



Dossier bibliographique

SANTÉ MENTALE ET ORGANISATION DES SOINS

AVRIL 2017

Émilie BEC
Dr Françoise CAYLA
Nathalie BEL

Plan

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE.....	3
INTRODUCTION	5
PRENDRE EN CHARGE LA SANTE MENTALE	7
• Diagnostiquer les troubles.....	7
• Soigner et accompagner	9
• Améliorer le parcours en santé mentale	10
DÉCLOISONNER LES PRATIQUES	13
• Renforcer la formation.....	14
• Intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires et soutenir la multidisciplinarité	15
• Encourager la gestion de cas.....	20
ELARGIR L'OFFRE	24
• Augmenter la mobilité et la disponibilité	24
• Utiliser les technologies disponibles	28
• Rembourser les psychothérapies effectuées par les psychologues	30
FAVORISER LES INITIATIVES	33
• Renforcer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social	33
• Impliquer les élus locaux.....	35
• Encourager l'innovation et la recherche.....	36
• Agir autrement : favoriser l'empowerment	37
FOCUS SUR LA PEDOPSYCHIATRIE.....	41
• Améliorer la détection des troubles.....	42
• Décloisonner, coordonner et faciliter les passerelles.....	47
AVERTISSEMENT	51
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Les principales bases de données et portail de revues interrogées :

- Association de recherche en soins infirmiers (ARSI)
<http://www.asso-arsi.fr/>
- Base de données Bibliothèque Sigmund Freud
<http://bsf.spp.asso.fr/>
- Base documentaire du Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales
<http://rnrsms.ac-creteil.fr/spip.php?rubrique6>
- Banque de données en santé publique (BDSP)
<http://www.bdsp.ehesp.fr/>
- CAIRN
<https://www.cairn.info/>
- Google scholar
<https://scholar.google.fr/>
- HAL - Archives ouvertes
<https://hal.archives-ouvertes.fr/>
- Lissa - Littérature Scientifique en Santé
<http://www.lissa.fr/dc/#env=lissa>
- Pascal - Francis
<http://pascal-francis.inist.fr/>
- PRISME (Réseau documentaire en sciences et action sociales)
<http://www.documentation-sociale.org/?s=& type=dclrefprisme>
- Pubmed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- SantéPsy
<http://www.ascodocpsy.org>

Les principaux sites de références consultés :

- Actualités Sociales Hebdomadaires (ASH)
<http://www.ash.tm.fr/>
- Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
<http://www.anap.fr/accueil/>
- Ascodocpsy
<http://www.ascodocpsy.org/>
- Association Nationale des Centres Régionaux d'Études et d'Actions et d'Informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (ANCREAI)
<http://ancreai.org/>
- Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
<http://www.cnsa.fr/>
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
<http://drees.social-sante.gouv.fr/>
- Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privé non lucratif (FEHAP)
http://www.fehap.fr/jcms/la-federation/la-fehap-cpe_5343
- Haute autorité de santé (HAS)
<http://www.has-sante.fr/portail/>
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
<http://www.irdes.fr/>

- Inspection générale des affaires sociales (IGAS)
<http://www.igas.gouv.fr/>
- Legifrance
<https://www.legifrance.gouv.fr/>
- Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes
<http://social-sante.gouv.fr/>
- Observatoire National de l'Action Sociale (ODAS)
<http://odas.net/Commission-autonomie,652?recherche=relation%20d&revenir=ok>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)
http://www.who.int/topics/mental_health/publications/fr/
- Santé mentale
<http://www.santementale.fr/>
- Santé publique France
<http://www.santepubliquefrance.fr/>
- Association francophone de psychologie et de psychopathologie de l'enfant et l'adolescent - APPEA
<http://www.santepubliquefrance.fr/>
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques
<http://www.unafam.org/>

L'ensemble des liens proposé dans ce document a été vérifié le 24 avril 2017.

INTRODUCTION

Dans le monde, 121 millions de personnes souffrent de dépression, 700 millions de problèmes liés à l'alcool, 24 millions de schizophrénies et 37 millions de démence. Le nombre d'individus atteints de troubles mentaux continuera à augmenter notamment en raison du vieillissement de la population, de l'amélioration de l'espérance de vie des personnes atteintes de troubles psychiques, de l'aggravation des problèmes sociaux et des troubles civils. En 2020, les troubles mentaux seront vraisemblablement responsables de 15% du nombre d'années de vie perdues corrigées de l'incapacité pour cause de maladie ou de blessure.¹

En France, selon le rapport Laforcade publié en 2016, la santé mentale et la psychiatrie constituent un enjeu de santé majeur. Classés au troisième rang des maladies après les cancers et les pathologies cardiovasculaires, les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart de la population française, compte tenu de leurs conséquences pour les individus et leur entourage immédiat.²

Les politiques de santé mentale ont entraîné d'importants changements dans l'organisation des soins ces dernières années avec la création des Agences Régionales de Santé et des territoires de santé en 2009 ou encore les lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 modifiant le régime des soins sans consentement. Ces évolutions récentes modifient le paysage institutionnel, façonné par la période asilaire puis par la mise en place de la sectorisation en psychiatrie du secteur et le mouvement de désinstitutionalisation à partir des années 1960. Elles s'accompagnent d'autres tendances observées en parallèle : plus grande implication des patients et de leurs familles dans les programmes de soins, volonté des pouvoirs publics de normaliser leur action et d'évaluer les politiques mises en œuvre, demande sociale hésitant entre la préservation de la liberté et l'exigence de sécurité.³ Mais malgré ces évolutions, les plans successifs et les dispositifs novateurs déployés, cette préoccupation récurrente des pouvoirs publics apparaît perfectible.

Le rapport souligne différents dysfonctionnements tels que l'hospitalocentrisme, les populations oubliées, les difficultés d'accès à la première consultation, le cloisonnement entre les soins somatiques et les soins psychiatriques...

¹ **Santé mentale et soins de santé primaire : une perspective globale.**

Funk M., Benradia I., Roelandt J.L., et al. L'information psychiatrique, Vol.90. n°5. 2014, pp.331-339.

https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_9005_0331

² **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

³ **Organisation des soins en psychiatrie.**

Bénomouziq D., Ulrich V. Revue française des affaires sociales, n°2, 2016, 288p.

http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ouvrages/3303337402552-organisation-des-soins-en-psi-chi-at-rie#book_sommaire

Il dénonce également les inégalités territoriales dans l'offre de soins et les ressources de l'accompagnement social et médico-social.⁴ Pourtant des innovations remarquables apparaissent témoignant de l'engagement et de la faculté d'adaptation des professionnels. Malheureusement la qualité de ces pratiques n'est pas égale et les meilleures solutions restent souvent confidentielles. Des solutions d'excellence disséminées sur l'ensemble du territoire ne créent pas spontanément les conditions d'une généralisation à l'ensemble du pays. Comme le rapport le souligne, l'enjeu consiste à passer d'expériences multiples et souvent probantes à une politique de santé plus homogène.

Ce dossier bibliographique a pour objectif d'identifier les principales problématiques rencontrées dans ce secteur et les expériences qui se mettent en place pour pouvoir y répondre.

Pour cela, un travail documentaire approfondi a été réalisé sur les travaux existants, au niveau local, national mais également dans d'autres pays tels que le Royaume-Uni, la Belgique ou le Québec.

Un nombre important d'études, de productions, de rapports a été recensé et intégré dans ce dossier permettant d'alimenter une réflexion sur la prise en charge de la santé mentale, le diagnostic, le soin, l'accompagnement en psychiatrie et la question du parcours.

Le travail documentaire et le recensement des expériences se sont également intéressés à la manière de décloisonner la pratique et à soutenir la multidisciplinarité à partir de la formation des professionnels, des soins primaires et de la gestion de cas.

La question de l'offre a également été abordée à travers les dispositifs « d'aller vers », de la télépsychiatrie et des remboursements des psychothérapies effectuées par des psychologues.

Pour finir, des initiatives complémentaires concernant l'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social, l'engagement des élus à travers les conseils locaux de santé mentale, le rôle de la recherche ou de l'empowerment⁵ des usagers avec l'éducation thérapeutique en santé mentale et la pair-aidance sont présentées.

⁴ **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

⁵ cf. définition en page 39

PRENDRE EN CHARGE LA SANTE MENTALE

- **Diagnostiquer les troubles**

Dans tous les pays, un écart considérable est observé entre la prévalence des troubles mentaux d'une part, et le nombre de personnes soignées et sous traitement d'autre part. Dans les pays à revenu élevé, on estime entre 35 % et 50 % la part des personnes atteintes de troubles mentaux graves, incapables d'accéder au traitement dont ils ont besoin. Cette part peut aller jusqu'à 85 % dans les pays à faible et moyen revenu. Une étude récente en Europe a révélé que 50 % des personnes ayant besoin de soins de santé mentale n'ont pas pu accéder aux services nécessaires.⁶

L'ensemble de la littérature s'accorde à dire que le **médecin généraliste est le recours médical le plus fréquent** pour l'ensemble des problèmes de santé, pour toutes les catégories sociales et pour toutes les tranches d'âges. En effet, il a une place centrale dans le dispositif d'accès aux soins. Il est accessible géographiquement, financièrement, culturellement et intellectuellement. Il se déplace à domicile ; répond rapidement ; propose des consultations modulables dans le temps et dans l'espace ; travaille dans la durée ; coordonne des interventions spécialisées, gère des interactions médicamenteuses et des examens complémentaires.⁷ De fait, il est souvent en première ligne dans la prise en charge des troubles de santé mentale. Pour les catégories socialement défavorisées, sa place est plus grande encore, renforçant ses responsabilités.^{8 9}

La fréquence des pathologies psychiatriques et des troubles d'origine psychique rencontrés en médecine générale en fait un élément central de la pratique du médecin généraliste. Maladies ou symptômes, troubles isolés ou associés, continuum de manifestations et de demandes allant du normal au pathologique, interrogent la médecine et la société. L'enquête européenne European Depression Patient Study (DEPRES) réalisée en 1995 avec le Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), confirme cette place prépondérante du médecin généraliste en France mais également en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en Hollande, et au Royaume-Uni.¹⁰

⁶ **Santé mentale et soins de santé primaire : une perspective globale.**

Funk M., Benradia I., Roelandt J.L., et al. L'information psychiatrique, Vol.90. n°5. 2014, pp.331-339.
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_9005_0331

⁷ **La santé mentale en médecine générale : état de la question.**

Gillet A., Santé conjugulée, n°65. 2013. pp.14-19.

<http://www.maisonmedicale.org/La-sante-mentale-en-medecine.html>

⁸ **Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale.**

Gallais J.L., Alby M.L. Encyclopédie médico-chirurgicale, 2002, 6p.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medecine_generale2c092.pdf

⁹ **Collaboration entre médecins généralistes et professionnels du secteur de la santé mentale : vers un renforcement de l'intégration des soins en région bruxelloise.**

Vignes M. RML-B. 2014. 8p.

http://www.rmlb.be/uploads/gallery/concertmgph/SM_2014_article_SMMG.pdf

¹⁰ **Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale.**

Gallais J.L., Alby M.L. Encyclopédie médico-chirurgicale, 2002, 6p.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medecine_generale2c092.pdf

Tableau I. – Places respectives des professionnels consultés par les patients déprimés (% de consultation avec un professionnel de la santé).

Pays	Médecin généraliste %	Médecin psychiatre %	Autre médecin spécialiste %	Psychologue %
Belgique	55,0	9,8	11,2	9,1
France	60,5	10,8	13,5	6,9
Allemagne	41,4	9,9	12,5	6,0
Hollande	60,4	10,8	24,0	19,5
Espagne	37,2	12,2	11,2	7,4
Royaume-Uni	51,1	4,4	7,9	7,1
Total	50,6	9,2	12,3	8,3

La souffrance psychique reste difficile à évaluer en pratique et donne lieu à des réponses perfectibles, notamment en termes de repérage et d'évaluation. Les patients repoussent souvent la consultation d'un médecin face à des symptômes inquiétants qu'ils banalisent. Un certain nombre de médecins, quant à eux, tardent à faire les diagnostics d'évidence qui s'imposent dans certaines affections sévères et reculent le moment d'adresser leurs patients à des spécialistes. Pourtant un diagnostic et des soins précoces peuvent rendre le pronostic tant médical que social de ces troubles plus favorable. Les difficultés que rencontrent ces professionnels pour prendre en charge les problèmes de santé mentale tels que les repérages insuffisants, les cas diagnostiqués à tort ou les prescriptions inadéquates sont régulièrement mis en avant. Les médecins qui soignent des patients avec qui ils ont instauré une relation personnelle et qui les consultent sur rendez-vous, identifient deux fois mieux la pathologie psychique que les médecins ne répondant pas à ces deux critères de connaissance personnelle réciproque et de demande personnalisée de soins.¹¹

Les études montrent qu'en France la coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie est peu développée et peu formalisée. Cette collaboration bilatérale, formelle ou informelle, ne semble pas être aussi habituelle dans la culture professionnelle du champ psychiatrique que dans les autres disciplines médicales. Les médecins généralistes expriment leur difficulté d'accès aux professionnels de la psychiatrie et soulignent la nécessité d'améliorer la communication et la coordination interprofessionnelle.

Des freins peuvent aussi être liés à la réticence du patient vis-à-vis du partage d'informations entre les différents acteurs de soins.

Chez les personnes présentant des pathologies mentales sévères, plusieurs facteurs, dont la difficulté à exprimer une demande de soins, freinent par ailleurs l'accès aux soins somatiques et à la mise en place d'une coordination des soins alors qu'il s'agit de populations présentant un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale.

¹¹ **Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale.**

Gallais J.L, Alby M.L, Encyclopédie médico-chirurgicale, 2002, 6p.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medecine_generale2c092.pdf

Les prises en charge en médecine générale comportent enfin une dimension psychothérapeutique essentielle qui est mobilisée notamment pour la prise en charge des états dépressifs et les troubles anxieux. Toutefois, lorsque l'état pathologique en indique le besoin, la difficulté pour orienter rapidement les patients vers des psychothérapies structurées, gratuites ou remboursées, constitue un frein majeur à leur mise en place.¹²

- **Soigner et accompagner**

La continuité des soins, préconisée par des psychiatres français dès 1959, n'est pas toujours assurée partout de manière fluide, soit par manque d'intérêt des professionnels, soit par manque de dispositifs, soit par manque de collaboration entre les dispositifs, quand ils existent.¹³

Depuis les années 1960, l'offre de soins psychiatriques est structurée en France sur le principe de la sectorisation comme base de l'organisation territoriale. Le secteur propose une gamme de soins et de services, de l'ambulatoire à l'hospitalisation en passant par une grande variété de soins séquentiels et communautaires, nécessaires à une population d'une taille déterminée.¹⁴ La sectorisation s'appuie sur des principes fondamentaux tels que : la proximité, la continuité et la globalité des soins, la non-ségrégation, etc. Elle a été marquée par un long processus de désinstitutionalisation, qui a promu des ressources ambulatoires et des alternatives à l'hospitalisation, relevant directement de la compétence des services de psychiatrie ou du développement d'une offre médico-sociale. Pour autant, même si le nombre de lits d'hospitalisation complète a été divisé par quatre en 60 ans, le transfert de moyens ne s'est pas opéré proportionnellement à l'augmentation des flux de demandes vers les réponses extrahospitalières.¹⁵

En 2014, près de 2 millions de patients ont été suivis en ambulatoire et 415 000 en hospitalisation dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie. Le taux de recours en soins ambulatoires est 4,3 fois plus important qu'en hospitalisation. La prise en charge hospitalière est plus forte dans les départements du sud de la France particulièrement en région Occitanie, tandis que les taux les plus élevés en ambulatoire concernent la région Grand Est.

La prise en charge en hospitalisation accueille autant d'hommes que de femmes et l'âge moyen des patients est de 41,9 ans et varie selon le type de prise en charge : 44,3 ans à temps complet, contre 37,1 ans à temps partiel. Parmi les 415 000 patients hospitalisés en 2014, 346 000 l'ont été à temps complet. Les patients admis en hospitalisation proviennent en majorité de leur domicile ; toutefois, près d'une hospitalisation sur quatre s'effectue à la suite d'un passage aux urgences ou en unités de

¹² **Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage.**

Haute autorité de santé, 2015, 18p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf

¹³ **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

¹⁴ **La gestion de cas en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées.**

Glaser C., Canceil O., Gozlan G., L'information psychiatrique, Vol. 92, n° 7, 2016, pp.539-545.

[http://www.jle.com/en/revues/ipe/e-](http://www.jle.com/en/revues/ipe/e-docs/case_management_en_psychiatrie_vers_des_pratiques_professionnelles_integrees_307919/article.phtml)

[docs/case_management_en_psychiatrie_vers_des_pratiques_professionnelles_integrees_307919/article.phtml](http://www.jle.com/en/revues/ipe/e-docs/case_management_en_psychiatrie_vers_des_pratiques_professionnelles_integrees_307919/article.phtml)

¹⁵ **La gestion de cas en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées.**

Glaser Cécile, Canceil Olivier, Gozlan Guy, L'information psychiatrique, Vol. 92, n°7, 2016, pp.539-545.

[\[docs/case_management_en_psychiatrie_vers_des_pratiques_professionnelles_integrees_307919/article.phtml\]\(http://www.jle.com/en/revues/ipe/e-docs/case_management_en_psychiatrie_vers_des_pratiques_professionnelles_integrees_307919/article.phtml\)](http://www.jle.com/en/revues/ipe/e-</p></div><div data-bbox=)

médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou de psychiatrie. Neuf séjours hospitaliers sur dix se clôturent par un retour au domicile, 5 % par une prise en charge dans une autre structure psychiatrique, 3 % par un transfert vers une unité de MCO ou de SSR et 2 % par un accueil dans une structure médico-sociale.

Les patients suivis en ambulatoire sont relativement jeunes : un patient sur quatre est âgé de 16 ans ou moins et un sur deux a moins de 40 ans. En 2014, les trois quarts des actes réalisés sont des entretiens et près des deux tiers sont effectués en centre médico-psychologique (CMP). Ils peuvent également avoir lieu en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) [12 %], au domicile du patient (7 %), en unité d'hospitalisation somatique (y compris services d'urgence) [5 %], en établissement pénitentiaire (4 %), ou encore dans d'autres lieux (12 %). Un patient bénéficie en moyenne de 10,6 actes, réalisés pour un tiers par des infirmiers, un quart par des médecins et un peu moins d'un cinquième par des psychologues.¹⁶

Les usagers, les associations de famille et d'entraide, certains professionnels eux-mêmes, déplorent une mauvaise anticipation fréquente des sorties d'hospitalisation, laissant souvent l'utilisateur et ses proches en grande difficulté. Cette mauvaise anticipation peut avoir pour cause un souci de libérer des lits pour garder la capacité d'accueillir des patients en première crise ou en rechute. Elle peut être due aussi à une mauvaise connaissance des possibilités d'orientation vers le logement, vers les secteurs social et médico-social par les professionnels de l'hospitalisation. Elle peut enfin être due à l'absence de dispositifs d'aval.

● Améliorer le parcours en santé mentale

La notion de « **parcours en psychiatrie et santé mentale** » est récente et se traduit encore peu dans la prise en charge des personnes. La complexité du parcours de santé des personnes souffrant de troubles mentaux tient en partie à la multiplicité des acteurs et au cloisonnement de leurs interventions.¹⁷

Le parcours de soins implique une bonne articulation des dispositifs de soins entre eux et une bonne articulation des différentes catégories de métier, des fonctions clairement définies et connues de tous et des délégations de tâches lorsqu'elles s'imposent. Une prise en charge adaptée des usagers atteints de troubles mentaux chroniques nécessite que chaque acteur remplisse correctement ses missions et qu'il puisse s'appuyer sur les compétences complémentaires des autres acteurs, afin d'assurer le meilleur parcours de soins et de vie de l'utilisateur. Or, des difficultés importantes, parfois récurrentes, sont constatées pour formaliser la collaboration entre l'ensemble des partenaires avec les secteurs de psychiatrie, et ceci de manière très hétérogène selon les territoires. Trop souvent, la collaboration entre services de psychiatrie et structures médico-sociales est fragile car elle repose beaucoup plus sur l'engagement et la bonne volonté des acteurs que sur une organisation rationnelle bâtie par tous,

¹⁶ **Les patients suivis en psychiatrie in Les établissements de santé.**

Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, 2016, pp.108-111.

<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>

¹⁷ **Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Première approche.**

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 24p.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>

ce qui ne suffit pas et ne garantit pas une égalité de traitement pour les usagers selon les territoires dans lesquels ils sont pris en charge.¹⁸

L'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a voulu mettre en exergue cette dimension du « prendre soin » et propose une démarche territoriale et participative visant à améliorer les parcours des personnes diagnostiquées avec des troubles psychiques chroniques, qu'elles soient ou non en situation de handicap psychique reconnu. En l'absence de référentiel, l'ANAP s'est tournée vers les acteurs pour identifier les principales difficultés et risques de rupture concrètement rencontrés. Elle a associé à ces travaux un grand nombre d'acteur du champ de la psychiatrie et de la santé mentale, en passant outre les frontières institutionnelles : usagers, familles, aidants et professionnels du médico-social, du social et du sanitaire. Elle a ainsi identifié cinq problématiques majeures d'entrée dans le parcours telles que l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; les hospitalisations inadéquates ; l'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; l'accès aux soins somatiques et la prévention et la gestion des situations de crise. Une attention particulière a été accordée à l'impact de la maladie psychique sur la trajectoire de vie des personnes en fonction de ces cinq dimensions ce qui a conduit l'ANAP à proposer un modèle, appelé modèle de la « rosace », comme support d'interrogation pragmatique pour orienter les démarches de diagnostic territorial.

Figure 1 : Le modèle de la « rosace » permet d'orienter les démarches de diagnostic territorial



Source : **Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Première approche.** Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. 2015. 24p.

La démarche consiste sur un territoire donné à questionner concrètement les organisations à partir des cinq risques de discontinuité identifiés. Chacun d'entre eux concerne l'ensemble des acteurs y compris les patients et les aidants.

Elle a ainsi établi des constats partagés :

- La régulation séparée des secteurs sanitaire et médico-social et social est une entrave à la visibilité des parcours.

¹⁸ **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

- La non-demande de la part des patients et des usagers constitue une problématique majeure qui conduit à des situations de non accès aux soins ou à des recours tardifs en situation de “crise”.
- Le handicap psychique est une réalité encore méconnue dans les pratiques des professionnels sanitaires et médico-sociaux.
- La logique de placement prévaut encore sur celle de l’accompagnement des personnes ; l’attention portée au calibrage de l’offre s’exerce au détriment de la prise en considération des flux.
- Le clivage hôpital/médecine de ville fragilise le parcours de soins des patients ; l’organisation des soins est encore hospitalo-centrée et peine à prendre en compte le patient dans son milieu de vie ordinaire.
- La faiblesse des outils de mesure fait obstacle à une objectivation du service rendu.

Ces constats pointent la nécessité pour les acteurs de travailler de façon décloisonnée pour trouver ensemble des réponses et des pistes d’amélioration pertinentes.¹⁹

En réponse, l’ANAP propose des voies de progrès. Elle suggère notamment **de développer les connaissances et l’interconnaissance** par la mise en œuvre de projets de formations croisées mêlant des professionnels de champs différents ou par l’organisation commune de manifestations spécifiques. Elle conseille également **d’articuler les interventions entre les acteurs de la ville, l’hôpital et les établissements et services sociaux et médico-sociaux** en développant notamment des évaluations pluriprofessionnelles des situations des personnes, d’organiser de la veille partenariale autour des « perdues de vue », de systématiser à la sortie d’hospitalisation les courriers au médecin traitant ; bref de considérer tout recours aux soins comme une occasion d’échanger avec le médecin traitant ou l’intervenant suivant. Elle recommande aussi de **développer des réseaux d’acteurs du territoire** pour faciliter les échanges, les contacts et les actions communes et de **recalibrer l’offre structurelle** en intensifiant la coordination des interventions dans une perspective d’intégration. Le projet de l’ANAP est **d’outiller les ARS et les établissements** sur le parcours en psychiatrie et santé mentale mais cela implique que les ARS intéressées par la démarche choisissent un territoire précis afin de prendre la mesure de l’investissement demandé. Le choix du territoire doit se rapprocher des périmètres de la sectorisation psychiatrique, des infra-territoires de santé, des unités d’action sociale des conseils départementaux ou d’un bassin de vie pour constituer une configuration favorable. L’équipe projet ARS, doit quant à elle associer d’autres personnes identifiées et mandatées pour accompagner et animer le projet. Pour finir, l’ANAP conseille aux ARS de solliciter leur réseau : conseils départementaux, mais aussi les villes, les fédérations professionnelles, les associations représentatives des aidants, des usagers mais aussi tous les organismes pouvant apporter une expertise et des savoirs faire spécifiques.²⁰

¹⁹ **Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Première approche.**

Agence Nationale d’Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 24p.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>

²⁰ **Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Première approche.**

Agence Nationale d’Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 24p.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>

DÉCLOISONNER LES PRATIQUES

Depuis plus de 20 ans, les données se multiplient pour montrer, d'une part l'indigence de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres, d'autre part les effets délétères de l'insuffisance de liens entre ces professionnels.²¹

Les principaux freins à une coopération efficiente entre la médecine générale et les services spécialisés en santé mentale seraient liés aux difficultés d'orientation des patients, à la stigmatisation et la réticence des patients et au coût élevé des prises en charge en psychothérapie dans le secteur privé. L'optimisation de l'action conjointe du médecin généraliste et des professionnels de la psychiatrie passerait par l'amélioration de la communication, de la formation et du soin en santé mentale en première ligne.²² Une meilleure articulation des compétences et des rôles professionnels améliorerait la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.

La **charte de partenariat médecine générale-psychiatrie de secteur**, signée entre le Collège de la médecine générale (CMG) et la Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés en mars 2014 constitue une étape symbolique et pragmatique importante. Elle marque leur volonté de généraliser les résultats des expériences menées depuis plusieurs années par des équipes de secteur psychiatrique et leurs partenaires médecins généralistes, et de promouvoir les conditions d'une collaboration efficiente.²³

Le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) a adopté **une recommandation de bonnes pratiques**, labellisée par l'HAS qui vise à améliorer les échanges de courrier entre médecins généralistes et psychiatres. Cette recommandation, appuyée sur une analyse approfondie des travaux de recherche sur cette question précise les informations que devrait contenir le courrier d'adressage d'un patient par un médecin généraliste à un psychiatre et celles que devrait contenir le courrier envoyé par le psychiatre à un médecin généraliste à l'issue de la première consultation

La **Haute Autorité de Santé (HAS)**, quant à elle, qui contribue à l'amélioration des parcours de soins et de vie des personnes présentant des troubles mentaux, a mis en place un programme de travail spécifique, pour répondre aux besoins des professionnels et des patients afin d'améliorer concrètement la qualité des prises en charge. Ce programme s'intéresse notamment à la question de la coordination des soins : médecin généraliste et psychiatrie. La HAS devrait publier d'ici le 3^e trimestre 2017 des préconisations pour améliorer la coordination et les échanges d'informations entre professionnels dans la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux.²⁴

²¹ **Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Evaluation des courriers échangés.**

Dordonne G., Faculté de médecine Pierre et Marie Curie (Paris 6), 2014, 82p.

http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/machaon_2014_42_DORDONNE.pdf

²² **État des lieux. Recherches action nationale "Place de la santé mentale en médecine générale".**

Milleret G., Benradia I., Guicherd W., et al. L'information psychiatrique. n°5, 2014, pp.311-317.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-311.htm>

²³ **Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage.**

Haute autorité de santé, 2015, 18p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf

²⁴ **Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage.**

Haute autorité de santé, 2015, 18p.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage

● Renforcer la formation

Une meilleure coordination des soins passe d'abord par une meilleure formation des professionnels. Les formations sont inadaptées aux évolutions sociétales et pratiques. Elles sont trop cloisonnées, trop spécialisées, sans formation de terrain.

En France, les médecins généralistes reçoivent une formation en psychiatrie insuffisante au cours de leur parcours universitaire. Ils n'ont pas de stage hospitalier obligatoire au cours du deuxième cycle d'études médicales, et qu'une occasion très réduite de réaliser un stage en psychiatrie au cours de leur internat. Par ailleurs, le développement professionnel continu (DPC) proposé n'apparaît pas toujours concordant avec les attentes des praticiens.

Ces observations contrastent largement avec la place importante qu'occupe le médecin généraliste dans la filière de soin du patient souffrant de pathologie psychiatrique et la fréquence des troubles psychiatriques en pratique de médecine générale.

Les pistes sont nombreuses pour améliorer la formation des médecins généralistes en psychiatrie, ceci à chaque étape de leur cursus universitaire. Les enjeux sont majeurs puisqu'une formation solide des praticiens généralistes conditionne une coopération efficace avec les psychiatres dans le but d'optimiser la prise en charge des patients.²⁵

Le rapport relatif à la santé mentale de 2016 préconise encore de rendre obligatoire un semestre de stage en psychiatrie dans le cursus de la formation médicale initiale des médecins généralistes afin de permettre aux médecins généralistes de mieux assurer leur rôle dans la prise en charge des patients en première intention.²⁶

Au Canada, la formation et la préparation des médecins non spécialisés en santé mentale apparaissent également insuffisante. Afin d'améliorer la formation médicale continue des médecins généralistes, des groupes de type Balint réfléchissant à partir de cas clinique ; des cours comportant une ou plusieurs sessions destinées aux médecins de famille ; des modules d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique ; des initiatives spécifiques comme le « Programme d'accès » qui offre aux médecins de famille une formation dans le domaine de la schizophrénie se sont mis en place.²⁷

Ces programmes de formation des médecins ont démontré une amélioration des soins en santé mentale. Le projet du General Practice Services Committee, par exemple, a élaboré et adapté un programme de formation destiné aux médecins de famille. Trois séances de formation d'une demi-journée sont proposées aux omnipraticiens. Entre chaque séance de formation, une période pendant laquelle les médecins peuvent apporter les modifications nécessaires à leur pratique et mettre à l'essai ce qu'ils ont appris est prévue. Les formations du module d'apprentissage sont dispensées par des médecins généralistes qui enseignent à leurs collègues les outils de dépistage, les méthodes de diagnostic, les options de traitement et la planification des soins à long terme. Les assistantes des

²⁵ **État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France.**

Fovet M., Amad A. Geoffroy P.A., et al. L'information psychiatrique. n°5. 2014. pp.319-322.

<http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/06/Etat-actuel-de-la-formation-des-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-%C3%A0-la-psychiatrie-et-%C3%A0-la-sant%C3%A9-mentale-en-France.pdf>

²⁶ **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

²⁷ **Les soins de santé mentale partagés au Canada. Etat actuel, commentaires et recommandations. Rapport du groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés.**

Association des psychiatres du Canada, Le Collège des médecins de famille du Canada, 2000, 33p.

http://cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/sharedmentalcare_fr.pdf

médecins sont également formées à mieux planifier les rendez-vous et acquérir une meilleure habileté en communications interpersonnelles avec les personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Le module d'apprentissage comporte diverses composantes complémentaires ayant un certain degré de complexité, notamment une formation sur les compétences en thérapie cognitivo-comportementale pouvant être utilisées avec les patients lors de consultations de courte durée.²⁸ En 2014, le Royal Collège des médecins et chirurgiens du Canada et la Commission de la Santé mentale du Canada ont publié un rapport qui fait le point sur les compétences fondamentales en santé mentale pour les médecins afin de faciliter l'accès au traitement et au soutien en temps opportun.²⁹

La précocité de la prise en charge, du diagnostic implique donc une meilleure formation initiale et continue des médecins généralistes mais aussi des pédiatres, médecins et infirmières scolaires, médecins du travail, des personnels des SAMU et une meilleure collaboration entre tous ces acteurs du soin.³⁰ En effet, de nombreux professionnels, issus de formations très diverses (sciences humaines, sciences thérapeutiques, sciences sociales), et d'une grande diversité de statuts et de modes d'exercice (public, libéral) interviennent dans la prise en charge des patients psychiatriques. Les différents rapports relatifs à la santé mentale, tels que les plans³¹ ou le rapport Laforcade ont toujours pointé l'importance d'améliorer la formation de ces professionnels et d'encourager les formations pluridisciplinaires. Il préconise un renforcement et une diversification de la formation initiale et permanente des professionnels qu'ils estiment insuffisante, celle des infirmiers comme celle des psychiatres. Il souhaite aussi le développement des unités universitaires d'enseignement et de recherche disposant d'un financement adéquat.

- **Intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires et soutenir la multidisciplinarité**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande depuis 2001, d'**intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires**. Malgré les outils et les guides permettant d'accompagner et d'orienter les pays, cette recommandation n'est pas encore envisagée par tous. Manque de soutien politique, mauvaise gestion, surcharge des services de santé, voire résistance des décideurs et des professionnels de santé, de nombreux pays continuent à adopter une approche du soin en santé mentale centrée sur l'hospitalisation, et sur les traitements.³²

²⁸ **Un nouveau programme de formation des médecins permet une amélioration des soins en santé mentale.**

Weinerman R., Hollander M., Making evidence matter, 2011, en ligne.

<http://evidencenetwork.ca/archives/7030>

²⁹ **Compétences fondamentales en santé mentale pour les médecins.**

Frechette D., Jacob C., Mahajan S., et al., Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Commission de la santé mentale du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, et al., 2014, 11p.

www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/mhcc-june-2014-f.pdf

³⁰ **Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.**

Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. 2012. 42p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf

³¹ **Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.**

Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. 2012. 42p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf

³² **Santé mentale et soins de santé primaire : une perspective globale.**

Funk M., Benradia I., Roelandt J.L., et al. L'information psychiatrique, vol.90, n°5, 2014, p.331-339.

https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_9005_0331

Pourtant, les modèles de soins et de pratiques dont l'efficacité a été démontrée par des données probantes impliquent une **consolidation des soins primaires** et des services dispensés ainsi qu'une **optimisation de l'intégration du dispositif de soins**. Les modèles intégrés de services axés sur les soins primaires qui favorisent l'intégration des personnes dans leur communauté sont plus efficaces.³³

Au Québec, afin de consolider les soins primaires de santé mentale, des modèles d'intégration ont été déployés dont les plus cités sont les soins partagés ou de collaboration et les **réseaux intégrés de services (RIS)**. Ces deux modèles impliquent un processus plus circonscrit de coordination.

Les soins partagés ciblent surtout un meilleur arrimage des médecins généralistes aux psychiatres. Les soins de collaboration, supplantant de plus en plus les soins partagés, incluent la coordination entre les médecins généralistes, les psychiatres et les équipes psychosociales de soins.

Ces modèles sont inclus dans les RIS, qui sont un dispositif de coordination de soins systémique et complexe. Les RIS visent une réorganisation de l'ensemble du système de soins, afin de mieux coordonner les structures, les processus, les lignes de services, les pratiques et les trajectoires de soins.³⁴

La réforme du système socio-sanitaire, enclenchée en 2004, a constitué 95 réseaux locaux de services (RLS), inclus dans le dispositif régional de soins. Ces réseaux sont appelés à intégrer leur offre de services en fonction de programmes distincts, formant ainsi des RIS par programmes de santé.

En santé mentale, ils comprennent généralement : un centre de santé et de services sociaux (CSSS), qui résulte de la fusion d'un centre hospitalier de soins spécialisés et généraux, de centres d'hébergement et de soins de longue durée et de centres locaux de services communautaires et des organismes communautaires intervenant dans différents domaines (ex. : hébergement, intégration au travail).

Les médecins généralistes et les psychologues pratiquant en cliniques privées ainsi que les pharmacies communautaires y sont aussi interpellés. Par des ententes de coordination, des services spécialisés tels que ceux offerts par les centres de réadaptation en toxicomanie ou par les centres hospitaliers universitaires, dont les hôpitaux psychiatriques, peuvent aussi y être reliés.

Dans les RLS, la consolidation des soins primaires de santé mentale et l'intégration des services sont au cœur des objectifs de transformation, et ce, afin de déployer de solides RIS. Des équipes en santé mentale dans les CSSS, formées d'intervenants psychosociaux, ont ainsi été instaurées pour augmenter l'offre publique de services psychosociaux. Un guichet d'accès par RLS, coordonné par l'équipe de santé mentale du CSSS, a aussi été mis en place ; les médecins généralistes pouvant y adresser leurs patients pour des interventions psychosociales ou pour des références aux services psychiatriques. Des psychiatres répondants ont aussi été nommés pour chaque RLS, afin de soutenir les médecins généralistes et développer ainsi des soins partagés ou de collaboration.³⁵

³³ **Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipatricsiens.**

Fleury M.J, Santé publique, vol.23, n°HS, 2011, pp.155-159.

[Disponible au CREAI-ORS LR et à l'ORS MIP](#)

³⁴ **Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipatricsiens.**

Fleury M.J, Santé publique, vol.23, n°HS, 2011, pp.155-159.

[Disponible au CREAI-ORS LR et à l'ORS MIP](#)

³⁵ **Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipatricsiens.**

Fleury M.J, Santé publique, vol.23, n° HS, 2011, pp.155-159.

[Disponible au CREAI-ORS LR et à l'ORS MIP](#)

En Belgique, la réforme des soins de santé mentale, débutée depuis 2010 vise aussi à soutenir le médecin généraliste.³⁶

Des espaces de concertation multidisciplinaires autour du patient sont mis en place comme dans les projets **HermèsPlus** ou **Smes-b**.³⁷

La communication peut être renforcée au moyen de dispositifs d'accueil téléphonique pour les professionnels comme dans le projet **Consult desk**.³⁸

Le détachement de psychologues dans des cabinets de médecine générale est expérimenté à Bruxelles avec le projet pilote **Eerstelijnspsycholoog**. Si le projet semble porter ses fruits localement et permettre un accès moins stigmatisant vers des services de santé mentale, les évaluations de ce type de dispositif au niveau international révèlent qu'il paraît mieux adapté aux milieux ruraux qu'aux grands centres urbains où le modèle de « consultations-liaison » faisant intervenir des psychiatres s'est davantage développé. Ce dernier propose des avis directs ou intervention brève auprès des patients qui posent problème aux médecins généralistes ou des avis indirects aux médecins généralistes sans voir les patients, sans que le professionnel de la santé mentale n'exerce dans le cabinet de médecine générale.³⁹

En France, les maisons et pôles de santé pluriprofessionnels (MSP) représentent une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours et connaissent depuis quelques années un développement croissant.

L'impératif d'un recentrage du système sur les soins de premier recours devient un objectif partagé par l'État et certains professionnels libéraux, associé à celui de leur réorganisation pour en accroître la dimension préventive et éducative, dans une approche de santé publique collective, populationnelle et mieux coordonnée au niveau d'un territoire.

Les MSP se situent dans un continuum d'innovations organisationnelles, favorisées par la baisse de la démographie médicale, l'inégale répartition des professionnels et la territorialisation de l'offre de soins. Dans ces dispositifs locaux d'innovation souple, pluriprofessionnalité et pratiques préventives se nourrissent mutuellement, contribuant à une structuration territoriale des soins primaires et à l'émergence d'une définition étendue de la prévention.⁴⁰

La **MSP de Saint Nazaire** par exemple, propose depuis 2015 des consultations spécialisées en psychiatrie. Cette MSP qui regroupe 7 médecins généralistes, 2 infirmières, 1 psychologue, 1 diététicienne, 1 podologue, 2 sages-femmes, a pour objectif que cette coopération améliore la prise

³⁶ **Manuel des pratiques innovantes.**

Unnopsy107, 2016-05, 67p.

http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf

³⁷ **Manuel des pratiques innovantes.**

Unnopsy107, 2016-05, 67p.

http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf

³⁸ **Manuel des pratiques innovantes.**

Unnopsy107, 2016-05, 67p.

http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf

³⁹ **Collaboration entre médecins généralistes et professionnels du secteur de la santé mentale : vers un renforcement de l'intégration des soins en région bruxelloise.**

Vignes M. RML-B, 2014, 8p.

http://www.rmlb.be/uploads/gallery/concertmgph/SM_2014_article_SMMG.pdf

⁴⁰ **Les maisons de santé pluri professionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes.**

Fournier C. Thèse de doctorat Santé publique sociologie. Université Paris Sud -Paris XI, 2015, 339p.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/document>

en charge des personnes en souffrance psychiques, favorise le repérage précoce, son évaluation clinique et le recours à des professionnels de santé mentale et facilite l'accès aux Centre Médico-Psychologique (CMP) pour des patients qui sont réticents de premier abord. Tous les 15 jours, une demi-journée est consacrée à une consultation spécialisée de psychiatrie assurée par un infirmier travaillant au Centre Médico-Psychologique (CMP).⁴¹

Les dispositifs de soins partagés (DSP), comme celui de **L'Union Régionale des professionnels de santé (URPS médecins) de Toulouse**, par exemple, est une plateforme de mise en relation entre un généraliste et un psychiatre pour obtenir un conseil, un avis psychiatrique. Il s'agit d'une véritable séquence thérapeutique comprenant l'élaboration coordonnée avec le médecin généraliste d'un projet de soins situant la place de chacun et, le cas échéant, introduisant un nouveau professionnel. Le psychiatre assure la mise en lien des professionnels impliqués dans le projet de soins. Elle est régulée par un personnel paramédical et concerne les soins psychiatriques courants fréquents que rencontrent les médecins généralistes et permet d'obtenir un avis psychiatrique rapide adéquat à l'état de santé du patient. Ce dispositif peut intégrer la participation des psychiatres libéraux ; ils sont rémunérés selon la nomenclature de la consultation sans délai. Il peut y avoir un suivi conjoint lorsque le suivi psychiatrique est assuré par le médecin généraliste. Le psychiatre du dispositif reste le correspondant du médecin généraliste et peut être sollicité pour la prise en charge d'une situation de crise. Ce type de dispositif améliore l'articulation : hôpital, généralistes, psychiatres ; soins programmés-soins non programmés et peut faciliter l'aval des urgences du CHU rendant l'exercice des médecins généralistes moins isolé.⁴²

Le DSP du Réseau de promotion de santé mentale des Yvelines (RPSM 78) portée par le Centre Hospitalier de Versailles et celui de Charcot Plaisir est un autre exemple qui perdure depuis près de 20 ans. Depuis 1999, ce DSPS travaille à améliorer la coordination entre les différents professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale et veille à ce que les usagers trouvent plus rapidement les meilleurs interlocuteurs en fonction de la nature de leur difficulté. Il favorise la coopération entre les différents professionnels par la diversification des intervenants et l'organisation d'un parcours coordonné du patient. Il constitue une réponse particulièrement adaptée à la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs, ainsi qu'au dépistage précoce des troubles mentaux sévères. Le médecin traitant généraliste est l'interlocuteur privilégié pour une compréhension globale de la situation. Les psychologues qui ont reçu une formation spécifique à ce type de prise en charge, ne peuvent ni poser l'indication d'un traitement médicamenteux, ni le prescrire, mais ils ont une connaissance importante des pathologies rencontrées. Les psychiatres, spécialistes de la santé mentale et des troubles psychiatriques, peuvent faire un bilan approfondi de la nature des difficultés psychologiques ou psychiatriques, évaluer parmi l'ensemble des techniques de soins existantes laquelle ou lesquelles sont les plus utiles dans chaque cas et, soit les proposer eux-mêmes, soit adresser à un autre professionnel adapté. Lors du premier appel téléphonique, un entretien est réalisé par un professionnel à qui la personne peut parler de ses difficultés et des soins qu'elle a éventuellement déjà reçus. Si elle en est d'accord, un contact est établi avec son médecin généraliste.

⁴¹ **Consultations spécialisées de psychiatrie en Maison de santé pluriprofessionnelle.**

Delbrouk P., Rio K., Centre Hospitalier de Saint Nazaire, s.d, 20p.

http://www.arspg.org/fichiers/phototheque/1460025196_pl%C3%A9ni%C3%A8re---delbrouck.pdf

⁴² **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

Elle est ensuite reçue par un spécialiste et son entourage peut également être associé. Avec son accord, son médecin traitant participe à l'évaluation et à la réflexion sur les soins qui sont proposés. À l'issue de cette évaluation, un projet de soins auquel peuvent participer, médecin généraliste et de spécialistes peut être proposé.⁴³ Le DSP à Versailles a des liens de collaboration avec de nombreux partenaires, généralistes, psychiatres et psychologues, libéraux et hospitaliers. Il couvre une population de 650 000 habitants et un périmètre de 500 médecins généralistes dont 350 sont impliqués.

Les centres de santé associatifs qui ont pour vocation d'offrir aux populations des soins primaires de qualité représentent une organisation intéressante. Les praticiens de ces centres pratiquent une approche globale de la santé intégrée à la consultation de médecine générale et dont la qualité est soutenue par des actions régulières de formation et d'analyse de pratique, un exercice en équipe pluridisciplinaire et en lien avec de nombreux partenaires institutionnels.

Les médecins généralistes **des centres de santé de Grenoble**, par exemple, diagnostiquent de nombreux troubles mentaux et se sont spécialisés dans la prévention et le soin en santé mentale et proposent des prises en charge de qualité de ces problématiques. Contrairement aux médecins généralistes libéraux, qui, dans le cadre de leur pratique en santé mentale, soulignent le manque de temps, le manque de formation et le manque d'avis spécialisés, les médecins des centres de santé grenoblois proposent des consultations sur place et à domicile d'une durée supérieure, bénéficient d'actions de formation thématiques ponctuelles, de séances bimestrielles d'analyse de cas supervisées par le psychiatre ou la psychologue de l'association, assurant la formation de la totalité des praticiens. Ils ont également la possibilité de solliciter ou d'adresser certains patients au psychiatre pour avis, voire de réaliser des consultations conjointes psychiatre/médecin généraliste/ patient. Enfin, des concertations régulières sont organisées avec les équipes des CMP, permettant de pallier les difficultés que ressentent les médecins généralistes avec les confrères spécialistes du secteur public du fait du manque de disponibilité et de rétro information sur les patients. Ces modalités de prises en charge et les actions de soutien de la qualité des pratiques permettent un dépistage plus systématique et plus adapté des troubles mentaux, un rôle plus actif dans le renforcement des compétences psychosociales des patients, une facilitation de l'accès aux prises en charge spécialisées et sociales indispensables à la prise en charge des problématiques de santé mentale chez les patients en situation de précarité.⁴⁴

D'autres organisations en place sont également intéressantes. **Le fonctionnement de l'Unité Médico-Psycho-Sociale (UMPS)** implantée au sein du **CHU d'Angers** depuis 1996, par exemple, couple approche somatique et psychiatrique. L'intérêt de cette structure est de proposer une approche pluridisciplinaire, somatique et psychiatrique dans un même lieu de soins. Cette double compétence de la part des personnels médicaux et paramédicaux est nécessaire lorsque les avis ponctuels de la consultation-liaison ne suffisent plus et lors de situations complexes, dans lesquelles le double savoir-faire est sollicité, en lien avec les ressources d'une réanimation et des services de spécialités médicales et chirurgicales. Ce type d'unité, fondée sur un fonctionnement mixte et à binôme confirmé est peu représenté, tant en France qu'à l'étranger. La fréquence de la comorbidité somatique et organique

⁴³ **Le Réseau de Promotion pour la Santé mentale dans les Yvelines du Sud.**

RPSM 78, 2015, en ligne.

<http://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>

⁴⁴ **Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centre de santé de Grenoble.**

Dubois-Fabing D., Pichon P., Arnevielhe A., et al., Santé publique, n° HS, vol.23, 2011, pp.97-111.

https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-97.htm#anchor_abstract

conduit pourtant à les considérer comme une réponse innovante aux difficultés rencontrées dans ces prises en charge. Bien qu'elles présentent certaines limites et inconvénients dus principalement à leur caractère expérimental et novateur.⁴⁵

Les consultations en Centres Experts FondaMental constitue un début de réponse. Ils proposent aux patients un parcours de soin unique qui intègre une expertise médicale de pointe et la participation à la recherche. Créée en 2007 à l'initiative du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, la Fondation FondaMental, fondation de coopération scientifique dédiée à la lutte contre les maladies mentales les plus sévères, a mis en place les centres Experts. La Fondation FondaMental concentre ses travaux sur les maladies psychiatriques considérées comme les plus invalidantes : les troubles bipolaires, la schizophrénie, l'autisme de haut niveau (syndrome d'Asperger), les conduites suicidaires, la dépression résistante, les troubles obsessionnels compulsifs résistants et le stress post-traumatique.⁴⁶ Les centres Expert du réseau Fondamental sont des plateformes de soin et de recherche spécialisées par pathologies. Les patients suivis en Centres Experts sont reçus par une équipe pluridisciplinaire. Une première consultation permet d'évaluer la demande du médecin traitant ainsi que les attentes du patient. Selon les cas, un bilan complet (somatique, psychiatrique et neuropsychologique) de sa pathologie lui est proposé. Réalisé sur deux jours en hôpital de jour, ce bilan permet de définir un programme thérapeutique personnalisé (médicaments, psychothérapies, hygiène de vie) adressé au médecin traitant. Une consultation de suivi est proposée tous les six mois. Le recours à ces Centres Experts a pour ambition d'éviter l'aggravation des troubles, la survenue de pathologies associées, tant psychiatriques (conduites addictives, troubles anxieux, conduites suicidaires) que somatiques (maladies cardio-vasculaires, diabète, syndrome métabolique). Les Centres Experts proposent également des stratégies thérapeutiques peu diffusées en soins courants (psychoéducation, remédiation cognitive ou encore entraînement aux habiletés sociales). Les patients reçus en consultations Centres Experts participent également aux progrès de la recherche et contribuent à faire avancer les connaissances sur leur maladie. L'analyse des données cliniques est riche d'enseignements sur les facteurs de risque associés à la maladie, son évolution, l'efficacité des traitements... Selon les cas, les patients peuvent également participer à des projets de recherche spécifiques. 37 Centres Experts FondaMental collaborent ensemble répartis sur tout le territoire en 4 réseaux dédiés à la schizophrénie, aux troubles bipolaires, à la dépression résistante et à l'autisme de haut niveau.⁴⁷

- **Encourager la gestion de cas**

Le **case management** est une méthode d'accompagnement spécifique permettant de gérer les questions complexes relevant de l'action sociale, de la santé et des assurances. Dans un processus systématique et coopératif, des prestations de qualité répondant aux besoins individuels sont fournies

⁴⁵ **Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale.**

Denes D., Gohier B., Richard-Devantoy S., et al., Santé publique, vol.23, n° HS, 2011, pp.167-174.

https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_110_0167

⁴⁶ **Rapport annuel 2015.**

Fondation FondaMental, 2015, 52p.

https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/rapportactivite_fondamental_2015_3.pdf

⁴⁷ **L'innovation au sein des centres experts.**

Fondation FondaMental, 2015, en ligne

<https://www.fondation-fondamental.org/les-soins-innovants/linnovation-au-sein-des-centres-experts>

afin d'atteindre de manière efficiente les objectifs et résultats convenus. Le case management requiert une coopération interprofessionnelle et institutionnelle. Il respecte l'autonomie des bénéficiaires et évite de gaspiller les ressources dans les systèmes de la personne et des services de soutien.⁴⁸

Ainsi, en psychiatrie, il apparaît de plus en plus comme l'élément charnière pour assurer des services ambulatoires de façon continue et sans rupture pour les personnes vulnérables en situation de handicap psychique. Axé sur le rétablissement, ce modèle de gestion de cas vise à offrir, dans un environnement devenu complexe, des soins accessibles, coordonnés et efficaces à des personnes souffrant de troubles mentaux sévères. Il nécessite de sortir d'un modèle médico-centré, ce qui donne l'opportunité aux soignants d'élargir leur rôle, à condition que leurs compétences nouvelles soient reconnues.⁴⁹

Le case management propose un cadre de référence de prise en charge ambulatoire des personnes atteintes de pathologies chroniques. Au regard des conséquences importantes en termes de handicap, le case management contribue à garantir un état de santé optimal. La philosophie de l'intervention vise à favoriser pour l'utilisateur un accompagnement progressif vers le rétablissement dans son milieu de vie ordinaire, en collaboration avec ses proches et son entourage immédiat. Cet accompagnement permet d'appréhender l'ensemble des champs d'intervention nécessaires pour répondre globalement aux besoins du patient. Il permet d'établir un plan de soins et de services spécialisés suffisamment souple, réactif et intégré, facilitant l'alliance thérapeutique, l'adhésion du sujet et de son entourage au projet de soins. Le case management évalue la dynamique entre les problèmes du patient et les ressources et les caractéristiques de son environnement de vie. Ce processus est multidimensionnel, dynamique et dure dans le temps. Il tient compte des besoins fondamentaux inhérents à chacun. Toute intervention est fondée sur une relation de confiance mutuelle et un partage de responsabilité dans une perspective d'autonomisation de l'individu et de sa capacité à interagir. Elle contribue à soutenir la personne, dans le renforcement de ses compétences et de sa volonté d'action.

Le rapport sur les données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique insiste sur l'efficacité du case management. Les programmes dans lesquels le case management est intégré comme principe clef de fonctionnement fournissent des données de preuves les plus nombreuses. Différentes études convergent vers l'importance de définir un référent de suivi (case manager) pouvant assurer la continuité car il impacte fortement les organisations à promouvoir. Les données Cochrane confirment que la prise en charge intensive combinant le traitement de proximité intensif (ACT) et la gestion de cas réduit l'hospitalisation et augmente le suivi de soins. Elle améliore également le fonctionnement social.⁵⁰

L'organisation d'ensemble de l'offre de santé, structurée autour du case management s'est déclinée très différemment d'un pays à l'autre en fonction des modalités de coordination, choisies par les états, entre tous ces acteurs. **Le Canada** est un des premiers pays à avoir adopté le case management comme

⁴⁸ « Case management » (gestion par cas) et « suivi personnalisé » (« Zugehende Beratung ») dans le contexte de la démence. Feuille d'information.

Vogeli S., 2013, 10p.

<https://webcache.googleusercontent.com/>

⁴⁹ **Case management en santé mentale.**

Santé mentale, n°216, 2017, 53p.

⁵⁰ **Le rapport sur les 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.**

Hardy-Baylé M.C. Centre de preuves en psychiatrie et en Santé mentale, 2015, 261p.

https://www.unafam.org/IMG/pdf/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509_1_1.pdf

une approche globale et uniforme, structurée autour d'axes d'intervention et de pratiques précisément définies. Le National Case Management Network (NCMN) a ainsi développé les standards canadiens du case management en termes de pratiques attendues et décrit également concrètement le rôle et les responsabilités du case manager.⁵¹ L'efficacité de telles prises en charge a été également démontrée en **Grande-Bretagne, en Australie, en Suisse, au Danemark.**⁵²

Mais c'est aux États-Unis que le programme le plus efficace a été évalué. Le PACT (Program of Assertive Community Treatment) assure le traitement et le suivi des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves. Il s'est imposé comme modèle optimal de suivi intensif. A la fin des années 60, des médecins américains ont observés que les progrès obtenus par les clients à l'hôpital étaient souvent perdus quand ils sortaient. Ils ont fait l'hypothèse que les soins 24h/24 de l'hôpital aidaient à soulager les symptômes des clients et que le soutien et le traitement continu étaient aussi importants, si ce n'est plus, après la sortie de l'hôpital. En 1972, les chercheurs ont déplacé le personnel soignant des services hospitaliers dans la communauté pour tester leurs hypothèses et, ainsi, lancé PACT. PACT est un modèle de prestation de services qui fournit un traitement intégré et local aux personnes souffrant de maladies mentales graves et persistantes. À la différence des autres programmes communautaires qui font le lien entre les individus et la santé mentale, l'hébergement, ou les services ou agences de réhabilitation, il fournit plutôt aux consommateurs des services hautement individualisés. Les bénéficiaires de PACT reçoivent les professionnels d'une unité psychiatrique pluridisciplinaire, mais au sein de leurs propres foyers et de leur communauté. Afin d'acquérir les compétences et les habiletés de se confronter aux traitements multiples, à la réhabilitation et aux besoins de soutien des clients, les membres de l'équipe PACT sont entraînés aux domaines de la psychiatrie, du travail social, des soins infirmiers, des abus de substance et à la réhabilitation professionnelle. L'équipe PACT fournit ces services indispensables 24h/24, 7j/7, 365 jours par an. PACT s'efforce de diminuer ou d'éliminer les symptômes handicapants de la maladie mentale dont chaque patient fait l'expérience et de minimiser ou de prévenir les épisodes aigus récurrents de la maladie, d'aller au-devant des besoins élémentaires et d'augmenter la qualité de vie, d'améliorer le fonctionnement dans la vie sociale et professionnelle, d'améliorer les capacités individuelles à vivre de façon indépendante dans sa communauté, et de diminuer le fardeau de la famille qui prodigue des soins.

Les bénéficiaires de PACT sont la plupart du temps des personnes souffrant de schizophrénie, de troubles psychotiques et de troubles bipolaires. Il concerne également ceux qui éprouvent un handicap significatif dû à d'autres maladies mentales et qui ne sont pas aidés par les modèles traditionnels de soins ambulatoires ; ceux qui ont des difficultés à obtenir des rendez-vous par eux-mêmes comme dans le modèle traditionnel de gestion de cas ; ceux qui ont eu de mauvaises expériences avec le système traditionnel ; ou ceux qui ont une compréhension limitée de leur besoin d'aide.

Les différentes évaluations montrent que les patients PACT passent significativement moins de temps dans les hôpitaux et plus de temps dans des situations de vie indépendante. Ils ont moins de périodes de chômage et ont de meilleurs revenus dans un travail en milieu ordinaire. Ils ont de meilleures

⁵¹ **Case management – coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes. Rapport final présenté à l'IUIL suite à l'étude menée par Deloitte.**

Institut Universitaire International Luxembourg, 2013, 37p.

<http://www.iuil.lu/uploads/documents/files/etude-deloitte.pdf>

⁵² **Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées.**

Glaser C., Canceil O., Gozlan G. L'information psychiatrique, vol.92, n°7, 2016, pp.539-545.

<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-7-page-539.htm>

relations sociales et déclarent être satisfaits de leur vie. Dans une étude, seul 18% des clients PACT étaient hospitalisés au cours de la première année, en comparaison de 89% pour le groupe de traitement non-PACT. Pour ceux qui étaient réhospitalisés, les séjours étaient significativement plus courts que ceux du groupe non-PACT. Les clients PACT passent également plus de temps dans la communauté, ce qui entraîne moins de fardeau pour la famille. De plus, le modèle PACT a également montré un avantage économique par rapport aux prises en charge institutionnelles. Malgré le succès établi, seuls quelques états américains ont accès à ce programme : Le Delaware, la Floride, le Michigan, le New Jersey, Rhode Island, le Texas et le district de Columbia.⁵³

En France, si le case management se développe dans le domaine de la maladie d'Alzheimer et de la gérontologie autour des MAIA, il est encore peu présent en psychiatrie. La fonction de case manager n'a pas de cadre législatif et son statut n'est pas clairement défini. Il est essentiellement porté par des équipes dédiées à la prise en charge précoce des psychoses et aux enjeux que pose cette période pour favoriser un pronostic fonctionnel optimal car il apparaît comme l'élément charnière pour assurer des services ambulatoire de façon continue et sans rupture des personnes vulnérables en situation de handicap psychique.⁵⁴ **Au centre hospitalier La Chartreuse à Dijon**, le Centre d'intervention précoce pour les psychoses (CIPP), propose depuis 2015 des soins en ambulatoire, dédié à la prise en charge des troubles psychotiques débutants sur le modèle du case management du programme Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques (TIPP) de Lausanne.⁵⁵ Pratiqué également au **RÉHPsy** et au **C3R Arc Alpin** depuis 2011, le case management est indispensable à la communication entre acteurs, au décloisonnement sanitaire/social et médicosocial et à l'orientation des pratiques vers le rétablissement.⁵⁶

Le **SAMSAH Prépsy**, (Service d'Accompagnement médico-social pour Adultes Handicapés), situé à Paris, est un service d'intervention précoce destiné à des jeunes adultes de 18 à 25 ans souffrant de troubles psychiques émergents. Il vise également la limitation du handicap psychique et de ses conséquences par le biais du case management de cas complexes et du suivi d'intensité variable dans l'environnement naturel de l'utilisateur. L'équipe de coordination a pour mission de réguler un système d'actions complexes aux portes d'entrées multiples et de fluidifier les liens entre les différentes lignes et gammes de services. Son intervention multiaxiale est subordonnée à l'amélioration permanente d'un socle commun de connaissances et d'expertise élevée des emplois-clés. En pratique, lorsqu'un usager est orienté vers Prépsy la première étape consiste à évaluer globalement ses besoins. Chaque corps de métier qui constitue l'équipe pluridisciplinaire est amené à le rencontrer afin de définir au mieux ses capacités et difficultés et de déterminer le niveau d'intervention le plus adéquat. Dans ce contexte, l'évaluation des besoins est construite comme un processus dynamique, en adéquation avec les rythmes de l'utilisateur. Il s'agit d'analyser méthodiquement sa vie quotidienne de façon globale et systématique. Ce processus se répartit sur une quarantaine d'heure par l'intervention de tous les professionnels de l'équipe (psychiatre, neuropsychologue, ergonomiste, assistante sociale, infirmière,

⁵³ **Le rapport sur les 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.**

Hardy-Baylé M.C., Centre de preuves en psychiatrie et en Santé mentale, 2015, 261p.

https://www.unafam.org/IMG/pdf/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509_1.pdf

⁵⁴ **La dynamique du case management.**

Glaser C., Santé mentale, n°216, 2017, pp.34-37.

⁵⁵ **Créer un dispositif de case management.**

Martin J., Santé mentale, n°216, 2017, pp.56-59.

⁵⁶ **Décloisonner l'offre de soins et de services.**

Roman C., Guy C., Gobbo J., et al., Santé mentale, n°216, 2017, pp.72-76.

aides soignant). Il comporte des temps d'entretiens avec l'utilisateur, sa famille et toutes les personnes de son environnement pouvant être détenteurs d'informations sur ses capacités ou son mode de vie. Elle se base également sur des observations directes et des analyses de l'activité en situations naturelles et portent sur des activités de la vie courantes, des activités de loisirs, sur le rapport au logement et à l'utilisation de l'espace quotidien et de l'environnement. Cette évaluation permet de définir le projet d'accompagnement de la façon la plus adéquate possible et vise à optimiser le temps et les moyens d'interventions. Les besoins mis en lumière peuvent aller au-delà de ce qui est proposé dans l'accompagnement du service et donc entraîner une recherche de prise en charge annexes, via de nouveau partenaire à coordonner. La meilleure connaissance de l'utilisateur peut ainsi être partagée avec les partenaires institutionnels (MDPH, services sociaux...) ou les partenaires relais lors d'une orientation pour la scolarité ou l'emploi par exemple et être utilisé comme un nouvel outil de coordination. L'engagement du case manager dès les premiers contacts est un critère majeur de la réussite de la prise en charge. Il est présent tout au long du suivi ; auprès de l'utilisateur, de sa famille, des intervenants hospitaliers ou des praticiens libéraux. Dans ce contexte, le case manager a un rôle de représentant actif de l'utilisateur visant à limiter l'impact de la maladie dans les phases aiguës ou de rémission. Il peut contacter le lycée, l'université, l'employeur ou faciliter l'accès aux services sociaux par exemple. Ses objectifs prioritaires sont orientés vers le rétablissement et la prévention des rechutes. Dans ce but, il peut intervenir personnellement ou déléguer d'autres membres de l'équipe, de manière intensive dans la phase aiguë, puis ajuster ses interventions dans les phases de récupération. Afin d'encourager l'idée de rétablissement à venir, l'arrêt de son action est programmé dès la phase d'engagement pour permettre le retour vers des intervenants naturels comme le médecin généraliste ou le psychiatre libéral. Il s'agit aussi d'accompagner progressivement l'arrêt de la prise de toxiques qui pourraient interférer avec les capacités attentionnelles et d'agir au niveau de la réduction des risques par l'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé.⁵⁷

ELARGIR L'OFFRE

- **Augmenter la mobilité et la disponibilité**

La disponibilité est liée à la réactivité de l'organisation et à la mobilité des soignants. Les secteurs qui font un travail de disponibilité mettent souvent en avant la « mobilité », car c'est l'innovation organisationnelle la plus visible qui prend forme avec « les équipes mobiles ».⁵⁸ **Le concept d'équipe mobile (EM)** n'est pas standardisé bien qu'il soit présenté partout comme une alternative à l'hospitalisation qui répond au processus de désinstitutionnalisation. L'équipe mobile, au sens générique, est diverse dans ses objectifs et ses prestations. Les caractéristiques communes sont liées à la mobilité, les équipes vont vers le patient, à sa demande ou non. L'équipe est multidisciplinaire et permet une prise en charge globale du patient et parfois de son entourage.

⁵⁷ **Améliorer la coordination dans le champ sanitaire et médico-social pour limiter le risque de handicap psychique. Étude du cas Prepsy.**

Gozlan Guy, Université de Versailles, 2015, 188p.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01236499/document>

⁵⁸ **Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité.**

Demailly L., Dembinski O., Dechamp Le Roux C. Fédération de recherche en santé mentale 59-62, CLERSE, Lille 1, 2012, 93p.
http://clerse2.univ-lille1.fr/IMG/pdf/rapport_em_disponibilite_def_2012.pdf

Les équipes mobiles spécialisées en psychiatrie développent le préventif, en identifiant les besoins non repérés et favorisent l'accès aux soins. Elles n'ont pour cadre d'intervention ni l'hôpital ni les équipements ambulatoires du secteur et qui impliquent donc que les soignants se déplacent. Ils le font en camping-car (Rennes), dans la rue (Marseille), au domicile des patients, dans des foyers, des écoles, des maternités, des services d'urgence, etc. Les équipes mobiles en psychiatrie soutiennent et complètent les soins de proximité. Elles ont une fonction d'interface entre le secteur psychiatrique et les équipes du sanitaire et du social. Même si elles visent différents publics (bébés, enfants et adolescents, adultes, personnes âgées, personnes en grande précarité) ; elles proposent des modalités pratiques et organisationnelles spécifiques (équipe mobile/intervention en mobilité/ mobilité de tout le secteur extrahospitalier) ; poursuivent des objectifs distincts (prévention, accompagnement, thérapie brève, accès au soin, thérapie à domicile) ; elles adaptent toutes leurs modalités progressivement et localement ; utilisent les "situations de crise" comme levier pour amener les personnes vers le soin ; s'impliquent dans la cité ; entretiennent de nombreux partenariats.⁵⁹ Les interventions en mobilité sont souvent faites en binôme (médecin/infirmier, infirmier/assistante sociale, etc.) pour produire un regard croisé sur la situation de demande de soin ou de crise (et non pas juxtaposer des expertises).

Ces équipes mobiles constituent un dispositif complémentaire qui ne substitue pas au travail du Centre Médico Psychologique (CMP). Elles doivent à la fois « **aller vers** » et agir en première ligne pour cerner le problème de la souffrance psychique des personnes.⁶⁰

La circulaire du 23 novembre 2005 définit les principes d'une meilleure prise en compte des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Elle établit un cahier des charges pour la création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie, intégrées dans un dispositif coordonné et global.⁶¹

Les Equipes Mobiles de Psychiatrie Précarité (EMPP) prennent généralement en charge des personnes sans « chez-soi » et présentant des troubles psychiques. Les EMPP imposent une inversion des logiques institutionnelles en priorisant les besoins des personnes sans chez soi vis-à-vis des besoins des institutions. **Le programme expérimental « Un chez soi d'abord »** lancé en France en 2011 dans quatre villes (dont Marseille, Toulouse, Paris et Lille), sur le modèle Américain et Canadien de « housing first » témoigne de ce changement de logiques institutionnelles. En effet, cette expérience se base sur l'accès au logement comme préalable à l'accès aux soins pour des personnes sans domicile atteintes de troubles mentaux sévères, à travers un accompagnement médico-social. Le

⁵⁹ **Les équipes mobiles en psychiatrie et travail de disponibilité.**

Demailly L., Dembinski O., Déchamp-LeRoux C., 2014, en ligne [https://books.google.fr/books?id=z372AwAAQBAJ&pg=PA30&lpg=PA30&dq=n%E2%80%99ont+pour+cadre+d%27intervention+ni+l%E2%80%99h%C3%B4pital+ni+les+%C3%A9quipements+ambulatoires+du+secteur+et+qui+impliquent+donc+que+les+soignants+se+d%C3%A9placent.+Ils+le+font+en+camping-car+\(Rennes\),+dans+la+rue+\(Marseille\),&source=bl&ots=PmIqSOZk0a&sig=k26X1BjMZBp13IE4cg7OT6a4Vyo&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKewizk9S60bzTAhVKcBoKHSwkAZYQ6AEIzAA#v=onepage&q=n%E2%80%99ont%20pour%20cadre%20d'intervention%20ni%20l%E2%80%99h%C3%B4pital%20ni%20les%20%C3%A9quipements%20ambulatoires%20du%20secteur%20et%20qui%20impliquent%20donc%20que%20les%20soignants%20se%20d%C3%A9placent.%20Ils%20le%20font%20en%20camping-car%20\(Rennes\)%2C%20dans%20la%20rue%20\(Marseille\)%2C&f=false](https://books.google.fr/books?id=z372AwAAQBAJ&pg=PA30&lpg=PA30&dq=n%E2%80%99ont+pour+cadre+d%27intervention+ni+l%E2%80%99h%C3%B4pital+ni+les+%C3%A9quipements+ambulatoires+du+secteur+et+qui+impliquent+donc+que+les+soignants+se+d%C3%A9placent.+Ils+le+font+en+camping-car+(Rennes),+dans+la+rue+(Marseille),&source=bl&ots=PmIqSOZk0a&sig=k26X1BjMZBp13IE4cg7OT6a4Vyo&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKewizk9S60bzTAhVKcBoKHSwkAZYQ6AEIzAA#v=onepage&q=n%E2%80%99ont%20pour%20cadre%20d'intervention%20ni%20l%E2%80%99h%C3%B4pital%20ni%20les%20%C3%A9quipements%20ambulatoires%20du%20secteur%20et%20qui%20impliquent%20donc%20que%20les%20soignants%20se%20d%C3%A9placent.%20Ils%20le%20font%20en%20camping-car%20(Rennes)%2C%20dans%20la%20rue%20(Marseille)%2C&f=false)

⁶⁰ **Étude exploratoire en vue de la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie générale.**

Morey F., Université Lille 2, Université Paris 13, APHM/CHU Sainte Marguerite Marseille, et al., 2015, 53p. <http://www.ccmsantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Memoire-F-Morey.pdf>

⁶¹ **Circulaire DHOS-O2-DGS-6C-DGAS-1A-1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie**

<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>

développement du logement d'abord s'inspire des théories et pratiques nord-américaines du « recovery » (rétablissement) et de « l'empowerment », (se mobiliser individuellement ou en tant que groupe social discriminé pour s'en sortir). Cette notion se retrouve dans l'usage qui est fait de la notion de pair aidant. Ce programme s'adresse à un public caractérisé par des troubles psychiques sévères, tels la schizophrénie, les troubles bipolaires, avec ou sans addiction, à la rue, isolé, en règle sur le territoire pouvant, ainsi suivant son type de ressources financières, salaire ou différentes prestations sociales comme l'AAH, le RSA ou du pôle emploi, remplir les conditions requises pour signer un bail de sous-location glissant dans la perspective de devenir locataire en titre ultérieurement suivant sa solvabilité et les conditions dans lesquelles il s'acquitte régulièrement de sa charge locative.⁶² L'évaluation de ce dispositif expérimental a notamment pu montrer que 85% des personnes sont toujours logées et accompagnées à la fin des 2 ans d'expérimentation et que les durées de séjour en hospitalisation ont diminué de 50%, bénéficiant d'une amélioration globale de la qualité de vie (dans un processus de rétablissement en santé mentale).⁶³ Fin 2016, le programme « Un Chez Soi d'abord » a été inscrit dans le Décret n°2016-1940 relatif aux dispositifs d'appartements de coordination thérapeutique, pérennisant les quatre sites expérimentaux et prévoyant un déploiement du dispositif sur 16 autres villes en France d'ici 2022.

Des équipes mobiles en psychiatrie générale proposent aussi des interventions à domicile (IAD).

L'équipe mobile d'Argelès en psychiatrie (EMAP) rattaché au CMP d'Argelès, par exemple, créée en 2011, est rapidement mobilisable, à la demande des patients, des familles ou des différents partenaires du champ médical, social et judiciaire, pour anticiper et évaluer les situations de crise de nature psychiatrique.

Au-delà de l'évaluation, elle organise, si besoin, les soins de la manière la plus adaptée. Elle a pour objectifs de détecter et d'évaluer les troubles psychiatriques, d'évaluer les besoins en soins et de faciliter l'entrée de nouveaux patients dans les soins, d'initier précocement une prise en charge adaptée et de promouvoir une alliance thérapeutique avec les patients et l'entourage, de travailler sur les représentations associées aux troubles mentaux et au champ d'action de la psychiatrie pour les faire évoluer positivement ; d'orienter vers d'autres prises en charges les personnes ne relevant pas de réponses psychiatriques.⁶⁴

L'équipe mobile de réhabilitation sociale (EMR7) et psychosociale d'Armentières, elle, est rattachée à une maison thérapeutique et intervient lorsqu'un patient sort de la résidence thérapeutique. Le lien

⁶² **Evaluation de l'activité des équipes mobiles de psychiatrie précarité. Le recueil d'information médicale en psychiatrie est-il suffisant pour décrire cette activité et les caractéristiques de la population suivie ? Cet outil est-il utilisable pour mesurer l'impact de la santé communautaire ?**

Bourdais-Mannone C., 2013, 56p.

http://www.le-115-06.org/uploads/pages/Reseau_de_partenaires/2013_EMPP-DUsantecommunautaire-CBM.pdf

⁶³ **Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015.**

Ministère du logement et de l'habitat durable, Ministères des affaires sociales et de la santé. 2016, 4p.

http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucfdb_avril_2016_mise_en_page.pdf

⁶⁴ **Monographie Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir. Pôle Sud – Secteur 66G04, EMAP.**

ANAP, s.d, 11p.

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Psychiatrie/REX_intervention_domicile/Monographies/ANAP_Monographie_Centre_hospitalier_Thuir-EMAP.pdf

est maintenu entre le patient et le soignant afin de favoriser son maintien dans son logement. Les membres de l'EMR7 permettent par leurs interventions d'assurer cette transition au domicile.⁶⁵

En l'absence de référentiels, les modalités d'intervention des équipes sont très variées. L'ANAP a souhaité approfondir la connaissance des équipes de psychiatrie intervenant à domicile au travers de retours d'expériences menées par les équipes mobiles, mais aussi par les CMP, les hôpitaux de jours, les résidences thérapeutiques, les centres ressources, les unités de réhabilitation, l'HAD et les SAMSAH. Elle a ainsi identifié plusieurs types d'IAD.

- **Les interventions à domicile de suivi** ou visites à domicile, majoritairement prescrites au moment de la sortie de l'hôpital ou à l'issue d'une consultation en CMP et réalisées par un infirmier. Le suivi assuré est plus ou moins long en fonction des besoins de la personne. **Les centres hospitaliers de Sambre Avesnois, de Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, de Montperrin et l'établissement public de santé mentale de Lille Métropole**, par exemple, ont mis en place ce type d'intervention et mettent en exergue une diminution des hospitalisations et des rechutes ainsi que le maintien des patients à domicile.⁶⁶
- **Les interventions à domicile de crise**, proposées notamment par le **Dispositif d'intervention à domicile (DIAD) de Lille métropole et l'Unité fonctionnelle de soins soutenus à domicile (USSAD) de l'agglomération Lilloise** requièrent un mode d'organisation adapté avec des moyens renforcés et une réactivité des équipes, et se rapprochent du modèle de l'Hospitalisation à domicile (HAD). Elles sont prescrites sur de très courtes durées. Les équipes se composent majoritairement de psychiatres et d'infirmiers.⁶⁷
- **Les interventions à domicile d'accompagnement**, quant à elles, proposent une prise en charge plus soutenue que dans le cadre des IAD de suivi avec une fréquence des interventions plus conséquente. **Les centres hospitaliers de Montéran Saint-Claude, de Saint-Jean-de-Dieu, ou les établissements public de santé mentale de Caen et de Lille métropole**, par exemple, ont recours à ce type d'intervention et mettent en avant une limitation des réhospitalisations, un taux d'occupation des lits moins élevé que dans les autres secteurs, un impact en termes de prévention de la rechute des patients, une réactivité des équipes, une montée en compétence des équipes au niveau clinique mais également en réhabilitation psycho-sociale pour des patients se trouvant dans des situations de grande fragilisation suite à de longues hospitalisations, un meilleur suivi individuel, une meilleure continuité des soins, un renforcement des capacités des personnes, une anticipation des relais à développer ou encore une diminution des ruptures.
- **Les interventions à domicile d'évaluation et d'orientation**, mis en place notamment par le **Centre ressource famille et troubles psychotiques (CERFAP) du Centre hospitalier Guillaume Regnier**, se mettent en place pour répondre à la non-demande des personnes ou à la demande de familles et de tiers. Cette intervention ponctuelle permet de réaliser une évaluation de la personne et de lui proposer une orientation.⁶⁸

⁶⁵ **Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences.**

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 80p.
<https://media.f2rsmpsy.fr/publication-anap-11603.pdf>

⁶⁶ **Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences.**

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 80p.
<http://documentation.fhp.fr/documents/20732P.pdf>

⁶⁷ **Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences.**

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 80p.
<http://documentation.fhp.fr/documents/20732P.pdf>

⁶⁸ **Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences.**

- Des **interventions à domicile sont également organisées entre SAMSAH et HAD** et permettent d'apporter au patient, à son domicile, des soins coordonnés, d'une particulière intensité ; de préparer, raccourcir, prendre le relais, éviter et remplacer une hospitalisation à temps complet ; de contribuer à la réinsertion de patients pris en charge au long cours en hospitalisation complète, dans la perspective de soins gradués et dans le cadre d'un travail en réseau intégrant le secteur et les professionnels libéraux (psychiatres et/ou généralistes mais également pédiatres, gériatres...) ; de constituer une étape dans la prise en charge du patient, avant la mise en place d'un suivi ambulatoire moins intense dans le cadre d'une consultation au CMP, d'une VAD, d'une hospitalisation de jour (HDJ) et autres et de favoriser l'accès aux soins des patients et des familles qui ne recourent pas aux structures de prise en charge traditionnelles, en assurant l'intervention de professionnels de santé et d'acteurs sociaux à domicile.⁶⁹ À titre d'exemple, **le SAMSAH Route Nouvelle de Haute-Garonne**, a mis en place une IAD dont les indicateurs d'activité indiquent une baisse significative du recours aux hospitalisations non prévues, une baisse des réhospitalisations ainsi qu'une diminution de leur durée et d'un coût moindre par jour et par personne.⁷⁰

En Grande-Bretagne, les équipes se déplacent aussi sur le lieu d'hébergement pour assurer les soins, y compris les interventions psychosociales. L'intensité de cette présence à géométrie variable s'adapte aux besoins, allant du suivi courant au suivi de crise qui comporte plusieurs interventions par jour. Plus globalement, il s'agit « **d'aller vers** » et donc de réinterroger le concept de libre adhésion entendu parfois dans son acception la plus idéologique. Les professionnels doivent pouvoir se déplacer là où l'on a besoin d'eux, en allant jusqu'à proposer des soins aux gens qui sont dans la rue.⁷¹

- **Utiliser les technologies disponibles**

Depuis les années 50 de nombreuses expériences de télémédecine, et en particulier de **télépsychiatrie**, ont vu le jour en Amérique du Nord. Une des premières activités de télémédecine en psychiatrie date du début des années 1960, elle concerne la mise en réseau de programmes de téléconsultations et de télé-éducation autour du Nebraska Psychiatric Institute. Dans les années 90, plusieurs projets se sont développés aux USA, au Canada et en Australie. Depuis, de nombreuses études ont examiné les avantages de la télépsychiatrie comparativement à la pratique en face-à-face concernant la satisfaction des intervenants et des patients, la fiabilité du diagnostic à distance et les avantages économiques. La majorité des études montre un haut niveau de satisfaction des patients concernant l'évaluation mais aussi dans la conduite des traitements⁷², certains patients se montrant

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 80p.

<http://documentation.fhp.fr/documents/20732P.pdf>

⁶⁹ **HAD et équipes mobiles : nouveaux paradigmes dans le soin à domicile en psychiatrie générale. Le 10 septembre 2015, Armentières, EPSM Lille-Métropole.**

F2RSM.Psy Hauts-de-France. En ligne.

<https://www.f2rsmpsy.fr/068-had-equipes-mobiles-nouveaux-paradigmes-soin-domicile-psychiatrie-generale.html>

⁷⁰ **Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences.**

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, 2015, 80p.

<http://documentation.fhp.fr/documents/20732P.pdf>

⁷¹ **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

⁷² **The use of telemedicine in psychiatry.**

Norman S., Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, vol.13, 2006, pp.771-777.

moins inhibés pour parler de leurs difficultés devant un écran qu'en présence d'un clinicien, en particulier pour les patients phobiques.⁷³ Les études soulignent également que l'usage de la téléconsultation améliore l'accès aux soins, promeut l'éducation thérapeutique, évite des déplacements inutiles au patient ou au thérapeute. L'Agence d'Évaluation des Technologies et des Modes d'Intervention en Santé (AETMIS) au Québec et l'Agence Américaine de Télémedecine (ATA) ont formulés des recommandations concernant la prise en charge des patients en télépsychiatrie identifiant les indications et les contre-indications de son utilisation. Elle est recommandée notamment dans les évaluations diagnostiques, les thérapies psychiatriques, pour l'élaboration de plans de soins cliniques, le suivi et révision des traitements, la psychoéducation, la pharmacopédagogie. En revanche, elle est contre indiquée lorsque le patient s'y oppose, s'il est violent, instable ou impulsif, s'il présente un risque de suicide immédiat ou une dangerosité immédiate, s'il présente un risque d'exacerbation des symptômes par l'utilisation d'une technologie de télécommunication, si une nouvelle doit être communiquée, s'il a une déficience auditive, visuelle ou cognitive ne permettant pas une communication cohérente par l'entremise de la technologie...⁷⁴

Par contraste, il est frappant de constater à quel point l'application de la télémedecine à la psychiatrie, la télépsychiatrie peine à trouver pleinement sa place, en **France**, dans les dispositifs de soins aux patients, et n'est souvent envisagée que comme un palliatif aux distances géographiques. Les obstacles sont de plus en plus faiblement techniques ou matériels mais sont principalement culturels, déontologiques, juridiques, cliniques et idéologiques.⁷⁵

L'expérience du **CHU de Nice**, était la seule en France en 2001 tandis que la même année, 25 programmes aux États-Unis étaient recensés. Depuis, plusieurs expériences se sont mises en place comme en **Seine Maritime**⁷⁶ ou dans le **Lot et Garonne** par exemple. Les retours d'expériences confirment que la télépsychiatrie améliore l'accès aux soins, promeut l'éducation thérapeutique, évite les déplacements, diminuent les délais entre chaque entretien, optimise le temps médical et désenclave les équipes éloignées. Les consultations ne sont ni reportées, ni annulées et malgré les reproches de la perte d'humanité et des limitations des interactions relationnelles, cette pratique améliore le service rendu aux usagers éloignés des centres hospitaliers dont la satisfaction est identique à celle du face-à face.

La qualité de l'encadrement infirmier d'accueil intervient pour beaucoup dans l'organisation de la téléconsultation qui demeure complémentaire aux entretiens classiques mais facilite le suivi régulier malgré l'éloignement géographique du patient.

La télémedecine apparaît être un atout qui permet de décroquer l'exercice médical dans le champ sanitaire comme médico-social au sein des territoires confrontés à la désertification médicale en apportant une réponse fiable et pertinente.⁷⁷ Utilisée de façon appropriée, elle peut largement

⁷³ **La téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie.**

Nebout S., HAL, Université de Rouen, 2015, 75p.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01140551/document>

⁷⁴ **Télémedecine en psychiatrie.**

Centre Hospitalier Guillaume Régnier, 2015, 39p.

<http://www.kapouest.fr/doc/interventions/10-dimaggio.pdf>

⁷⁵ **Plaidoyer pour la naissance d'une télépsychiatrie française.**

Massé G., Frappier A., Kannas S., L'information psychiatrique, vol.82, 2006, pp.801-810.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2006-10-page-801.htm>

⁷⁶ **Des téléconsultations en psychiatrie (Seine-Maritime).**

Allermoz E., Médecins : bulletin d'information de l'ordre national des médecins, n° 31, 2013, pp.8-9.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecins31_1.pdf

⁷⁷ **Téléconsultations en psychiatrie.**

contribuer à améliorer les soins à la fois dans la psychiatrie de liaison, dans l'accessibilité aux consultations hyperspécialisées mais aussi dans la formation continue des médecins.⁷⁸

D'autres expériences basées sur les technologies se développent. Le Centre hospitalier de Thuir, par exemple, a développé une **application smartphone** pour les médecins généralistes afin qu'ils puissent diffuser de l'information notamment les coordonnées des structures et des praticiens ainsi que des outils comme les modèles de certificats sur les soins sans consentement. L'accès en temps réel des praticiens généralistes à un praticien psychiatre ou à une structure psychiatrique de recours, l'amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de l'organisation du centre hospitalier de Thuir et le détail et accès aux modes de mise en œuvre des mesures de soins sans consentement grâce à un arbre de décision pour les médecins généralistes sont les atouts importants de cette application.⁷⁹

● Rembourser les psychothérapies effectuées par les psychologues

En France, en 2002, l'ensemble des troubles de santé mentale occupait le 2ème poste de dépenses de santé. Les soins hospitaliers représentent à eux seuls 73% des coûts. Le fardeau économique dû aux troubles de santé mentale est principalement représenté par les coûts indirects qui représentent 50% des dépenses.⁸⁰

Les psychothérapies structurées sont des traitements des troubles de santé mentale recommandés par les guides de bonne pratique internationaux. Leur efficacité et leur impact positif sur la santé et la qualité de vie des patients, et par conséquent sur la diminution des coûts induits par les troubles de santé mentale, pour les régimes de santé et la société, ont été largement démontrés.

La France a toujours la particularité d'avoir une consommation de psychotropes supérieure à celle d'autres pays industrialisés et une balance entre consommation de psychotropes et recours à la psychothérapie déséquilibrée. Toutefois en France, contrairement à de nombreux pays industrialisés, **les psychothérapies effectuées avec un psychologue exerçant dans le libéral ne sont pas remboursées par les régimes de santé**. Une psychothérapie sur deux est pratiquée par un psychiatre et une sur quatre par un psychologue. Alors que les consultations, en libéral, auprès des professionnels de santé mentale non médecin, tels que les psychologues ou les psychanalystes, ne sont pas remboursées, les consultations auprès des psychiatres sont remboursées par la sécurité sociale (à hauteur de 70% pour une consultation à 41€ chez un professionnel conventionné de secteur 1). Comparée à une séance auprès d'un psychologue, la consultation auprès d'un psychiatre a un coût reste à charge qui est le plus bas pour l'utilisateur mais qui est le plus élevé pour la société, au moins en termes de coûts de formation de ces professionnels. Ainsi, les français peuvent, dans le cadre d'une consultation psychiatrique, percevoir un remboursement de leur séance de psychothérapie. Cette politique d'absence de remboursement des psychothérapies faites par les psychologues exerçant en

Guétat I., La revue hospitalière de France, n° 573, 2016, pp.29-30.

⁷⁸ **Intérêt de la télé-psychiatrie pour la prise en charge des patients : enjeux et questions d'une pratique nouvelle.**

Astruc B., Henry C., Masson M., Annales médico-psychologiques, vol. 171, n°2, 2013, pp.61-64.

<http://www.em-consulte.com/article/792486/interet-de-la-tele-psychiatrie-pour-la-prise-en-ch>

⁷⁹ **Rapport relatif à la santé mentale.**

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

⁸⁰ **Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue des propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies.**

Dezetter A., Université Paris-Descartes – Sorbonne Paris Cité, 2012, 263p.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00676243v3/document>

libéral, engendre une situation paradoxale incitant les individus à avoir recours, pour un traitement psychothérapeutique, aux psychiatres, qui sont les professionnels les plus chers pour la société et aussi les plus rares, tout en encourageant la médicalisation des soins. Près de 70% des psychothérapies s'effectuent sur moins de 11 séances et près de 30% sur plus de 30 séances. Elles sont le plus souvent suivies à partir de 35 ans, par les femmes, les personnes séparées, ayant un niveau d'études supérieures, vivant dans une région où l'offre de professionnels de santé mentale est élevée et par celles souffrant de troubles de santé mentale courants sévères et/ou comorbides. Le coût total d'une séance effectuée par un psychiatre ou un psychologue s'élève à 41€. ⁸¹ L'amélioration de l'accès aux traitements en santé mentale est depuis longtemps une priorité sur la scène internationale. Des initiatives pour accroître l'accès à la psychothérapie subventionnée par l'État ont entre autres été mises en avant en Australie et au Royaume-Uni. ⁸²

En Australie, depuis 2006, le programme Better Access Initiative, permet aux personnes souffrant de troubles de santé mentale de bénéficier de séances gratuites ou peu coûteuses de psychothérapies brèves en soin primaire. Le traitement s'étale généralement de 6 à 10 séances. Entre 2007 et 2009, près de 2,01 millions d'individus ont consulté en moyenne 5,5 fois les services du programme Better Access. Les patients souffraient dans 28% des cas de dépression seulement, 23% présentent un diagnostic dépressif et anxieux, et 30% souffrent de troubles anxieux sans symptôme dépressif. Des études d'efficacité du programme montrent que la taille d'effet des traitements psychologiques est jugée importante chez les patients souffrant de dépression et chez ceux souffrant de troubles anxieux. Better Access compte 16 450 professionnels de santé mentale non-médecin, 24 000 médecins généralistes et 1 700 psychiatres. Le patient est suivi en collaboration entre le médecin généraliste et les professionnels de santé mentale. ⁸³

En Angleterre, le programme Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) mis en place en 2007 offre un service gratuit de psychothérapies brèves pour les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants. Le modèle de soin est en étape, suivant les guides cliniques du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Le type de professionnel, le nombre de séances assurées et la méthode thérapeutique varient selon la sévérité du trouble. Depuis le début du programme IAPT, plus d'un million de personnes ont bénéficié d'un traitement psychologique. Le programme IAPT a formé 6000 thérapeutes sur 7 ans. Dans 27% des cas, les patients souffrent de dépression seulement, 26% présentent un diagnostic dépressif et anxieux, et 48% souffrent de troubles anxieux sans symptôme dépressif. Les études ont aussi montré des résultats de santé positifs pour les patients du programme où le taux de rémission post-traitement a été estimé à 50%. Les tailles

⁸¹ **Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue des propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies.**

Dezetter A., Université Paris-Descartes – Sorbonne Paris Cité, 2012, 263p.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00676243v3/document>

⁸² **Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'Etat : comparaison entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes.**

Bradley S., Doucet R., Kohler E., et al., Santé mentale au Québec, vol.40, n°4, 2015, pp.175-200.

<http://www.erudit.org/fr/revues/smq/2015-v40-n4-n4/1036099ar/>

⁸³ **Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada. Expériences de pays francophones.**

Vasiliadis H.M., Dezetter A., Lesage A., et al., Santé mentale au Québec, vol.40, n°4, 245p.

http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2016/smq_2016_ameliorer_acces_psychotherapies_0.pdf

d'effet des traitements psychologiques du programme sont importantes à la fois chez les patients souffrant de dépression que chez ceux souffrant de troubles anxieux.^{84 85}

En Belgique, bien que le titre de psychologue soit protégé depuis novembre 1993, la fonction ne l'était pas et la situation de la psychothérapie était largement méconnue. En avril 2014, une nouvelle législation reconnaissait les psychologues cliniciens et les psychothérapeutes en tant que professionnels de la santé et définissait ainsi l'exercice de ces professions. Toutefois, les Arrêtés d'exécution de la loi doivent encore être pris afin de permettre l'entrée en vigueur de la loi au 1er septembre 2016. Actuellement, certaines prestations de psychologues peuvent faire l'objet d'un remboursement si elles sont validées par un psychiatre. Dans certains services hospitaliers (psychiatrie, pédopsychiatrie, oncologie, gériatrie, chirurgie cardiaque, service de soins palliatifs), la présence de psychologues est cependant obligatoire. Des psychologues sont également prévus au sein des centres de santé mentale ou des centres de guidance thérapeutique.⁸⁶

En Suisse, le remboursement de la psychothérapie psychologique dans le système de santé est divisé en trois principales sources de financement. 67% des services psychothérapeutiques sont remboursés par l'assurance maladie obligatoire, 29% sont payés par les patients eux-mêmes ou par leurs assurances complémentaires privées, et 4% sont financés par les services sociaux publics. Les psychologues-psychothérapeutes peuvent travailler en cabinet privé (34%). Dans ce cas, leurs patients paient eux-mêmes ou reçoivent un remboursement, le plus souvent partiel, par l'intermédiaire de leur assurance privée. Les psychologues-psychothérapeutes peuvent aussi travailler en pratique dite « déléguée », c'est à dire employé par un psychiatre. Le psychiatre est alors remboursé pour la psychothérapie fournie par l'assurance de base obligatoire, et la proportion de ce montant transmis au psychologue varie d'un employeur à l'autre. Le remboursement pour la psychothérapie déléguée est d'environ deux tiers de celle de la psychothérapie dispensée par les psychiatres. Les psychologues-psychothérapeutes peuvent également travailler dans une clinique ambulatoire d'un établissement. Si la clinique est dirigée par des psychologues, les patients paient, si la clinique est dirigée par un psychiatre, ils sont remboursés. Enfin, environ 13% des psychologues-psychothérapeutes travaillent dans les hôpitaux psychiatriques et fournissent des soins mentaux primaires ainsi que de la psychothérapie. Le système de la psychothérapie déléguée est très controversé en Suisse, car les psychologues-psychothérapeutes sont considérés comme des employés non responsables recevant un paiement moindre, malgré leur qualification. La pratique de la psychothérapie psychologique de ce système est relativement fréquente puisqu'environ 40% des psychologues-psychothérapeutes travaillent en délégation. Toutefois, si les patients souffrant de troubles mentaux diagnostiqués ne

⁸⁴ **Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies.**

Dezetter A., Université Paris-Descartes – Sorbonne Paris Cité, 2012, 263p.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00676243v3/document>

⁸⁵ **Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada. Expériences de pays francophones.**

Vasiliadis H.M., Dezetter A., Lesage A., et al., Santé mentale au Québec, vol.40, n°4, 245p.

http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2016/smq_2016_ameliorer_acces_psychotherapies_0.pdf

⁸⁶ **Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada. Expériences de pays francophones.**

Vasiliadis H.M., Dezetter A., Lesage A., et al., Santé mentale au Québec, vol.40, n°4, 245p.

http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2016/smq_2016_ameliorer_acces_psychotherapies_0.pdf

disposent pas d'une assurance privée ou semi-privée, ils sont tenus de payer eux-mêmes pour des services de psychothérapie dispensés par des psychologues-psychothérapeutes reconnus.⁸⁷

La majorité des études s'accordent à dire qu'une prise en charge financière des psychothérapies permettrait de soigner les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants, en particulier ceux pour qui la barrière économique est importante. Inciter à une prise en charge psychothérapeutique permettrait d'augmenter le niveau d'adéquation des traitements reçus chez les personnes souffrant de troubles de santé mentale courants et d'offrir une meilleure allocation des ressources en termes de professionnels de santé mentale. Elle permettrait aussi aux régimes de santé et à la société, d'épargner des coûts directs et indirects suite au suivi du traitement psychothérapeutique.⁸⁸ C'est pourquoi, **en France, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017** valide dans l'article 68, **l'expérimentation du remboursement des consultations chez un psychologue en libéral** pour les jeunes de 6 à 21 ans. Dans cette expérimentation prévue pour l'instant uniquement dans 3 régions en 2017 (Ile de France, Pays de la Loire et Grand Est) les médecins ou les psychologues scolaires pourront orienter les familles vers les psychologues installés en libéral qui disposent d'un numéro ADELI...⁸⁹

FAVORISER LES INITIATIVES

● Renforcer l'articulation entre le sanitaire et le médico-social

La Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) effectue un travail visant à protocoliser l'articulation sanitaire, médico-social dans le parcours des jeunes. Elle s'est associée à l'ANESM pour le travail sur les recommandations en préparation pour la prise en charge du handicap psychique adulte.

Pour l'ANAP, la logique d'évaluation des besoins et d'orientation des personnes doit être renforcée. Elle accompagne ainsi plusieurs régions dans le cadre de son travail sur le diagnostic territorial du parcours de santé mentale.

En Bretagne, notamment, cette démarche a permis de développer des formations croisées et d'améliorer le processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par la MDPH 35 via la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire d'évaluation, en se basant sur le triptyque d'évaluation proposé par le Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS).

⁸⁷ Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada. Expériences de pays francophones.

Vasiliadis H.M., Dezetter A., Lesage A., et al., Santé mentale au Québec, vol.40, n°4, 245p.

http://capqc.ca/sites/capqc.ca/files/uploads/articles/2016/smq_2016_ameliorer_acces_psychotherapies_0.pdf

⁸⁸ Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies.

Dezetter A. Thèse de doctorat. Université Paris Descartes. 2012. 263p.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00676243v3/document>

⁸⁹ Loi n°2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Article 68. Expérimentation du remboursement des consultations chez un psychologue en libéral pour les jeunes de 6 à 21 ans.

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/12/23/ECFX1623944L/jo#JORFARTI000033680760>

Au niveau régional, certaines régions ont mis en place un GCS piloté par l'hôpital psychiatrique qui invite l'ensemble des établissements médico-sociaux du secteur à y participer. Cela a été testé dans le **Limousin et en Aquitaine** par exemple, où l'ARS a obligé tous les établissements psychiatriques à le faire, et a incité vivement les établissements médico-sociaux à y participer. Avec comme objectif pour les acteurs de se mettre autour de la table, de dire à l'autre ce qu'il attend de lui, et de trouver des solutions concrètes. Cela a donné lieu à la mise en place de fonctions de groupement d'employeur pour que les établissements puissent employer à mi-temps ou en quart-temps des psychologues. L'hôpital psychiatrique peut ainsi porter le recrutement de psychologues qui sont ensuite « répartis » sur les différents établissements du groupement. La marge de progression demeure importante et les partenariats avec le secteur social pourraient proposer de véritables solutions d'accompagnement social, et dépasser le stade de la convention signée avec le conseil départemental. **Le directeur du centre hospitalier Esquirol à Limoges**, par exemple, a recruté des travailleurs sociaux pour le suivi des cas les plus complexes. Il n'y a pas de rétablissement sans suivi social et pas de suivi sanitaire sans suivi social.

L'enjeu de la **coordination** est capital et il faut distinguer la coordination au plus près du patient (sous la responsabilité des professionnels directement en charge du suivi) de la coordination institutionnelle. La coordination institutionnelle, territoriale, a pour objectif de donner accès et de planifier les ressources et les recours que les acteurs de la coordination « au plus près du patient » pourront mobiliser en fonction des besoins des patients. Les auteurs appellent à une responsabilité géo populationnelle du suivi social, portée par les acteurs du champ social et assurée dès le début du parcours, avant la reconnaissance du handicap psychique par la MDPH, comme cela existe pour le suivi sanitaire avec le secteur de psychiatrie. La nécessité d'un suivi socio-sanitaire de proximité implique une coordination étroite des acteurs sanitaires et sociaux mis au service d'un parcours personnalisé de soins et de vie de qualité.

Pour cela, **la Franche-Comté**, par exemple, a opté pour la mise en place de 6 plateformes de coordination en santé mentale. Ces **plateformes** visent à faciliter la coordination des acteurs grâce à la mise en place d'outils, de protocoles et de formation. Il s'agit notamment de « rendre du temps médical » en les déchargeant des charges de coordination par l'organisation territoriale de la transversalité. Elles couvrent l'ensemble du territoire et sont inscrites dans les CPOM des établissements qui les portent. Leur mise en place procède d'une volonté des acteurs. L'ARS a financé les postes de coordonnateurs de plateforme dans les établissements et a accompagné la mise en place des plateformes sur le plan méthodologique.

Autre exemple, dans les Bouches-du-Rhône, **un comité départemental adolescents a été mis en place**. Il constitue un premier niveau de coordination institutionnelle de la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiatriques au niveau du département. Le comité se réunit depuis 2010 toutes les 6 semaines et réunit tous les acteurs de l'adolescence (direction PJJ, direction CH, Conseil Départemental, pédopsychiatres CHU, éducation nationale, ARS...). Ce comité est co-animé par l'ARS et le Conseil départemental. Un 2^e niveau de coordination à l'échelle infra-départementale est prévu pour la gestion des cas individuels avec les acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social). Ce dispositif de coordination des prises en charge à un niveau individuel correspond à l'esprit du plan. Selon le responsable de ce comité, il manque encore un dernier niveau de coordination qui permettrait de trouver des solutions pour gérer l'urgence et la crise.⁹⁰

⁹⁰ **Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.**

● Impliquer les élus locaux

Un programme d'appui au développement et au renforcement **des conseils locaux de santé mentale (CLSM)**, a été initié entre 2007-2010. Ce programme a été reconduit en 2012 par l'ACSé et la Direction Générale de la Santé (DGS). Les CLMS répondent à la nécessité d'un cadre de travail qui allie soins et prévention à tous les stades et permette de développer les outils adaptés à partir des besoins des patients et du terrain et non plus de l'existant.⁹¹

Les CLSM sont des plateformes de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, et les services de psychiatrie publique, pour la définition en commun des politiques locales et des actions à entreprendre pour l'amélioration de la santé mentale de la population concernée.⁹²

Le CLSM aboutit à des actions concrètes comme la création d'outils ou de dispositifs, de cycles de formation par exemple, qui émanent de commissions de travail par thématique ou par public.⁹³ C'est un outil facilitateur de rétablissement et permettant l'empowerment pour les personnes ayant des troubles psychiques. Outil opérationnel de démocratie participative, reconnu en 2015 par son inscription dans la loi de modernisation du système de santé, ils sont passés de 35 en 2010⁹⁴ à plus de 170 en 2017.⁹⁵

Les retours d'expériences identifient de nombreux bénéfices directs et indirects des conseils locaux de santé mentale : soutien à l'implantation de la psychiatrie de liaison à l'hôpital général, création de lieux d'écoute et de parole confidentiels et gratuits, formations inter-institutionnelles, multiplication des modalités d'implication des usagers dans les projets locaux, partenariat entre le secteur psychiatrique et les bailleurs pour des interventions à domicile, mise en place d'un observatoire local de la santé mentale, d'une cellule de veille « accès et maintien dans le logement », guide de recommandations éthiques, supervision interprofessionnelle et interinstitutionnelle, protocole d'action en cas de situation d'urgence psychiatrique avec refus de soins, etc.⁹⁶

Chaque CLSM élabore des actions innovantes autour des dimensions multiples et variées de la santé mentale. Les CLSM sont une réponse de proximité, de citoyenneté, de prévention et de coordination

Haut Conseil de la Santé Mentale, 2016, 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

⁹¹ **Le conseil local de santé mentale, un outil de prévention pour le secteur psychiatrique ?**

Lavaud J.L., L'information psychiatrique, vol.91, n°7, 2015, pp.569-674.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-569.htm>

⁹² **Présentation du CLSM.**

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, 2017, en ligne

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=pr%C3%A9sentation-du-clsm>

⁹³ **Les conseils locaux de santé mentale : État des lieux.**

Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, 2015, 16p.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>

⁹⁴ **Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015.**

Guezennec P., Roelandt J.L., L'information psychiatrique, vol.91, n°7, 2015, pp.549-556.

https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-549.htm#anchor_plan

⁹⁵ **Le Conseil local en santé mentale (CLSM).**

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, 2017, en ligne.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=CLSM>

⁹⁶ **Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale.**

Rhenter P., Rhizome, n° 34, 2009, pp.13-14.

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n34-mesurer-les-effets-de-l-evaluation/evaluer-les-effets-d-un-conseil-local-de-sante-mentale-1695.html>

entre les acteurs. Ils facilitent l'insertion sociale en intégrant la santé mentale dans les différentes politiques de proximité. Les publics ciblés par les actions vont de la petite enfance aux personnes âgées en passant par la parentalité et les publics précaires, mais en définitive, tous peuvent être concernés suivant les nécessités et le moment.

L'état des lieux réalisé par le CCOMS fin 2014, ne permet pas de rendre compte de la diversité de l'activité de l'ensemble des CLSM français. Toutefois, il souligne les grandes orientations et met en exergue leur rôle dans le parcours de vie des usagers en santé mentale, dans la promotion en santé mentale, le repérage précoce des troubles, la facilitation de l'accès aux structures de soins, et la prise en compte de la stigmatisation qui entourent les personnes qui souffrent de troubles psychiques. Les CLSM sont une démarche singulière à chaque territoire, tant dans sa constitution que par les priorités qu'il s'octroie, et c'est aussi cette diversité qui fait sa force. Sans la participation de tous, professionnels, élus, usagers et des aidants, la prévention et l'accès aux soins pour tous, risque de rester largement inopérante. C'est grâce à l'implication de tous ces acteurs qu'une politique locale de promotion de la santé mentale et de prévention peut être élaborée et appliquée avec succès pour et par les populations.⁹⁷

● Encourager l'innovation et la recherche

En 2001, suite à une expérience innovante de psychiatrie, l'établissement public de santé mentale (EPSM) Lille-Métropole est devenu le siège du Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France). Le CCOMS a joué un rôle important dans la prise en compte des initiatives innovantes développées en France dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale et fait connaître les expériences novatrices réussies dans le monde, que ce soit la réforme de la santé mentale au Chili et au Brésil, les expériences italiennes, anglaises, ou belges de désinstitutionnalisation et de réformes des soins psychiatriques, auxquelles il a pu contribuer. Ces partages d'expériences développent une culture citoyenne pour les personnes ayant des troubles psychiques, qui sont dorénavant de la communauté, beaucoup moins exclues, dans un contexte de parcours de soins, parcours de vie et d'accompagnement prenant le pas sur l'institutionnalisation. Le CCOMS participe aussi à l'information des autorités françaises sur les orientations de l'OMS pour la santé mentale et promeut ses programmes qui peuvent influencer les lois en santé mentale. Le travail de passeur, de médiateur entre la psychiatrie française et l'OMS, entre la santé en France et dans le monde, est l'une des caractéristiques essentielles du CCOMS. Innover, expérimenter et évaluer en France et à l'étranger, abattre les frontières entre les pays, entre les différents acteurs du champ de la santé mentale entre les savoirs et les expériences. Le faire savoir et soutenir des recherches participatives appliquées ayant un impact pour les usagers et professionnels, telle est la mission du centre. Diminuer le fossé dans l'accès aux soins et pour cela faire participer les établissements publics de santé mentale, les usagers, toutes les structures qui souhaitent aux actions de recherche et de formation.⁹⁸

⁹⁷ **Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015.**

Guezennec P., Roelandt J.L., L'information psychiatrique, vol.91, 2015, pp.549-556.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-549.htm>

⁹⁸ **Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté.**

Roelandt J.L., L'information psychiatrique, vol.92, 2016, p.711-717.

http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_9209_0711

La recherche en psychiatrie manque de moyens par comparaison aux autres disciplines médicales et la dernière évaluation du plan psychiatrie et santé mentale insiste qu'elle mérite d'être particulièrement soutenue. Ainsi l'HCSP propose de développer la recherche participative, en intégrant les personnes vivant avec un trouble psychique dans les équipes de recherche et dans les instances de régulation des appels d'offres ; de soutenir les étudiants des diverses disciplines intéressés par la santé mentale, y compris les sciences humaines, par des bourses leur permettant d'acquérir un diplôme universitaire en France ou dans un autre pays ; de créer des filières recherche dans les disciplines paramédicales ; de favoriser le domaine de la recherche évaluative et les recherches sur le fonctionnement du système de soins en facilitant l'accès et l'usage des bases de données médico-administratives et en soutenant les efforts de la MiRe-DREES et de l'IRESP dans les appels à projets sur ces thèmes ; de pérenniser un dispositif de recherche en épidémiologie psychiatrique et clinique utilisant des instruments diagnostics standardisés.⁹⁹

- **Agir autrement : favoriser l'empowerment**

Le CCOMS a également pour mission de soutenir la participation des associations d'usagers, familles et aidants dans la réforme des services de santé mentale au niveau européen, en partenariat avec l'OMS Europe. Plusieurs actions sont développées dans le cadre de cette activité, notamment la promotion de **l'empowerment**.¹⁰⁰ L'empowerment désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade via le développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. L'empowerment est étroitement lié à la notion de rétablissement. Ce concept est apparu en France dans les années 1990, sous l'impulsion des personnes vivant avec le VIH-sida. Il s'est vu renforcé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui consacre les usagers comme des acteurs de leur propre santé. Ainsi que par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Au niveau européen, l'empowerment des usagers et des aidants constitue l'une des cinq priorités définies dans le plan d'action d'Helsinki pour la santé mentale en Europe, signé en 2005¹⁰¹ par les ministères de la Santé de 52 pays, sous l'égide de l'OMS. Initié en 2009, le programme de partenariat entre la Commission européenne et l'OMS sur l'empowerment en santé mentale, a permis un consensus autour de la définition suivante : L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements.¹⁰²

⁹⁹ **Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.**

Haut Conseil de la Santé Mentale, 2016, 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

¹⁰⁰ **Empowerment des usagers et des services de santé mentale et des aidants.**

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale, s.d, en ligne

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-intra-communautaire>

¹⁰¹ **Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la conférence ministérielle européenne de l'OMS.**

Organisation Mondiale de la Santé, 2006, 189p.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

¹⁰² **Empowerment et santé mentale.**

Psycom, 2015, en ligne.

<http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale>

Si les orientations antérieures de la psychiatrie s'intéressaient aux moments aigus de la maladie mentale, aujourd'hui, la question de la chronicité se pose. Il s'agit désormais d'accompagner au long cours les personnes vivant avec des troubles mentaux. Il est essentiel que les équipes médicales et soignantes développent leur écoute, afin d'être en mesure de comprendre comment les patients voient leur maladie et leur traitement, et ce qu'ils ressentent. **L'éducation thérapeutique du patient** vise l'empowerment du patient. Il s'agit de favoriser un processus d'apprentissage chez le patient, qui lui permette progressivement d'acquérir plus d'autonomie, en se dégageant des éléments aliénants qui composent la situation dans laquelle le place sa maladie et le ressenti qu'il en a.¹⁰³ Plusieurs initiatives, telles que le **Programme d'Education Thérapeutique ARSIMED de Lille**¹⁰⁴ ou celles proposées par l'**Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient (UTEP) de Bourgogne Franche-Comté**¹⁰⁵ organisent des activités et mettent en place un soutien psychosocial, pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Elles ont but de les aider, ainsi que leurs familles, à comprendre leur maladie et leur traitement, à collaborer ensemble et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.¹⁰⁶ Les retours d'expériences soulignent l'intérêt manifeste des patients et de leurs familles ayant participé aux programmes proposés.¹⁰⁷

La prise en compte de l'expérience du vécu de la maladie et du savoir expérientiel acquis par le patient au cours de sa maladie favorise également l'empowerment des usagers. Même si elle peine à être reconnue, **l'expertise de l'expérience vécue**, le soutien par les pairs, l'aide mutuelle, le partage d'un cheminement parsemé de découvertes permet aussi aux personnes au sein et au-delà de ce qui s'est passé, de trouver un nouveau sens, des nouvelles valeurs, une nouvelle signification du but à poursuivre dans leur vie. Le soutien par les pairs implique des personnes avec une expérience vécue, qui se soutiennent les uns les autres dans leur cheminement vers le bien-être. Ce soutien peut être informel, dispensé bénévolement ou plus formel partagé par un travailleur pair aidant qui reçoit une rémunération. Il peut être dirigé par des pairs ou par des professionnels ou mis en place par un organisme géré par et pour des usagers ou au sein du secteur public. Il peut être le fruit d'une initiative, d'un programme, d'un projet-pilote, d'un service, d'un groupe ou d'une organisation et dispensé dans des contextes variés (tels qu'une unité de soins intensifs, un centre de crise, dans la communauté, un centre de jour ou un service médico-légal). Il peut prendre plusieurs formes telles

¹⁰³ **Empowerment, éducation thérapeutique et santé participative.**

Santé participative, s.d, en ligne.

<https://www.sante-participative.org/empowerment>

¹⁰⁴ **Retour d'expériences : programme d'éducation thérapeutique ARSIMED. 4^e journée du réseau PIC. Lille, 20 et 21 septembre 2012.**

ARSIMED, 2012, 40p.

http://www.reseau-pic.info/meetings/2012_Lille/Interventions/Retour%20d_experiences.pdf

¹⁰⁵ **Une UTEP en psychiatrie ... Retour d'expérience de l'Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.**

Richelet S., Biot M.P., Boursier L., Santé Éducation, n°1, 2016, pp.4-8.

http://utep-besancon.fr/UTEP_fichup/939.pdf

¹⁰⁶ **L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions réponses.**

Haute Autorité de Santé, s.d, 5p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd_.pdf

¹⁰⁷ **Une UTEP en psychiatrie ... Retour d'expérience de l'Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté.**

Richelet S., Biot M.P., Boursier L., Santé Éducation, n°1, 2016, pp.4-8.

http://utep-besancon.fr/UTEP_fichup/939.pdf

que de la formation pour offrir du soutien par les pairs, de la référence à des ressources ou des services de soutien 24 heures par jour.¹⁰⁸

En Suisse, des **associations genevoises du champ psychosocial** soutiennent au quotidien les personnes souffrant de troubles psychiques et leurs proches. Ce réseau apporte des soins psychiques et œuvre dans l'insertion sociale, en valorisant l'identité, les ressources et l'expérience des personnes concernées. Cette intervention associative a sa propre logique, alternative et complémentaire des soins médicaux. L'offre des associations est large : entraide mutuelle, lieux de vie et d'activité, soutien aux proches, conseil, etc. Avec la volonté de travailler ensemble à la qualité de vie et à la promotion de droits des patients, les associations entretiennent un dialogue avec l'institution psychiatrique permettant des réflexions et des actions communes dans une perspective de rétablissement et de réhabilitation des personnes souffrantes.¹⁰⁹

En France, l'entraide entre pairs représente aussi un support important pour rompre l'isolement et apprendre à vivre avec sa maladie. Les **Groupes d'entraide mutuelle (GEM)** sont des lieux de convivialité, de loisirs et de rencontres, par et pour les usagers et ex-usagers en psychiatrie. Créés sous l'impulsion d'associations de familles et d'usagers de la psychiatrie, les GEM permettent aux personnes souffrant de troubles psychiques de rompre leur isolement, de s'entraider et de reprendre une place dans la cité. Il permet aux personnes handicapées psychiques, souvent isolées et fragilisées par la maladie, de se rencontrer et de partager des activités. Elles participent, à leur rythme et selon leurs envies, à la vie de la structure et à son fonctionnement. Les usagers, adhérents du Gem, s'entraident, construisent des projets, reprennent confiance en eux, recréent des liens sociaux et s'ouvrent vers l'extérieur grâce à un réseau de partenaires sociaux, associatifs, artistiques... Dans un Gem, nul soignant, mais des animateurs ou des coordinateurs qui accompagnent les usagers dans une démarche vers l'autonomie.¹¹⁰

Les pairs aidants certifiés au Québec et en Belgique¹¹¹, les médiateurs de santé pairs en France et les pairs praticiens en Suisse sont des usagers ou ex-usagers qui accompagnent d'autres utilisateurs de services au sein des secteurs de la psychiatrie ou du médico-social. En France comme au Québec, ce sont les associations de malades qui furent les pionnières des groupes d'entraide. Le pair aidant certifié est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires. Ce qui distingue clairement les pairs aidants

¹⁰⁸ **La voie tracée par l'expérience vécue : le soutien par les pairs en santé mentale.**

Basset T., Faulkner A., Repper J. et al., Association québécoise pour la réadaptation, 2013, 36p.

<http://agrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/voie-tracee-experience-vecue.pdf>

¹⁰⁹ **Santé mentale et psychiatrie : rôle et enjeux du réseau genevois d'association en santé psychique.**

Leon C., Benitez C., Dupanloup A., et al., Revue médicale Suisse, n°5, 2009, pp.1832-1836.

<https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-217/Sante-mentale-et-psychiatrie-role-et-enjeux-du-reseau-genevois-d-associations-en-sante-psychique>

¹¹⁰ **INSTRUCTION N° DGCS/SD3B/2016/277 du 9 septembre 2016 relative aux modalités de pilotage du dispositif des groupes d'entraide mutuelle (GEM) par les agences régionales de santé au regard du nouveau cahier des charges fixé par arrêté du 18 mars 2016.**

¹¹¹ **Expert du vécu : l'espoir transmis de pair à pair. Intégrer un pair aidant dans une équipe professionnelle.**

Fransolet P., Psytoyens ASBL, 2015, 6p.

<http://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pair-aidant-dans-une-%C3%A9quipe.pdf>

certifiés des autres intervenants, c'est l'obligation pour les titulaires d'un poste de pair aidant d'utiliser et de partager leur savoir expérientiel découlant de leurs propres expériences avec un trouble mental et le rétablissement. **Au Québec**, après plus de 8 ans d'expérimentation, une étude de satisfaction des pairs aidants certifiés et des milieux d'embauche à l'égard du programme, de la formation, de l'intégration des pairs aidants, du soutien offert et des préoccupations des milieux d'embauche devrait être publié d'ici la fin de l'année. Cette évaluation permettra de faire les ajustements nécessaires à la consolidation de cette nouvelle pratique d'embauche.¹¹² **En France, le programme pilote « Médiateurs de santé/pair »**, mis en œuvre entre 2010 et 2014, par le CCOMS, en partenariat avec la FNAPSY et l'Université Paris-8, s'est déployé sur trois régions : Nord/Pas-de-Calais, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte-D'azur (PACA). Après trois années d'expérimentation, ce programme a permis de faire avancer la réflexion sur les frontières entre normal et anormal, soigné et soignant, savoir professionnel et savoir profane, savoir universitaire et savoir expérientiel, sain et bien portant. Il ouvre la voie à un questionnement entre thérapeutique et accompagnement, entre care et cure, et sur les fonctions et statuts de chacun dans le champ de la santé mentale.¹¹³

¹¹² **La pair aideance en santé mentale : l'expérience québécoise et française.**

Cloutier G., Maugiron P., L'information psychiatrique, vol.92, n°9, 2016, pp.755-760.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-755.htm>

¹¹³ **Programme médiateurs de santé / pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014.**

Roelandt J.L. Staedel B., Rafael F., et al., CCOMS, 2015, 60p.

http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf

FOCUS SUR LA PEDOPSYCHIATRIE

En 2005, l'OMS a évalué la prévalence des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent autour de 20 %, avec 4 à 6 % d'entre eux qui nécessitent une intervention clinique. Des études internationales montrent que seuls 16 à 27 % de cette population reçoit une aide spécialisée en santé mentale. Dès lors, l'accroissement de la demande en soins de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent est estimé à 50 % dans les dix prochaines années. Les études épidémiologiques indiquent aussi que les troubles psychiatriques chroniques de l'âge adulte commencent à l'âge de l'adolescence, en lien avec la réorganisation des circuits cérébraux pendant la puberté¹¹⁴. Une étude sur l'âge de début des troubles psychiatriques et de la prévalence de ces troubles montre que 75 % des troubles psychiatriques commencent avant l'âge de 24 ans, dont 50 % avant l'âge de 14 ans.¹¹⁵ Parmi ceux-ci, seuls un jeune sur six a accès aux soins.¹¹⁶ De plus, les soins pour enfants et adolescents nécessitent souvent une approche qui dépasse la seule sphère des soins en santé mentale. Chez les enfants et les adolescents, de nombreux problèmes sont dépistés pour la première fois à l'école et donnent lieu à la mise en place d'une aide qui émane souvent, par exemple du médecin généraliste ou du pédiatre. Lorsqu'on parle de soins en santé mentale pour enfants et adolescents, il est important de tenir des "secteurs connexes" tels que l'action sociale, la justice, les soins aux personnes handicapées, l'enseignement.¹¹⁷

L'analyse de la littérature montre que la **pédopsychiatrie** connaît les mêmes problématiques que la psychiatrie du secteur adulte mais possède quelques **spécificités**. Elle se distingue, en premier lieu, par l'**âge** des enfants et les adolescents. Certaines pathologies trouvent leur origine avant la naissance. Une attention particulière est alors portée à la période de la grossesse. La définition d'une limite supérieure au-delà de laquelle commence la psychiatrie adulte est plus difficile à tracer de manière objective. Dans les faits, il existe des différences entre la pratique en vigueur dans les établissements hospitaliers, où les patients après l'âge de **16 ans** sont pris en charge par les services adultes en raison d'une approche à caractère biologique selon laquelle la puberté est alors terminée, et les services ambulatoires dans lesquels les adolescents sont accueillis, parfois **jusqu'à l'âge de 20-25 ans** dans des services spécialisés. Ces différences dans les pratiques entraînent des difficultés et des lenteurs dans l'orientation des jeunes au sein des différents services, en particulier lorsqu'ils sont pris en charge pour la première fois lors d'un épisode de crise aiguë au cours duquel la rapidité et la pertinence de cette orientation est cruciale pour favoriser l'atténuation des troubles voire la guérison.

¹¹⁴ **Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?**

Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Nature Reviews Neuroscience 2008. vol.9. n°12. pp.947-57.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19002191>

¹¹⁵ **Lifetime prevalence and age-of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication.**

Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Archives of general psychiatry. 2005. vol.62.n°6. pp.593-602.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>

¹¹⁶ **La pédopsychiatrie du futur.**

Delvenne V., L'information psychiatrique. vol.93. 2017. p.103-106.

¹¹⁷ **Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale - Synthèse.**

Mommerency G, Van den Heede K, Verhaeghe N, et al., Health Services Research (HSR), Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 170B. 2011. 136p.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_170B_soins_de_sante_mentale_enfants.pdf

La pédopsychiatrie se définit aussi par le fait qu'elle concerne des **personnes en état de dépendance**. Au plan des pratiques, la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent se caractérise d'ailleurs par une demande de soins qui n'est souvent pas le fait des individus concernés eux-mêmes mais qui est celle de leurs parents. Cela pose de manière particulière la question du consentement aux soins et celle de l'intégration de la famille dans le parcours de soins suivi par les patients.

En ce qui concerne les symptômes, les troubles mentaux dont souffrent les jeunes sont en général plus graves dans leurs manifestations que ceux touchant les adultes. En particulier, ils s'accompagnent d'une plus grande violence et d'un passage plus rapide à l'acte radical (crimes, délits ou suicides). En revanche, ces **troubles mentaux aux manifestations plus spectaculaires** sont dotés d'un **caractère réversible**. Ainsi, il faut souligner que nombre de jeunes ayant connu des épisodes de troubles parfois très graves peuvent parvenir à une complète guérison, grâce à une prise en charge efficace. De manière plus marquée que les adultes, les enfants et les adolescents sont dans une situation d'évolution biologique et psychique qui nécessite une très grande souplesse dans les discours et les modèles de traitement. Une prise en charge par des professionnels variés portant des regards différents sur les difficultés que rencontrent les jeunes est donc encore plus nécessaire.

Cet espoir de guérison conduit à insister sur l'importance d'une prise en charge qui ne coupe pas les jeunes de leur milieu de vie ordinaire, en particulier de la fréquentation de leurs pairs et de la poursuite d'une scolarité normale. Le souci de ne pas couper l'enfant et l'adolescent de son milieu de vie ordinaire doit être évidemment concilié avec un souci de protection. En effet, la santé mentale des enfants et des adolescents est extrêmement **dépendante du milieu familial, scolaire et social** dans lequel ils évoluent. Pour cette raison, il existe un **lien fort entre protection de l'enfance et prévention de la survenue de troubles psychiatriques**¹¹⁸

● Améliorer la détection des troubles

Le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent ont connu depuis quelques années d'indéniables progrès avec, notamment, la publication de la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et l'adoption du premier Plan autisme en 2008. Malgré cela, ces troubles sont trop souvent mal connus et diagnostiqués tardivement.¹¹⁹

La **faible densité de psychiatres et pédopsychiatres libéraux** à certains endroits engendre d'importants délais de prise en charge. Selon l'atlas de la démographie médicale en France, entre 2007 et 2015, le nombre de psychiatres qualifiés en pédopsychiatrie a diminué dans 78 départements.¹²⁰ Entre 2011 et 2015, l'effectif des pédopsychiatres en exercice a baissé de 27 %. Les autres répertoires des professionnels de santé ne permettent pas de distinguer les pédopsychiatres des psychiatres et d'analyser leur évolution démographique. L'exercice libéral de la pédopsychiatrie est difficile à

¹¹⁸ **La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.**

Buisson J.R. Conseil économique social et environnemental. 2010. 82p.

http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_priseen_charge.pdf

¹¹⁹ **La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.**

Buisson J.R. Conseil économique social et environnemental. 2010. 82p.

http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_prise_en_charge.pdf

¹²⁰ **Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016.**

Rault J.F., Le Breton-Lerouvillois G. Conseil national de l'ordre des médecins. 2016. 326p.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

maintenir car le temps nécessaire à l'échange avec les parents est non facturable et pourtant essentiel à l'exercice.¹²¹

Des initiatives peuvent représenter des leviers de recrutement. **Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Santé Mentale et Handicap du Limousin**, mis en place en 2010, par exemple, vise notamment la gestion des métiers rares tel que celui de pédopsychiatre. Grâce à la mutualisation de la gestion des ressources humaines, il facilite l'affectation de postes dans les établissements isolés grâce à des mesures telles que la mise à disposition de personnels.

Mais peu d'actions visant à **compléter l'offre de soins** de ville ont été mises en place. L'expérimentation de l'intégration des psychologues libéraux dans le parcours de soins reste embryonnaire et concerne pour l'instant uniquement les patients atteints d'un cancer. La délégation de tâches vers les psychologues est évoquée pour réduire le délai de prise en charge mais est freinée principalement par le non-remboursement des actes et par une partie des professionnels médicaux non favorables à cette délégation de tâches.

Toutefois, le **repérage des jeunes par les psychologues a été mis en place dans les missions locales** afin de permettre une orientation plus rapide vers une prise en charge adaptée et apparaît comme fonctionnel. **La mission locale du Sud-Ouest 77** par exemple emploie une psychologue clinicienne à plein temps qui reçoit en entretien individuel les jeunes qui témoignent eux-mêmes de souffrances psychiques ou qui sont repérés par l'équipe de conseillers en insertion. Que ce soit par le biais d'actions collectives ou par la présence de professionnels de santé, la finalité recherchée est toujours l'orientation vers le système de droit commun. Le psychologue intervient ici en amont de situations conflictuelles, car il est encore possible d'intervenir pour renouer un dialogue et éviter ainsi une rupture entre le jeune et son milieu de vie (parents, éducateurs, foyers, etc.). Le psychologue intervient également au moment de l'éclosion de certaines pathologies psychiatriques, à la post-adolescence, moment propice au déclenchement de certaines psychoses. L'intérêt est de permettre au jeune d'être pris en charge de façon adéquate pour éviter une dégradation massive de son état. Mais les psychologues présents en mission locale ont reçu l'injonction paradoxale de ne pas faire de soin mais de « prendre en charge » au travers d'une « écoute psychologique » et d'orienter. Au regard de ce paradoxe, le bon fonctionnement du réseau de soin apparaît essentiel pour rendre opérante la prévention en matière de santé psychique et plus largement en santé.¹²²

Des dispositifs de téléconsultation et télé-expertise en pédopsychiatrie sont également organisés en région PACA¹²³, en Bourgogne et en Haute Normandie afin de pallier au déficit d'offres et à l'absence de pédopsychiatres sur certaines zones. Comme pour le secteur adulte, ces dispositifs visent à assurer la continuité des soins et à offrir des solutions de gestion de crise.¹²⁴

¹²¹ **Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.**

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

¹²² **Une psychologue en mission locale : "les écouter, les aider à être acteurs de leur santé".**

Deït-Susagna C. La Santé de l'homme. n°399. 2009. pp.19-20.

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/399/02.htm>

¹²³ **Programme régional de télé-médecine.**

ARS PACA.2012. 23p.

https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2012-01-30_ARS_DG_prs_programme_telemedecine_ar.pdf

¹²⁴ **Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.**

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

L'enquête de l'ARS Rhône-Alpes sur les délais d'attente pour un premier rendez-vous en CMP confirme que les délais trop importants sont un obstacle au diagnostic précoce et à une prise en charge adaptée. Selon cette enquête, le délai moyen pour obtenir un premier rendez-vous hors urgence dépasse 67 jours. Ce travail met en évidence une marge d'amélioration des liens entre les CMP et l'hospitalisation complète ou d'autres structures. À l'opposé, les unités de psychiatrie implantées dans des services d'urgence des hôpitaux généraux indiquent que toute une population relevant d'un accueil rapide en CMP est, faute de réponse, détournée vers les urgences. De la même façon, la méconnaissance par les médecins généralistes de l'implantation des CMP et de leurs conditions d'accueil détourne là aussi vers les urgences des patients qui auraient dû être orientés directement en CMP.¹²⁵

De nombreuses solutions à la réduction des délais de premier rendez-vous en CMP ont été expérimentées dans certaines régions.¹²⁶

En Seine et Marne, par exemple, 9 bonnes pratiques ont été mises en place pour réduire les délais d'obtention d'un premier rendez-vous en CMP Infanto-juvénile. Ils ont commencé par améliorer la gestion des rendez-vous et l'information des familles en mettant en place un tableau de bord des suivis des nouvelles demandes, en définissant un délai maximal du premier rendez-vous et priorisant ou en réorientant les demandes. Ils ont ensuite repensé la séquence d'accueil de la prise en charge en définissant des créneaux hebdomadaires dédiés au primo-consultants, en diversifiant les modalités d'accueil des premiers entretiens, en définissant en équipe le nombre d'entretiens optimal de la période d'évaluation. Pour finir, ils ont optimisé les ressources disponibles et réorganisé l'offre en améliorant l'adéquation moyens/population par inter-secteur, en anticipant les fluctuations saisonnières, en clarifiant le champ d'intervention du CMP-IJ.¹²⁷ L'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale souligne qu'après 6 mois, il n'y a pas d'effet noté sur la réduction du délai d'attente mais une diminution de la file active. Pour l'ARS, ce projet montre que la problématique des délais d'attente est principalement une question d'organisation avant d'être une question de moyens.¹²⁸ D'autres régions ont testé **d'autres solutions** comme l'accueil et le premier entretien réalisé par un infirmier ou un psychologue ; des plages horaires d'accueil non programmé ; des entretiens téléphoniques préalable structurés par un infirmier puis présentés au psychiatre ou à l'équipe qui propose un rendez-vous proche en fonction de l'évaluation de la situation ; des lettres d'adressage d'un médecin généraliste avant le premier rendez-vous peuvent être demandées.¹²⁹

¹²⁵ Expérimentations relatives à la prise en charge par télémedecine. Article 36 de la loi N° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Rapport préalable.

Haute Autorité de Santé. 2016. 62p.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/rapport_experimentations_telemedecine.pdf

¹²⁶ Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes.

Ynesta S., Danguin A.S. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. 2015. 154p.

http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf

¹²⁷ Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes.

Ynesta S., Danguin A.S. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. 2015. 154p.

http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf

¹²⁸ Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

¹²⁹ Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

Du côté de la **périnatalité**, des interventions se mettent également en place. **L'Unité Parents Bébé de prévention et de traitement des troubles de la relation et des interactions précoces du CH Montfavet à Avignon**, par exemple, propose des consultations père/mère/bébé, des soins psychocorporels, des hospitalisations conjointes de jour pour des femmes enceintes, des bébés jusqu'à 12 mois et leurs parents. Dispositif de conseils en psychiatrie périnatale, elle participe au travail en réseau personnalisé en périnatalité.¹³⁰

L'unité de psychiatrie périnatale de l'agglomération lilloise propose également différents types de soins. Elle accueille et soutient les parents dans leur rencontre avec leur bébé, accompagne l'éveil et le développement du bébé, en consultation au CMP, à la maternité ou dans le service de néonatalogie, à domicile ou sur le lieu de garde de l'enfant.¹³¹

La région Franche-Comté, elle, a construit une réponse pour la **détection précoce des troubles psychiques chez les enfants** en mettant en place un dispositif de périnatalité avec des pédopsychiatres et des psychologues qui rencontrent tous les mois des personnels de maternité pour discuter de la prise en charge d'enfants à risque de troubles psychiques.¹³²

La société Marcé francophone répertorie les unités mères-enfants en France mais aussi en Belgique, au Luxembourg, au Pays-Bas. Cette association a pour but l'amélioration de la compréhension, de la prévention et du traitement des troubles psychiques et relationnels liés à la puerpéralité et à son retentissement dans le champ de la petite enfance. Elle constitue un lieu d'échanges et de réflexions et contribue à la transmission des connaissances entre la recherche et la clinique, et entre les différentes disciplines ; favorise les échanges entre les différents partenaires participant aux systèmes de soins périnataux ; facilite l'élaboration de nouveaux projets de recherche multidisciplinaires.¹³³

Le dispositif **Maison verte** participe également à sa manière à la prévention et à la détection des troubles. Mise en place en 1979 par Françoise Dolto, cette structure n'est ni une crèche, ni une halte-garderie, ni un centre de soins, mais une maison où mères et pères, grands-parents, nourrices, sont accueillis avec les enfants. Concrètement, il s'agit d'un lieu d'accueil libre et anonyme où l'enfant peut évoluer librement en respectant certaines règles, qui varient parfois légèrement d'une maison verte à l'autre. Aucune inscription ou adhésion préalable n'est nécessaire. Seuls sont inscrits le prénom et l'âge de l'enfant, et parfois son lien avec la personne qui l'accompagne. La participation financière est libre. Animé par 3 accueillants, généralement psychologues, dont 1 au moins est psychanalyste, c'est un lieu privilégié pour l'observation, la parole et l'écoute. Les enfants s'expriment par leurs

¹³⁰ **Unité parents-bébés Les Amandiers III.**

Centre Hospitalier Montfavet. s.d. en ligne

<http://www.ch-montfavet.fr/france/DT1257263380/annuaire/L-unite-parents-bebe.html/typeid-9>

¹³¹ **Unité de psychiatrie périnatale - Secteur 59i06.**

s.d. 2p.

http://www.epsm-al.fr/sites/www.epsm-al.fr/files/plaquette-perinatalite-59i06-v2_0.pdf

¹³² **Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.**

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

¹³³ **La Société Marcé Francophone - L'association francophone pour l'étude des pathologies psychiatriques puerpérales et périnatales.**

s.d. en ligne

<http://www.marce-francophone.fr/presentation.html>

comportements, leurs attitudes, et pour les plus grands par la parole. Les Maisons Vertes sont des lieux où les actes de l'enfant ont un sens.^{134 135}

Le rapport pédopsychiatrie, prévention et prise en charge insiste sur l'importance de mettre en place un **dépistage dès l'entrée à la maternelle**. Pour intervenir en amont, et établir rapidement un premier diagnostic, les différents acteurs (enseignants, médecins généralistes, médecins et infirmiers scolaires, etc.) doivent être mieux formés à la détection des troubles. Faire la part des choses, entre un enfant turbulent et dynamique et un trouble réel est malaisé dans un contexte où la recherche de performance scolaire débute parfois dès la grande section de maternelle. Or, les enseignants manquent d'outils et d'interlocuteurs. Le rapport propose une sensibilisation commune aux enseignants de maternelle et aux directeurs pour permettre de créer une dynamique au sein du groupe scolaire. Sortir de l'isolement, chercher ensemble les mots justes pour évoquer un constat qui pourrait être lourd de conséquence, tels sont les apports de ce type de dispositif. Les associations de parents doivent être associées à ces journées de sensibilisation afin de faire part de leur expérience et de répondre concrètement aux questions des enseignants. Le rapport préconise aussi que chaque académie soit dotée d'un réseau de psychologues référents et d'associations spécialisées auxquels les enseignants pourraient s'adresser en cas de difficulté : doute sur un repérage, incompréhension des parents, etc.¹³⁶

Dans le Limousin par exemple, un partenariat est mis en place avec l'Éducation nationale. Les enseignants repérant des enfants avec des troubles du comportement ou de l'apprentissage peuvent se voir proposer une orientation vers le dispositif « Unité de Soins Intensifs du soir ». Parallèlement, sur le temps périscolaire, des animateurs et des psychologues, formés par Santé Publique France, proposent aux enfants des activités développant leurs compétences psychosociales.¹³⁷

Comme pour le secteur adulte, l'ensemble de la littérature s'accorde à dire que pour un meilleur dépistage, il convient également de développer la **formation des médecins de première ligne**, les généralistes, les pédiatres, les médecins scolaires et de PMI. Fréquemment en contact avec les enfants, ils doivent être capables de reconnaître les signes d'appel d'un trouble, pour orienter l'enfant vers un spécialiste ou un centre de diagnostic.¹³⁸

¹³⁴ Paca mômes. Le portail des parents de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. s.d. en ligne

<http://www.pacamomes.com/magazine/actu/les-maisons-vertes/>

¹³⁵ La Maison Verte : un dispositif à la portée de l'enfant.

Aubourg F. Figures de la psychanalyse. n°18. 2009. pp.227-240.

<https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psy-2009-2-page-227.htm>

¹³⁶ La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.

Buisson J.R. Conseil économique social et environnemental. 2010. 82p.

http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_prise_en_charge.pdf

¹³⁷ Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015.

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

¹³⁸ Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent.

Bailly D., Bouvard M., Casadebaig F., et al., Inserm. 2002. 887p.

<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/46>

● Décloisonner, coordonner et faciliter les passerelles

Selon l’OMS, les enfants et adolescents atteints de troubles mentaux doivent faire l’objet d’interventions scientifiques fiables et précoces, non pharmacologiques, qu’il s’agisse d’interventions psychosociales ou autres, et qui doivent être réalisées à partir du milieu communautaire, en évitant l’institutionnalisation et la médicalisation. Ces interventions doivent respecter les droits qui protègent les enfants conformément à la Convention des Nations Unies sur les droits des enfants et d’autres outils internationaux et régionaux relatifs aux Droits de l’Homme.¹³⁹

Le suivi des enfants et des adolescents en psychiatrie est essentiellement le fait des Centres médico-psychologiques (CMP). 97 % des patients sont suivis en ambulatoire et ce pourcentage varie peu selon les régions. L’hospitalisation est réservée aux cas les plus difficiles, les plus lourds ou aux situations de crise aiguë.¹⁴⁰ Plus de 100 000 enfants et adolescents sont accueillis au sein d’un réseau d’établissements médico-éducatifs. L’importance du réseau des établissements qui offrent une prise en charge à la fois médicale et éducative constitue un trait caractéristique du dispositif français. Les principales structures médico-sociales concernées par les questions de santé mentale sont les **Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques** (ITEP) qui accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des difficultés psychologiques perturbant leur développement, les apprentissages et leur socialisation.

Les Instituts médico-éducatifs (IME) accueillent des enfants et adolescents avec une déficience intellectuelle et des troubles associés. **Les Services d’éducation et de soins spécialisés à domicile** (SESSAD) apportent un appui éducatif en milieu scolaire. Sur près de 40 000 places offertes par les SESSAD, 10 à 12 % accueillent des enfants qui présentent des troubles psychiques et du comportement. **Les CMPP** sont des services médico-sociaux, ils assurent le dépistage des troubles, le soutien éducatif, la rééducation ou la prise en charge de l’enfant tout en le maintenant dans son milieu habituel. Ils accueillent des enfants et des adolescents présentant des difficultés d’apprentissage, des troubles psychiques, psychomoteurs, ou de comportement. Ces structures, placées sous l’autorité d’un pédiatre ou d’un pédopsychiatre, sont composées de médecins, d’orthophonistes, de psychomotriciens, de psychologues, d’assistants sociaux ou de rééducateurs. 40 % des enfants suivis par les CMPP présentent des troubles névrotiques. Les CMPP sont les portes d’entrée dans les services de pédopsychiatrie. **Les Centres d’action médico-sociale précoce** (CAMSP) sont des structures ambulatoires dédiées à la petite enfance accueillant environ 45 000 enfants. Ils ont une mission de dépistage, de diagnostic et de rééducation précoce des enfants. Ils accueillent 17 % d’enfants ayant des déficiences intellectuelles, 20 % des enfants ayant des déficiences psychiques, 27 % d’enfants présentant des troubles d’apprentissage et de la communication. Les CAMSP ont besoin de travailler très étroitement avec le milieu hospitalier et les inter-secteurs de pédopsychiatrie. Le maillage territorial de ces centres est insuffisant notamment dans les zones rurales. **Les Centres de ressources pour l’autisme** (CRA) sont des structures régionales qui se développent depuis 2005. Leur mission est d’aider à l’amélioration du diagnostic de l’autisme et des troubles envahissants du développement. Ils aident les familles et les professionnels à accéder à l’information sur les pratiques de prise en charge des enfants présentant ces troubles. Ces centres s’appuient sur des équipes hospitalières spécialisées

¹³⁹ **La santé mentale des enfants et des adolescents en dix chiffres.**

Soma&Psy network. s.d. en ligne

<http://somapsy.org/fr/sante-mentale-des-enfants-dix-chiffres/>

¹⁴⁰ **La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.**

Buisson J.R. Conseil économique social et environnemental. 2010. 82p.

http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_prise_en_charge.pdf

en pédopsychiatrie. **Les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)** accueillent des enfants souffrant de troubles de la socialisation. Ces centres sont des structures intermédiaires entre les CMPP et l'hospitalisation de jour. Ils proposent des activités de groupe aux enfants pris en charge.

D'autres structures de prise en charge se développent à l'initiative d'équipes médicales locales comme celles de **l'établissement public de santé mentale de Ville Evrard** (Seine-Saint-Denis) qui semble être un bon exemple de prise en charge multiple et coordonnée au sein d'une même unité. L'établissement a en effet mis en place une **Unité clinique pour adolescents (UCA)** et, depuis 2009, un Institut soins-étude pour adolescents. L'UCA de Ville Evrard se substitue à une hospitalisation à temps plein.

Mais le principal problème identifié tant par les professionnels que par les familles est le **point de rupture entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte**. L'une des causes de ruptures identifiée dans les parcours relève du passage du secteur enfant au secteur adulte. La littérature constate des arrêts de suivis médicaux, des manques de transmission d'information. L'organisation des secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie et les âges frontières représentent une réelle difficulté.¹⁴¹ L'adolescence est une phase de la vie bien identifiable dont la fin n'est pas toujours facilement démarquée. Cette situation pose problème pour les praticiens lorsque les patients adolescents ont besoin de soins dans des établissements aux limites d'âge restrictives. Dans les établissements hospitaliers, après l'âge de 16 ans, les patients sont pris en charge par les services adultes en raison d'une approche à caractère biologique selon laquelle la puberté est alors terminée, alors que dans les services ambulatoires, les adolescents sont accueillis parfois **jusqu'à l'âge de 20-25 ans**. Ces différences dans les pratiques entraînent des difficultés et des lenteurs dans l'orientation des jeunes au sein des différents services, en particulier lorsqu'ils sont pris en charge pour la première fois lors d'un épisode de crise aiguë au cours duquel la rapidité et la pertinence de cette orientation est cruciale pour favoriser l'atténuation des troubles voire la guérison. C'est pourquoi, le rapport Laforcade, dans ses préconisations, conseille de repousser la limite de l'âge de prise en charge en psychiatrie adulte à 18 ans et plus au besoin, et mettre en place une phase de transition cohérente entre pédopsychiatrie et psychiatrie générale.¹⁴² La notion de parcours implique de partir des besoins d'une personne pour lui proposer une réponse adaptée et une orientation adéquate. D'un point de vue organisationnel, cette notion de parcours suppose de décroiser et de coordonner. La littérature insiste pour renforcer la coordination autour de situations difficiles, notamment pour permettre une anticipation des situations critiques et faciliter les passerelles, notamment entre le secteur enfant/adulte mais aussi entre le secteur de la psychiatrie et le médico-social.¹⁴³ C'est ce que vise d'ailleurs le rapport

¹⁴¹ Etude régionale "Jeunes et adolescent nécessitant des prises en charges multiples et coordonnées". Synthèse. CREAI Bretagne. 2016. 33p.

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/rapports/etude-ars-jeunes-et-adolescents-en-difficult_synthsefinale.pdf

¹⁴² Rapport relatif à la santé mentale.

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

¹⁴³ Situations complexes / difficiles dans le champ des personnes âgées et du handicap et coopération avec le secteur de la psychiatrie.

CREAI Centre-Val de Loire. 2016.90p.

<http://ancreai.org/content/situations-complexesdifficiles-dans-le-champ-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-et-du-handicap-et-coop%C3%A9rati>

“Zéro sans solution” : le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leurs proches.¹⁴⁴

Face aux enfants et aux adolescents souffrant de troubles psychiatriques se trouve un nombre important et varié de professionnels qui sont souvent eux-mêmes intégrés dans des structures aux statuts et aux missions multiples. La multiplicité de ces intervenants et de ces structures crée des effets de cloisonnements préjudiciables à une prise en charge globale des malades. Un **manque de coordination** voire d'absence de transmission des informations entre les différents professionnels est régulièrement déploré. L'insuffisant travail en réseau des professionnels est parfois dû à un manque de moyens et d'effectifs qui rend quasi impossible d'effectuer les tâches de coordination, celles-ci n'étant en outre pas correctement prises en charge d'un point de vue financier. Mais il est également parfois dû à une culture de l'exclusivité du côté des psychiatres, culture héritée du modèle asilaire qui offrait en son sein une prise en charge totale du malade, dans l'ensemble des aspects de son existence. La remise en cause de ce modèle, depuis de nombreuses années maintenant, et les progrès accomplis dans les traitements en milieux ouverts et en ambulatoire rendent nécessaire la coopération avec l'ensemble des professionnels qui interviennent aux côtés des psychiatres. Les aspects liés à la scolarité, à l'insertion professionnelle, au logement voire aux loisirs des personnes atteintes de troubles mentaux ont toute leur place dans le cadre d'un suivi sanitaire de longue durée et visant à l'intégration citoyenne des patients.¹⁴⁵

L'évaluation du dernier plan psychiatrique émet quelques recommandations et actions à mettre en place ou à renforcer. Elle propose notamment de favoriser le **décloisonnement et la collaboration entre les structures spécialisées en pédopsychiatrie** et les autres acteurs impliqués dans la prévention et la prise en charge précoce des troubles psychiques chez les enfants au travers notamment de groupes de travail spécifiques dans le cadre de la Conférence Régionale sur la Santé et l'Autonomie, des Conseils locaux de santé, de conventions de partenariat ou de réseaux de formation et d'échanges pluridisciplinaires et d'inscrire la promotion de la santé mentale dans les milieux scolaires et universitaires, dans l'entreprise, et dans les politiques de la ville.

Au niveau régional, **des dispositifs de coordination**, tels que les comités départementaux pour les adolescents, les cellules départementales pluri institutionnelle pour les situations d'adolescents difficiles, les groupements opérationnels de concertation, les CLSM, les contrats locaux de santé, etc., existent. Mais il est difficile d'estimer précisément la couverture de ces dispositifs.

Le comité départemental adolescents des Bouches-du-Rhône, par exemple, propose un niveau de coordination institutionnelle de la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiatriques au niveau du département. Depuis 2010, le comité réunit tous les acteurs de l'adolescence : direction PJJ, direction CH, Conseil Départemental, pédopsychiatres CHU, Education nationale... Ce comité est coanimé par l'ARS et le Conseil départemental. Il propose aussi un niveau de coordination à l'échelle infra-départementale pour la gestion des cas individuels avec les acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social). L'évaluation de ce dispositif souligne qu'il

¹⁴⁴ “Zéro sans solution” : le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leur proche.

Piveteau D., Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. 2014. 96p.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution_.pdf

¹⁴⁵ **La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge.**

Buisson J.R. Conseil économique social et environnemental. 2010. 82p.

http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_prise_en_charge.pdf

manque un dernier niveau de coordination individuel permettant de trouver des solutions pour gérer l'urgence et la crise.

Un autre exemple, celui du **réseau Trampoline en Corrèze**, permet de renforcer la visibilité de l'offre sanitaire et médico-sociale sur le territoire et de garantir le suivi et l'orientation des enfants. Il permet l'orientation des professionnels autour des enfants, adolescents et jeunes adultes en grande difficulté.¹⁴⁶

Les Maisons des adolescents (MDA) sont également repérées comme ayant un rôle important dans la coordination des parcours et des partenaires.¹⁴⁷ Ces structures pluridisciplinaires constituent des lieux ressources sur l'adolescence et ses problématiques à destination des adolescents, des familles et des professionnels. Destinées aux jeunes de 11 à 21 ans, elles peuvent proposer des projets allant jusqu'à 25 ans. Les MDA apportent des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, en articulation et en complémentarité avec les dispositifs existants sur le territoire. Elles proposent un accueil généraliste et continu et ouvert à tous les jeunes par des professionnels du sanitaire, du médico-social, du social, de l'éducatif ou du judiciaire intervenant dans le champ de l'adolescence. Elles offrent une prise en charge multidisciplinaire généralement de courte durée. Elles fournissent aux adolescents un soutien, un accompagnement et les informations nécessaires au développement de leur parcours de vie. Elles développent la prévention et font la promotion des modes de vies impactant favorablement la santé et le bien-être. Elles contribuent aussi au repérage des situations à risque et à la prévention de la dégradation des situations individuelles. Elles visent à garantir la continuité et la cohérence des prises en charge et des accompagnements en contribuant à la coordination des parcours de santé, favorisent l'élaboration d'une culture commune sur l'adolescence, le décloisonnement des différents secteurs d'intervention et les pratiques coordonnées sur un territoire. Les MDA remplissent aussi un rôle d'accueil et de soutien aux parents. Elles travaillent en lien avec les acteurs du soutien à la parentalité, notamment les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement à la parentalité (REEAP).¹⁴⁸

Comme pour le secteur adulte, **les conseils locaux de santé mentale (CLSM)** pour enfants et adolescents sont identifiés comme des leviers permettant de garantir les parcours. Certains CLMS intègrent une commission enfance et petite enfance comprenant les professionnels de la santé scolaire, de l'aide sociale à l'enfance (ASE), de la protection maternelle et infantile (PMI), de la pédiatrie et des maternités. Parmi les initiatives repérées, ces groupes de travail spécifiques recensent les lieux d'accueil ; créent des SESSAD, proposent des formations partagées, rencontrent des équipes enseignantes des écoles élémentaires. Concernant les adolescents, ils peuvent mettre en place des Point écoute jeunes ; proposer des projets de création de cellule « jeune 16-25 ans » avec un volet santé mentale ; proposer aux médecins de participer à la plateforme d'aide aux décrocheurs ; former des élèves sentinelles et d'adultes relais sur le harcèlement ; réfléchir sur la prise en charge des 16/20 ans.¹⁴⁹

¹⁴⁶ Réseau Trampoline.

Santé Limousin. s.d. en ligne

<http://www.sante-limousin.fr/professionnels/reseaux-de-sante/trampoline/presentation>

¹⁴⁷ Rapport relatif à la santé mentale.

Laforcade M., Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

¹⁴⁸ Cahier des charges des Maisons des adolescents.

Legifrance. 2016. 11 p.

http://www.anmda.fr/uploads/tx_news/ANNEXE - Circulaire n 5899-SG du 28 novembre 2016 01.pdf

¹⁴⁹ Les conseils locaux de santé mentale : État des lieux.

AVERTISSEMENT

Ce dossier bibliographique sur l'organisation des soins de santé mentale a été élaboré à partir d'une recherche de différentes publications qui dressaient un bilan sur l'organisation des soins de santé mentale en France ou dans d'autres pays et qui dégageaient différentes pistes et initiatives mises en place afin de mieux organiser ces soins.

Ce travail n'a pas pu s'appuyer seulement sur les synthèses de la littérature réalisées à partir des données de recherche et notamment d'études évaluatives publiées. Afin d'avoir accès à ces synthèses, nous renvoyons le lecteur aux trois rapports basés sur une étude de la littérature scientifique et sur un aperçu international de l'organisation des soins aux personnes atteintes d'une maladie mentale qui peuvent être consultés. Ils présentent l'état de connaissance actuel sur l'organisation des soins pour la maladie mentale grave et persistante (MMGP)^{150,151} et sur l'organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents¹⁵².

Le dossier a inclus différents « retours d'expérience » permettant de valoriser certaines pratiques sans prétendre bien sûr à un repérage exhaustif et sans avoir pu à ce stade et dans le délai imparti mettre en place une méthodologie permettant de porter un regard critique sur ces retours d'expérience.

Les interventions qui ont été repérées relèvent de la prise en charge curative y compris les actions de repérage des troubles mentaux et celles d'intervention précoce mais elles ne couvrent pas le champ de la prévention-promotion de la santé mentale.

Les études réalisées^{153,154} ou en cours¹⁵⁵ par le CREA-ORS Languedoc-Roussillon et l'ORS Midi-Pyrénées dans ce champ de l'organisation des soins de santé mentale ou du handicap psychique peuvent aussi être consultés. Elles permettent de repérer des dynamiques ou actions « innovantes » mises en avant dans la région Occitanie par les professionnels interrogés au cours de ces investigations.

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. 2015. 16p. <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>

¹⁵⁰ Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ? KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé en Belgique. 2010.

https://kce.fgov.be/fr/publication/report/organisation-des-soins-de-sant%C3%A9-mentale-pour-les-personnes-atteintes-d%E2%80%99une-maladi#_WQHt1MbP6Uk

¹⁵¹ 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. MC Hardy-Baylé, Centre de Preuves en Psychiatrie et en Santé Mentale, sept 2015

¹⁵² Organisation des soins de santé mentale pour enfants et adolescents : étude de la littérature et description internationale. KCE : Centre fédéral d'expertise des soins de santé en Belgique, 2011

¹⁵³ Repérage et prise en charge précoce des troubles psychiques des enfants et adolescents dans les CAMSP, CMP et CMPP en Midi-Pyrénées. LEDESERT B, MARI C. ORS Midi-Pyrénées, CREA-ORS Languedoc-Roussillon, 2016/02, 30 p. https://orsmip.org/httpwww-orsmip-orgtlcrapportcamsp_cmp_cmpp_synthesereg-pdf/

¹⁵⁴ Profil et prise en charge des enfants et adolescents accueillis dans les ITEP et SESSAD d'ITEP en Midi-Pyrénées. FAHET G, CAYLA F, BALLESTER H. ORS Midi-Pyrénées, 2013/06, 94 p. <https://orsmip.org/profil-et-prise-en-charge-des-enfants-et-adolescents-accueillis-dans-les-itep-et-sessad-ditep-en-midi-pyrenees/>

¹⁵⁵ Réponse Accompagnée en Région Occitanie. Synthèse régionale. BARRAQUIER A, CAYLA F. Rapport en cours de validation

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASPECT RÉGLEMENTAIRE

Lois

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2017. Article 68. Expérimentation du remboursement des consultations chez un psychologue en libéral pour les jeunes de 6 à 21 ans

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/12/23/ECFX1623944L/jo#JORFARTI000033680760>

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPubliee.do?idDocument=JORFDOLE000029589477&type=general&legislature=14>

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629&dateTexte=&categorieLien=id>

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>

Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705&fastPos=1&fastReqId=515304749&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000349384&fastPos=2&fastReqId=2078865549&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000878232&fastPos=4&fastReqId=160194408&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000317513&fastPos=7&fastReqId=319298498&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Loi du 30 juin 1838 SUR LES ALIENES

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000882534&fastPos=8&fastReqId=1315496253&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Décrets

Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033312923&fastPos=1&fastReqId=488746271&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Décret n° 2015-1721 du 21 décembre 2015 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé privés autorisés à exercer l'activité de soins de psychiatrie

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031672854&fastPos=2&fastReqId=1444850301&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Décret n° 2011-405 du 14 avril 2011 relatif aux maisons de santé pour personnes atteintes de troubles mentaux

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023865850&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2010-125 du 8 février 2010 portant modification de l'annexe figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale relative aux critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée « affections psychiatriques de longue durée »

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021801916&fastPos=7&fastReqId=1418174325&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Décret n° 2006-904 du 19 juillet 2006 relatif à la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et modifiant le code de la santé publique

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000639738&fastPos=10&fastReqId=1949570057&categorieLien=cid&oldAction=rechTexte>

Circulaires et Instructions

Instruction N° DGCS/SD3B/2016/277 du 9 septembre 2016 relative aux modalités de pilotage du dispositif des groupes d'entraide mutuelle (GEM) par les agences régionales de santé au regard du nouveau cahier des charges fixé par arrêté du 18 mars 2016

http://www.advocacy.fr/upload/20164/GEM_cahier_des_charges_decret.pdf

Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi no 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2014/14-10/ste_20140010_0000_0068.pdf

Instruction DGS/MC4/DGOS/R4/DGCS/SGM n° 2012-110 du 20 mars 2012 relative au plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0099.pdf

Circulaire DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS/MC4/CNSA/2009/97 du 08 avril 2009 relative aux modalités concertées de mise en oeuvre de l'allocation de ressources 2009 dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale

http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2009/09-05/ste_20090005_0100_0089.pdf

Circulaire DHOS/O2/DGAS/3SD/DGS/MC4/CNSA no 2008-163 du 19 mai 2008 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2008 relative au plan psychiatrie et santé mentale

<http://www.fhf.fr/Finances-BDHF/divers-dossiers-ayant-des-incidences-financieres-et-budgetaires/circulaire-plan-psychiatrie-et-sante-mentale>

Circulaire DHOS/F2/F3 no 2008-80 du 3 mars 2008 relative au financement en 2008 par le FMESPP et/ou recettes assurance maladie DAF du volet investissement du plan santé mentale (PRISM)

http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2008/08-03/SEL_20080003_0100_0103.pdf

Circulaire DGS/SD 6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA n° 2007-84 du 1^{er} mars 2007 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2007 relative au plan psychiatrie et santé mentale

<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040052.htm>

Circulaire DGS-SD 6C-DHOS-O2-DGAS-CNSA n° 2006-149 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

<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040021.htm>

Circulaire DHOS-O2-DGS-6C-DGAS-1A-1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en oeuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-01/a0010069.htm>

Circulaire DHOS O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-47/a0473079.htm>

Circulaire DGS DHOS n° 2003-366 du 10 juillet 2003 relative à la mise en oeuvre des enseignements concernant la santé mentale prévus par l'arrêté du 30 mars 1992 modifié relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier
<http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-35/a0352594.htm>

Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale
http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_14mars1990.pdf

Circulaire n°86-612 du 23 juillet 1986 relative à la mise en place du conseil départemental de santé mentale institué par l'article 8 de la loi n°85-772 du 25 juillet 1985 et défini par les articles 3 à 7 du décret n°86-602 du 14 mars 1986
http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire612_23juillet1986.pdf

DONNÉES DE CADRAGE

Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ?
Pourrat A. L'information psychiatrique. vol.92. 2016. pp.183-186.
https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-3-page-183.htm#anchor_plan

Rapport relatif à la santé mentale
Laforcade M. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2016. 190p.
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015
Haut conseil de la santé publique. 2016. 228p.
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015.pdf

Organisation des soins en psychiatrie
Bénamouzig D., Ulrich V. Revue française des affaires sociales. N°2. 2016. 288p.
http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ouvrage/s/3303337402552-organisation-des-soins-en-psychiatrie#book_sommaire

Les établissements de santé. Les patients suivis en psychiatrie
Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. 2016. 4p.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>

Loi de modernisation de notre système de santé. Volet santé mentale
Dujardin V. Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. 2016. 47p.
<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/EPSMLM-CCOMS-Loimodernisationsystemedesante-Voletsantementale-12.02.2016.pdf>

Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Québec.
Delorme A., Lepage J., et al. Gouvernement du Québec. 2015. 92p.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>

Santé mentale et soins de santé primaire : une perspective globale
Funk M., Benradia I., Roelandt J.L., et al. L'information psychiatrique. vol.90. n°5. 2014. pp.331-339.
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=INPSY_9005_0331

Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. Actes du séminaire recherche
Mas R. / dir. Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Série Etudes - documents de travail. n°129. 2014. 147p.
<http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>

Rapport d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

Robiliard D. Assemblée nationale. Commission des affaires sociales. 2013. 133p.

<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020

Organisation mondiale de la santé. 2013. 52p.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1

Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015

Ministère du travail de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. 2012. 42p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf

L'organisation des soins psychiatriques ; les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2010. Synthèse du Rapport public thématique

Cour des comptes. 2011. 202p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf

De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution

Roelandt J.L. L'information psychiatrique. vol.86. 2010. pp.777-783.

https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2010-9-page-777.htm#anchor_abstract

Mission et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie

Couty E. Ministère de la santé de la jeunesse des sports et de la vie associative. 2009. 86p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000037.pdf>

Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France

Milon A. Assemblée Nationale. Sénat. 2009. 357p.

<https://www.senat.fr/rap/r08-328/r08-3281.pdf>

Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la conférence ministérielle européenne

Organisation Mondiale de la Santé. 2006. 189p.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf

De la psychiatrie vers la santé mentale

Piel E., Roelandt J.L. Ministère de l'emploi et de la solidarité. 2001. 86p.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000522/index.shtml>

RETOUR D'EXPÉRIENCES

HAD et équipes mobiles : nouveaux paradigmes dans le soin à domicile en psychiatrie générale. EPSM Lille-Métropole, Armentières, 10 septembre 2015

F2RSM.Psy Hauts-de-France. en ligne.

<https://www.f2rsmpsy.fr/068-had-equipes-mobiles-nouveaux-paradigmes-soin-domicile-psychiatrie-generale.html>

HAD : aspects réglementaires et état des lieux dans la région Nord-Pas-de-Calais

Loens I. Agence régionale de santé Nord - Pas-de-Calais. s.d. 5p.

<https://media.f2rsmpsy.fr/dr-loens-11752.pdf>

Retour sur l'expérience du Centre hospitalier Coulommiers (Seine et Marne)

Velot D., Muanza K., Carayon L. s.d. 15p.

<https://media.f2rsmpsy.fr/dr-muanza-11753.pdf>

HAD et équipes mobiles : une perspective régionale

Lavisse V., Marcant I. Fédération de recherche en santé mentale Nord - Pas de Calais. 2015. 14p.

<https://media.f2rsmpsy.fr/11754.pdf>

RETOUR D'EXPÉRIENCES

1-Les actions ou dispositifs d'"aller vers".

Une UTEP en psychiatrie ... Retour d'expérience de l'Association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté

Richelet S., Biot M.P., Boursier L. Santé Éducation. n°1. 2016. pp.4-8.

http://utep-besancon.fr/UTEP_fichup/939.pdf

Psychiatrie, précarité et aller vers

Samu social de Paris. La revue de l'atelier. n°5. 2015.

<http://samusocial.paris/publications>

Intervention à domicile des équipes de psychiatrie - Retour d'expériences

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. 2015. 80p.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/intervention-a-domicile-des-equipes-de-psychiatrie-retour-dexperiences/>

Expert du vécu : l'espoir transmis de pair à pair. Intégrer un pair aidant dans une équipe professionnelle

Fransolet P. Psytoyens ASBL. 2015. 6p.

<http://www.psytoyens.be/wp-content/uploads/2015/05/Lespoir-transmis-de-pair-%C3%A0-pair-Int%C3%A9grer-un-pair-aidant-dans-une-%C3%A9quipe.pdf>

Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Première approche

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. 2015. 24p.

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>

Parcours psychiatrie santé mentale - Expérimentation Nord Pas-de-Calais sur la ZP de Lens Hénil. Interview du Dr Francine VANHEE, Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) chargé de mission psychiatrie santé mentale pour l'ARS Nord-Pas-de-Calais

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. 2014. en ligne.

<http://www.anap.fr/participez-a-notre-action/toute-lactu/detail/actualites/parcours-psychiatrie-sante-mentale-experimentation-nord-pas-de-calais-sur-la-zp-de-lens-henil/>

Collaboration entre médecins généralistes et professionnels du secteur de la santé mentale : vers un renforcement de l'intégration des soins en région bruxelloise

Vignes M. RMLB-B. 2014. 8p.

http://www.rmlb.be/uploads/gallery/concertmgh/SM_2014_article_SMMG.pdf

Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Evaluation des courriers échanges

Dordonne G. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Pierre et Marie Curie - Paris 6. 2014. 82p.

http://www.urps-med-idf.org/iso_upload/d00013c83/machaon_2014_4_2_DORDONNE.pdf

Quelles sont les pratiques d'accueil et d'orientation en urgence à l'hôpital auprès des usagers en santé mentale ? Résultats de l'audit croisé inter-hospitalier de 2013

Fédération régionale de recherche en santé mentale Nord-Pas de Calais. 2013. 43p.

http://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?lvl=notice_display&id=165517

La santé mentale en médecine générale : état de la question

Gillet A. Santé conjugulée. n°65. 2013. pp.14-19.

<http://www.maisonmedicale.org/La-sante-mentale-en-medecine.html>

Monographie Centre hospitalier Léon-Jean Gregory de Thuir

Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. 2013. 11p.

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Psychiatrie/REX_intervention_domicile/Monographies/ANAP_Monographie_Centre_hospitalier_Thuir-EMAP.pdf

Retour d'expériences : programme d'éducation thérapeutique ARSIMED. 4^e journée du réseau PIC. Lille, 20 et 21 septembre 2012

ARSIMED. 2012. 40p.

http://www.reseau-pic.info/meetings/2012_Lille/Interventions/Retour%20d_experiences.pdf

La voie tracée par l'expérience vécue : le soutien par les pairs en santé mentale

Basset T., Faulkner A., Repper J. et al. Association québécoise pour la réadaptation psychosociale et le programme québécois Pairs Aidants Réseau. 2012. 36p.

<http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2013/06/voie-tracee-experience-vecue.pdf>

L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences

Coldefy M. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé. Question d'économie de la Santé. n°180. 2012. 8p.
<http://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>

Le soutien par les pairs dans une maison des usagers en psychiatrie. Expérience et pratiques

Beetlestone E., Loubieres C., Caria A. Santé publique. vol.23. n°hors-série. 2011. pp.141-153.
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS.htm#add-to-cart-trigger-numero>

Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes

Lamboy B., Clement J. Sias T., et al. Santé publique. vol.23. n°hors-série. 2011. pp.113-125.
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_110_0113

Application des réseaux intégrés de services en santé mentale au Québec : contexte d'implantation, état de la mise en œuvre et opinions des omnipraticiens

Fleury M.J. Santé Publique. vol.23. n°hors-série. 2011. pp.155-159
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_110_0155

Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale

Denes D., Gohier B., Richard-Devantoy S., et al. Santé Publique. vol.23. n°hors-série. 2011. pp.167-174.
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_110_0167

Accès au droit et santé mentale : Quand les hôpitaux prennent soin du sujet de droit

Yvon M., Festa C., Hanen S. et al. Santé Publique. vol.23. n°hors-série. 2011. pp.175-180.
https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_110_0175

Santé mentale et psychiatrie : rôle et enjeux du réseau genevois d'association en santé psychique

Leon C., Benitez C., Dupanloup A., et al. Revue Médicale Suisse. 2009. pp.1832-1836.
<https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-217/Sante-mentale-et-psychiatrie-role-et-enjeux-du-reseau-genevois-d-associations-en-sante-psychique>

2 - Les besoins ou actions de formation spécifique

Pédopsychiatrie, sanitaire, social et médico-social : inquiétude sur les politiques de santé mentale

Mornet J. Pratique en santé mentale. vol.61. n°3. 2015. pp.36-39
<http://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-3-page-36.htm>

Compétences fondamentales en santé mentale pour les médecins

Frechette D., Jacob C., Mahajan S., et al. Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Commission de la santé mentale du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, et al. 2014. 11p.
www.royalcollege.ca/rcsite/documents/health-policy/mhcc-june-2014-f.pdf

Une réforme globale des soins en santé mentale basée sur une approche communautaire : l'expérience belge

Jacob B., Macquet D., Natalis S. Santé mentale au Québec. vol.39. n°1. 2014. pp.209-242.
<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2014-v39-n1-n1/1025915ar/>

État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France

Fovet M., Amad A. Geoffroy P.A., et al. L'information psychiatrique. vol.90. n°5. 2014. pp.319-322.
<http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/06/Etat-actuel-de-la-formation-des-m%C3%A9decins-g%C3%A9n%C3%A9ralistes-%C3%A0-la-psychiatrie-et-%C3%A0-la-sant%C3%A9-mentale-en-France.pdf>

Impact significatif auprès des conseillers à l'emploi d'une action de sensibilisation à la santé mentale et de déstigmatisation incluant des usagers-formateurs

Jouet E., Moineville M., Favriel S., et al. Encéphale. vol.40. n°2. 2014. pp.136-142
http://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?l=notice_display&id=161307

Etat des lieux. Recherches action nationale “Place de la santé mentale en médecine générale”

Milleret G., Benradia I., Guicherd W., et al. L'information psychiatrique. vol.90. n°5. 2014. pp.311-317.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-311.htm>

Médecine Générale et Psychiatrie et soins primaires : regard de généralistes

Gallais J.L. L'Information Psychiatrique. vol.90. n°5. 2014. pp.323-329.

http://www.jle.com/download/ipe-301738-medecine_generale_psychiatrie_et_soins_primaires_regard_de_generaliste--WLIzJX8AAQEAAFXtnbQAAAAE-a.pdf

Ça bouge - mal- dans la formation en psychiatrie. Quelles propositions alternatives ?

Vie sociale et traitement. n°121. 2014. pp.131-134.

<https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2014-1-page-131.htm>

Médecins généralistes et soins psychiatriques sous contrainte : difficultés rencontrées par les praticiens pour initier ces mesures : étude descriptive réalisée auprès de 165 médecins du Sud Réunion

Bonnechere N. Université du droit et de la santé Lille 2. 2013. 63p.

<http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/4a28be47-5119-4c15-98ab-b1c13425821b>

Formation action sociale/santé mentale : évaluation d'impact

Marques A., Azocar B., Daoud V. L'information psychiatrique. vol. 89. 2013. pp.43-49.

http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-43.htm#anchor_abstract

Santé mentale état des lieux : la psychiatrie désorientée

Langlois G., Finkelstein C. Infirmière Magazine. n°303. 2012. pp.14-21.

Changer les orientations, changer des vies : stratégies en matière de santé mentale pour le Canada

Bartram M., Chodos H., Gosling S., et al. Commission de la santé mentale du Canada. 2012. 170 p.

http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/MHStrategy_Strategy_FRE.pdf

Plan psychiatrie et santé mentale : évaluation impact et formation

Fontaine M.F., Rigon S. Objectif soins. n°204. 2012. pp.31-37.

Devenir psychiatre : transmissions, formations, apprentissages...

Parizot S. L'information psychiatrique. vol.88. n°7. 2012. pp.501-510.

https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2012-7-page-501.htm#anchor_plan

Les difficultés et les avantages de la formation en psychiatrie en milieu urbain : l'exemple de Montréal

Gagne L., Ouellet-Plamondon C., Dubreucq S. Santé mentale au Québec. vol.36. n°2. 2011. pp.15-31.

<https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2011-v36-n2-n2/1008588ar/>

Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centre de santé de Grenoble

Dubois-Fabing D., Pichon p., Arnevielhe A, et al. Santé Publique. vol. 23. n°hors-série. 2011. pp. 97-111.

https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-97.htm#anchor_abstract

Les représentations de la santé mentale dans la formation initiale en soins infirmiers

De Oliveira L. Université de Lille. 2010. 58p.

Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie

Leyreloup A.M. Sud-Nord. n°25. 2010. pp.121-128.

https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2010-1-page-121.htm#anchor_plan

Psychiatrie et santé mentale. Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières

Petitqueux-Glaser C., Santoni S. Ordre national des Infirmiers. 2010. pp.20-23.

https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/positions/rapport_cn oi_psychiatrie_sante_mentale.pdf

Quelle formation pour quelle psychiatrie ?

Jeanson F. Edition Eres. 2004. 126p.

<https://books.google.fr/books?id=fQNWcWAAQBAJ&pg=PT21&lpg=PT21&dq=retour+exp%C3%A9rience+formation+psychiatrie+angleterre&source=bl&ots=NleZ02ni1F&sig=WxSmd8X9QZu6p7ey6KbU6xvqwjQ&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiUtrari8LSAhXolsAKHYbBCgEQ6AEIRzAG#v=onepage&q=retour%20exp%C3%A9rience%20formation%20psychiatrie%20angleterre&f=false>

Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale

Gallais J.L., Alby M.L. Encyclopédie-médecino-chirurgicale. 2002. 6p.

http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychiue_et_medecine_generale2c092.pdf

3- Les expériences de remboursements des soins de psychologue libéral

La psychothérapie psychologique en Suisse vers la transparence et la qualité

Holtforth M.G., Kramer U., Dauwalder J.P. Santé mentale au Québec. vol. 40. n°4. 2015. pp.51-58.

<http://www.erudit.org/fr/revues/smq/2015-v40-n4-n4/1036093ar/>

Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies

Dezetter A. Thèse de doctorat. Université Paris Descartes. 2012. 263p.

<https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-00676243v3/document>

Des psychologues au sein d'un réseau de cancérologie

Poulin E., Nicaise F., Baqué O. Revue Francophone de Psycho-Oncologie 2005. vol.4. n°2. pp.86-89.

<http://link.springer.com/article/10.1007/s10332-005-0061-7>

INNOVATIONS

Manuel des pratiques innovantes

Innopsy107. 2016. 67p.

http://www.innopsy107.be/images/Pdf/Guide_FR.pdf

La pair-aidance en santé mentale : l'expérience québécoise et française

Cloutier G., Maugiron Ph. L'information psychiatrique. vol 92. n°9. 2016. pp.755-760.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9-page-755.htm>

Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté

Roeland J.L. L'information psychiatrique. vol.92. n°9. 2016. pp.711-717.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-9.htm>

L'innovation en santé mentale. Conférence audio

Briffault X., Mallet L., Morgiève M. France culture. 2016.

<https://www.franceculture.fr/conferences/universcience/linnovation-en-sante-mentale>

Les maisons de santé pluri professionnelles, une opportunité pour transformer les pratiques de soins de premier recours : place et rôle des pratiques préventives et éducatives dans des organisations innovantes

Fournier C. Thèse de doctorat Santé publique sociologie. Université Paris Sud -Paris XI. 2015. 339p.

<https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01149605/document>

La téléconsultation en psychiatrie : une étude de faisabilité en Haute-Normandie

Nebout S. HAL. Université de Rouen. 2015. 75p.

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01140551/document>

Accessibilité à la psychothérapie subventionnée par l'État : comparaisons entre les perspectives des psychologues et des psychothérapeutes

Bradley S., Doucet R., Kohler E. et al. Santé mentale au Québec. vol.40. n°4. 2015. pp.177-200.

<http://www.erudit.org/revue/smq/2015/v40/n4/1036099ar.html?vue=resume&mode=restriction>

Les conseils locaux de santé mentale en France : état des lieux en 2015

Guezennec P., Roelandt J.L. L'information psychiatrique. vol.91. 2015. pp.549-556.

https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-549.htm#anchor_plan

Télémédecine en psychiatrie. 13^e rencontres Kap Ouest, Saint-Malo, 2 avril 2015

Di Maggio. Centre hospitalier Guillaume Rénier, Rennes. 39p.

<http://www.kapouest.fr/doc/interventions/10-dimaggio.pdf>

Programme médiateurs de santé / pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010- 2014

Roelandt J.L. Staedel B., Rafael F., et al. CCOMS. 2015. 60p.

http://www.ccomssantementalelillefrance.org/site/s/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINAL_19_01_2015.pdf

Quelques nouvelles pratiques d'hébergement ou d'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique

Bourgarel S., Suzan H. CREA I PACA-CORSE. 2013. 20p.

http://www.creai-pacacorse.com/depot_creai/documentation/115/115_17_doc.pdf

Forum Santé Mentale. Enjeux, Innovations et perspectives. Contributions écrites. 14 février 2012, Maison de la Chimie, Paris

ARS Ile de France. 70p.

http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ministere/Ars_IdF/2012/Contributions_ecrites_faites_aux_groupes_de_travail.pdf

Innovations dans le secteur des Soins de santé mentale pour enfants et adolescents : perspectives (inter)nationales !? Symposium. 20 et 21 octobre 2016, Bruxelles

https://www.bfp-fbp.be/sites/default/files/evenementen/invitation_symposium_20_en_21_octobre_fr.pdf

Analyse d'innovations dans les secteurs psychiatriques : augmenter la mobilité et la disponibilité

Demailly L., Dembinski O., Dechamp Le Roux C. Fédération de recherche en santé mentale 59-62. CLERSE Lille 1. 2012. 93p.

http://clerse2.univ-lille1.fr/IMG/pdf/rapport_em_disponibilite_def_2012.pdf

Evaluer les effets d'un conseil local de santé mentale

Rhenter P. Rhizome. n°34. 2009. pp.13-14.

<http://www.ch-le-vinatier.fr/orspere-samdarra/rhizome/anciens-numeros/rhizome-n34-mesurer-les-effets-de-l-evaluation/evaluer-les-effets-d-un-conseil-local-de-sante-mentale-1695.html>

The use of telemedecine in psychiatry

Norman S. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. vol.13. n°6. 2006. pp.771-777.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17087682>

Psychiatrie et santé mentale. Innovations dans le système de soins et de prise en charge

Etiemble J., Martinot J.L., d'Halluin E., et al. Revue française des affaires sociales. n°1. 2004. 256p.

<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1.htm>

L'innovation au sein des centres experts

Fondation FondaMental. s.d . En ligne.

<https://www.fondation-fondamental.org/les-soins-innovants/linnovation-au-sein-des-centres-experts>

ACTIONS ET DISPOSITIFS

Décloisonner l'offre de soins et de services
Roman C., Guy C., Gobbo J., et al. Santé mentale. n°216. 2017. pp.72-76.

<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/decloisonner-l-offre-de-soins-et-de-services.html>

Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011-2015

Ministère du logement et de l'habitat durable, Ministères des affaires sociales et de la santé. 2016. 4p.

http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/content/piece-jointe/2016/09/4_pages_ucscdb_avril_2016_mise_en_page.pdf

Téléconsultations en psychiatrie

Guétat I. Revue Hospitalière de France. n°573. 2016. pp.29-30.

<http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/573/TERRITORIALITES/Teleconsultations-en-psychiatrie>

Les conseils locaux de santé mentale : État des lieux

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. 2015. 16p.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>

Le conseil local de santé mentale, un outil de prévention pour le secteur psychiatrique ?

Lavaud J.L. L'information psychiatrique. vol.91. n°7. 2015. pp.569-674.

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2015-7-page-569.htm>

Consultations spécialisées de psychiatrie en Maison de Santé pluri professionnelle

Delbrouck P., Rio K. CH Saint-Nazaire. Pôle de psychiatrie adulte. 2015. 20p.

http://www.arspg.org/_fichiers/phototheque/1460025196_pl%C3%A9ni%C3%A8re---delbrouck.pdf

Fondation FondaMental. Réseau de coopération scientifique en santé mentale. Rapport annuel 2015

52p.

https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/rapportactivite_fondamental_2015_3.pdf

Etude exploratoire en vue de la mise en place d'équipes mobiles en psychiatrie générale

Morey F. Diplôme inter-universitaire Santé mentale dans la Communauté. Université Lille 2 et Paris13. 2015. 53p.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Memoire-F-Morey.pdf>

Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité

Demailly L., Dembinski O., Dechamp Le Roux C., Tremine T. 2014. Edition John Libbey Eurotext. 105p.

Evaluation de l'activité des équipes mobiles de psychiatrie précarité

Bourdais-Mannone C. Diplôme Universitaire de Psychiatrie et Santé Communautaire. 2013. 56p.

http://www.le-115-06.org/uploads/pages/Reseau_de_partenaires/2013_EMPP-DUsantecommunautaire-CBM.pdf

Des téléconsultations en psychiatrie (Seine-Maritime)

Allermoz E. Médecins : bulletin d'information de l'ordre national des médecins. n°31. 2013. pp.8-9.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cn_bulletin/medecins31_1.pdf

Intérêt de la télé-psychiatrie pour la prise en charge des patients : enjeux et questions d'une pratique nouvelle

Astruc B., Henry C., Masson M. Annales médico-psychologiques. vol.171. n°2. 2013. pp.61-64.

<http://www.em-consulte.com/article/792486/interet-de-la-tele-psychiatrie-pour-la-prise-en-charge>

Une innovation organisationnelle : les « équipes mobiles » de santé mentale en France. Conséquences pour les usagers. Communication. Congrès de l'ACFAS, Montréal, 2012

Demailly L., Dembinski O., Déchamp Le Roux C. 10p.

<http://media.f2rmspsy.fr/10704.pdf>

Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale

Denes D., Gohier B., Richard-Devantoy S., et al. Santé Publique. vol.23. n°hors-série. 2011. pp.167-174.

https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=S_PUB_110_0167

Un nouveau programme de formation des médecins permet une amélioration des soins en santé mentale

Weinerman R., Hollander M., Making evidence matter. 2011. En ligne.

<http://evidencenetwork.ca/archives/7030>

Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficulté

Tordjman S., Garcin V., et al. Ed. Elsevier Masson. Coll. Pratiques en psychothérapie. 2010. 170p.

Les soins de santé mentale partagés au Canada

Canadian Psychiatric Association, et al. 2000. 33p.

http://cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/shared_mentalcare_fr.pdf

Le programme CRISALID. Centre intersectoriel de Remédiation cognitive et de réhabilitation Médico-Psycho- Sociale

Centre hospitalier interdépartemental Clermont de l'Oise. s.d. En ligne.

http://www.chi-clermont.fr/site_2015/crisalid.html

Monographie Centre hospitalier Léon-Jean Grégory de Thuir. Pôle Sud – Secteur 66G04, EMAP
Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux. s.d. 11p.

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/Psychiatrie/REX_intervention_domicile/Monographies/ANAP_Monographie_Centre_hospitalier_Thuir-EMAP.pdf

Définition, finalités, cadre réglementaire du C.L.S.M

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. s.d. En ligne.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=pr%C3%A9sentation-du-clsm>

CASE MANAGEMENT EN SANTÉ MENTALE

Case management en santé mentale

Santé mentale. n°216. 2017. 53p.

<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-dossier/case-management-en-sante-mentale.html>

Créer un dispositif de case management

Martin J. Santé mentale. n°216. 2017. pp.56-59.

<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/creer-un-dispositif-de-case-management.html>

La dynamique du case management

Glaser C. Santé mentale. n°216. 2017. pp.34-37.

<http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/la-dynamique-du-case-management.html>

Redéfinir le rôle des CMP dans le dispositif de soins. Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées

Glaser C., Canceil O., Gozlan G. L'information psychiatrique. vol. 92. n°7. 2016. pp.539-545.

<http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2016-7-page-539.htm>

Case management - Coordination de parcours de soins appliquée au secteur de la santé et des services aux personnes

Institut Universitaire International Luxembourg. 2013. 37p.

<http://www.iuil.lu/uploads/documents/files/etude-deloitte.pdf>

« Case management » (gestion par cas) et « suivi personnalisé » (« Zugehende Beratung ») dans le contexte de la démence. Feuille d'information

Vogeli S. 2013. 10p.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:mRaqWTiq6cwJ:https://www.bag.admin.ch/dam/bag/it/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/grundlagen/infoblatt-case-management.pdf.download.pdf/feuille-information-case-management-suivi-personalise-franese.pdf+&cd=5&hl=fr&ct=clnk&gl=fr>

EMPOWERMENT EN SANTÉ MENTALE

Empowerment des usagers des services de santé mentale et des aidants

Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. s.d. en ligne.

<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=content/sant%C3%A9-mentale-intra-communautaire>

Empowerment et santé mentale

Psycom.org. s.d. en ligne.

<http://www.psycom.org/Espace-Presses/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale>

Empowerment, éducation thérapeutique et santé participative

Santé participative. s.d. en ligne.

<https://www.sante-participative.org/empowerment>

L'éducation thérapeutique du patient en 15 questions-réponses

Haute Autorité de santé. s.d. 5p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/questions_reponses_vvd.pdf

RECOMMANDATIONS ET BONNES PRATIQUES

Présentation des travaux de la commission psychiatrie et santé mentale

Caillet R., Halimi Y., Martel F. Fédération Hospitalière de France. 2015. 27p.

http://www.ascodocpsy.org/santepsy/index.php?vl=notice_display&id=163336

Proposition de santé mentale France (AGAPSY et FASM CROIX MARINE) sur le projet de loi santé

Pratique en santé mentale. vol.61. n°1. 2015. pp.80-86

<http://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2015-1-page-80.htm>

Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres - médecins généralistes

Hardy-Bayle M.C. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. 2011. 53p.

<http://infopsy11.e-monsite.com/medias/files/adressagemgpsyargumentaire.pdf>

Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux. Note de cadrage

Haute autorité de santé. 2015. 18p.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-04/note_de_cadrage_coordination_mg_psy.pdf

Recueil des bonnes pratiques de prise en charge psychiatrique

Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques. 2015. 52p.

https://www.unafam.org/IMG/pdf/Recueil_bonnes_pratiques_prise_en_charge_psychiatrique.pdf

Santé mentale et soins de santé primaire : une perspective globale

Funk M., Benradia I., Roelandt J.L., et al. L'information psychiatrique. vol.90. 2014. pp.331-339

https://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=NPSY_9005_0331

PEDOPSYCHIATRIE

La pédopsychiatrie du futur

Delvenne V. L'information psychiatrique. 2017. vol.93. p.103-106.

Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent

Duverger P. Edition Lavoisier - Médecine sciences. 2017. 16p.

https://www.lavoisier.fr/pdf/fichiers/9782257207067_troubles-psychiques-et-comportementaux-de-l-adolescent_Sommaire.pdf

Rapport relatif à la santé mentale

Laforcade M. Ministère des affaires sociales et de la santé. 2016. 190p.

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016

Rault J.F., Le Breton-Lerouillois G. Conseil national de l'Ordre des médecins. 2016. 326p.

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015

Haut Conseil de la Santé Publique. 2016. 228p.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>

Expérimentations relatives à la prise en charge par télé-médecine. Article 36 de la loi N° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Rapport préalable

Haute Autorité de Santé. 2016. 62p.

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017_01/dir1/rapport_experimentations_telemedecine.pdf

Étude régionale "Jeunes et adolescent nécessitant des prises en charges multiples et coordonnées". Synthèse

CREAI Bretagne. 2016. 33p.

http://ancreai.org/sites/ancreai.org/files/rapports/etude-ars-jeunes-et-adolescents-en-difficult_synthsefinale.pdf

Cahier des charges des Maisons des adolescents.
Legifrance. 2016. 11 p.
[http://www.anmda.fr/uploads/tx_news/ANNEXE -
_Circulaire n 5899-
SG du 28 novembre 2016 01.pdf](http://www.anmda.fr/uploads/tx_news/ANNEXE_-_Circulaire_n_5899-SG_du_28_novembre_2016_01.pdf)

Situations complexes / difficiles dans le champ des personnes âgées et du handicap et coopération avec le secteur de la psychiatrie.
CREAI Centre-Val de Loire. 2016. 90p.
<http://ancreai.org/content/situations-complexesdifficiles-dans-le-champ-des-personnes-%C3%A2g%C3%A9es-et-du-handicap-et-coop%C3%A9rati>

Enquête sur les Centres Médico-Psychologiques (CMP) de la région Rhône-Alpes
Ynesta S., Danguin A.S. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. 2015. 154p.
[http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats de enquete CMP062015.pdf](http://www.prs-rhonealpes.fr/fileadmin/Documents/Initiatives/Resultats_de_enquete_CMP062015.pdf)

Les conseils locaux de santé mentale : État des lieux
Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale. 2015. 16p.
<http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/Etat%20des%20lieux%20des%20CLSM-05-2015.pdf>

Vie des établissements : ETAP - le travail avec les familles
Association Rénovation. Bulletin Reliance. 2015. n°86. 6p.
<http://renovation.asso.fr/wordpress/wp-content/uploads/reliance-86.pdf>

“Zéro sans solution” : le devoir collectif de permettre un parcours sans rupture pour les personnes en situation de handicap et pour leur proche
Piveteau D., Ministère des affaires sociales et de la santé. 2014. 96p.
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport zero sans solution .pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_zero_sans_solution.pdf)

Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent. Guide de repérage à l'usages des infirmiers et assistants de service social de l'éducation nationale
Ministère des affaires sociales et de la santé. Fédération Française de Psychiatrie. Ministère de l'éducation nationale. 2013. 32p.
[http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide Souffrance psy Enfant ado 2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_Souffrance_psy_Enfant_ado_2014.pdf)

La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge
Buisson J.R. Conseil économique social et environnemental. 2010. 82p.
http://www.fondation-enfance.org/wp-content/uploads/2016/10/cese_pedopsychiatrie_prevention_prise_en_charge.pdf

Une psychologue en mission locale : "les écouter, les aider à être acteurs de leur santé"
Deït-Susagna C. La Santé de l'homme. 2009. n°399. pp.19-20.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/articles/399/02.htm>

La Maison Verte : un dispositif à la portée de l'enfant
Aubourg F. Figures de la psychanalyse. 2009. n°18. pp.227-240.
<https://www.cairn.info/revue-figures-de-la-psychanalyse-2009-2-page-227.htm>

Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?
Paus T, Keshavan M, Giedd JN. Nature reviews neuroscience. 2008. vol.9. n°12. pp.947-57.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19002191>

Lifetime prevalence and age-of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication
Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. Archives of general psychiatry. 2005. vol.62. n°6. pp.593-602.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15939837>

Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent
Bailly D. Bouvard M. Casadebaig F., et al. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. 2002. 887p.
<http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/46>