

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire

« santé mentale dans la communauté »

Année 2013

**Identification des conditions favorisant une stratégie de développement d'une
politique de santé mentale dans la communauté**

Romain ALEXANDRE

Dr Jean-Louis WYART

Tuteur : Dr Jean-Luc Roelandt

Table des matières

1. Thématique générale du mémoire	4
2. Argumentaire.....	5
2.1. Une nouvelle gouvernance	5
2.2. Constats et questions	6
2.3. Un micro-territoire ciblé par l'enquête.....	7
3. Méthode.....	9
3.1. L'étude de quatre Projets Régionaux de Santé.....	9
3.2. Des entretiens exploratoires menés auprès d'interlocuteurs clés	15
3.2. Des entretiens menés auprès des acteurs de la Ville de Porto-Vecchio	16
3.3. Une revue ciblée de la littérature.....	17
3.4. La confrontation des données.....	17
4. Résultats	18
4.1. Les représentations de la santé mentale communautaire.....	18
4.2. L'analyse des quatre Projets Régionaux de Santé.....	22
4.2.1. Le Projet Régional de Santé : la feuille de route de la politique régionale de la santé..	22
4.2.2. La place de la santé mentale à lecture de quatre PRS.....	23
4.3. Les éléments de contexte du contrat local de santé de Porto-Vecchio	27
4.4. Les difficultés identifiées	34
4.4.1. Les pratiques des professionnels	34
4.4.2. La stigmatisation de la maladie mentale.....	36
4.4.3. L'absence de lisibilité des structures et les difficultés d'accessibilité.....	36
4.4.4. Le statut du secteur.....	37
4.4.5. L'allocation des ressources financières	37
4.4.6. Les coopérations.....	39
4.4.7. L'observation et l'évaluation partagée	39
4.5. Les leviers.....	40
4.5.1. La gouvernance	41
4.5.2. Les moyens.....	44
4.5.3. Les pratiques des professionnels	44
4.5.4. Le faire savoir.....	46
4.6. Les limites de l'étude	46
5. Discussion	49

5.1.	Intérêt et vision partagée	49
5.2.	Gestion et nouveau modes d'organisation.....	51
<u>5.3.</u>	L'interdisciplinarité	53
<u>5.4.</u>	La question sociale	54
<u>5.5.</u>	Les représentants d'utilisateurs.....	56
6.	Conclusion.....	57
	Bibliographie	58

1. Thématique générale du mémoire

L'Agence Régionale de Santé de Corse (ARS) a arrêté le Projet Régional de Santé (PRS) pour la Corse le 30 novembre 2012. A l'occasion des travaux concernant la partie psychiatrie et santé mentale, il est apparu de manière explicite, la nécessité de faire évoluer l'offre de soins de psychiatrie en favorisant notamment les coopérations entre les équipements de psychiatrie et les compétences médicosociales ainsi que l'offre libérale médicale et non médicale. De plus les orientations stratégiques portées par le PRS visent à favoriser la mobilisation des réponses sociales conjuguées aux réponses psychiatriques et à la coproduction entre les usagers et les professionnels de santé.

Dès la mise en œuvre du PRS, le volet santé mentale dans la cité a soulevé un questionnement de la part des professionnels de santé tant en interne à l'agence qu'en externe. Aussi est-il apparu indispensable d'identifier les facteurs de réussite du déploiement d'une offre de proximité.

Mettre au jour les lignes de force qui cadre l'action publique, identifier les éléments contextuels, recueillir les attentes et représentations des acteurs locaux ont permis de nourrir ce travail d'identification des facteurs de réussite au développement d'une santé mentale communautaire au sein de la région Corse.

2. Argumentaire

2.1. Une nouvelle gouvernance

La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (juillet 2009) définit une nouvelle gouvernance du système de santé (refonte de la gouvernance hospitalière, création des agences régionales de santé, implication des usagers à travers la création des instances démocratie sanitaire).

Cette nouvelle gouvernance ouvre par ailleurs, des possibilités de décloisonnement entre les secteurs sanitaire médico-social, et social.

Toutefois, il n'en demeure pas moins que la logique planificatrice « domaniale » subsiste se concrétisant par la réalisation de 3 schémas régionaux (prévention, organisation des soins, et organisation médico-sociale) selon les recommandations du Comité National de Pilotage. A cet effet, les administrations centrales ont publié pour chaque schéma et pour chaque programme un guide méthodologique imposant l'exercice domanial.

De plus, afin d'impulser une politique régionale d'expérimentation et pouvoir ainsi dégager des marges de manœuvre, un Fonds d'Intervention Régionale – enveloppe de crédits à la main des ARS - est créé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012. Ce fonds vise à apporter davantage de transversalité dans la prise en charge des projets par les agences régionales de santé. Il vise à impulser des projets et à favoriser l'innovation. Néanmoins, force est de constater que le principe de souplesse initialement voulu se perd d'année en année puisque les pré-fléchages de crédits (crédits dont l'affectation est directement décidée par l'administration centrale) amenuisent fortement les marges de manœuvre régionales.

De cette logique planificatrice, la loi introduit pour chaque ARS l'obligation de publier un Projet Régional de Santé fixant l'organisation du système de santé en région pour une durée de cinq ans ; ce projet régional étant constitué d'un plan stratégique régional de santé, des trois schémas cités ci-dessus et de programmes régionaux d'actions (télésanté, gestion du risque, accompagnement du handicap et de la dépendance, accès à la prévention et aux soins pour les plus vulnérables).

Si la gouvernance régionale peut apparaître comme effective, l'encadrement national ne permet pas de réelle marge manœuvre (cinq domaines prioritaires nationaux imposés,

définition de ratios d'équipement par exemple...) exprimant ainsi plus une mission de déclinaison d'une politique nationale qu'une définition d'une politique régionale.

A cette gouvernance du système de santé, il convient de souligner l'objectif d'associer les élus : ainsi, les collectivités territoriales, départementales et locales sont représentées au sein des instances de la démocratie sanitaire et se prononcent sur le Projet Régional de Santé.

2.2.Constats et questions

Au-delà de ces éléments relatifs à la gouvernance institutionnelle, plusieurs constats sont posés :

- Dans un contexte européen de crise économique pesant sur les dépenses de santé, la demande sociale de santé s'accroît fortement (santé travail et stress, dépression et consommation de psychotrope, problématique d'accès à un hébergement et d'insertion professionnelle d'autant plus criante pour les publics vulnérables).
- La définition d'une politique davantage sécuritaire met en lumière la pression médiatique engendrant une société réactive face à l'insécurité.

A la lecture de ces éléments contextuels, la définition d'une politique de santé mentale dans la cité peut sembler incantatoire, néanmoins à la suite des travaux de l'OMS¹ (l'intersectorialité et les déclarations successives de l'OMS), en Europe et en France, des initiatives d'ouverture sont désormais bien identifiées : la mise en œuvre de contrats locaux de santé reposant sur une démarche de développement social de la santé, la création des conseils locaux de santé mentale, l'affirmation de la démocratie sanitaire (implication des élus et des usagers à travers les différentes commissions règlementaires et collectifs d'usagers de la santé).

Si la gouvernance ne facilite pas la mise en œuvre d'une politique de santé mentale dans la cité, alors comment corriger les effets de la mécanique « planificatrice » afin d'atténuer les logiques sectorielles et institutionnelles pour favoriser le développement de la santé mentale communautaire?

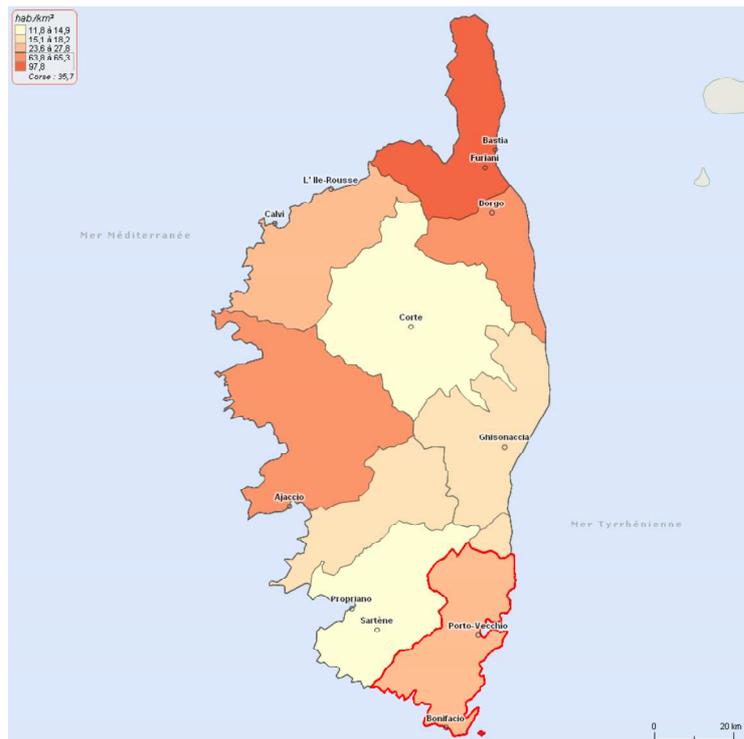
Quelles sont les résistances à contourner et les initiatives à promouvoir pour que l'ARS garante du déploiement du Projet Régional de Santé assure le développement de stratégies de santé mentale communautaire dans la région?

¹ Recommandations de l'OMS pour les soins en Europe (Conférence d'Helsinki 2005)

2.3. Un micro-territoire ciblé par l'enquête

Afin de pouvoir apporter les éléments de réponse, il est proposé de retenir le point de vue de l'ARS de Corse et de poser les termes du raisonnement sur un micro-territoire : l'arrondissement de Sartène et plus particulièrement le territoire de Porto-Vecchio.

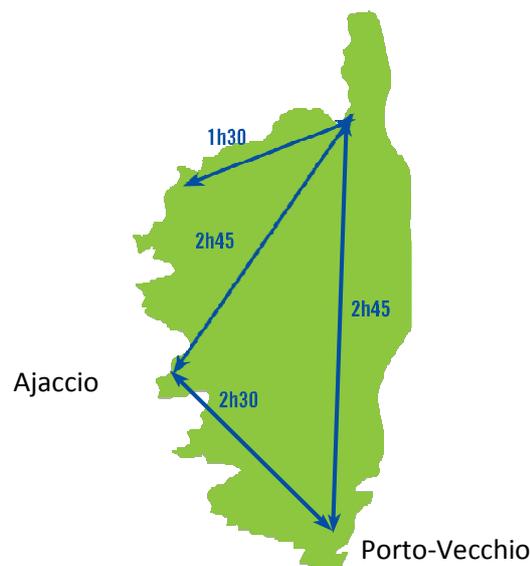
Porto-Vecchio, troisième ville de Corse, est une commune de 12 000 habitants, située au sud de la Corse. Elle est à l'image de l'île à la fois maritime et montagneuse.



Carte 1 Densité de population (source SIRSE CORSE)

L'attention est portée sur ce micro-territoire pour les raisons suivantes :

- Une offre de santé éloignée du Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio situé à Ajaccio (soit un temps de trajet par voie terrestre de 2H30) ayant la particularité d'avoir un service psychiatrie et un centre de cancérologie - A noter que ce centre hospitalier a été initialement structuré pour répondre aux besoins de la Corse jusqu'à la loi de bidépartementalisation (loi du 15 mai 1975)



Carte 2 Temps de trajet par voie terrestre

- Une offre de santé comportant une clinique autorisée pour les activités de Médecine – Chirurgie - Obstétrique et disposant d’une délégation de service public pour les urgences, un CMP, une Maison des Adolescents, des services médico-sociaux et sociaux (SAMSAH, UPSSI, ESAT, CHRS) des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et deux psychiatres libéraux), une antenne PMI
- Une demande de santé rythmée selon la saisonnalité : Les flux touristiques évalués à plus de 2 millions de personnes pour la Corse profitent essentiellement aux bordures littorales. Ainsi, pour Porto-Vecchio, la population peut être multipliée par neuf en saison estivale impactant ainsi le système de santé : augmentation du recours aux soins, pouvant nécessiter le recours à l’interprétariat, importance du travail saisonnier...
- Une démographie présentant une population résidante en constante augmentation
- Une implication spécifique de la Ville de Porto-Vecchio dans la santé : la Ville de Porto-Vecchio s’est engagée en janvier 2013 dans une démarche d’élaboration d’un contrat local de santé² – contrat local signé en juillet 2013 et comportant un axe sur la santé mentale.

² Contrat Local de Santé : La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l’objet de contrats locaux de santé conclus par l’agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs

Cette approche micro-territoriale ainsi privilégiée constitue une formation action permettant de formuler des recommandations et dont les enseignements pourront être exploités dans le déploiement au sein des autres micro-territoires.

3. Méthode

Il est proposé de privilégier l'appréhension des représentations des acteurs qui sont en jeu dans les processus de décision et d'élaboration à partir de différentes modalités de recueil.

L'approche méthodologique intègre quatre modalités d'investigation. Cette approche réside sur une confrontation d'éléments documentés issus des différents rapports portant sur la santé mentale et la psychiatrie, des projets régionaux de santé avec les représentations des acteurs localement ou d'acteurs impliqués repérés au niveau national.

Cette confrontation permet d'identifier à partir des écarts mesurés en matière d'attentes, de représentations les principes supportant les interventions de l'ARS relatives à la promotion de la santé mentale communautaire.

Les facteurs de réussite ainsi dégagés de cette confrontation sont éprouvés lors de la mise en œuvre concrète sur le micro-territoire identifié. Au-delà de la démarche plutôt conceptuelle, la recherche de l'application par l'ARS est ainsi favorisée.

Le déploiement local de dispositifs concourant à la mise en œuvre d'une politique santé mentale communautaire correspond à une action à part entière qui prolonge le cadre méthodologique de ce travail.

3.1.L'étude de quatre Projets Régionaux de Santé

Dans un premier temps, il est procédé à l'analyse de documents de planification sous la responsabilité des ARS.

groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social » (Art L.1434-17 Code de la Santé Publique).

Pour ce faire, quatre projets régionaux de santé ont été identifiés à partir des observations suivantes :

- Le Projet Régional de Santé du Limousin compte tenu de la population âgée, de l'existence d'un territoire unique de santé et de l'existence d'une coopération sanitaire et médico-sociale dans le champ de la santé mentale.
- Le Projet Régional de Santé des Pays de Loire au vu de la forte implication de la démocratie sanitaire pour l'élaboration des documents de planification.
- Le Projet Régional de Santé de Bretagne caractérisé par la mise en œuvre d'une politique de santé ancrée au sein des territoires.
- Le Projet Régional de Santé de Provence Alpes Côte d'Azur marqué par l'existence d'une démarche communautaire.

A titre d'information, ces quatre Projets Régionaux de Santé couvrent une population de plus de 12 373 000 habitants soit plus de 19% de la population française³.

Il ne s'agit pas d'un échantillon représentatif de projets régionaux de santé : l'objectif étant à travers les formulations de projets régionaux de santé reflétant un engagement dans le développement d'une politique santé mentale communautaire, d'identifier les leviers et réalisations.

La lecture des PRS cible les éléments suivants :

- PRS et schéma régional de l'organisation des soins volet relatif à l'activité opposable de psychiatrie
- PRS et schéma régional de prévention
- PRS et schéma régional médico-social (handicap d'origine psychique)
- Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins

L'analyse de ces quatre Projets Régionaux de Santé est menée à partir de la création d'une grille de lecture établie à partir d'éléments de la littérature permettant d'identifier des rubriques renseignant la dimension santé mentale communautaire en prenant appui sur les recommandations issues de la Conférence d'Helsinki.

³ Données population recensement 2010 INSEE : Limousin : 742 771 habitants – Pays de Loire : 3 567 000 habitants - Bretagne : 3 175 000 habitants – PACA : 4 889 000 habitants soit 12 373 000 habitants / Population Française au 01/01/2010 : 65 000 000 habitants

Le principe consiste à rechercher les éléments suivants :

- Mention de mots clés traduisant l'engagement des rédacteurs dans le développement d'une politique de santé mentale communautaire à travers les intitulés des rubriques des schémas et programmes, les contenus relatifs à la gouvernance et aux objectifs reflétant l'engagement dans cette politique, la communication, la place des usagers, la recherche de la dimension de l'évaluation participative

Ainsi, onze rubriques sont identifiées et sont appelées à être renseignées :

- Première rubrique : intitulé des schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
- Deuxième rubrique : identification d'une gouvernance spécifique santé mentale
- Troisième rubrique : formulation d'objectifs centrés sur la santé mentale
- Quatrième rubrique : formation et les pratiques professionnelles
- Cinquième rubrique : objectif portant sur la santé mentale au sein du Plan Stratégique Régional de Santé
- Sixième rubrique : stratégie de communication envers la population générale et les professionnels
- Septième rubrique : coordination des politiques publiques de santé
- Huitième rubrique : coordination entre élus, usagers et professionnels (conseil local santé mentale, contrat local de santé)
- Neuvième rubrique : la place des usagers
- Dixième rubrique : l'évaluation
- Onzième rubrique : évaluation participative

Chaque rubrique fait l'objet d'une cotation qualitative ou quantitative (cf annexe 3 – grille de lecture).

Le tableau ci-joint expose les objectifs recherchés par rubrique ainsi que les explications apportées quant à la cotation ou aux mentions apportées.

Rubrique	Objectif	Cotation/mention
1	il s'agit d'identifier la dénomination de l'intitulé du volet SROS santé mentale ou psychiatrie - La dénomination de ce volet comme santé mentale suppose un premier engagement de l'agence régionale de santé dans une politique de santé mentale communautaire	La mention est indiquée selon la formulation utilisée : santé mentale ou psychiatrie, santémentale/psychiatrie
2	Dans le prolongement du précédent plan santé mentale, certaines régions ont installé la commission régionale de concertation en santé mentale. Cet espace de travail et d'échanges a été retenu comme condition facilitant le déploiement d'une politique santé mentale dans la communauté.	0 si aucune mention de l'existence d'un espace de travail et d'échange santé mentale 1 si mention
3	visé à détecter la formulation d'objectifs centrés sur la santé mentale communautaire en recherchant les mots clés tels que empowerment, réhabilitation, développement des compétences psychosociales.	0 si aucune mention d'objectifs , 1 si présence d'objectifs faisant l'objet de renvoi dans les schémas et/ou programmes, 2 si les objectifs sont développés
4	cible la formation et les pratiques professionnelles en s'attachant à identifier la présence d'objectifs portant sur le développement de formations portant sur la prise en charge médico-socio-psycho-éducative, sur la formation santé mentale communautaire	oui si inscription d'objectifs portant sur la formation et non si pas de mention d'objectifs de formation
5	visé à identifier la présence d'objectifs concernant la santé mentale au sein du Plan Stratégique Régional de Santé ce qui permet de vérifier si la santé mentale constitue une priorité et donne ainsi lieu à la formulation d'une stratégie spécifique (parcours santé mentale en particulier)	% exprimant la proportion d'objectifs spécifiques santé mentale sur l'ensemble des objectifs du Plan Stratégique Rég Santé

Rubrique	Objectif	Cotation/mention
6	Le développement d'une politique santé mentale communautaire intègre une communication envers la population générale et les professionnels	oui si mention d'une communication et non si aucune mention
7	La santé mentale communautaire intègre la coordination des politiques publiques menées par les différentes institutions (logement, travail, emploi...).	0 si aucunE mention quant à la formulation d'un objectif de coordination des politiques dans le cadre de la santé mentale, 1 si cette coordination est mentionnée mais donne lieu à un objectif général, 2 si la coordination des politiques est mentionnée mais ne concerne que le domaine sanitaire et médico-social, 3 si la coordination mentionne un objectif des différentes politiques publiques (logement, travail, emploi...)
8	s'attache à identifier d'une part la présence d'une stratégie de coordination entre élus, usagers et professionnels et d'autre part les objectifs de création d'outils type conseil local en santé mentale et/ou contrat local de santé.	0 si aucune mention d'objectif 1 si formulation d'un objectif global de coordination sans autre mention

		<p>2 si formulation d'objectifs portant sur le développement de contrats locaux de santé intégrant la santé mentale</p> <p>3 si formulation d'objectifs intégrant la création de conseils locaux de santé mentale</p>
9	<p>porte sur la place des usagers et des aidants familiaux. Il s'agit d'identifier des objectifs portant sur l'attention portée aux usagers et la prise en compte par le développement de groupes d'entraide mutuelle, de création de débats publics et autres actions visant à déstigmatiser la santé mentale.</p>	<p>0 si aucune mention d'objectif</p> <p>1 si l'objectif portant sur la prise en compte des usagers est mentionné</p> <p>2 si la création de GEM est mentionnée en objectif</p> <p>3 si des objectifs visant à lutter contre la stigmatisation de la santé mentale sont énoncés</p>
10	<p>porte sur l'identification d'une évaluation participative.</p>	<p>0 si aucune mention</p> <p>1 si mention d'une évaluation participative.</p>
11	<p>porte sur la mise en œuvre au sein d'une politique de santé mentale dans la communauté sur un territoire bien défini (territoire Atelier santé ville)</p>	<p>0 si aucune mention</p> <p>1 si mention d'un territoire</p>

Suite à l'analyse à partir de la grille de lecture ainsi élaborée des quatre projets régionaux de santé, des enseignements sont tirés et posés.

3.2.Des entretiens exploratoires menés auprès d'interlocuteurs clés

Dans un second temps, l'analyse des PRS est complétée par des entretiens auprès d'interlocuteurs clés au sein de différentes ARS (directeur métier, chargé de mission, ou référent santé mentale et/ou psychiatrie), de représentants de l'administration centrale de la santé, d'établissements publics de santé mentale, d'institut de promotion de santé communautaire (Institut Renaudot).

Il convient de noter qu'il s'agit avant tout de pouvoir dégager les éléments qui conditionnent le développement d'une politique santé mentale dans la communauté à partir d'entretiens menés auprès d'un nombre limité d'acteurs engagés partageant les enjeux des processus de planification.

Le questionnaire recherche l'identification de la place de la santé mentale dans les stratégies poursuivies par les différents acteurs à travers leurs perceptions, des freins et des facteurs de développement.

Il s'appuie sur un guide d'entretien (Annexe 1) comprenant une partie introductive visant à resituer auprès de l'interlocuteur le contexte de l'entretien (travaux du Diplôme inter-universitaire « Santé mentale dans la communauté » avec l'appui du Centre Collaboratif de l'Organisation Mondiale de la Santé en formation et recherche pour la santé mentale Lille Métropole), l'objectif de la démarche et les modalités pratiques.

Les entretiens sont conduits dans un bureau ou par téléphone à l'appréciation du professionnel. Ils durent en moyenne 45 minutes et sont anonymisés.

De ces entretiens, une analyse de contenu est dressée et met en évidence les représentations et formulations des freins et leviers.

3.2.Des entretiens menés auprès des acteurs de la Ville de Porto-Vecchio

Dans un troisième temps, une investigation par entretien ciblé sur un territoire défini est engagée.

La représentation de la santé mentale auprès des partenaires est appréhendée à partir d'entretiens menés auprès des élus, médecins généralistes, psychiatres libéraux et hospitaliers, directeur de structures de soins et médico-sociales, responsable de structures sociales, responsables de structures de prévention, usagers et représentants, acteurs en charge de la santé travail, du logement, de l'insertion et des représentants de l'éducation nationale. Ces entretiens sont menés à partir du guide précédent auquel s'ajoute un questionnement recentré sur la commune et faisant l'objet de reformulations dans le tableau 1 ci-joint :

Qualité de vie des usagers	Réinsertion
Formation des professionnels	Communication
Empowerment	Participation des usagers
Parcours santé mentale	

Tableau 1 Reformulations

Ce questionnaire vise à favoriser l'échange et à standardiser le recueil des informations. Ces entretiens se sont déroulés lors des semaines 22 et 24 (liste jointe en annexe 2).

La ville de Porto-Vecchio est retenue pour son engagement dans une démarche de contrat local de santé dont l'un des axes porte sur la santé mentale et pour les spécificités caractérisant tant l'offre de santé que la demande présentée dans l'argumentaire.

De plus, en fonction du domaine de compétences des acteurs, une liste de thèmes complémentaires aux éléments du guide d'entretien est établie afin d'aider à la reformulation (annexe 1).

L'absence de capacité d'hébergement sur place et l'éloignement du centre hospitalier de rattachement (Centre Hospitalier de Castelluccio), l'engagement des acteurs dans le champ

de la promotion de la santé et l'accueil des élus locaux sont considérés comme des éléments propices à l'émergence de représentations ou de réalisations d'actions facilitant le développement d'une politique déployée par l'ARS.

Ces entretiens sont ainsi conduits sur un micro territoire a priori favorable et partie prenante.

3.3. Une revue ciblée de la littérature

Cette phase s'est concentrée sur une revue de rapports, ouvrages portant sur les enjeux de planification en psychiatrie et santé mentale ainsi que les réalisations illustrant une approche territoriale. Ces dernières viseront principalement les éléments de contexte et les travaux ayant contribué à la définition du contrat local de santé signé entre la Ville de Porto-Vecchio et l'ARS de Corse.

L'histoire de l'émergence de la santé mentale dans la cité ainsi que ses outils comme les conseils locaux de santé mentale bien que consultés n'ont pas été ciblés spécifiquement.

Concernant la santé mentale en Corse, les rapports d'activité des établissements ainsi que les travaux du Projet Régional de Santé ont été exploités afin de mieux caractériser le territoire.

3.4. La confrontation des données

Les écarts, les oppositions mais aussi les synergies constatés à partir des éléments recueillis à travers les différentes formes d'investigation sont exposés à partir de regroupements portant sur cinq rubriques :

- Le partage de l'intérêt traduisant l'adhésion de l'ensemble des acteurs
- La gouvernance impliquant l'animation et la coordination des partenaires élus, institutions, professionnels et usagers et leurs représentants
- Les moyens (moyens financiers et humains)
- Le faire savoir (communication et valorisation)
- Les pratiques des professionnels (formation, évaluation)

C'est à partir de ces confrontations dans ces différentes rubriques que se dégageront les facteurs de réussite qui pourront être exploités par l'agence régionale de santé de Corse pour déployer une politique de santé mentale communautaire.

4. Résultats

4.1. Les représentations de la santé mentale communautaire

Pour la majorité des personnes rencontrées, la santé mentale communautaire renvoie à la prise en charge des personnes dans leur globalité à savoir médico-psycho-sociale.

L'identification des acteurs ou le périmètre des professionnels impliqués dans le champ de la santé mentale communautaire est apparue plus difficile à exprimer à l'occasion des entretiens.

Si l'hôpital, le psychiatre, le médecin généraliste sont cités spontanément, en revanche les structures extra-hospitalières, les acteurs du logement, de l'insertion, les structures médico-sociales le sont plus difficilement. Ainsi, les professionnels de la Protection Maternelle Infantile citent d'emblée comme acteur le secteur « la santé mentale dans la communauté, c'est avant tout le secteur ».

A ce titre, il convient de noter une absence de lisibilité des structures extra-hospitalières type CMP voire une méconnaissance pour les professionnels du social et de l'insertion ainsi que la représentante de l'URPS infirmières « Il y a une méconnaissance des structures dans la cité en dehors de l'hôpital. »

De ce fait, la dimension aller vers apparaît peu. Seuls la représentante des usagers (UNAFAM) et le chef de service du SAMSAH de Porto-Vecchio insistent sur cette mobilité des équipes de professionnels pour rencontrer la population dans son environnement. Ainsi, la représentation des acteurs est assez éloignée par conséquent de la définition de la psychiatrie communautaire rédigée par Lise Demailly, Jean-luc Roelandt et Nicolas Daumerie à savoir

« La psychiatrie communautaire signifie globalement la volonté de soigner dans le milieu de vie des patients. Il s'agit de maintenir la personne le plus possible dans son milieu de vie et de l'accompagner dans différents domaines pour qu'elle puisse « se rétablir », sans risque d'exclusion ni de stigmatisation. Elle implique conjointement et de manière coordonnée

l'hôpital, et les soins ambulatoires, sur un territoire donnée, ainsi que tout un réseau de partenaires. » (Demailly L.,Autes M., 2012).

Cette dimension « Aller vers » est néanmoins parfaitement intégrée pour le directeur de l'EPSM Lille Armentières puisque selon lui la santé mentale communautaire renvoie à la définition de l'OMS et à la nécessité de travailler étroitement entre professionnels de santé hospitaliers, libéraux, élus et usagers.

Il s'agit d'une politique intégrée dans la cité avec un dimensionnement d'aller vers les personnes là où elles résident, dans leur milieu de vie qui peut amener de profond réaménagement dans la territorialisation de l'offre. En effet comme le décrit la représentante de l'EPSM Esquirol à Limoges, le développement d'une politique santé mentale communautaire s'est opérée par la mise en place de centre de proximité en santé mentale (CPSM) avec une logique d'appui à partir des hôpitaux de proximité (ex hôpitaux locaux). Le secteur n'existe plus comme entité géographique mais il s'agit de fonctionner par bassin de vie.

La multitude d'acteurs exprimée lorsqu'il est évoqué la santé mentale communautaire appelle de la part des professionnels la nécessité de pouvoir opérer un travail de clarification d'intervention de chacun : la représentante de l'ARS Bretagne déclare « tout le monde ne peut pas tout faire mais doit être en capacité d'orienter ». Cela rejoint la position exprimée par l'élue de Porto Vecchio qui souhaitait savoir rapidement où se trouve l'offre nécessaire.

Associés à la santé mentale dans la communauté, les personnes auditées mentionnent la population générale (« vous, moi, il, elle ») ou des publics cibles :

Les professionnels de santé soulignent par ailleurs que la santé mentale communautaire intègre les personnes présentant des troubles psychiques avérés ainsi que les solutions de prise en charge dépassant le seul volet médical.

Pour les professionnels du social, le public ciblé est « avant tout en situation de précarité » ou bien présentant « des troubles psychiques, mal être, dépression ».

Cette association santé mentale dans la communauté et « public avant tout précaire » par les professionnels du social replace la question des liens entre inégalités sociales et justice sociale et trouve un écho dans les propos de Pierre Aïach (Demailly L.,Autes M., 2012) « force est de

constater que les orientations de la pensée médicale sur les troubles psychiques peinent à prendre en compte l'environnement social dans la genèse des maladies ».

Le médecin généraliste associe à la santé mentale deux publics spécifiques : les femmes isolées et les personnes âgées.

La représentante des usagers souligne un public précis : celui des familles qu'il convient de pouvoir soutenir et accompagner.

Lors de l'évocation du public associé à la santé mentale communautaire, les professionnels du social et de l'insertion ajoutent la stigmatisation de la maladie mentale. Le travail dans la communauté semble être aussi celui de déconstruire certaines représentations ou difficultés que les personnes et leur entourage familial rencontrent au quotidien. A ce « c'est quelque chose d'imbriquer dans la vie quotidienne » évoqué par la directrice de la mission locale, des réticences sont encore présentes, « Il est plus facile de parler de jambes cassées ». A ce patient « pas comme un autre » perçu par les soignants de la clinique, la difficulté d'en parler se traduit par le recours à une sémantique différente « on parle de problème d'alcoolisme plutôt que de trouble psychique ».

L'implication des élus n'est pas mentionnée explicitement par les personnes rencontrées à Porto-Vecchio. Seule la conseillère municipale de Porto-Vecchio déléguée à l'insertion souligne que la santé mentale constitue un enjeu politique.

Les dispositifs conseils locaux de santé mentale sont méconnus de la part des personnes auditées mais sur la base des objectifs qu'ils poursuivent, toutes reconnaissent l'utilité d'un tel outil et se déclarent partie prenante pour s'engager à collaborer au sein de cet espace de travail.

Les entretiens localement ont permis d'identifier à travers la pratique des acteurs la dimension de la santé mentale communautaire rejoignant tout ou partie ce que résume le médecin psychiatre du CMP de Porto Vecchio « La santé mentale communautaire intègre les différents troubles psychiques avérés et l'ensemble des solutions de prise en charge. Il faut resserrer les liens entre le service de psychiatrie traditionnel et les intervenants extérieurs ».

Présentés ultérieurement, la recherche documentaire et l'analyse exploratrice des 4 Programmes Régionaux de Santé apportent des éclairages complémentaires.

Ainsi, pour la Conférence Nationale de la Santé (CNS), la santé mentale ne constitue pas un champ déterminé.

La Conférence Nationale de la Santé dans son Avis du 5 avril 2012 portant sur la méthode de la nouvelle génération de plans de santé publique et sur le projet de plan psychiatrie et santé mentale dans sa version du 10 janvier 2012 n'affirme t'elle pas que « Le champ du plan n'apparaît pas clairement défini. S'agit il d'un plan prenant en compte les enjeux de santé publique que représente la santé mentale en population générale, ou bien un plan maladies psychiatriques , les deux ne se recouvrant que partiellement ».

Toujours dans son avis du 5 avril dernier, à propos du projet national du plan psychiatrie et santé mentale, la Conférence Nationale de Santé n'y voit en effet qu'un cadre de référence, une déclaration d'intentions louables sans ligne de conduite, conceptions clarifiées ni objectifs opposables. « Ces objectifs généraux sont présents depuis quinze ans dans les rapports successifs et plan psychiatrie de santé mentale », se désespère la CNS, plaidant pour des éléments de méthode et un guide d'opérationnalité.

Par ailleurs, le rôle des contrats locaux de santé est insuffisamment mis en exergue, tout comme les besoins de prise en charge et d'accompagnement des enfants et adolescents. La CNS déplore également que les responsabilités nationales ne soient pas clairement énoncées, l'organisation de la recherche et de l'évaluation en psychiatrie et santé mentale non précisée. En outre, les travaux précédemment effectués par le Haut Comité à la Santé Publique(HCSP) ou la Cour des comptes ne sont nullement évoqués, s'étonne la CNS, qui constate aussi qu'il n'y a "aucune donnée sur la prévalence, sur l'incidence des maladies psychiques, et seulement vingt lignes sur l'enjeu que représentent la psychiatrie et la santé mentale".

La CNS réclame donc "un dispositif d'élaboration d'une version V1 du plan" et juge "opportun" que les retours d'expériences formulés par les ARS constituent "un programme régional de psychiatrie et santé mentale". Enfin, la CNS réitère son vœu de voir "prochainement" élaborée une loi d'orientation et de programmation en santé mentale.

Une posture plus critique s'exprime dans le rapport Millon (Rapport d'information n°249 session ordinaire de 2012 2013 enregistré à la présidence du Sénat le 19 décembre 2012.) « Il convient donc d'interroger la popularité actuelle du concept de santé mentale, qui s'allie souvent à une contestation de la psychiatrie comme thérapeutique.

L'analyse des projets régionaux de santé permet de mieux appréhender l'intégration de la santé mentale par les autorités régionales de planification que constituent les ARS.

Ces projets de premières générations sont apparus pertinents pour réaliser sur quatre d'entre eux une analyse exploratoire, cette dernière permettant d'identifier des points d'appui pour les démarches de programmation tels qu'ils pourraient apparaître à travers la rédaction de ces documents administratifs.

4.2.L'analyse des quatre Projets Régionaux de Santé

4.2.1. Le Projet Régional de Santé : la feuille de route de la politique régionale de la santé

Mais avant d'engager cette présentation, un rappel est proposé sur le nouveau cadre de planification tel que défini par la loi Hôpital Patients Santé et Territoires portant création entre autres des Agences Régionales de Santé et des Projets Régionaux de Santé.

Le Projet régional de santé (PRS), vise à déterminer les priorités des politiques de santé en région, dans les différents champs hospitalier, ambulatoire, médico-social et de prévention, au plus près des besoins de la population et donc dans une logique territoriale.

Le Projet Régional de Santé est constitué :

- d'un plan stratégique régional de santé, qui fixe les orientations et objectifs de santé pour la région : à partir de l'évaluation des besoins de la population et de l'analyse de l'offre existante dans les domaines de la prévention, du soin, du handicap et de la perte d'autonomie. Il a vocation à arrêter les objectifs et orientations pluriannuels de santé pour la région et doit prévoir la coordination avec les autres politiques ayant des répercussions sur les déterminants de santé,
- de trois schémas régionaux de mise en œuvre en matière de prévention, d'organisation de soins et d'organisation médico-sociale,

- de quatre programmes déclinant les modalités spécifiques d'application de ces schémas : le programme de télémédecine, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis, le programme interdépartemental d'accompagnement de la perte d'autonomie, le programme de gestion du risque.

Outre les dispositions portant définition des projets régionaux de santé, il apparaît aussi pertinent de porter une attention sur les dispositions réglementaires sur la santé mentale et la planification.

A ce jour, réglementairement, seule la psychiatrie est mentionnée et donc reconnue en tant que tel. Ainsi les articles L. 1434-9 de la loi Hôpital Patients Santé et Territoires et R.1434-4 du décret portant définition du Projet Régional de Santé disposent d'une reconnaissance de l'activité de psychiatrie.

Pourtant, une première amorce d'une affirmation d'une politique santé mentale a été tentée avec la création en 2005 des commissions régionales de concertation en santé mentale par décret 2005-434 du 06 mai 2005 mais abrogé le 01^{er} avril 2010. Ainsi au sein de chaque région, une commission réunissant l'ensemble des acteurs intervenant en santé mentale peut formuler toute proposition relative à l'offre de soins et de prévention.

4.2.2. La place de la santé mentale à lecture de quatre PRS

La santé mentale est devenue, après le plan 2005-2010, l'un des cinq domaines stratégiques dont le ministère, notamment au sien du comité national de pilotage des agences régionales de santé, considère qu'ils doivent structurer l'ensemble des projets régionaux de santé autour des principes de continuité des parcours de soins, de maintien à domicile et de territorialisation des prises en charge. (Rapport L'organisation des soins psychiatriques Cour des Comptes 2011)

A ce titre, ces cinq domaines constituent des priorités à relayer au niveau des projets régionaux de santé.

- Une affirmation hétérogène d'une politique régionale de santé mentale

Ainsi, l'ensemble des quatre projets régionaux de santé reprend ce domaine mais celui-ci est mentionné différemment. Au niveau du Plan Stratégique Régional de Santé, trois formulations sont recensées

- Santé mentale et addictions
- Préserver la santé mentale
- santé mentale (pour deux Plans Stratégiques Régionaux de Santé)

Dans le cadre des Schémas Régionaux d'Organisation des Soins, au vu de la réglementation reconnaissant l'activité de psychiatrie, deux projets régionaux de santé reprennent la mention psychiatrie. Deux projets Régionaux de Santé élargissent la psychiatrie à la santé mentale parmi l'un de ces deux projets régionaux de santé, la santé mentale constitue une thématique transversale à l'ensemble des domaines (prévention, sanitaire et médico-social).

Pour les autres projets régionaux de santé, la santé mentale est appréhendée par les troubles psychiques (pour les schémas régionaux d'organisation médico-sociaux) et par la souffrance psychique ou prévention du suicide pour le schéma régional de prévention et le programme régional d'accès à la prévention et aux soins.

Globalement, la gouvernance de la santé mentale ne s'appuie pas sur des comités ou commissions régionale dédiée : seule une région- l'ARS PACA - dispose d'une commission spécifique réunissant l'ensemble des acteurs de la santé mentale.

- Une politique marquée par un cloisonnement entre la prévention, le sanitaire et le médico-social

Bien que deux projets régionaux de santé ciblent la santé mentale en mode parcours (PRS Bretagne et PRS PACA), il n'en demeure pas moins que la transversalité et par conséquent une réelle planification dans toutes ses composantes n'est pas constituée.

Ainsi, les équipements sanitaires inscrits dans le schéma régional d'organisation des soins ne sont pas reliés pour 3 PRS. En témoigne la mention utilisée : santé mentale /psychiatrie pour les SROS, handicap psychique pour les SROMS et prévention de la souffrance psychique ou de la crise suicidaire pour les schémas régionaux de prévention.

Néanmoins, l'introduction des modes parcours santé amène quelques éléments de réflexion permettant de dépasser ce cloisonnement avec l'objectif de pouvoir opérer des reconversions de moyens relevant du domaine sanitaire au profit du domaine médicosocial. L'implication recherchée du premier recours est ainsi citée dans le volet ambulatoire de deux schémas régionaux d'organisation des soins. (PRS PACA et PRS Bretagne)

- Une politique de santé mentale appréhendée partiellement

Au-delà du cloisonnement constaté infra, si les projets régionaux de santé retiennent la santé mentale comme priorité, en revanche, la définition même de la santé mentale semble être attachée à chaque région.

Le développement des compétences psycho-sociales constitue un objectif des schémas de prévention.

L'empowerment n'est cité dans aucun PRS ; la réinsertion apparaît dans deux programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRS Limousin et PRS PACA).

Néanmoins, il convient de relever pour l'ensemble des projets régionaux de santé la dimension formation des personnels soignants, éducatifs, sociaux. La formation constitue un objectif et est édictée en tant que tel au sein de l'ensemble des schémas et programmes.

En prenant pour appui le CMP comme structure pivot de la prise en charge, les projets régionaux de santé et particulièrement les schémas régionaux d'organisation des soins s'inscrivent dans cet objectif. Toutefois, les modalités opératoires ne sont pas mentionnées à l'exception du PRS Pays de Loire. Ce dernier précise l'atteinte de l'objectif par redéploiement du secteur hospitalier vers l'ambulatoire.

- La participation des usagers

La prise en compte des usagers est intégrée dans l'ensemble des projets régionaux de santé; elle est diversement affirmée : certains projets régionaux de santé formulent la prise en compte des usagers comme une orientation stratégique qui se déploie dans l'ensemble des schémas et programmes (PRS PACA et PRS Pays de Loire); d'autres ne reprennent pas cet objectif dans les schémas.

Toutefois, seulement un PRS (PACA) érige en objectif le développement d'actions de stigmatisation pour lutter contre la maladie mentale.

Quant à l'évaluation participative, elle est présente pour seulement deux projets régionaux de santé (PRS Pays de Loire et PRS Limousin).

- La coordination des politiques publiques ayant un impact sur la santé constitue une priorité pour l'ensemble des projets régionaux de santé.

En référence à la définition de la santé mentale de l'OMS et à l'aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque, les projets régionaux de santé ciblent la nécessité de pouvoir en lien avec les différentes institutions d'opérer des interactions sur les politiques publiques ayant un impact sur la santé.

Cette coordination est affirmée dans les plans stratégiques régionaux de santé et reprises dans l'ensemble des composants du Projet Régional de Santé avec néanmoins quelques nuances.

Elle est reprise dans les schémas régionaux de prévention et dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes vulnérables avec la nécessité de pouvoir agir certes sur la prévention mais aussi sur les déterminants ayant un impact sur la santé : logement, travail, environnement.

Toutefois, la coordination notamment entre les domaines sanitaire et médico-social n'est pas présente dans les schémas régionaux de l'organisation des soins et le schéma régional médico-social.

Sur le mode opératoire, cette coordination se traduit par le soutien au développement de conseil local en santé mentale pour deux projets régionaux de santé (PACA et Pays de Loire).

Les commissions de coordination des politiques publiques telles que prévues par les dispositions réglementaires générées par la loi HPST devraient se saisir de cet objectif pour mettre œuvre la politique inter-sectorielle mentionnée.

Le rôle de l'agence est ici déterminant pour assurer l'atteinte de cet objectif.

- La territorialisation bien cernée

Trois PRS intègrent le secteur et son périmètre géographique comme le lieu de déploiement d'une politique santé mentale. Ainsi, le secteur se voit conforter dans cette approche et constitue le territoire privilégié pour opérer les coordinations des politiques publiques. Le Limousin ayant retenu le bassin de vie comme périmètre géographique.

Fort de ce constat, il est pertinent alors de rejoindre l'argumentaire de Patrick Chaltiel écrivant : « La santé mentale comme une étape supplémentaire de réalisation de la psychiatrie de secteur. La santé mentale ne vaut que là où le secteur a été réalisé dans toutes ses exigences de base. » (Chaltiel P, 2004).

4.3. Les éléments de contexte du contrat local de santé de Porto-Vecchio

Le déploiement du Projet Régional de Santé vise à ancrer au cœur des territoires la politique régionale de la santé dans l'ensemble des domaines (prévention, soins, médico-social) poursuivant la finalité de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Pour ce faire, une démarche pragmatique visant à repérer des micro-territoires d'opportunités (à savoir la mobilisation des acteurs, création d'un projet de maison de santé pluriprofessionnelle, présence d'une dynamique micro locale sur une thématique santé) a été proposée aux élus dans l'objectif de pouvoir élaborer un contrat local de santé.

Porto-Vecchio a ainsi été repéré en raison de difficultés d'accès aux soins, d'une mobilisation des acteurs médicaux, sociaux et des élus et s'est donc engagée dans une démarche de contrat local de santé.

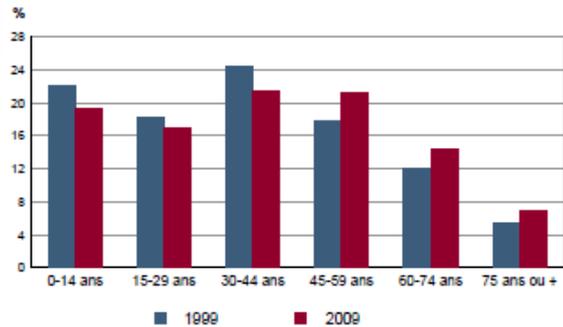
Porto-Vecchio, 12 000 habitants présente une population en constante augmentation depuis 2009.

POP T3 - Population par sexe et âge en 2009

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	5 483	100,0	5 522	100,0
0 à 14 ans	1 121	20,4	992	18,0
15 à 29 ans	932	17,0	943	17,1
30 à 44 ans	1 146	20,9	1 203	21,8
45 à 59 ans	1 169	21,3	1 162	21,1
60 à 74 ans	816	14,9	770	14,0
75 à 89 ans	281	5,1	393	7,1
90 ans ou plus	18	0,3	59	1,1
0 à 19 ans	1 458	26,6	1 311	23,7
20 à 64 ans	3 239	59,1	3 275	59,3
65 ans ou plus	786	14,3	936	17,0

Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

POP G2 - Population par grande tranche d'âge



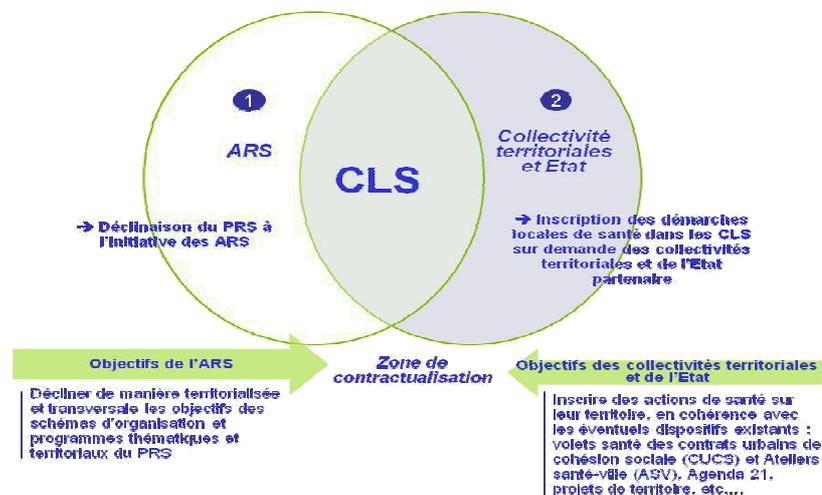
Sources : Insee, RP1999 et RP2009 exploitations principales.

Tableau 2 Population par âge et par sexe

Tableau 3 Population par tranche d'âge

Le portrait de santé (démographie, offre de santé, recours aux soins) du micro-territoire de Porto-Vecchio est annexé (annexe 4).

Les objectifs recherchés du contrat local de santé visent à pouvoir d'une part fédérer les énergies micro-locales, amplifier les politiques ayant un impact sur la santé et mener une approche globale de la santé et d'autre part à cibler des thématiques prioritaires régionales de santé correspondant aux besoins du micro-territoire identifié.



Graphique 1 Elaboration des contrats locaux de santé (Comité National de Pilotage des ARS)

L'ARS a mené l'animation des travaux à partir d'une méthodologie pragmatique et participative permettant à l'ensemble des acteurs concourant à la santé de pouvoir s'exprimer (note méthodologique en annexe 5).

Ainsi, pour Porto-Vecchio, le contrat local de santé comporte cinq axes stratégiques :

- Agir pour la santé des jeunes
- Prévenir les grossesses non désirées
- Réduire les inégalités sociales et territoriales de santé
- Promouvoir la santé mentale
- Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Chaque axe donne lieu à des objectifs opérationnels et à des fiches actions.

Le tableau ci-joint expose les actions inscrites correspondant à l'axe stratégique promouvoir la santé mentale :

Promouvoir la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Créer un conseil local de santé mentale - Renforcer le dépistage et la prise en charge des troubles dyslexiques - Créer un dispositif de médiation interculturelle pour favoriser l'accès aux droits, la confidentialité et le secret professionnel - Favoriser l'autonomie des personnes en souffrance psychique - Proposer un diagnostic précoce de repérage des troubles psychiques
-----------------------------	--

Tableau 4 Objectifs du contrat local de santé de Porto-Vecchio portant sur la santé mentale

L'ARS a donc pu susciter et impulser une démarche de contrat local de santé intégrant la promotion de la santé mentale.

La démarche implique l'ensemble des acteurs des différents champs (prévention, sanitaire et médico-social). Le centre hospitalier départemental de Castelluccio disposant du service de psychiatrie est partenaire du contrat local de santé ; les équipes du CMP de Porto-Vecchio ayant pleinement contribué aux travaux du contrat.

Ainsi, il apparaît pertinent de pouvoir exposer le projet médical du Centre Hospitalier Castelluccio, le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyen, et s'attarder sur la partie relative à la santé mentale mais dénommée dans le document psychiatrie.

- Le Centre Hospitalier de Castelluccio

Tableau 5 Centre hospitalier de Castelluccio données PMSI 2010 pour une capacité de 176 lits

Nbre journées hospitalisation complète	DMS	Nbre patients hospitalisés à temps complet	Nbre patients hospitalisés à temps partiel	Nbre de patients en ambulatoire
73 606	63.03	1 010	525	4650

(source e-pmsi)

Selon les données de l'établissement pour 2012, l'activité de psychiatrie infanto juvénile le CMP de Porto Vecchio a enregistré pour l'année 2012 une file active de 338 patients dont 157 nouveaux.

La file active adultes sur le territoire de Porto-Vecchio est de 520 patients.

Tableau 6 Effectifs en ETP du centre hospitalier de Castelluccio en 2010

	Pôle adulte	Pôle enfant
Médecins	14	5,6
Infirmiers	177	48
Aide soignants	52	7
Socio éducatifs	7	7,5
Administratifs	90	21,5
Psychologues	7	5

(Source Rapport d'activité CHD Castelluccio)

Effectifs sur le territoire de Porto Vecchio 2013

	Adultes	Enfants
Médecins	1	0,5
Infirmiers	6	2
Psychologue	1	1,7
Psychomotricien		1
Orthophoniste		0,6
Secrétaire	1	1

vacations*

Art Thérapeute*

Orthophoniste*

Source : données déclarées par le CMP

- Le projet d'établissement

Il est constitué autour de trois disciplines mentionnées ainsi : psychiatrie, oncologie et services de soins de suite et réadaptation polyvalent.

Chacune des parties est articulée autour d'axes stratégiques. Pour la psychiatrie, quatre axes stratégiques sont posés donnant lieu pour chacun à une série d'objectifs stratégiques et opérationnels :

Axe 1 : Réinventer une psychiatrie en prise avec une société en mutation

Axe 2 : Aboutir au Projet de Soins Personnalisé

Axe 3 : Mettre en œuvre une politique des ressources humaines innovantes

Axe 4 : Intégrer les évolutions technologiques des systèmes de traitement de l'information dans nos modes de prise en charge

Concernant l'axe 1, la question de la planification et en particulier de la détermination du nombre de lits constitue le premier objectif . Le raisonnement du développement de modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète visant ainsi à réduire le nombre de lits et renforcer les équipes mobiles, les structures alternatives à l'hospitalisation complète est toutefois à relativiser face à une argumentation portant sur une analyse prospective mettant en évidence un accroissement de la prise en charge hospitalière.

La réduction du nombre de lits ne sera effectif que si les structures ou modalités de prise en charge créées par redéploiement sont opérationnels souligne le projet d'établissement.

Au-delà de la planification, plusieurs objectifs visent des populations cibles : la personne âgée, les publics vulnérables avec la création de dispositifs spécifiques.

Viennent ensuite des objectifs liés à la recherche d'une meilleure coordination avec le secteur médico-social (création d'un groupement de coopération entre la psychiatrie et le secteur médico-social) et à des modalités de prise en charge : les urgences psychiatriques, l'hospitalisation à domicile, la création d'une Maison d'Accueil Spécialisé et la prise en charge micro-régionale.

La coordination entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie, la prise en charge des pathologies spécifiques constituent plusieurs objectifs opérationnels.

La mobilité des équipes est citée en cinquième position avec les mentions d'objectifs opérationnels visant à créer des équipes mobiles dédiées comme suit :

- Créer une unité mobile de prise en charge
- Renforcer les CMP par la présence d'unités mobiles
- Renforcer l'unité mobile d'actions psychiatriques envers les personnes précaires en termes de moyens humains et matériels

Viennent ensuite des objectifs visant à accéder à un renforcement du plateau technique.

L'organisation d'une activité sportive dans la prise en charge psychiatrique est mentionnée en septième rang. Il s'ensuit des objectifs relatifs à la sécurité et l'adaptation des locaux.

Les objectifs visant l'amélioration de la communication interne et le développement d'une culture qualité clôturent cet axe 1.

L'axe 2 « Aboutir au projet de soins personnalisé » vise à déployer des actions incluant « les facteurs de réhabilitation pour faire du patient un citoyen à part entière ». Cet axe insiste sur la nécessité d'élaborer pour les patients un projet de réinsertion sociale (création de Centre d'Aide par le Travail) et de participer à l'attribution du logement social.

La recherche de l'implication du patient et de sa famille constituent 4 objectifs opérationnels.

- Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Outre le projet médical, le CPOM⁴ constitue le document contractuel liant l'ARS et l'établissement de santé en l'occurrence le CHD Castelluccio et permet l'allocation des ressources en fonction des objectifs.

Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens de l'établissement est constitué de plusieurs axes dont les suivants marquant un intérêt pour le développement d'une politique santé mentale dans la communauté :

- Mettre en œuvre les principales orientations du projet d'établissement
- Préserver et approfondir le dialogue social, afin d'obtenir l'adhésion des partenaires sociaux et des personnels à la démarche de changement, sans heurt ni conflits majeurs.
- Mettre en place les réponses issues du projet médical, afin de parvenir à un accueil ciblé en santé mentale en ayant une attention particulière aux structures « amont », de type prévention et dépistage et « aval », comme les appartements thérapeutiques, ou autre réponse alternative.
- Poursuivre la complémentarité dans le champ de la santé mentale, avec l'établissement de santé voisin, le Centre Hospitalier d'Ajaccio ainsi qu'avec l'ensemble des établissements de corse, en concordance avec le PRS.

Ces éléments documentaires, si ils marquent une orientation vers une pratique de proximité, ne donnent pas d'objectifs quantifiés au regard des activités ambulatoires ainsi générées. Cela révèle des résistances ou réticences à s'engager dans cette voie dans un contexte de gestion des effectifs très contraint.

⁴Contrat par lequel un organisme gestionnaire d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux s'engage auprès d'une autorité de tarification sur une période pluriannuelle pour, en fonction des objectifs d'activité poursuivis par ses établissements, bénéficier d'allocations budgétaires correspondantes

4.4. Les difficultés identifiées

Au cours des entretiens, plusieurs difficultés sont identifiées.

4.4.1. Les pratiques des professionnels

La méconnaissance des missions des différents acteurs et la logique propre poursuivie par chacun d'entre eux génèrent des résistances et peuvent d'une certaine manière compromettre la mise en œuvre de solutions de prise en charge. Cette méconnaissance peut dans certains cas renvoyer à un système concurrentiel d'où une certaine réticence à effectuer des orientations. Il s'agit de pouvoir amener le raisonnement suivant illustré par l'ARS Bretagne « tout le monde ne peut pas tout faire mais doit être en capacité d'orienter ».

Les entretiens démontrent par ailleurs une absence de travail en coopération entre les professionnels de santé compromettant la prise en charge multi-disciplinaire : « Chacun renvoie la responsabilité à l'autre. Les rôles et interventions de chacun ne sont pas clarifiés » expriment les représentantes de la PMI.

La représentante de l'URPS Infirmiers souligne aussi le souhait de s'impliquer davantage dans la santé mentale mais l'absence de lien avec le secteur ne favorise pas la coopération.

La coopération médecin généraliste / médecin hospitalier est variable : le médecin généraliste audité déclare avoir des informations de la part du CMP quant à ses patients mais ne reçoit aucune information lorsqu'il y a hospitalisation complète.

Cette difficulté d'avoir la posture « être partenaire » pour reprendre les recommandations développées par l'OMS⁵ rend de fait une offre de santé cloisonnée avec la crainte exprimée par la directrice de la mission locale de veiller à « ne pas se sentir enfermé dans le ghetto de la santé mentale ».

Les pratiques des professionnels renvoient aussi à la formation.

Pour la formation, il est constaté au plan national un nombre insuffisant de psychiatres universitaires pour la mettre en œuvre de même que l'absence de levier régional sur la formation initiale et le Développement Professionnel Continu.

⁵ Conférence d'Helsinki recommandations santé mentale communautaire

Néanmoins, cela interroge aussi sur les pratiques des professionnels de la psychiatrie.

Si actuellement, la France dispose-comparativement à d'autres pays- d'une densité importante de psychiatres, la politique de secteur n'a pas toujours produit les « effets de proximité » pour lesquels elle avait été initialement pensée. Certains cliniciens notent que l'ouverture sur la ville aurait supposé des changements dans la manière de concevoir et de pratiquer la clinique ; or, la transposition des pratiques hospitalières et de leurs référents en ville n'aurait fait que déplacer des normes et des fonctionnements (exigence d'une demande de soins) sur des territoires où ils auraient rencontré les mêmes résistances et les mêmes difficultés d'accès que celles qui se manifestent à l'égard de l'hôpital.

(Santé mentale ville et violences 2004 - 340 pages éditeur Eres)

De la même manière plus de trente ans plus tôt, Franco Basaglia apportait les commentaires suivants :

« En France, au-delà des expériences d'ouverture de l'hôpital psychiatrique, on a créé la psychiatrie de secteur, c'est-à-dire une organisation où l'équipe psychiatrique soigne les personnes sur le territoire, mais en réalité, transporte à l'extérieur de l'asile, la logique psychiatrique asilaire. » (Basaglia F, 1979)

Ces deux commentaires soulignent la résistance aux changements, il semble pertinent de pouvoir mener une réflexion sur la formation des futurs psychiatres ainsi que de l'ensemble des personnels soignants.

Pour autant des postures davantage militantes se manifestent. Si localement le praticien est convaincu de la démarche, il succède à une pratique hospitalocentrée ayant installée des repères professionnels différents.

Des conflits idéologiques s'expriment aussi par la voix de la confédération des praticiens des hôpitaux qui défend la spécificité de la psychiatrie publique contre la dérive gestionnaire repenser l'organisation du secteur psychiatrique :

« Opposition entre la complexité de la prise en charge la réalité concrète des soins apportés par la parole avec les supports de la valorisation de l'activité en psychiatrie en souhaitant profondément réformer la Haute Autorité de Santé, selon des critères se référant aux sciences humaines et non plus à la médecine de la preuve (evidence Based médecine anglo-saxonne) ».

Il est mentionné par un directeur d'établissement que les leaders médicaux sont nécessaires pour produire la démarche. La présidente de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Castelluccio estime que la priorité est le recrutement de praticiens hospitaliers. Les réorganisations ne sont envisageables que si elles n'induisent pas de réduction d'emploi.

Le leadership s'incarne davantage sur le praticien exerçant sur le territoire de l'arrondissement de Sartène dans lequel se situe Porto Vecchio.

4.4.2. La stigmatisation de la maladie mentale

La stigmatisation de la maladie mentale constitue une difficulté à plusieurs titres : d'une part, la maladie mentale peut faire peur ce qui peut générer de la part de la personne usager un isolement et un non recours aux dispositifs de prise en charge. D'autre part, cette stigmatisation peut aussi nuire à l'élaboration de partenariats socio-professionnels et générer un retard aux soins ainsi exprimé par un travailleur social: «Le médecin généraliste peut avoir le souci de ménager la famille et peut tarder à passer la main au spécialiste ».

4.4.3. L'absence de visibilité des structures et les difficultés d'accessibilité

Les structures extra-hospitalières souffrent d'une absence de visibilité. Les dispositifs de prise en charge sont méconnus en témoigne l'entretien avec la représentante de l'URPS infirmières mentionnant que l'hôpital est un acteur connu et reconnu de la santé mentale alors que les structures extra-hospitalières sont méconnues engendrant une absence de dépistage précoce voire de prise en charge ne sachant pas auprès de quel acteur s'adresser. Cette mauvaise perception est retrouvée auprès de la directrice de la mission locale.

Cette méconnaissance des structures extra-hospitalières renvoie d'une part au constat établi par la Cour des Comptes (Cour des Comptes, 2011):

« Il manque aujourd'hui une réelle visibilité du secteur pour les généralistes et la population »

Cette absence de visibilité du secteur renvoie aussi à une difficulté juridique du secteur.

4.4.4. Le statut du secteur

Dans l'état actuel du droit le statut du secteur peut paraître « flou ».

Le secteur psychiatrique est dans une position juridique particulière : remis en cause par une ordonnance, il est re-mentionné dans une loi quelques mois plus tard.

Dans l'état actuel du droit, les structures extra hospitalières faisant partie de l'offre de soins en psychiatrie n'ont plus ni définition, ni cadre d'organisation, hors l'article L. 3221-4 du Code de la santé publique.

A la suite de la loi hôpital Patients, santé et territoires du 21 juillet 2009, l'ordonnance n°2010-137 du 23 février 2010, (article L 3221-4 du code de la santé publique), remet en cause le secteur psychiatrique.

Or la loi du 5 juillet 2011 sur l'hospitalisation sans consentement évoque-elle une « coordination avec la sectorisation psychiatrique ».

De plus, le secteur demeure la référence dans le guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale diffusé par le centre national de solidarité et de l'autonomie en juillet 2011 et élaboré avec le concours de la direction générale de la cohésion sociale et d'agences régionales de santé.

Par ailleurs, l'article L 3221-4 du code de la santé publique attribue aux établissements la responsabilité de la mise en œuvre de la politique de secteur et maintient la responsabilité du « secteur ». (Rapport Couty Missions et organisation de la santé mentale 2009)

A ce flou concernant le secteur, s'ajoute aussi le constat établi par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique ou la prise en charge reste très hospitalo-centrée. (Codelfy, Le Fur, Lucas-Gabrielli, Mousques, 2009).

4.4.5. L'allocation des ressources financières

La Conférence Nationale de Santé dans son avis du 5 juillet 2012 à propos du projet de plan psychiatrie et santé mentale que les responsabilités au niveau national ne sont pas clairement énoncés.

Ainsi, la Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie a-t-elle publié dans son numéro de juin 2012 son rôle dans la mise en œuvre du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 illustrant un cloisonnement et contournant ainsi une programmation unifiée où des éventuels complémentarités entre le sanitaire et le médico-social pourraient être mises en œuvre.

Une coordination des administrations centrales et des caisses nationales doit être recherchée afin de faciliter le déploiement d'une politique santé mentale communautaire et permettre d'élaborer un programme national dont l'ensemble des acteurs pourrait concourir dans leurs domaines de compétences respectives. Cette coordination nationale, en référence à la recommandation du rapport Couty pourrait donner lieu à une délégation inter ministérielle rassemblant ainsi les acteurs et donnant lieu à une programmation unifiée.

La représentante de l'administration centrale confirme la difficulté de transfert des enveloppes sanitaires de l'assurance maladie vers des financements médico-sociaux et sociaux qui relèvent de l'Etat et des Conseils.

Il en est de même quant à l'absence de remboursement des consultations de psychologue et d'infirmier en psychiatrie pour les soins ambulatoires.

Au plan national, la répartition des moyens ne permettent pas aujourd'hui de pouvoir engager un développement des structures alternatives à l'hospitalisation. D'ailleurs, ce développement de réponses alternatives à l'hôpital a globalement échoué selon Magali Coldefy (maître de recherche à l'institut de recherche et documentation en économie de la santé irdes) qui attribue aux moyens insuffisamment utilisés jusqu'en 1980, le manque de conviction des chefs de secteur ; puis à leur suppression, en raison de restriction budgétaire

La question des moyens mobilise l'ARS qui dispose depuis 2012 d'un Fonds d'Intervention Régional (FIR). Celui-ci vise à apporter davantage de transversalité dans la prise en charge des projets par les ARS. Le FIR regroupe un certain nombre d'enveloppes pré-existantes telles que :

- Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
- Le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
- Les missions d'intérêt général
- Les crédits de prévention Etat et Assurance Maladie relevant des ARS

Les ARS reçoivent ces enveloppes, décident des actions et des expérimentations pouvant être prises en charge par le FIR. Ces actions doivent s'inscrire en cohérence avec le PRS.

Cette souplesse initialement voulue par l'administration centrale aux ARS se révèle de plus en plus rigide puisque la part des crédits directement pré-fléchés par le ministère de la santé est de plus en plus élevée. Cette évolution affaiblit les marges de manœuvre disponibles pour les ARS et rendent délicate la réalisation d'expérimentations.

4.4.6. Les coopérations

Les coopérations entre établissements de santé constituent des leviers pour permettre de mutualiser certaines fonctions et certaines compétences.

Concernant l'offre sanitaire, la représentante de l'administration centrale note la difficulté à créer des Groupement de Coopération Sanitaire du fait d'une lourdeur administrative, du manque d'information des professionnels de la psychiatrie sur ces dispositifs ainsi que la difficulté parfois d'identifier les moyens propres à mutualiser au vu de l'intrication des activités d'hospitalisation et ambulatoires.

En ce qui concerne les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) « psychiatriques », celles ci ne peuvent voir le jour que si elles regroupent l'ensemble de l'activité des établissements, ce qui constitue un frein important en matière de coordination.

Avec le temps, les coopérations entre les professionnels vont devoir s'imposer, contraints par une démographie défavorable et un besoin de soins qui demeure constant déjà. Il est difficile de trouver des infirmières domiciliées à Porto Vecchio pour participer aux prises en charge dans la cité.

4.4.7. L'observation et l'évaluation partagée

Les supports d'information traduisant l'activité et davantage encore l'impact sur la qualité de vie des personnes et des aidants ne sont pas au « format » du champ de la santé mentale communautaire. De plus, comme l'évoque le représentant de la Direction générale de la santé, les attentes des ARS sont plutôt orientées vers les normes, la définition nationale de

cahier des charges concernant les réseaux, les conseils locaux en santé mentale et l'activité de soins à domicile, de même elles perçoivent insuffisante la description des activités des CMP, CATTP, HJ,... des arrêtés de 1986.

Selon la cour des comptes (2011) la santé mentale « consomme » 7% des dépenses de l'assurance maladie. L'appareil de mesure ne peut prendre en compte la santé mentale et ses déterminants faute d'indicateurs en santé mentale mais tente d'approcher les coûts par activités. Comme le souligne Claire Bélart olivier Dembinski pour le RIM-P relevé de l'information médicalisée en psychiatrie (La politique de santé mentale en France Page 99) (DEMAILLY D, AUTES M)« Les chiffres sont érigés en connaissances objectives et fonctionnent comme des abrégés qui incluent des jugements et justifient des choix stratégiques sans nécessité de se référer à la complexité du territoire, de l'établissement, du service ou du travail soignant. »

Le résultat de ces planifications successives se traduit selon la cour des comptes (Rapport 2011 Organisation des soins psychiatriques en France) par une répartition inégale des équipements et des ressources humaines en 2011 allant de 1 à 13 pour les lits de psychiatrie adulte. Le nombre de journée d'accueil et de soins dans la cité est –il 2 fois moindre que celui de journées d'hospitalisation.

La santé mentale dans la cité doit pouvoir bénéficier de travaux de recherche action sur l'évaluation partagée, sur l'observation au sein et avec la communauté.

A l'occasion des entretiens la dimension évaluative et l'observation n'ont pas été explicitement évoqué. L'approche CLSM semble être l'espace où un diagnostic partagé peut être posé.

4.5. Les leviers

De l'ensemble de ces éléments recueillis à partir des investigations, des leviers sont ainsi identifiés facilitant la mise en œuvre d'une stratégie de politique santé mentale communautaire. Il est proposé de regrouper ces éléments autour de quatre lignes de force :

- La gouvernance
- Les moyens
- Les pratiques professionnelles
- Le faire savoir

4.5.1. La gouvernance

- L'impulsion de la part des administrations centrales et régionales

Le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015 consacre des objectifs visant la lutte contre la stigmatisation de la maladie mentale, la création d'espace de travail réunissant l'ensemble des partenaires de la santé mentale (les conseils locaux de santé mentale) et le déploiement de programmes en faveur de la santé mentale (développement des compétences psycho-sociales). Ce plan même si la dénomination peut interroger à savoir psychiatrie et santé mentale comporte des axes facilitant le déploiement d'une politique santé mentale dans la communauté.

Parmi les actions des Projets Régionaux de Santé, en témoigne la lecture des quatre PRS retenus pour identifier la place de la santé mentale, le développement des Conseils locaux de Santé Mentale (avec mise en place d'appels à projet régionaux) et l'inclusion de la santé mentale dans les contrats locaux de santé ainsi que des actions de «dé-stigmatisation», en particulier dans le cadre de la Semaine d'Information en Santé Mentale sont mentionnés. Ainsi, un mouvement initiant l'émergence d'une politique santé mentale communautaire est constaté.

Selon la DGS certaines régions ont inscrit dans leur PRS la création d'un centre pour la réhabilitation-réinsertion, d'un centre de réhabilitation psychosociale, d'une plateforme régionale d'information sur la santé mentale et d'un centre pour la promotion des métiers de la psychiatrie et de la santé mentale.

Par ailleurs, en référence à la définition de la psychiatrie communautaire par Lise Demailly, Jean-luc Roelandt et Nicolas Daumerie et déjà mentionnée, des permanences d'accès aux soins et à la santé spécialisées en santé mentale sont créées dans des quartiers relevant d'un atelier santé ville – c'est notamment le cas des régions PACA et Limousin.

- Le projet politique : la stratégie nationale de santé et le renforcement de la logique territoriale

L'objectif prioritaire est d'améliorer la qualité des "parcours" de santé des Français, comme l'a déjà suggéré un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

(HCAAM) “La meilleure des voies, la plus révélatrice des évolutions à envisager du système de santé, est de réfléchir en termes de fluidité des parcours de soins et de santé”, note à cet égard Alain Cordier. Ce dernier préconise une “médecine de parcours”, qui inclue la prévention et une prise en charge appropriée à tous les âges de la vie”. Il s’agit ici de “développer de bonnes compétences au bon moment sur un territoire donné, pour que chaque personne (...) puisse trouver sur une aire géographique accessible une complémentarité d’offre de soins et d’accompagnement.”

Même si ces réflexions suscitent un questionnement : encore faudra-t-il savoir qui assurera cette médecine de parcours. Le médecin traitant ? Une équipe pluri-professionnelle créée pour la circonstance ?

Dans cette optique, il est pleinement envisageable de considérer la dimension du secteur comme confortée. La logique territoriale devenant une pierre angulaire du système de santé, des programmes territoriaux de santé mentale fédérant l’ensemble des acteurs relevant des politiques inter-sectorielles concourant ainsi à la santé mentale pourraient ainsi être mis en oeuvre – à l’image des recommandations du rapport Piel Roelandt (2001) portant sur le service territorial de psychiatrie et donnant lieu à un réseau territorial de santé mentale et au conseil territorial de santé mentale.

Selon E. Couty (Le pacte de confiance pour l’hôpital, février 2013), le secteur doit être conforté.

La dimension de santé mentale intégrée dans les PRS devrait être déclinée sur les territoires de proximité et constituer un volet des contrats territoriaux de santé.

Il convient en premier lieu de réaffirmer clairement que la prise en charge des maladies mentales, dans le cadre du parcours de vie des patients, est assurée sur un territoire de proximité défini par le secteur psychiatrique.

- Une volonté de parvenir à une planification unifiée

La réglementation ne permet pas actuellement une programmation unifiée réunissant ainsi la planification relevant des domaines sanitaire et médico-social. Néanmoins, certaines agences régionales de santé élaborent des stratégies permettant de réaliser une programmation

unifiée santé mentale à l'image de la région PACA avec la volonté de déployer un programme transversal à l'ensemble des domaines (prévention, soins, médico-social).

Cette nouvelle gouvernance vise à rapprocher les outils de planification sanitaire et médico-sociale afin de favoriser la complémentarité entre eux et permettre ainsi de disposer d'une programmation unifiée en santé mentale.

Cette programmation unifiée comprend aussi un volet ambulatoire intégrant les professionnels de santé libéraux (premier recours dont les médecins généralistes libéraux et les infirmiers libéraux) et la santé mentale. Les réflexions relatives aux formations des professionnels de santé en santé mentale notamment par le Développement Professionnel Continu pourront être inscrites dans ce volet. L'ensemble facilite la définition d'un parcours santé mentale en référence à la stratégie nationale de santé.

De même, certaines régions, en particulier le Limousin, ont investi dans la coopération sanitaire et médico-sociale afin de pouvoir parvenir à une meilleure complémentarité entre les structures et disposer d'une offre de service élargie et répondant davantage à une meilleure qualité de prise en charge.

Les outils de type Groupement de Coopération Sanitaire Médico-Sociale à l'image de celui porté entre autres par le Centre Hospitalier d'Esquirol de Limoges ont pu permettre par exemple de développer une filière psychotique déficitaire.

- L'implication des élus de proximité

« L'action publique en matière de santé mentale est un choix politique pour les élus qui y consacrent du temps et des moyens » (Autès p.136). (Demailly L.,Autes M., 2012)

Ainsi, la conseillère municipale de Porto-Vecchio cite « la santé mentale constitue un enjeu politique » et illustre un des ressorts de l'engagement en matière de santé mentale identifié par le rapport Maury Mossé, Daumerie, Roelandt, 2008)

« l'importance de l'expérience personnelle des acteurs (privée, professionnelle, de mandat) pour l'acquisition de connaissance pour l'action en matière de santé mentale »

- La légitimité de l'ARS

Les entretiens menés auprès des acteurs du micro-territoire de Porto-Vecchio reconnaissent le rôle de l'ARS comme capital pour permettre de déployer une politique de santé mentale communautaire.

L'ARS « est capable de mettre en lien tous les intervenants localement et comme payeur elle peut décider d'un cap » déclare le chef de service du SAMSAH.

Au-delà de la gouvernance institutionnelle, il semble aussi pertinent de présenter quelques leviers identifiés à partir de la gouvernance des établissements de santé.

La volonté des équipes du CMP de Porto-Vecchio à s'impliquer d'une part dans les travaux du contrat local de santé et du conseil local en santé mentale constitue un levier majeur.

4.5.2. Les moyens

Le projet médical du Centre Hospitalier de Castelluccio accorde plusieurs objectifs visant à déployer une politique santé mentale communautaire : la dimension aller vers est fortement mise en avant – même si les modalités de création d'équipes spécifiques sont retenues et risquent de desservir les dispositifs de droit commun. La contractualisation via le CPOM conclu entre l'établissement et l'ARS constitue une garantie de conforter la démarche.

Concernant les moyens, la valorisation de l'activité psychiatrique soulève débat. Un certain nombre de missions ne sont pas valorisées : temps de coordination, participation aux espaces de travail et d'échanges...Ainsi, serait-il provocateur d'écrire que la santé mentale communautaire ne se prête pas à la valorisation de l'activité telle que pensée actuellement ? Si la santé mentale communautaire ne se prête pas à cette valorisation, alors finalement, le système de dotation global de financement peut constituer un levier.

Le Fonds d'Intervention Régionale dans son objectif initial d'apporter davantage de transversalité dans la prise en charge des projets par les ARS est un levier incontournable pour impulser les projets et favoriser l'innovation.

4.5.3. Les pratiques des professionnels

L'adhésion à s'investir dans le conseil local de santé mentale de Porto-Vecchio témoigne de la volonté de l'ensemble des professionnels (social, sanitaire et médico-social) à travailler ensemble en multi-disciplinarité et rejoint ainsi la remarque émise par les docteurs Bernard Joli et Didier Charassin Le travail en commun produit une « accréditation réciproque » des différentes institutions qui y participent et renforce leur capacité d'intervention.

Le médecin généraliste interrogé insiste sur la nécessité de pouvoir développer de plus fortes coopérations avec le centre hospitalier et les infirmiers libéraux facilitant la prise en charge des patients.

La représentante de l'URPS infirmières souligne qu'une réflexion s'est engagée dans une région sur l'intégration des infirmiers libéraux dans des prises en charge prescrites et suivies par un psychiatre libéral ou d'établissement, en lien avec le médecin traitant. Elle insiste sur la volonté des professionnels à s'investir davantage dans la santé mentale communautaire moyennant des formations et une coopération soutenue avec l'ensemble des professionnels de santé faisant ainsi écho au management de cas :

« Le management de cas évalue la dynamique entre les problèmes du patient et les ressources / 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 ».

Psychiatrie et santé mentale Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières
Mars 2010 Groupe professionnel – Ordre National des Infirmiers

Par ailleurs, dépassant les questions de gouvernance et de moyens, finalement, n'est ce pas le professionnel lui-même qui peut s'engager dans une démarche communautaire

« C'est tout autant l'organisation des services dans laquelle il exerce que l'organisation de sa réflexion et de sa pratique qui fait de lui un psychologue « communautaire » qui peut investir différents champs : pratiques cliniques, recherche-action et travail en réseau, promotion de la santé mentale, information, formation. »(Le journal des psychologues N°271 octobre 2009 p 22-25 Nicolas Daumerie, Aude Caria De l'hôpital psychiatrique aux soins intégrés dans la cité : vers de nouvelles pratiques pour les psychologues cliniciens ?)

Peut être que les évolutions dans les modalités de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, pourront plaider en faveur d'une évolution des pratiques de santé mentale communautaire comme certains auteurs avancent « qu'il est préférable d'investir

dans des dispositifs permettant une prise en charge du patient dans son intégralité plutôt que de se limiter à une approche centrée sur une maladie donnée ». (Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Open University Press. Maidenhead; 2008. Matthias Brunn, Karine Chevreul - Santé publique volume 25 numéro 1 janvier février 2013-08-17 pages 87- 94)

Une dernière ligne de force est identifiée : le faire savoir

4.5.4. Le faire savoir

Le faire-savoir poursuit la démarche de « dé-stigmatisation »

Ainsi, en Corse, le partenariat Unafam, ARS et établissements de santé a permis de relayer activement la semaine nationale d'information en santé mentale pour la première fois en 2013.

D'autre part, ces initiatives facilitent la communication : rendre mieux lisible les structures extra-hospitalières, lutter contre l'isolement et investir le débat public.

Enfin, au niveau de la recherche, l'administration centrale observe des démarches de coordination régionales des équipes avec dans une région la création d'un GIP ayant pour objectif d'initier, de promouvoir et de fédérer des activités de recherche en santé mentale.

4.6. Les limites de l'étude

Si l'ensemble des résultats issus des différents choix d'investigation privilégiés exposés ci-dessus permettent d'identifier des points d'appui, des limites ou des biais sont à prendre en considération :

- Pour les entretiens menés auprès des acteurs cibles de Porto-Vecchio

Concernant l'investigation menée par des entretiens sur le territoire de Porto-Vecchio, compte tenu du territoire retenu (population limitée, superficie resserrée), les entretiens ont porté sur

un nombre limité d'acteurs. Il convient de souligner que le représentant de l'éducation nationale n'a pas pu être rencontré.

Les personnes auditées sont parties prenantes des travaux impulsés par l'ARS.

Par ailleurs, il est possible qu'un biais d'interprétation existe : la méthodologie de retranscription bien que se voulant fidèle n'a pas reposé sur une démarche sociologique.

- Pour la revue ciblée de littérature

Une faiblesse est relevée et concerne les données d'activité du Centre Hospitalier Départemental de Castelluccio. Ces données sont difficiles à recueillir et il n'a pas été possible de disposer d'informations ciblées et validées concernant l'activité de ce micro territoire.

L'objectif de ce travail vise à identifier les facteurs de réussite permettant d'initier un changement inter-sectoriel, facteurs favorisant une conduite de changement de plusieurs partenaires et non d'un opérateur unique, il n'a pas été trouvé dans la bibliographie de modèle de développement de changement collectif. Aussi, la démarche effectuée se veut avant tout pragmatique.

- La spécificité micro-territoriale

Le travail réalisé correspond à la réalité du micro-territoire de Porto-Vecchio. La simple transposition auprès d'autres micro-territoires comme par exemple Bastia ou Calvi ne pourrait être opérante. L'attachement aux micro-territoires est l'une des spécificités insulaires.⁶

- Sur la méthode elle-même

S'appuyant sur une définition La psychiatrie communautaire signifie globalement la volonté de soigner dans le milieu de vie des patients. Le choix de lecture s'est porté

⁶ Compte tenu du relief montagneux, la Corse est cloisonnée, divisée en micro-régions qui ont développé leurs particularismes. Dès l'époque médiévale, la Corse a été organisée en territoires : les pièves. Lieux de pouvoir et de justice, les pièves constituent des territoires ne suivant pas forcément les limites géographiques naturelles. Ces lieux devenant plus tard des circonscriptions administratives, cette évolution a généré une organisation reposant sur des micro-territoires

davantage sur une approche plus qualitative que sur la planification des équipements et dispositifs en alternatives à l'hospitalisation ou la compilation des ratios d'encadrement en personnel soignant et non soignant affectés à l'ambulatoire et à l'hospitalisation complète, les files actives par dispositifs et les éléments microéconomiques du RIM-P.

L'analyse exploratoire des 4 PRS et les entretiens dans le micro territoire ont permis de rendre compte de manière indirecte et probablement partielle du niveau de prise en compte du développement de la santé mentale dans la cité comme objet de planification.

L'écart entre la traduction dans un document administratif de planification le PRS et l'état d'appropriation par les professionnels de l'agence mais aussi par les partenaires est effectivement important.

L'identification en inter schéma et programme nécessiterait une exploration plus nourrie pour mieux appréhender par exemple les conditions du « rétablissement » qu'une agence propose de développer. A contrario quand l'information est validée il apparaît que le processus de développement est en œuvre.

De l'ensemble des résultats mis en évidence à partir des quatre choix d'investigation – la place de la santé mentale à la lecture de quatre PRS, des entretiens menés auprès d'interlocuteurs clés et auprès d'acteurs ciblés du micro-territoire de Porto-Vecchio, et de l'analyse d'une revue ciblée de la littérature portant sur la planification et d'éléments de contexte du contrat local de santé de Porto-Vecchio, le tableau ci-dessous expose les sept points d'appui pour l'ARS de Corse permettant de déployer une stratégie de santé mentale communautaire.

7 points d'appui pour l'ARS permettant de déployer

une stratégie de santé mentale communautaire

1. Amener à partager le même intérêt
2. Accompagner le changement
3. Etre au côté des élus et des usagers
4. Favoriser le développement et le partage de compétences
5. Faire savoir et valoriser
6. Assurer les moyens d'une fonction d'animation
7. Constituer les éléments d'une évaluation participative

Tableau 7 Points d'appui

5. Discussion

Les facteurs de réussite présentés dans le tableau correspondent dans le contexte actuel à des leviers d'action pour l'ARS permettant de développer l'offre de santé mentale dans la cité.

Les 7 points d'appui ainsi identifiés portent sur des segments d'intervention différents pouvant opérer entre eux des synergies d'actions.

5.1. Intérêt et vision partagée

Faire connaître est à l'évidence un des enjeux les mieux identifiés. Faire connaître l'offre en proximité, mais aussi faire connaître tout le bénéfice attendu dans le développement de l'offre de santé mentale de proximité. Depuis novembre 2012 date de publication de l'arrêté du PRS par le Directeur général de l'ARS, une organisation en mode projet d'une équipe

restreinte de l'ARS est engagé autour de la santé mentale. La sollicitation des instances de la démocratie sanitaire Conférence régionale de santé et de l'autonomie, conférence de territoire n'ont pas encore été à inscrit à l'agenda. Bien que prévu dans le projet de santé mentale le débat public retenu par la CRSA s'est orienté sur l'impact de l'insularité en matière de santé. Le travail de lobbying est donc à renforcer. Bien que la semaine d'information en santé mentale en 2013 ait parcouru 5 bassins de vie, ce travail montre bien l'intérêt de maintenir constant ce souci de la valorisation, de la communication, du débat. Une proposition de développement pourrait être avec la commission spécialisée droit des usagers de la CRSA, d'organiser une rencontre annuelle sur cette question. L'inscription à l'ordre du jour des commissions des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge au sein des établissements de santé de questions relatives aux prises en charge en santé mentale pourrait être suggérée.

Les ressorts de l'engagement en matière de santé mentale ne se réglementent pas - comme le constate dans leur rapport les auteurs « l'importance de l'expérience personnelle des acteurs (privée, professionnelle, de mandat) pour l'acquisition de connaissance pour l'action en matière de santé mentale. (rapport Maury ; Mossé, Daumerie, Roelandt, 2008.). Caroline Maury montre aussi que professionnels et élus témoignent que c'est à partir d'expériences réussies d'échanges mutuels que les premières expériences peuvent démarrer.

L'ARS à l'occasion de son travail d'animation a trouvé dans le micro territoire de Porto-Vecchio des professionnels sensibilisés et ouverts au développement de la pratique communautaire.

Il est vrai qu'avant toutes modalités d'intervention, il est essentiel de partager la vision, ou plus exactement l'intérêt à s'engager dans le développement d'une offre au plus près du quotidien.

Mais cela ne doit pas masquer comme il a été montré les difficultés rencontrées par les acteurs liées à l'organisation hospitalo-centrée qui trouve un certain nombre de bénéfice dans la routine hospitalière, les murs, les règlements, les traditions et qui peuvent donner aux soignants l'impression de contenance qui est peut être plus difficile à appréhender en milieu ouvert en périphérie du domicile de la personne.

La distance géographique avec l'établissement de santé de recours a favorisé le développement de cette approche mais exprime aussi une grande fragilité quant aux moyens

disponibles pour la mettre en œuvre. De plus la gestion hospitalo-centrée impose des contraintes organisationnelles sur la mobilité des intervenants, sur le recrutement. La rareté de la ressource médicale et non médicale domicilié à Porto Vecchio freine le développement de ces activités. L'adhésion et l'appui du directeur d'établissement, du président de CME et du directeur des soins sont indispensables pour promouvoir cette organisation.

La place de l'ARS semble être périphérique. En fait par le biais du contrat pluriannuel d'objectifs des ajustements sont possibles en faveur de cette évolution.

5.2. Gestion et nouveaux modes d'organisation

L'accompagnement au changement pour préparer et mettre en œuvre les évolutions nécessaires en termes de gestion des personnels, de formations, de recrutements est un des points cardinaux de la réussite de cette action.

Repris dans le CPOM, il constitue un axe déterminant. Mais il convient de veiller à ce qu'il ne soit pas l'habillage d'une maîtrise budgétaire. Que la résistance contre la dérive gestionnaire ne soit que celle de maintenir l'existant sans repenser l'organisation du secteur psychiatrique. De plus la traduction de l'activité selon les normes de la tarification ne rend pas suffisamment compte de la consommation de moyens engagés dans la pratique communautaire. « une psychiatrie communautaire qui, pour cela, doit inventer des modalités de prise en charge originales mal prises en compte par le PMSI-PSY vient conforter Olivier Dembinski, « l'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ?, la nouvelle revue du travail 2[en ligne], 2/2013, mis en ligne le 30 mars 2013, consulté le 09 avril 2013. URL :<http://nrt.revues.org/886> pages 1-10, P 8

A la main des ARS, les appels à projets permettent une déclinaison de l'offre au plus près des besoins. Ainsi, dans la région Pays de Loire un appel à projet pour un dispositif expérimental de soins psychiatriques de particulière intensité à domicile est proposé. Il favorise la mise en place de filière à même de faciliter l'accès à l'expertise et de fluidifier les parcours.

Le réseau d'aval dans le parcours de certains patients et de leurs aidants manque de réponses comme l'ont rappelé les représentants des usagers. Ces dernières nécessitent pour une partie l'intervention des collectivités territoriales ; bien souvent la difficulté de disponibilité foncière double cette contrainte. La transversalité doit jouer totalement son rôle en

complément de l'offre hospitalière et ambulatoire à travers les outils de programmation médicosociaux et de prévention.

Compte tenu des contraintes budgétaires, il n'a pas été possible de prendre à notre compte l'initiative de l'ARS PACA (Roland Canta Vers une prise en charge dans la cité pour la santé mentale sur l'agglomération marseillaise Mémoire DIU Santé mentale dans la communauté 2012 Université Lille 2 Université Paris 13 APHM/CHU Sainte Marguerite CCOMS EPSM Lille Métropole) à savoir la mise à disposition d'une enveloppe d'impulsion pour engager ce processus de déploiement dans la cité. Localement, une option plus modeste a été de réunir les intervenants concernés dans le cadre contrat local de santé pour engager des interventions en faveur de la santé mentale dans la cité.

Les limites de l'exercice sont manifestes mais la recherche de démarche innovante à travers la procédure d'expérimentation est envisagée. Plusieurs modèles autour de la notion de parcours sont en cours d'expérimentation au niveau national. Conformément aux objectifs du volet santé mentale-addiction (psychiatrie) du PRS de Corse, la recherche d'initiative entre le secteur de psychiatrie et les professionnels de santé libéraux en particulier est engagée. Nous le verrons par la suite sur le levier formation, la coordination des professionnels de santé pour l'accompagnement de cas complexes, pour la gestion de crise est une demande récurrente. Les questions de performance sont aussi posées. Selon source de la Direction Régionale du Service Médical de l'Assurance PACA en 2010 en Corse, un assuré sur quatre a eu au moins une prescription d'anxiolytiques, 7% ont eu un traitement prolongé d'au moins 6 mois. Le contexte national nous invite à travailler davantage les parcours.

Dans une note du Conseil d'analyse économique 2013, les auteurs Philippe Askenazy, Brigitte Dormontb, Pierre-Yves Geoffardc et Valérie Parisd proposent un pilotage plus resserré de l'offre permettant le déploiement d'un « panier de soins solidaire ». Ce panier regrouperait l'ensemble des produits de santé et des actes curatifs ou préventifs, pratiqués en médecine ambulatoire ou à l'hôpital, qui bénéficieraient d'une couverture pour des indications clairement identifiées. Cette logique de panier retrouve un écho dans le travail par filière proposée en région limousin qui met en œuvre un groupement de coopération santé mentale et médico-social et favorise le développement d'une filière psychotique déficitaire.

En comparaison avec nos voisins européens, le national service framework for mental health établit des normes et des objectifs détaillées pour les services de santé mentale des adultes de 18 à 65 ans en 1998. (Questions d'économie de la santé p 5). Pour des troubles avérés il est envisagé l'intégration à un programme de soins coordonnés avec l'utilisateur, ses proches, son référent soignant et le médecin généraliste (Boyle 2011).

Le questionnement des pratiques des professionnels a émergé à bien des reprises dans nos entretiens. Ils témoignent de cette ouverture vers une pratique interdisciplinaire et de l'impact de la question sociale dans le quotidien des professionnels.

5.3.L'interdisciplinarité

L'intérêt porté par l'équipe de PMI, la volonté des infirmiers libéraux et des médecins généralistes d'être en interaction pour mieux accompagner la personne et les aidants sont retrouvés.

Localement le retour des entretiens témoigne que le relationnel préexiste en quelque sorte sur la contractualisation. Ainsi plus que l'animation de l'agence le management de l'établissement détient une partie de la réponse. Comme le souligne H. Lasserre (Comprendre la psychiatrie communautaire 2009), le rôle du management entre soignants, administratifs et socio éducatif est déterminant. La gestion administrative et financière ne saurait être séparée du projet thérapeutique.

L'élaboration de conventions entre les maisons de santé pluri professionnelles et le secteur de psychiatrie pourrait être envisagée pour d'autre micro territoire.

Conscient de la charge de travail et du positionnement du professionnel au sein du service, la demande d'inscrire la définition de poste dans lequel la santé communautaire a été proposée. Cette formulation reflète à la fois l'intérêt du chef de service pour ces modalités d'intervention mais aussi la précaution de sanctuariser un poste qui échapperait à toute récupération par l'établissement de santé.

5.4. La question sociale

L'ARS a inscrit comme enjeu stratégique la réduction des inégalités sociale et territoriale santé. Comme le mentionne M. Autès (dans la politique de santé mentale en France 2012), « Le diptyque souffrance sociale/bien être social déplace les discussions vers une plus grande prise en compte des contextes sociaux de vie et de travail ».

Les entretiens ont montré la volonté « d'aller vers » en particulier lorsqu'il s'agit de personnes en situations de vulnérabilité. Une clinique psychosociale semble se définir.

« Les soignants et les travailleurs sociaux sont, en effet, de plus en plus dans le champ d'une clinique psychosociale, qui oblige à un remaniement complet du « prendre soin ». Le travailleur social se retrouve souvent démuné devant une « sanitarisation » de son champ d'intervention et face au manque d'articulation avec les institutions sanitaires » (Centre d'analyse stratégique N°24 2010 La santé mentale, l'affaire de tous Rapport du groupe de travail présidé par Viaviane Kovess - Masféty).

Sur ce micro territoire la question de l'accompagnement social a été posée dans les travaux du Contrat local de santé. L'offre de service à la personne, la question du transport, de la prévention de la perte d'autonomie, de l'accès aux dispositifs favorisant la réhabilitation sociale vont nourrir probablement dans les mois avenir les travaux du conseil local de santé mentale attendu par les professionnels sur ce territoire.

La mobilisation des élus locaux est un point fort de ce territoire. et la conduite des travaux du CLS et par la suite les entretiens ont souligné la position de co-animateur avec l'agence comme le décrit (Page 138 La politique de santé mentale en France) « Arriver à faire fonctionner ensemble des acteurs aux finalités, aux représentations, aux intérêts hétérogènes Les élus locaux sont ainsi sollicités comme des médiateurs, facteurs de la transversalité des actions et ceci à plusieurs titres ».

Pour assurer cette coordination des partenaires locaux, attendue sous l'autorité de santé pour certain, de manière plus directive pour d'autres, l'ARS « est capable de mettre en lien tous les intervenants localement et comme payeur elle peut décider d'un cap » ne protège pas des risques de rapport de pouvoir, d'influence, voire pour le micro territoire de conflits de personnes. Elle ne dédouane pas l'ensemble des partenaires à travailler dans la durée. La difficulté pour l'agence n'est pas négligeable. Tenir une animation à distance de son siège

(plus de 2 h 30 de route), être en appui à l'élaboration de projet ne peut être tenable que si chacun entre en « co-responsabilité » dans la construction de réponses partagées qui exigent que chaque partie s'engage, avec une volonté d'accompagnement mutuel et de dédramatisation comme l'exprime le docteur Laurent El Ghazi (Les conseils locaux de santé mentale Pluriels page 1-12 numéro 87/88 janvier février 2011, P 10 Elus professionnels de santé mentale, président, docteur Laurent El Ghazi).

La question de la formation si elle a été exprimée par quelques professionnels, bien que documentée dans la littérature comme un enjeu à part entière n'a pas été suffisamment appréhender dans le cadre de ce travail.

Elle apparaît assez centrale dans la manière de construire une référence partagée, de favoriser les bonnes pratiques de liaison, d'atténuer le sentiment de concurrence.

Le contrat local de santé peut contribuer sur une courte séquence, mais l'ambition est d'impacter l'appareil de formation régionale en partenariat avec la Collectivité Territoriale de Corse et les unions régionales des professionnels de santé.

Cet axe de développement constitue un des prolongements attendus de ce travail.

Les démarches d'observation et d'évaluation partagée n'ont pas été évoquées ni fait l'objet spontanément de commentaires. La démarche participative est encore trop ponctuelle.

A partir des travaux engagés collectivement une co-production se concrétisera. La question de l'animation externe est posée. L'expertise pour initier ces approches participatives devra être disponible afin que les partenaires en place puissent se les approprier.

Sans relancer le débat sur les moyens, en accord avec l'association des directeurs d'établissement de santé mentale en réaction au rapport Couty de février 2013 qui recommande une coordination des actions en santé mentale pour une aire de déploiement de proximité en s'appuyant sur les CLSM, la fonction doit s'inscrire dans la durée. L'étude n'a pas permis de graduer ou d'établir un rang pour chacun des sept points identifiés. Mais cette fonction de coordination doit être durable. Si malheureusement les tendances socio-économiques se prolongent et exercent davantage de contraintes sur les dépenses, il est possible toutefois d'espérer dès 2014 un nouveau cadre législatif confortant dans les dispositifs d'application qu'il va générer.

5.5. Les représentants d'usagers

En Corse, L'Union Nationale des Amis et Familles de Malades et/ou Handicapés psychiques (UNAFAM) est présente à Ajaccio, Bastia, Porto-Vecchio, Cozzano, Cargèse et Ghisonaccia pour des permanences d'accueil et des groupes de paroles. Elle a été partenaire de l'agence pour la semaine d'information en santé mentale.

Le développement local passe par une implication partenariale des usagers ou de leurs représentants. Bien que le groupement d'entraide mutuel de Porto-Vecchio ne fasse pas l'objet d'une adhésion des usagers - la liaison avec le centre médicopsychologique n'étant pas établie - il n'en demeure pas moins que les représentants des usagers ont une place centrale dans la conduite du processus de développement de l'offre extra hospitalière ainsi que des espaces de travail ou de concertation. Ils apportent ce relai nécessaire pour « trouver des solutions »

Ils vont être aux côtés de l'ARS et des participants du prochain CLSM de Porto Vecchio et ont déjà annoncé leur participation à la prochaine semaine d'information en santé mentale. De même que le CLSM de Givors du point de vue des psychiatres est un pari politique, celui de Porto-Vecchio l'est tout autant. Le CLSM se conçoit comme un bien commun « co-produit, co-animé et co-géré qui doit mobiliser plus qu'il ne convoque».

La question de la santé mentale appelle une perception multiple, des enjeux de pouvoir, la complexité des procédures et des différents domaines de compétences, la production collective de l'information, l'ensemble engagé dans un processus d'animation territorialement ancré.

6. Conclusion

Le travail engagé à l'occasion de ce mémoire a permis d'identifier des leviers d'action utiles pour donner à l'animation de l'agence régionale de santé les impulsions nécessaires au déploiement de la santé mentale dans la cité.

Ces derniers sans lien hiérarchique impactent autant les pratiques professionnelles, la gouvernance locale tant institutionnelle que des établissements de santé ainsi que la motivation des partenaires.

La perspective d'une évolution de la législation en faveur de la santé mentale va offrir de nouvelles possibilités pour densifier le maillage de la prévention aux soins et à la réhabilitation.

Ce contexte est toutefois traversé soit par des positions hippocratiques centrées sur l'intérêt de la personne soit par une posture plus sécuritaire où l'intérêt général est avant tout avancé.

Selon la politique de santé mentale en France, une tendance d'évolution est le mode dominant de travail sur autrui « faire à autrui ce qui est « bien » pour lui quoiqu'il en dise et pense. (Demailly 2008)

Les contraintes économiques, les nouveaux modes de gestion sur le travail de relation pèsent même sur les pratiques humanistes inspirées par l'OMS comme le soulignent ces mêmes auteurs selon Demailly, Roelandt et Daumerie.

Dans ce contexte, il est de la responsabilité des ARS d'établir les conditions de réussite d'une offre de santé adaptée aux besoins de la population. De ces 3 paradigmes : la santé mentale communautaire, la santé mentale autoritaire, la santé mentale sous anarchie, seul le premier doit être privilégié.

Place aux acteurs et à l'évolution des pratiques des professionnels, comme le disent les auteurs (Demailly L, Autès M, La politique de santé mentale en France 2012) « pour faire entrer dans l'espace de débat public la clinique elle-même. Là aussi les usagers ont un rôle à jouer ».

Bibliographie

Basaglia F. (1979). *Psychiatrie et démocratie Conférences Brésiliennes*. Erès.

Brunn M, Chevreur K.,. (2013, janvier février). *Santé Publique Volume 1* .

CANTA R. (2012). *Vers une prise en charge dans la cité pour la santé mentale sur l'agglomération marseillaise*. Mémoire pour le Diplôme inter-universitaire "Santé mentale dans la communauté" . Marseille: Université Lille 2 Université Paris 13 APHM/CHU Sainte Marguerite, Marseille CCOMS, EPSM Lille Métropole.

Caria A Daumerie N. (2009, octobre). De l'hôpital psychiatrique aux soins intégrés dans la cité . *Le journal des psychologues* , pp. 22-25.

Chaltiel P. (2004, Juillet 16). Territoires : Limites et franchissements. *Bulletin national santé mentale et précarité* , p. 14.

Codelfy, Le Fur, Lucas-Gabrielli, Mousques. (2009, Août). Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France. *Questions d'économie de la santé* .

Conférence nationale de la santé. (2012, juillet 05). Avis portant sur le projet de plan psychiatrie santé mentale. Paris.

Cordier A. (2013). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé*.

Cour des Comptes. (2011). *Rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques*.

Couty E. (2013). *Le pacte de confiance pour l'hôpital*.

Demilly L.,Autes M.,. (2012). *La politique de santé mentale en France*. Paris: Armand COLIN / Recherches.

Dembinski O. (2013, mars 30). *L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance*. Consulté le avril 09, 2013, sur La nouvelle revue du travail: <http://nrt.revues.org/886>

El Ghozi L. (2011, février). Les conseils locaux de santé mentale. *Pluriels* , p. 10.

Joli B, Charassin D. (2011, Février). *magazine Pluriels* , p. 11.

Kovess-Masfety V. (2010). *La santé mentale, l'affaire de tous*. Paris: Centre d'analyse stratégique.

Lasserre H. (2008). *Comprendre la psychiatrie communautaire*. Chronique sociale.

Millon A. (2012). *La prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux*.

Ordre National des Infirmiers. (2010). *Psychiatrie et santé mentale Enjeux et perspectives pour les pratiques infirmières*.

Piel Roelandt. (2001). *De la psychiatrie vers la santé mentale*.

Haut Comité de la Santé Publique,. (2011). *Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005 - 2008*. Collection Evaluation.

GLOSSAIRE

ADES	Association des Directeurs d'Établissements de Santé Mentale
ARS	Agence Régionale de Santé
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CLS	Contrat Local de Santé
CMP	Centre Médico-Psychologique
CNP	Comité National de Pilotage
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité et de l'Autonomie
CNS	Conférence Nationale de Santé
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRSA	Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie
EPSM	Etablissement Public de Santé Mentale
FIR	Fonds d'Intervention Régionale
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
PMI	Protection Maternelle Infantile
PRS	Projet Régional de Santé
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques
URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé

ANNEXE 1

Guide d'entretien

Modalité du déroulement de l'entretien

Présentation des enquêteurs étudiants en DIU santé mentale dans la cité avec l'appui du CCOMS.

Présentation de l'objectif de la démarche par entretien auprès de professionnels ayant une activité soit dans la planification ou programmation d'action de santé soit en santé mentale.

Présentation des conditions de passation de l'entretien (parole et enchaînement libre, durée de 45 minutes)

1. Présentation de l'intervenant
2. Représentation de la santé mentale communautaire

Qu'est ce qu'évoque selon vous la santé mentale ? (Premiers mots qui viennent à l'esprit)

Qu'est ce qu'évoque selon vous la santé mentale communautaire? (Premiers mots qui viennent à l'esprit)

Reformulation

Selon vous quels sont les acteurs qui interviennent dans la santé mentale ?

Selon vous quel est le public concerné par la santé mentale ?

Localement quel type d'offre vous manque ?

3. Au sein de la commune, quels sont les obstacles pour développer la santé mentale communautaire ?
4. Quels sont les points d'appui ou leviers pour développer une pratique en santé mentale communautaire ?
(Gestion du temps, avoir une vision, faire adhérer au projet)

Liste des thèmes complémentaires

1 Domaine médico-économique:

Les ressources (humaines et logistique)

Le développement ambulatoire

Les parcours

Le FIR et la tarification en ambulatoire spécifique.

Le prix de journée, la dotation globale et le financement de l'ambulatorio.

2 Démocratie sanitaire

Participation des usagers

Qualité de vie

3 Coordination des politiques publiques

4 Evaluation des modalités d'organisation en santé mentale communautaire

5 Inscription de l'organisation de l'offre médico-psycho-socio-éducatif

6 Les professionnels formés

7 Empowerment et compétences psycho-sociales

8 Réhabilitation

9 Politique de prévention visible

ANNEXE 2

Liste des personnes interviewées

Liste des personnes interviewées

Responsable de la Mission Locale pour l'Emploi de Porto-Vecchio Conseillère municipale déléguée à l'insertion Ville de Porto-Vecchio
Directrice du CHRS La Falep de Porto-Vecchio
Sage-femme libérale et intervenante à la PMI Conseil Général de Corse du Sud secteur de Porto-Vecchio
Médecin Généraliste libéral intervenant sur le secteur de Porto-Vecchio et Bonifacio
Présidente de la CME CHD Castelluccio
Psychiatre - Praticien hospitalier CHD Castelluccio Responsable du CMP de Porto-Vecchio Responsable médical de la Maison des adolescents de Porto-Vecchio et de l'arrondissement de Sartène
Psychologue CMP Porto-Vecchio
Directeur de la Polyclinique du Sud de la Corse
Cadre de santé Polyclinique du Sud de la Corse
Educateur Spécialisé ISATIS GEM de Porto-Vecchio
Psychologue PMI Conseil Général de Corse du Sud secteur de Porto-Vecchio
Directeur de l'EPSM Lille Atmentières
Directrice adjointe du CH Esquirol Limoges
Cadre supérieur socio-éducatif CH Esquirol Limoges
Présidente de l'URPS Infirmières
Conseiller médical en charge de la santé mentale Direction Générale de la Santé
Animatrice à l'Institut Renaudot
Conseiller Médical santé mentale ARS Bretagne
Présidente UNAFAM de Corse
Cadre de santé de la clinique de Porto-Vecchio
Directeur de la Clinique de Porto-Vecchio

ANNEXE 3

Grilles de lecture des quatre Projets Régionaux de Santé

Critères de lecture des Projets Régionaux de Santé – Projet Régional de Santé PACA

	Oui / non	SM / PSY	0 renvoi1 développement 2	Oui/non	SM/PSY et pour le PSRS axe stratégique dédié /ensemble des axes	Oui/ non	0 1 2 Sanitaire et Médico-Social 3 logement, formation, loisir, travail	0 1 2 SM et CLS 3 CLSM et actions de SC*	0 1 2 GEM 3 actions de SC* et lutte contre discrimination	Oui/non	Oui/non
	commission régionale dédiée ou comité technique régional	Intitulé du volet sros prs : SM / psychiatrie	Réhabilitation et /ou Empowerment et/ou Développement des compétences psychosociales	Formation et pratiques professionnelles identifiées (PEC médicopsychosocioéducative, ETP, communautaire)	% Objectif centré sur la santé mentale	Stratégie de communication vers la population générale et les professionnels	Coordination des politiques publiques	Santé communautaire Coordination entre élus-usagers et professionnels santé et social CLSM, CLS	Place des usagers (GEM, ETP, débats publics) et aidants familiaux	Evaluation identifiée et/ou participative	mise en œuvre au sein de territoire de santé ou ASV
PSRS	non	Santé mentale et addictions	1	Oui	1/6	oui	3	3	3	Non	Programmes territoriaux et ASV
SROS PRS	oui	Santé mentale et addictions	2	Oui		Oui	3	3	3	Non	
SRMS	Non	Handicap psychique		Oui		Oui	3	3	3	Non	
SRP	Non					Non	3	3	3	Non	
PRAPS	non		2			oui	3	3	1	non	

Critères de lecture des Projets Régionaux de Santé – Projet Régional de Santé Bretagne

	Oui / non	SM / PSY	0 renvoi1 développement 2	Oui/non	SM/PSY et pour le PSRS axe stratégique dédié /ensemble des axes	Oui/ non	0 1 2 Sanitaire et Médico-Social 3 logement, formation, loisir, travail	0 1 2 SM et CLS 3 CLSM et actions de SC*	0 1 2 GEM 3 actions de SC* et lutte contre discrimination	Oui/non	Oui/non
	commission régionale dédiée ou comité technique régional	Intitulé du volet sros prs : SM / psychiatrie	Réhabilitation et /ou Empowerment et/ou Développement des compétences psychosociales	Formation et pratiques professionnelles identifiées (PEC médicopsychosocioéducative, ETP, communautaire)	% Objectif centré sur la santé mentale	Stratégie de communication vers la population générale et les professionnels	Coordination des politiques publiques	Santé communautaire Coordination entre élus-usagers et professionnels santé et social CLSM, CLS	Place des usagers (GEM, ETP, débats publics) et aidants familiaux	Evaluation identifiée et/ou participative	mise en œuvre au sein de territoire de santé ou ASV
PSRS	Non	Santé mentale	Non	Non	1 /16 soit 6%	non	3	1	0	oui	Oui
SROS PRS	Non	Santé mentale (prise en charge transversale)	non	Oui	14%	non	3	0	2	non	Ou
SRMS	Non	Santé mentale	0	Oui		non	3	0	2	non	Non
SRP		Promotion de la santé mentale	2	Oui		Non	3	0	2	non	Oui
PRAPS	non	Pas cité	0	Non		non	3	1	0	0	Oui

Critères de lecture des Projets Régionaux de Santé – Projet Régional de Santé Limousin

	Oui / non	SM / PSY	0 renvoi1 développement 2	Oui/non	SM/PSY et pour le PSRS axe stratégique dédié /ensemble des axes	Oui/ non	0 1 2 Sanitaire et Médico-Social 3 logement, formation, loisir, travail	0 1 2 SM et CLS 3 CLSM et actions de SC*	0 1 2 GEM 3 actions de SC* et lutte contre discrimination	Oui/non	Oui/non
	commission régionale dédiée ou comité technique régional	Intitulé du volet sros prs : SM / psychiatrie	Réhabilitation et /ou Empowerment et/ou Développement des compétences psychosociales	Formation et pratiques professionnelles identifiées (PEC médicopsychosocioéducative, ETP, communautaire)	% Objectif centré sur la santé mentale	Stratégie de communication vers la population générale et les professionnels	Coordination des politiques publiques	Santé communautaire Coordination entre élus-usagers et professionnels santé et social CLSM, CLS	Place des usagers (GEM, ETP, débats publics) et aidants familiaux	Evaluation identifiée et/ou participative	mise en œuvre au sein de territoire de santé ou ASV
PSRS	non	Santé mentale	0	Oui	16%	non	3	0	0	non	Non
SROS PRS	non	Psychiatrie/santé mentale	2	Oui		non	2	0	1	non	Oui
SRMS	non	Handicap psychique	2	Oui		non	3	0	1	non	Oui
SRP	non	Santé mentale	2	Oui		non	3	0	1	non	Oui
PRAPS	non	Accès aux soins psychiatriques	1	Oui		oui	3	0	1	non	Oui

Critères de lecture des Projets Régionaux de Santé – Projet Régional de Santé Pays de Loire

	Oui / non	SM / PSY	0 renvoi1 développement 2	Oui/non	SM/PSY et pour le PSRS axe stratégique dédié /ensemble des axes	Oui/ non	0 1 2 Sanitaire et Médico-Social 3 logement, formation, loisir, travail	0 1 2 SM et CLS 3 CLSM et actions de SC*	0 1 2 GEM 3 actions de SC* et lutte contre discrimination	Oui/non	Oui/non
	commission régionale dédiée ou comité technique régional	Intitulé du volet sros prs : SM / psychiatrie	Réhabilitation et /ou Empowerment et/ou Développement des compétences psychosociales	Formation et pratiques professionnelles identifiées (PEC médicopsychosocioéducative, ETP, communautaire)	% Objectif centré sur la santé mentale	Stratégie de communication vers la population générale et les professionnels	Coordination des politiques publiques	Santé communautaire Coordination entre élus-usagers et professionnels santé et social CLSM, CLS	Place des usagers (GEM, ETP, débats publics) et aidants familiaux	Evaluation identifiée et/ou participative	mise en œuvre au sein de territoire de santé ou ASV
PSRS	Non	Santé mentale		Non	1/15 soit 6%	oui	3	2	1	oui	Oui
SROS PRS	Non	Santé mentale juxtaposé à psychiatrie	2	Oui		non	3	3	1	non	Oui
SRMS	Non	Handicap psychique	0	Oui		oui	3	2	2	non	Oui
SRP	Non		2	Oui		oui	3	1	1	non	Oui
PRAPS	non		0	Oui		oui	3	1	1	oui	Oui

ANNEXE 4

Portrait de santé de Porto-Vecchio

(source SIRSE CORSE- www.sirsecorse.org)

http://sirsecorse.org/sirse_corse_o3/GC_preport.php?lang=fr&codgeo=2A247&nivgeo=com&id_rep=r01

ANNEXE 5

Note méthodologique

Elaboration des contrats locaux de santé ARS de Corse

RESUME

L'Agence Régionale de Santé de Corse conformément aux objectifs du Projet Régional de Santé met en œuvre l'animation territoriale au sein des micro territoires qui constituent le territoire de santé unique de la Corse.

Le travail poursuivi a permis d'identifier sept points d'appui pour développer la santé mentale communautaire dans le cadre des travaux de programmation de l'ARS. Des investigations par entretien d'informateurs clé et travaillant dans le micro territoire ciblé pour cette étude ont été conduites. Ils ont été complétés par le recueil d'éléments bibliographiques, de réalisations locales qui ont permis par la confrontation des difficultés recensées et des facteurs de développement de dégager ces leviers d'actions.

Les résultats de cette recherche doivent toutefois être appréciés au regard des biais de sélection : le territoire identifié étant partie prenante de l'action, le choix des productions régionales (PRS) puisqu'elles étaient à priori ouverte à la santé mentale communautaire.

Avec ces réserves il apparaît pertinent pour développer ce processus sur d'autres territoires de la région de s'appuyer sur ces leviers d'action.

L'évolution attendue de la législation en faveur de la santé mentale permettra une nouvelle impulsion à un travail déjà engagé avec les professionnels les usagers et leur représentant.

Mots clés

Santé mentale communautaire, agence régionale de la santé, leviers d'action, animation territoriale, conseil local de santé mentale