcement des services de PMI) et les actions en milieu scolaire au niveau du premier degré visant à développer les compétences psycho-sociales

Quelles évolutions dans les attentes et besoins du public, les orientations de la politique nationale en santé mentale et la diffusion des connaissances sur les pratiques ayant démontré leur efficacité ?

De nouvelles orientations nationales ont été communiquées récemment au travers de textes importants :

- Le Rapport relatif à la santé mentale (Michel Laforcade octobre 2016)
- La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en particulier : l'article 69 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM), l'article 74 relatif à la coordination des parcours complexes, l'article 89 (réponse accompagnée pour tous), l'article 90 (médiation sanitaire), les articles 95 et 96 relatifs aux documents de liaison et au partage des informations.
- Le décret du 27 juillet 2017 relatif à l'élaboration des PTSM avec les objectifs prioritaires
- La stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique
- La fiche annexe à l'instruction du 21 octobre 2016 relative à la territorialisation de la politique de santé mentale en application des articles 158 et 162 de la LMSS du 26 janvier 2016.

Les connaissances sur les pratiques ayant démontré leur efficacité commencent à être diffusées notamment dans le rapport « données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique ».

Les enquêtes nationales et la réalisation de diagnostics territoriaux en Pays de la Loire témoignent des difficultés encore présentes dans les parcours de prises en charge en psychiatrie et santé mentale. Les attentes des usagers et des familles convergent pour une amélioration :

- des délais de diagnostic et de prise en charge,
- de l'anticipation de la gestion des situations de crises,
- de la prise en compte des besoins spécifiques de certaines populations

- et d'une meilleure articulation entre l'hôpital et la ville, entre le secteur sanitaire et le secteur social et médico-social.

L'approche systémique incluant le psychique, le somatique, le sanitaire et le social, le préventif et le curatif, l'individu et son environnement, les soins et l'insertion est désormais privilégiée comme modèle d'intervention.

Le modèle de la continuité de l'intervention socio-sanitaire est la clé du succès selon plusieurs études et expérimentations aux résultats concordants. Il s'agit de soigner la pathologie, la souffrance, mais aussi d'intervenir et de prendre en compte en même temps les conséquences sociales de la maladie, les restrictions de citoyenneté, la perte de qualité de vie, et l'isolement qui pèsent tout autant que la symptomatologie clinique. L'action de coordination s'appuie sur l'évaluation des besoins de la personne, dans une logique fonctionnelle plutôt que structurelle.

Le modèle du rétablissement, fondé sur l'idée que la personne malade, dans une posture plus active, peut récupérer de son pouvoir d'agir en s'appuyant sur ses compétences, a été évalué et a fait la preuve de son efficacité sur le niveau de satisfaction des personnes et sur le niveau d'engagement dans le processus de soins et de rétablissement social. L'action des pairs et le soutien des aidants sont reconnus comme des éléments en faveur du rétablissement et de la participation sociale.

Les pratiques de réhabilitation psycho-sociale incluant l'éducation thérapeutique, en prévenant l'apparition ou l'aggravation du déficit fonctionnel visent à augmenter le pouvoir d'agir et de décider de la personne et améliorent l'inclusion sociale

La stratégie d'inclusion nécessite de développer la lutte contre les préjugés rattachés aux « maladies psychiques ».

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Les difficultés pour un parcours de santé et de vie de qualité sans rupture peuvent se situer à différents niveaux :

Au niveau de l'accès précoce aux soins et aux accompagnements

Le diagnostic tardif et les difficultés d'accès à un suivi psychiatrique et adapté sont à l'origine de pertes de chance pour les personnes concernées.

Les retards signalés, les difficultés pour le repérage, le diagnostic et la mise en place des interventions

sanitaires et/ou sociales peuvent être en rapport des facteurs individuels, sociaux, et aussi en lien avec l'organisation du système de soins et d'accompagnement (insuffisance dans le repérage des premiers symptômes, manque de coordination des acteurs, etc).

Ces difficultés d'accès aux soins et aux accompagnements adaptés concernent notamment les personnes en situation de vulnérabilité, avec des difficultés d'expression de la demande d'aide pour de raisons variées : difficultés de communication, la crainte ou la méconnaissance du système de santé ou de non demande d'aide, les personnes vivant dans des conditions sociales précaires, les personnes isolées, les personnes présentant des troubles addictifs et/ou avec des difficultés sociales au premier plan sans trouble évocateur d'un trouble psychique. Les enjeux sont particulièrement importants pour les enfants et adolescents, 75 % des maladies mentales se déclarent avant 25 ans et 80 % des troubles psychotiques se révèlent entre 18 et 25 ans.

Au niveau de l'évolution de l'organisation de l'offre de soins et d'accompagnement

Concernant l'offre de soin, l'enjeu est de développer des soins précoces et adaptés aux besoins (au plus près des lieux de vie, d'intensité variable et complémentaires aux soins « conventionnels »).

L'enjeu sera d'orienter les moyens, les ressources de la structure hospitalière vers la cité pour répondre aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques dans une démarche d'inclusion sociale.

L'offre du secteur social et médico-social devra aussi poursuivre son adaptation aux spécificités du handicap psychique : processus d'orientation, modalités de financement et d'organisation pour proposer des solutions plus modulaires, plus inclusives.

Au niveau de la coordination entre les acteurs.

Pour les personnes à risque ou en situation de handicap psychique, la mise en place d'un suivi précoce et coordonné réalisé par une équipe sanitaire et une équipe sociale et/ou médico-sociale constitue une condition nécessaire pour assurer la continuité et la cohérence du parcours et préserver l'autonomie de la personne, dans une logique de co-responsabilité.

Or, le manque de connaissance entre les acteurs, le défaut d'outils opérationnels partagés (conventions imprécises) et la spécialisation des professionnels, ... renvoyant au cloisonnement des différentes administrations nationales, locales, sociales et à des découpages territoriaux différents renforcent la complexité de l'organisation de la coordination. Parfois, il peut s'agir d'un défaut de mobilisation d'acteurs, de la

problématique du partage des informations et de la persistance de logique structurelle qui peuvent être aussi des obstacles pour une coordination effective et centrée sur les besoins de la personne.

Au niveau de la mise en œuvre des connaissances sur les pratiques basées sur des données probantes

Selon les recommandations issues des données probantes, les priorités de santé mentale doivent répondre à un objectif de rétablissement pour les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants, ce qui implique qu'au-delà la stabilisation des troubles, il s'agit de développer leurs capacités et leur accès à une vie active et sociale choisie.

Une évolution des cultures, des pratiques et des partenariats est nécessaire pour atteindre les objectifs d'autonomie, de qualité de vie et d'inclusion dans la cité. Le changement des pratiques nécessite à la fois des moyens nécessaires pour un suivi intensif en ambulatoire, l'excellence dans la gestion des psychotropes, la mise en place de soins ayant fait la preuve de leur efficacité, une démarche évaluative et une méthodologie concertée de mise en œuvre.

Au niveau des préjugés, des représentations négatives liées à la maladie mentale

L'insertion sociale des personnes vivant avec un problème de santé mentale peut être impactée négativement par les préjugés, les représentations que le public rattache aux « maladies psychiques ».

Les parcours de santé et de vie sont aussi influencés par les conditions de vie, les conditions d'environnement (en famille, milieu scolaire, travail, cité) ce qui impose une coordination des politiques publiques et des actions de prévention et de promotion du bien-être.

III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Proposition 1 : Promouvoir le bien-être mental, la prévention de la souffrance psychique et des conduites suicidaires, en particulier pour les jeunes ainsi qu'aux populations en situation de vulnérabilité

- Agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale
 - Inclusion de la promotion de la santé mentale dans le parcours éducatif santé et dans le secteur du travail, lutte contre le harcèlement, le mal-logement (voir fiche : encourager les environnements favorables à la santé)

- Renforcer les compétences psycho-sociales de la population
 - Soutien à la parentalité
 - Programme de renforcement des compétences psycho-sociales en milieu scolaire
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination relatives aux troubles psychiques :
 - Formation des médiateurs santé pairs
 - Soutien des SISM, des CLSM
 - Actions d'information et de sensibilisation auprès de publics ciblés : élus, policiers, enseignants, jeunes...
 - Montée en compétence des professionnels des médias (programme papageno) et des institutions (sensibilisation psychom)
 - Information de la population générale sur la santé mentale, en suscitant notamment des actions dans le cadre de la Semaine d'Information en santé Mentale
- Prévenir le suicide et les conduites suicidaires
 - Centrer les actions sur les personnes à risque élevé : personnes avec idéations suicidaires ou troubles mentaux (suicidants, personnes souffrant de schizophrénie, de troubles dépressifs, de troubles bipolaires et d'addictions)
 - Déployer sur le territoire régional des stratégies multimodales d'intervention englobant la formation à l'intervention de crise pour les professionnels de recours (hospitaliers et libéraux) et la formation pour les acteurs au contact du public au repérage des personnes à risques, le renforcement des complémentarités entre acteurs de l'écoute et réseaux de prise en charge, le recontact des suicidants en posthospitalisation et l'information du grand public sur les facteurs de risque.

Proposition 2 : Améliorer et diversifier les réponses des professionnels en réponse aux besoins de dépistage, de soins, de soutien et d'accompagnement au plus près des lieux de vie

- Renforcer le repérage des signes d'alerte par les professionnels non spécialisés par la formation, la sensibilisation et les échanges d'information, l'amélioration de l'interconnaissance.

- Organiser des dispositifs d'accueil et d'orientation connus du public et des différents professionnels au niveau des secteurs psychiatriques sur l'ensemble du territoire, s'articulant avec l'ensemble des modalités de réponses de l'offre de soins.
 - Renforcer le partenariat entre les équipes de soins primaires et les professionnels de la psychiatrie (accès à un avis spécialisé, échanges d'informations réciproques, organisation du suivi somatique).
 - Mettre en place au niveau des équipes du secteur des organisations pour aller au-devant des personnes, si nécessaire sur le lieu de vie : les modalités d'aller vers seront notamment mises en œuvre pour des populations en situation de vulnérabilité, de précarité, et pour des besoins spécifiques de certaines personnes (bébés/enfants/adolescents, personnes âgées, personnes handicapées, personnes ayant des conduites addictives, personnes victimes de violence, migrants). Développement de la télémédecine.
 - Renforcer le soutien des équipes de psychiatrie aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychique ou accueillant des personnes en situation de handicap psychique : modalités de partenariat, modalité d'intervention en cas de crise, d'urgence, échanges de savoirs et pratiques pour prévenir, gérer les comportements problématiques, prise en charge intégrée en addictologie et en psychiatrie en cas de co-morbidités psychiatriques.
 - Organiser la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence y compris par des interventions au domicile des personnes.
 - Accompagner les professionnels vers des nouvelles pratiques, vers de nouveaux outils, vers de nouvelles organisations : formations pluriprofessionnelles, intégration des données de preuves, stages croisés, échanges théoriques et pratiques, formations, recherche clinique...
- Proposition 3 : Améliorer le parcours de santé et de vie des personnes souffrant de troubles sévères persistants en situation ou à risque de handicap psychique en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale**
- Mettre en place un suivi socio-sanitaire coordonné par les acteurs de proximité, en développant les interventions en ambulatoire, y compris à domicile, sur un mode intensif pour les moments du parcours le nécessitant : « Parcours global coordonné »
- Mieux reconnaître et évaluer le handicap psychique : construire, en lien avec les MDPH, le CREHPSY, les outils et processus pour l'évaluation du handicap psychique.
 - Organiser l'accès à une offre de réhabilitation psychosociale au niveau de chaque territoire de santé.
 - Assurer l'accès aux soins somatiques des personnes en situation de handicap psychique (voir fiche : Améliorer l'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap)
 - Mieux organiser l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
 - Organiser le maintien dans le logement ou l'accès au logement par le développement de logement d'évaluation ou de transition, de dispositif de logement accompagné, de service d'aide et de soins à domicile.
 - Développer les dispositifs d'emploi accompagné pour les personnes en situation de handicap psychique.
 - Faire évoluer l'offre en ESAT pour développer l'accompagnement en milieu ordinaire (ESAT de transition)
 - Favoriser le soutien à la scolarisation
 - Favoriser l'accueil des personnes âgées ou vieillissantes avec handicap psychique en EHPAD : expérimentation d'unités de transition, formation du personnel, soutien du secteur de psychiatrie.
 - Réduire les situations d'inadéquations
- Proposition 4 : Renforcer le pouvoir de décider et d'agir des personnes et promouvoir leur implication et celle de leurs proches**
- Développer l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
 - Promouvoir la co-construction avec la personne de son projet de soins et de vie.
 - Favoriser la participation des usagers dans les instances de gouvernance des établissements et aux instances de démocratie sanitaire (voir fiche Renforcer le pouvoir d'agir de l'utilisateur sur sa santé et sur son parcours de soins et d'accompagnement).

- Développer les modalités de soutien par les pairs : favoriser les GEM et soutenir des projets innovants en accompagnement : médiateur santé pairs et définir un cadre de reconnaissance pour les patients experts.
- Renforcer les formations et les actions de soutien des aidants (information, formation, répit)

Méthodologie des travaux

- Constitution d'un groupe de travail interne.
- Synthèse des données épidémiologiques, démographiques, de l'offre de soin.
- Consultation du groupe de travail de la CRSA « santé mentale, addiction, autisme» le 11 avril 2017.
- Présentation de ce document à la CSOS du 22 juin 2017.
- Utilisation de documents sources et bibliographie

Etudes et plans d'action régionaux

- Evaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique (ARS Pays de la Loire – septembre 2016)
- Démarche d'évaluation régionale des groupes d'entraide mutuelle, CREA1 Pays de la Loire, novembre 2015.
- Référentiel et plan d'actions régional pour l'accompagnement des personnes handicapées vieillissantes accompagnées par une structure médico-sociale, ARS, 2015
- Plan d'action régional pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap
- Exploitation régionale de l'enquête ES 2014 - Focus handicap psychique
- Exploitation régionale indicateurs du tableau de bord ANAP
- Enquête flash régionale PH 2016 (données 2015), disponible sur site internet ARS.

Sources bibliographiques

- Les disparités territoriales de l'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : une vision segmentée à une approche systémique, Magali Coldefy et Charlène Le Weindre, Les rapports de l'IRDES, n° 558, décembre 2014
- Résultats démographie des psychiatres, ONDPS, Octobre 2016
- Résultats démographie INSEE, 2014
- Travail régional sur la psychiatrie, 2015-2016 ARS PDL
- Rapport parcours de soins des enfants et adolescents dans le territoire de santé du Maine et Loire, Dr. Jean-Paul LHUILLIER, décembre 2015, ARS PDL
- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
- Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, rapport du Haut Conseil de la santé publique, avril 2016
- Evaluation de la politique régionale de lutte contre le suicide en Pays de la Loire, DEPS ARS PDL -juin 2012
- Rapport du centre de preuves en Psychiatrie et santé mentale, septembre 2015.
- « Prévention et aide à distance en santé, les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature » – Enguerrand du Roscoat, chargé d'études et de recherche à l'INPES et François Beck, chef du département enquêtes et statistiques de l'INPES - 2012
- Evaluation des dispositifs bénévoles de veille, de repérage, d'écoute et d'orientation des personnes en souffrance psychique avec comportements suicidaires, Itinere Conseil -janvier 2014
- Evaluation du haut Conseil de Santé Publique portant sur le programme national d'actions contre le suicide 2011-2014
- Rapport relatif à la santé mentale – Michel Laforcade – Octobre 2016
- Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale, Volet handicap psychique – 2016
- Rapport Denis PIVETEAU, « Zéro sans solution » et démarche « Une réponse accompagnée pour tous », juin 2014
- Evaluation nationale GEM – ANCREAI (publication du rapport attendue en février 2017)
- « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale. Méthodes et outils pour les territoires », ANAP, décembre 2016
- « Outil d'autodiagnostic des parcours en psychiatrie et en santé mentale », ANAP, juillet 2016.
- « L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques : Retours d'expérience de reconversions ou de créations », ANAP, août 2014.
- « Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques », Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, ANESM, mai 2016.

Les livrets du PRS

