

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 2012

De la santé mentale communautaire
aux bonnes pratiques en santé mentale;
une proposition de grille d'évaluation.

DEFROMONT Laurent

Tuteur : CARIA Aude

La question centrale n'est pas le devenir de la psychiatrie mais la réorganisation du champ de la santé mentale au niveau local [...]. Des pratiques, inspirées des termes « Démocratie, communauté, santé mentale » — ce que les Italiens résumement par le slogan « *La citoyenneté est thérapeutique* »- peuvent et doivent se développer [...] afin que nous puissions aller au-delà des soins et du contrôle qui caractérisent les pratiques psychiatriques. Une pratique de la relation ne peut donc aller de pair avec le maintien des hôpitaux psychiatriques et de l'internement involontaire qui nient la reconnaissance du sujet.

*Morin, P. « De quelques théories et pratiques en santé mentale communautaire »
Santé mentale au Québec 30, n^o. 1 (2005).*

Table des matières

1	De la santé mentale communautaire aux bonnes pratiques d'organisation en santé mentale	7
1.1	Intérêts d'une évaluation	10
1.2	De rares tentatives d'élaboration de grilles d'évaluation en santé mentale	11
1.3	Quel type d'évaluation choisir ?	14
1.4	Développer une évaluation des services en santé mentale	14
2	Proposition d'une grille d'évaluation des services de santé mentale	15
2.1	L'adaptation	15
2.1.1	Prise en compte des besoins	15
	• Évaluation des besoins et des risques	16
	• Le service s'associe à la communauté	18
	✓ La démocratie sanitaire	18
	✓ Respect des droits des usagers :	18
	✓ Le travail en réseau :	19
2.1.2	Innover et soutenir la recherche en santé mentale	22
2.2	La production	23
2.2.1	Volume de soins et de services	23
2.2.2	Faciliter et améliorer l'accès	24
	• Améliorer les délais de consultation et élargir le recrutement	25
	• Modification des représentations et lisibilité de l'accès aux soins	27
2.2.3	Globalité	28
	• Les interventions se font dans la communauté (collectivité) plutôt qu'en institution	28
	✓ La mobilité est favorisée	29
	✓ Travailler avec l'environnement	31
	✓ Développer les ressources humaines	32
	• Disposer d'alternatives à l'hospitalisation en service de psychiatrie	33
	• Maintien dans la communauté (citoyenneté)	34
	• Des programmes de promotion de la santé	35
2.2.4	Longitudinalité: (Continuité)	36
	• Disponibilité	36
	• Continuité d'intégration dans le parcours de soin	38

✓	Intégration en interne	38
✓	Intégration avec la santé primaire	39
✓	Intégration avec les services spécialisés	40
2.3	Le développement et le maintien de la culture organisationnelle.....	42
2.4	L'atteinte des buts	43
3	Représentation graphique	43
4	Conclusion	45

INTRODUCTION

La santé mentale communautaire recherche une meilleure organisation de la santé pour la population. Mais elle est peu définie dans sa pratique. Les limites en sont floues. Elle est assimilée à des positionnements idéologiques alors qu'elle s'encre fortement dans l'amélioration de la santé de la population. Elle est souvent citée dans des recommandations d'organisation des soins. Elles finissent par s'entremêler sans que l'on puisse réellement savoir où commence la santé mentale communautaire et où commencent les bonnes pratiques d'organisation des soins en santé mentale. En définitive, on ne sait plus si la santé mentale communautaire devient le modèle unique d'amélioration de l'organisation de la santé mentale, où si les bonnes pratiques en santé mentale ont complètement intégré la santé mentale communautaire? Comme Monsieur Jourdain, certains pratiquent de la santé mentale communautaire sans le savoir. Les expériences ne sont pas rares. Le questionnement ne peut pas se faire en terme de « Qui fait de la santé mentale communautaire et qui n'en fait pas ? », mais bien qu'est-ce qui est fait dans le cadre de la santé mentale communautaire et est ce que ces expérimentations remplissent leur mission ?

Les avancées dans l'organisation des systèmes de soin en santé mentale restent limitées. Mettre en place une évaluation permettrait de repérer des axes de progrès de développement possibles d'un service en santé mentale.

Dans le travail présenté ici, nous avons cherché à structurer une évaluation en santé mentale à partir de recommandations souvent redondantes retrouvées dans de nombreux textes évoquant la santé mentale communautaire, la santé publique ou des données plus récentes dans différents rapports nationaux. Nous sommes pour cela partis de l'évaluation générale des systèmes de soins. Nous avons également réfléchi à une méthode globale d'évaluation, à la fois objective et non restrictive.

1 De la santé mentale communautaire aux bonnes pratiques d'organisation en santé mentale

Actuellement plus qu'une théorie particulière le vocable « santé mentale communautaire ». regroupe différentes pratiques organisationnelles de la santé mentale. Il s'agit de pratiques appartenant à des cadres conceptuels d'origines différentes : de la vie sociale (notion communautaire) ou du champ sanitaire, de la santé publique ou de l'évolution de la psychiatrie (secteur psychiatrique, psychiatrie citoyenne, psychiatrie sociale). Elle contiendrait essentiellement ce que P. Morin appelle « Des pratiques inspirées des termes : *« Démocratie, communauté, santé mentale, »* ¹. Plus qu'un modèle particulier, il s'agit de bonnes pratiques d'organisation des soins, restituant l'utilisateur au centre de la réflexion.

Le domaine de la santé publique contient le domaine de la santé mentale communautaire. On y retrouve une vision globale de la santé attachée à une population, on parle parfois de collectivité pas de communauté. Bettcher et collaborateurs (1998) ² ont tenté de définir le plus clairement possible les fonctions essentielles de santé publique à travers le questionnement de 145 experts. (CF annexe 2). Les éléments cités pourraient appartenir à une tentative de définition de la santé mentale communautaire. Les modèles d'organisation des soins ne sont pas spécifiques à la psychiatrie mais découlent de modèles globaux de la santé. Dès que le modèle hospitalo-centré montre ses limites (coût, efficacité), les réflexions se tournent régulièrement vers les propositions communautaires. La santé mentale communautaire (ou ses principes) sont souvent repris dans des publications émanant de l'OMS, des rapports nationaux, des plans gouvernementaux.

Le récent rapport de la cour des comptes sur l'organisation des soins psychiatriques en France nous a semblé emblématique d'autant qu'il fait la synthèse de plusieurs années de plans ³. La conclusion (*Annexe III*) de ce rapport met en avant les proximités entre les différents rapports et plans sur la psychiatrie et insiste sur l'absence de mise en œuvre. Les différents axes d'amélioration sont globalement définis, ils sont reconnus, mais ils ne sont pas mis en application faute de pilotage.

Un article de Pommier et Grimaud⁴ montre que la problématique de la santé communautaire se rapporte à un niveau plus général de la santé. Les auteurs y soulignent que les gouvernements négligent la santé publique en tant que responsabilité sociale et institutionnelle. Pour répondre à cette problématique, il propose de clarifier la définition de la santé publique qui pointe vers un objectif commun qui est de réduire l'apparition de la maladie et de maintenir la population en bonne santé. Ils choisissent comme définition :

- la responsabilité collective de la santé et le rôle clé de l'État dans la protection et la promotion de la santé publique ;*
- l'orientation sur des groupes de population ou sur des populations entières ;*
- la prévention, et en particulier les stratégies communautaires dans la prévention primaire;*
- une prise en compte des déterminants socio-économiques de la santé et de la maladie, aussi bien que des facteurs de risque les plus importants. Une approche multidisciplinaire qui incorpore des méthodes quantitatives et qualitatives ;*
- et l'association des populations concernées.*

Le tableau présenté par la cour des comptes représente aussi pour nous une donnée intéressante puisqu'il fait la synthèse des différentes propositions. Ce survol des différents plans met très bien en évidence les recommandations communes, leurs redondances et leurs proximités avec ce champ de la santé mentale communautaire.

Tableau 1. Principales recommandations de rapports publiés relatifs à de la psychiatrie, 2000-2009 ¹

	CC 2000 ²	IGAS 2001 ³	DHOS 2001 ⁴	PIEL ET ROELA 2001 ⁵	PLAN 2001 ⁶	LIVRE BLANC 2001 ⁷	ROF- LANDT 2002 ⁸	CHAR- ZAT 2002 ⁹	DCS 2002 ¹⁰	CLERY- MERLIN 2003 ¹¹	PLAN 2005 ¹²	ANASMI 2006 ¹³	COUTY 2009 ¹⁴	Sénat et Ass. Nat. 2009 ¹⁵	MEON 2009 ¹⁶
1. Améliorer l'information		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
2. Formation des professionnels		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
3. Faciliter l'accès aux soins		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
4. Réduire les disparités régionales		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
5. Collaboration hospitalier/libér.		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
6. Meilleure organisation géogr.		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
7. Continuité de prise en charge		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
8. Décloisonner sanitaire/social		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
9. Travail en réseau soins de ville				•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
10. Représentation des usagers				•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
11. Promouvoir droits des usagers		•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
12. Lutter contre la stigmatisation personnes avec troubles mentaux			•		•		•	•	•	•	•	•	•		•
13. Soutenir et impliquer familles			•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
14. Impliquer les élus locaux				•	•	•	•	•	•	•	•	•	•		•
15. Suivi pers. ss main justice				•	•	•							•		•
16. Enquêter & améliorer HO, HDT		•	•		•	•					•		•		•
17. Développer la recherche				•		•	•				•		•		•

Source : Cour des comptes, en partie d'après « Manuel de psychiatrie », sous la direction de J-D Guelfi et Fr. Rouillon, Paris, Elsevier Masson, 2007, page 666. Légende des notes

Nous citons également une publication du haut conseil de la santé publique ou l'on retrouve de la même façon les grands principes communautaires :

« Le HCSP propose des pistes de préconisations assurer la continuité des prises en charge et l'accès aux soins, favoriser la prévention précoce, mieux intégrer la santé

mentale dans la cité, améliorer la connaissance des besoins et des pratiques ». Il rappelle l'importance d'une politique publique de psychiatrie et de santé mentale. »⁵

Cette notion de santé mentale communautaire apparaît donc comme le modèle dominant dans les propositions d'organisation globale des soins. On peut même se demander s'il existe d'autres alternatives ? La santé mentale communautaire représente simplement une vision efficiente des soins au sein de la société. On y remarquera la grande proximité avec les préconisations faites par ailleurs. Le dernier plan santé mentale en constituant encore un exemple⁶.

1.1 Intérêts d'une évaluation

Malgré ces nombreuses recommandations, les évolutions des pratiques semblent très lentes. La Cour des Comptes évoque en particulier le manque de pilotage comme explication de la faible application des différents plans. L'intérêt d'une évaluation est de permettre aux services concernés de visualiser un état des lieux afin de pouvoir mettre en œuvre des actions d'évolution ou d'amélioration de la qualité. De telles évaluations devraient permettre une évolution plus régulière des systèmes de soin.

La Haute Autorité de Santé (HAS), à propos des indicateurs IPAQSS, (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) met en avant différents intérêts des évaluations :

Pour la HAS⁷, les objectifs de la généralisation des indicateurs de qualité sont de :

- *Proposer aux établissements de santé de nouveaux outils et méthodes de pilotage de la qualité dans la perspective de développer une culture de la mesure de la qualité et de renforcer l' « effet levier » sur l'amélioration de la qualité des soins ;*
- *Améliorer la pertinence de la procédure de certification des établissements de santé ;*
- *Répondre à l'exigence de transparence et aux besoins d'information de la part des usagers du système de santé et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés;*
- *Fournir aux pouvoirs publics des éléments d'aide à la décision en matière de politique d'organisation du secteur hospitalier, prenant en compte la qualité des soins dispensés*

La HAS propose deux types d'évaluation : les indicateurs qualité et la certification. La HAS est engagée depuis 2006 dans la généralisation d'indicateurs de qualité dans les établissements de santé. Ces éléments sont centrés sur la qualité de tenue des dossiers (IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) et sur les évaluations des établissements de soins. Ces évaluations de la HAS restent purement hospitalières et n'évaluent pas le système de soins dans sa globalité.

1.2 De rares tentatives d'élaboration de grilles d'évaluation en santé mentale.

Nous n'avons pas retrouvé beaucoup de propositions d'évaluation en santé mentale communautaire. Un texte de JL CAMPAGNA tente de caractériser la santé mentale communautaire ⁸ :

Le concept de "santé mentale communautaire" est d'origine américaine et il apparaît au début des années 60. Au Québec, il est encore très peu connu et seuls quelques individus cherchent à s'en inspirer dans leur pratique. Aussi allons-nous en proposer une caractérisation empruntée à plusieurs auteurs américains. Bloom, 1975; Caplan, 1964; Goldstone, 1965; Hirschowitz, 1979). Bloom (1975) et Caplan (1964), en particulier, ont dégagé une dizaine de caractéristiques qui situent bien l'approche centrée sur la santé mentale communautaire.

- 1) Elle est associée à une intervention dans la communauté elle-même plutôt qu'à une thérapie institutionnelle.*
- 2) Elle cherche à assurer le bien-être de toute la communauté et non celui d'un individu — le patient — à la fois.*
- 3) Elle privilégie les services communautaires préventifs par rapport aux services de thérapie individuelle.*
- 4) Elle remet l'accent sur la continuité et sur l'étendue des services offerts à la population-cible. Ainsi les programmes en santé mentale communautaire doivent former un système offrant les services requis pour les différents problèmes rencontrés.*
- 5) Son approche est plutôt indirecte que directe. Le praticien interviendra par la consultation, par exemple, auprès des individus et des groupes les plus susceptibles de comprendre et d'agir sur le problème présenté. [...]*
- 6) Elle utilise de nouvelles stratégies cliniques afin de pouvoir répondre au grand nombre de demandes d'aide qui sont formulées. [...]Elles sont efficaces et populaires*

parce qu'en plus d'offrir un support social aux bénéficiaires, elles empêchent les processus de chronicisation et de "patientisation".

7) Son action doit être planifiée avec méthode et réalisme. Elle présuppose donc que, dans le cas d'un problème comme celui du suicide, on en étudie la dimension épidémiologique et qu'on identifie les populations qui risquent fortement d'y être sujettes. Ces recherches sont nécessaires pour orienter correctement l'action communautaire et pour implanter des programmes préventifs efficaces. [...] Toutes ces recherches ont pour but une meilleure coordination des services offerts et l'évaluation de leur efficacité.

8) Une autre caractéristique de l'orientation de la santé mentale communautaire consiste dans l'utilisation d'une main-d'œuvre diversifiée pour distribuer les services. Plutôt que d'avoir uniquement recours au psychiatre, au travailleur social, à l'infirmier psychiatrique et au psychologue clinicien comme pourvoyeurs de soins, le professionnel de la santé mentale communautaire cherche à former de nouveaux types d'intervenants. [...]

9) Bloom (1965) identifie une autre caractéristique comme étant "le contrôle et l'implication de la communauté". Selon l'auteur, ces termes signifient que le professionnel de la santé mentale n'est pas considéré comme la seule source d'information pertinente pour répondre aux besoins de la communauté. Ces deux concepts impliquent en fait que le centre de santé mentale communautaire cherche à représenter la communauté. Il devient alors évident que les professionnels d'un tel centre sont appelés à joindre la communauté afin d'identifier ses besoins précis, de préparer des programmes adéquats et d'en évaluer les résultats.

10) Une dernière caractéristique de la santé mentale communautaire est son travail d'identification des sources de stress dans une communauté. [...]

En 2005, Jean-Luc Roelandt⁹ propose d'évaluer la situation française à l'aune d'indicateurs de qualité des services de soin en santé mentale s'appuyant sur les recommandations de l'OMS.

RECOMMANDATIONS OMS 2001 et 2005	SITUATION EN FRANCE
Traiter les troubles au niveau des soins primaires	Pas de lien entre médecins généralistes et psychiatres, système de santé mentale et de santé primaire. <i>Seuls 20% des secteurs de psychiatrie publiques ont un lien systématique avec les généralistes.</i>
Rendre les psychotropes disponibles	Premier pays consommateur... <i>Quelques initiatives pour améliorer la détection, le diagnostic, radéquation de la prescription, l'information de la population...</i>
Soigner dans la communauté Mettre en place des services de proximité pour traiter et soigner les personnes ayant des problèmes de santé mentale dans la collectivité. Ces services devraient être accessibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine, et la devraient être dispensés par une équipe multidisciplinaire mobile.	Le secteur de psychiatrie est encore trop hospitalocentré, peu installé dans les villes. Les liens avec les partenaires de la Cité ne sont pas suffisamment structurés. <i>30% des personnels sont en extra-hospitalier et 70% en intra-hospitalier, alors que 88% des personnes sont suivies en ambulatoire.</i> Développement des équipes mobile psychiatrie et précarité. Peu d'équipes mobiles attachées au secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile
Eduquer le grand public	Campagne dépression (INPES) : 600 000 guides diffusés mais résultats non communiqués. <i>Pas de système d'information publique organisé et financé.</i>
Associer les communautés, les familles et les usagers	<i>Très peu de secteurs organisent des réunions régulières avec les familles, les usagers, les élus (5%).</i>
Obtenir des services résidentiels	<i>Manque 45 000 places en hébergement et logement accompagné (estimation UNAFAM).</i>
Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national	Programmes et plans existent mais nécessité d'un suivi coordonné et interministériel.
Développer les ressources humaines	Existent mais trop majoritairement à l'hôpital, peu diversifiées, très in-également mal réparties et avec un secteur privé tort et qui ne répond pas aux objectifs de santé publique.
Etablir des liens avec d'autres secteurs	Police, justice, logement, travail, loisirs, éducation. <i>Peu de mise en place de réseaux de santé mentale organisés avec les élus et avec une forte participation des usagers (environ 20 conseils locaux de santé mentale).</i>
Surveiller la santé mentale des communautés	A comprendre en France comme les exclus, prisonniers, migrants, adolescents difficiles qui doivent avoir une approche ciblée car ne répondent pas bien aux logiques d'habitat. Ce sont les dispositifs intersectoriels territoriaux.
Soutenir la recherche	- Mise en place de la Fédération de recherche sur la santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais qui mutualise sur des projets de recherche 39 hôpitaux. - Nécessité d'une recherche/développement en santé mentale communautaire. - <i>Pas de professeurs d'université sur le champ de la santé mentale communautaire...</i>

Situation de la santé mentale en Europe : quelques comparaisons.

Dans un autre travail, Jean-Luc Roelandt ¹⁰ et ses collaborateurs proposent 6 critères permettant de définir des bonnes pratiques en santé mentale intégrée dans la cité. Ces critères sont faciles à évaluer puisqu'ils font partie des items des rapports annuels des secteurs psychiatriques.

- *Pas de service d'hospitalisation fermé*
- *Plus de 60% des personnels en extra-hospitalier*
- *Permanence téléphonique constante*
- *Un service toujours en lien avec les médecins généralistes*
- *Au moins une réunion par mois avec les associations d'usagers et la famille*
- *Réponse à l'urgence*

1.3 Quel type d'évaluation choisir ?

D'une façon générale, évaluer la complexité reste une gageure. Nous avons souhaité éviter de tomber dans les écueils d'une évaluation trop pointilleuse s'attachant aux détails d'une organisation sans en apprécier la globalité. **L'évaluation descriptive** s'est développée à partir des réflexions sur l'évaluation des apprentissages^{11 12} Elle permet, sur un ensemble de critères, de formaliser une évaluation qui permet à la fois une objectivité et une approche globale. Cette démarche rejoint la démarche du type d'évaluation proposée par la HAS dans le cadre de la certification.

1.4 Développer une évaluation des services en santé mentale.

Si la santé mentale communautaire et les recommandations de bonnes pratiques tendent à améliorer le système de soins psychiatriques, alors son évaluation passe par les mêmes critères que l'évaluation du système de soin général.

Comme le signalent Borgès Da Silva et Contandriopoulos¹³, l'évaluation des services de santé se cantonne souvent à une mesure de volume de service, alors qu'il s'agit de processus comprenant de multiples dimensions. Les auteurs citent en particulier Sicotte et al.¹⁴ qui se sont appuyés sur les travaux de Parsons¹⁵ pour développer une évaluation multidimensionnelle s'appuyant sur quatre dimensions :

- *s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;*
- *être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ;*
- *développer et maintenir une saine culture organisationnelle pour assurer son bon fonctionnement et sa pérennité ;*
- *atteindre ses buts et objectifs à l'égard de la santé de la population.*

Dans leur rapport sur la performance du système de santé et services sociaux au Québec Léveque et al reprennent ces éléments¹⁶ et en développent les définitions (cf. annexe 1) Borgès Da Silva et Contandriopoulos¹⁰ citent Starfield¹⁷ concernant l'organisation de la santé primaire.

"Selon Starfield, quatre composantes sont essentielles pour disposer de services de première ligne de qualité : le premier contact, la longitudinalité, la globalité et la coordination, au sens de l'intégration. Le premier contact fait référence à

l'accessibilité. Il faut que chaque personne souhaitant avoir recours à des services de santé puisse y avoir accès. La longitudinalité fait référence à la continuité, au suivi des soins dans le temps. La globalité rappelle la notion d'étendue des services. »

Il manque une phrase de liaison expliquant que tu pars des ces dimensions pour construire ta grille. Un paragraphe pour articuler ce que tu as dit avec ce qui vient.

2 Proposition d'une grille d'évaluation des services de santé mentale.

Les différents critères choisis pour développer une grille d'évaluation dans ce travail ont émergé du recoupement des différentes références concernant la santé mentale communautaire, des plans en santé mentale, des rapports cités précédemment, et de l'application des modélisations des composantes des systèmes de soin. Au fur et à mesure du déroulé de l'évaluation nous citerons les références toutefois elle sont tellement nombreuses et redondantes que seules les principales seront citées.

La grille comporte 20 items que nous proposons de coter de 1 à 4. Les tableaux comportent une colonne « seuils de performance » qui permet d'établir un niveau selon les compétences en santé mentale communautaire. La lecture du seuil se fait du plus faible vers le plus élevé, jusqu'à ce que l'on rencontre une description qui ne convient pas. On prend alors la mesure inférieure.

2.1 L'adaptation

S'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et aux attentes des citoyens ;

"C'est la santé mentale qui doit s'adapter aux besoins des patients et pas le contraire"

18

2.1.1 Prise en compte des besoins

La santé mentale communautaire implique une réflexion générale sur le système de l'organisation des soins. « Les démarches communautaires permettent de nouvelles manières de poser les questions, de dépasser le seul traitement individuel pour un abord collectif »¹⁹.

Cela revient à ce que Campagna⁸ mettait en avant dans ses propositions sur la santé mentale communautaire : Elle cherche à assurer le bien-être de toute la communauté et non celui d'un individu — le patient — à la fois. Elle est tournée vers les actions de santé publique³, la santé mentale communautaire est une politique de santé globale. Il existe une réflexion globale sur l'organisation des soins. Chaque projet se fait avec une vision globale de santé publique.

Par définition, la santé mentale communautaire s'occupe d'une collectivité ou communauté. Elle est territoriale puisqu'elle tend à soigner l'ensemble d'une population et à améliorer un état de santé et non pas à traiter une maladie. Elle ne définit pas sa fonction selon une pathologie mais en fonction des besoins de santé d'une population (communauté). Elle lutte en cela contre l'hyperspécialisation. C'est la tendance des services de soin à se centrer sur les soins à apporter aux pathologies graves avec un maximum de moyens. Sans investir dans une réflexion plus globale des soins en terme de prévention ou de dépistage précoce ou même de prévention.

La prise en compte des besoins est une notion territoriale. Cette notion de territoire permet le diagnostic précis des besoins de la population en reprenant l'ensemble des offres locales et permettant de s'y adapter. L'analyse des besoins se réfère à la communauté, au territoire, privé, public, médical, médico-social ou social sans distinction. C'est la base de l'analyse des besoins, en fonction de la granularité choisie elle se réfère aux notions de « secteur » ou de territoire.

- *Évaluation des besoins et des risques*

Le service se réfère aux évaluations des besoins et des risques de la population^{6,20} afin d'organiser sa réponse. Cela comprend des éléments épidémiologiques généraux et locaux. De plus l'aspect « fini, avec limite » du système de soins est pris en compte. L'adaptation du système de soin est organisée dans une dynamique circulaire. En cas de blocage, de saturation, ou de sous utilisation des moyens, un questionnement sur la finalité est mise en place.

Critère : L'adaptation

Objectif : s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens

Prise en compte des besoins

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Évaluations des besoins et des risques	Utilisation des données épidémiologiques et organisationnelles	Le service gère la demande au fil de l'eau, sans tenir compte du besoin global.	1
		Le service analyse son activité au travers d'un système d'information efficient et le met en perspective avec des besoins estimés à partir d'éléments épidémiologiques généraux . Des axes de priorisation des soins de ces éléments existent.	2
		Le service analyse son activité au travers d'un système d'informations efficient, et le met en perspective avec des données épidémiologiques locales . Des axes de priorisation des soins de ces données existent.	3
		Le service analyse son activité au travers un système d'information efficient, et le met en perspective avec des données épidémiologiques locales et des recherches de facteurs de « stress » environnementaux repérés. Des axes de priorisation des soins en découlent en lien avec la prise en compte des limites. L'atteinte des limites agit comme un rétro contrôle.	4

- *Le service s'associe à la communauté.*

Le service ne se vit pas en autarcie mais bien comme un des acteurs de la société. Il est dans une dialectique avec l'ensemble des partenaires et usagers. Par ce partenariat, le service se met en tension pour répondre à d'autres besoins que les siens propres^{18,21}.

✓ *La démocratie sanitaire*

Elle favorise l'empowerment en impliquant et en facilitant la représentation des usagers et les familles dans les instances des systèmes de soins.^{3,9,22}

<u>Critère : L'adaptation</u>			
Objectif s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;			
Prise en compte des besoins			
Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Démocratie sanitaire	Participation des usagers et des familles ou de leurs représentants dans les instances des systèmes de soins	Pas de participation à l'organisation du service.	1
		Une participation épisodique ou distante dans la politique du service.	2
		Une participation significative dans la politique du service. Par exemple des demandes sont discutées. Des projets sont construits conjointement.	3
		La participation est significative et efficace, elle est constructive. Il y a au moins une réunion par mois avec les associations d'usagers et familles.	4

✓ *Respect des droits des usagers :*

Les services de santé mentale communautaire portent des valeurs éthiques, en particulier de respect des libertés individuelles et de leur prédominance face aux soins. La promotion de la bien-traitance⁶ est une priorité.^{1,18}

Critère : L'adaptation

Objectif s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;

Prise en compte des besoins

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Démocratie sanitaire	Respect des libertés individuelles.	Le service n'a pas de regard global sur les mesures de restriction des libertés individuelles. Les unités d'hospitalisation sont fermées.	1
		Le service examine le respect d'aller et venir au sein des lieux d'hospitalisation. Ceux-ci sont partiellement ouverts.	2
		Le service examine le respect d'aller et de venir au sein des lieux d'hospitalisation. Des moyens sont mis en œuvre pour diminuer les mesures de contrainte de soin, ainsi que les isolements et les contentions. L'ensemble de ces éléments sont surveillés et discutés régulièrement au sein du service.	3
		Pas de service d'hospitalisation fermé. L'absence d'isolement et de contention est un objectif. Les contraintes de soins sont minimisées dans leur nombre et leur durée. L'ensemble de ces éléments est surveillé et discuté régulièrement au sein du service.	4

✓ *Le travail en réseau :*

Décloisonner le sanitaire et le social^{3 6 22}. Le service travaille en étroite collaboration avec l'ensemble des acteurs sociaux et médico-sociaux. L'ensemble des acteurs de la vie publique (et en particulier les villes) est impliqué. Les maires sont les acteurs de terrain, les coordonnateurs du vivre ensemble. Une des approches est l'intégration de conseils locaux de

santé mentale^{23, 24}. Elle permet la discussion entre la santé (santé mentale) et la collectivité (la cité). Des liens avec la police, justice, logement, travail, loisirs, éducation, association d'usagers sont établis. Le lien avec la santé primaire est primordial en particulier avec les médecins généralistes^{25 26 27}. Des cellules de coordination-discussion sont développées avec l'ensemble des partenaires.

Critère : L'adaptation

Objectif s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;

Prise en compte des besoins

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Démocratie sanitaire	<p>Décloisonner le sanitaire et le social</p> <p>Le lien avec la santé primaire</p>	<p>Le service fonctionne en autarcie. Il n'est pas en relation avec d'autres services de champs différents.</p>	1
		<p>Le service développe des liens ponctuels et informels avec un ou plusieurs des champs suivants : des structures médico sociales, la police, justice, logement, travail, loisirs, éducation, santé primaire. Dans le cadre d'une réflexion sur les besoins en terme de santé mentale.</p>	2
		<p>Le service développe des liens réguliers et/ou formalisés dans le cadre d'une réflexion sur les besoins en termes de santé mentale avec plusieurs des champs suivants : des structures médico sociales, la police, justice, logement, travail, loisirs, éducation, santé primaire de façon séparée et non coordonnée.</p>	3
		<p>Sur le territoire, il existe une coordination des différents champs sous la forme d'un conseil local de santé mentale ou autre structuration, dans le cadre d'une réflexion sur les besoins en terme de santé mentale, réunissant de façon ouverte le médical, le social et le médico social.</p>	4

2.1.2 Innover et soutenir la recherche en santé mentale

La recherche et l'innovation doivent être un point d'investissement important dans les organisations.^{3,6}

<u>Critère : L'adaptation</u>		
Objectif s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;		
Innover et soutenir la recherche en santé mentale		
Donnée	Éléments observables	Seuil de performance
Le service innove dans ses pratiques et son organisation.	Le fonctionnement du service est stable.	1
	Le service se réorganise en fonction de ses besoins propres et développe des recherches évaluatives.	2
	Le service se réorganise en fonction de ses besoins propres et de ceux de la communauté.	3
	Le service se réorganise en fonction de ses besoins propres et de ceux de la communauté. Il développe des échanges d'expériences et de pratiques dans des réseaux nationaux et internationaux. Les recommandations de bonnes pratiques sont prises en compte.	4

<u>Critère : L'adaptation</u>		
Objectif s'adapter pour se donner des ressources et des structures organisationnelles qui sont nécessaires pour répondre aux besoins et attentes des citoyens ;		
2 Innover et soutenir la recherche en santé mentale		
Donnée	Éléments observables	Seuil de performance
Le service collabore à des actions de recherche.	Le service ne participe jamais à des activités de recherche.	1
	Le service participe rarement à des activités de recherche.	2
	Le service collabore régulièrement à des activités de recherche.	3
	Le service met en place seul ou en collaboration, des recherches sur la santé mentale, sous forme de recherche/action aboutissant à des présentations ou des publications. Il s'appuie sur des coordinations de recherche locales ou nationales.	4

2.2 La production

Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.

2.2.1 Volume de soins et de services :

Il n'existe pas de repères consensuels sur l'activité à fournir dans un service de santé mentale. L'activité doit être centrée sur la population touchée plus que sur un nombre d'actes qui n'est habituellement pas significatif et indirectement en relation avec l'amélioration de l'état de santé de la population. Cette problématique n'est qu'indirectement abordée dans les plans (développer un peu).

Critère : La production

Objectif *Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.*

Compétences et éléments de compétence visés : Volume de soins et de services

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Volume de soins et de services	Assurer un volume suffisant de soins pour une population donnée. Optimisation des volumes en fonction des ressources investies (la productivité).	Le service fonctionne sans connaître son activité en terme de population touchée.	1
		Le service connaît son impact sur la population. (exemple : file active, cumulée sur 5 ans Taux de couverture d'une population).	2
		Le service connaît son impact sur la population. (exemple : file active, cumulée sur 5 ans Taux de couverture d'une population). Des indicateurs cibles sont définis pour 100 000 habitants pour la population du territoire. Un panel d'indicateurs est utilisé pour le pilotage du service.	3
		Le service connaît son impact sur la population. (exemple : file active, cumulée sur 5 ans Taux de couverture d'une population). Des indicateurs cibles sont définis pour 100 000 habitants pour la population du territoire. Un panel d'indicateurs est utilisé pour le pilotage du service. Le service est en situation de se comparer en terme de productivité à d'autres services.	4

2.2.2 Faciliter et améliorer l'accès aux soins

L'accès aux soins comporte deux dimensions : les nouvelles demandes (traitées dans ce paragraphe) et le côté organisationnel de l'accès (traité dans la longitudinalité ou continuité des soins).^{3,6 22}

L'accès vers les services de soins est, tout d'abord, permis par le réseau et en particulier l'articulation avec les médecins généralistes²⁸. Les contacts formalisés et réguliers avec les réseaux sont abordés plus haut. L'enquête menée par Gérard Milleret auprès des médecins généralistes fait ressortir au premier plan les difficultés liées aux représentations (stigmatisation) ainsi que les délais d'accès aux soins^{29 30}. Le taux de recours aux services de santé mentale en France serait l'un des plus faibles d'Europe³¹. La question se résume donc à : comment ne pas être trop inquiet des pratiques psychiatriques proposées, afin de pouvoir adresser facilement ses patients ?

L'accès aux soins d'une nouvelle demande est le seul élément de l'activité de la santé mentale non « auto prescrit » par le système de soin. Il est en relation avec différents éléments comme les besoins de soin, l'accessibilité, le lien avec le réseau de soin. C'est un indicateur d'accessibilité, de dépistage pour la santé mentale⁸.

La question de l'accessibilité est primordiale en santé mentale car elle est le premier frein aux soins. Les représentations sociales négatives entraînent une forte stigmatisation d'où la nécessité d'un élargissement de la problématique de l'accès. Non seulement chaque personne souhaitant avoir recours à ces services doit pouvoir le faire, mais il est nécessaire de permettre à chaque personne de pouvoir en exprimer la possibilité. Il faut rendre si besoin l'accès proactif en mobilisant les soins vers l'utilisateur. C'est un enjeu primordial de la santé mentale communautaire.

- *Améliorer les délais de consultation et élargir le recrutement*

Critère : La production

Objectif *Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.*

Compétences et éléments de compétences visés : Faciliter et améliorer l'accès aux soins : Permet à une plus grande partie de la population d'avoir accès à ces services.

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Augmente les contacts avec la population.	Améliore les délais de consultation et élargit le recrutement	Le service fonctionne sans se préoccuper des délais d'attente de consultation. Une liste d'attente sert de premier filtre.	1
		Des actions sont mises en place afin de diminuer les délais d'accueil de consultation. Le service suit le nombre de nouvelles demandes.	2
		Il n'existe plus de liste d'attente de consultation. L'augmentation du nombre de nouveaux contacts est maîtrisée. Le service a une démarche active afin de favoriser les contacts (première consultation au domicile...). Des contacts réguliers avec les systèmes d'urgence assurent la mise en lien avec les soins.	3
		Il n'existe plus de liste d'attente. L'augmentation du nombre de nouveaux contacts est maîtrisée. Le service a une démarche active afin de favoriser les contacts (première consultation au domicile, ...) Des contacts réguliers avec les systèmes d'urgence assurent la mise en lien avec les soins. Ils proposent des facilités d'accès aux différentes situations de vulnérabilité et à risque : personnes sans domicile; adolescents; sujets âgés; santé de la mère et de l'enfant, suivi des personnes sous main de justice. exclus, prisonniers, migrants .	4

- *Modification des représentations et lisibilité de l'accès aux soins.*

La santé mentale souffre d'une représentation péjorative³² Changer l'image de la santé mentale, l'image de la maladie, des soins et des soignants³³ auprès des usagers et des professionnels de l'ensemble du réseau passe par différents canaux : Le respect des droits (déjà évoqué) , le développement de la communication sur la santé mentale de façon générale (envisagé dans la partie sur les programmes de promotion de la santé). Il comprend également des éléments d'organisation pratiques.

<u>Critère : La production</u>			
Objectif <i>Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.</i>			
Compétences et éléments de compétence visés :Faciliter et améliorer l'accès aux soins : Permet à une plus grande partie de la population d'avoir accès à ces services.			
Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Augmente les contacts avec la population.	Modification des représentations et lisibilité de l'accès aux soins.	<p>Le service informe sur ses pratiques et les différents soins proposés. Une diffusion d'information sur l'accès au service est faite à l'ensemble des partenaires.</p> <p>Des numéros de téléphone directs du service sont communiqués pour les médecins généralistes, les partenaires principaux pour les situations complexes.</p> <p>Des courriers d'information au médecin traitant sont envoyés systématiquement dès les premiers contacts sur les soins proposés en ambulatoire.</p> <p>Des lieux de consultation peu stigmatisés vis à vis de la maladie mentale sont mis en place : consultations dans les cabinets médicaux, maisons médicales, CCAS et autres lieux de consultations.</p>	<p>Une action</p> <p>2 actions</p> <p>3 actions</p> <p>4 actions</p>

2.2.3 Globalité:

« L'étendue des services part des services préventifs et va jusqu'au traitement et même aux soins palliatifs. »¹⁰

- *Les interventions se font dans la communauté (collectivité) plutôt qu'en institution*

Cette partie est à la fois très spécifique à la santé mentale communautaire mais également un élément repéré comme facteur de progression globale en santé.^{3, 5, 6, 8, 22} développer un peu ?

✓ *La mobilité des professionnels est favorisée:*

La mobilité des intervenants favorise: l'accès aux soins, la continuité des soins, le maintien dans la communauté et la prévention des rechutes.⁹

Critère : La production

Objectif *Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.*

Compétences et éléments de compétence visés : Globalité

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Les interventions se font dans la communauté	La réponse institutionnelle (hospitalière) n'est pas centrale dans la proposition de soins. La mobilité des professionnels est favorisée.	La réponse institutionnelle hospitalière est centrale dans la réponse. Les personnels sont à plus de 80% (Equivalent temps plein) en hospitalier. Les soins à domicile ne sont pas une réponse utilisée lorsque le soin doit être densifié.	1
		La réponse ambulatoire est développée, sous forme de consultations. La mobilité existe, les soins à domicile sont épisodiques et réalisés essentiellement par des infirmiers. Plus de 50% des personnels travaille hors des services d'hospitalisation.	2
		Plus de 60% des personnels travaille hors des services d'hospitalisation ¹⁰ . La mobilité est réalisée par quelques professionnels de catégories différentes. Des équipes de type suivi au domicile au long cours sont développées (assertive community treatment).	3
		Plus de 70% des personnels travaille hors des services d'hospitalisation. La mobilité est généralisée à l'ensemble des catégories professionnelles. Des équipes de type suivi au domicile au long cours sont développées (assertive community treatment). Des équipes mobiles de crise gèrent les situations aiguës, en lien avec les services d'urgence du territoire.	4

✓ Travailler avec l'environnement

À la différence de ce qui est évoqué sur le plan de la politique d'organisation des soins, il s'agit ici du travail de terrain qui est évalué.^{3,6,9,19}

<u>Critère : La production</u>			
Objectif <i>Etre productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.</i>			
Compétences et éléments de compétence visés : Globalité:			
Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Les interventions se font dans la communauté	Travailler avec l'environnement de proximité	Le travail avec l'environnement est ponctuel et se résume à la présence de la famille lors des consultations.	1
		Les proches et les aidants sont impliqués dans la prise en charge.	2
		Les proches et les aidants sont impliqués dans la prise en charge. Des actions sont organisées dans l'environnement élargi (Par exemple des réunions de voisinage, avec les bailleurs) afin de maintenir les usagers dans la communauté.	3
		Les proches et les aidants sont impliqués dans la prise en charge. Des actions sont organisées dans l'environnement élargi (Par exemple des réunions de voisinage, avec les bailleurs) afin de maintenir les usagers dans la communauté. Des actions de soutien des aidants sont développées afin de favoriser leur autonomie.	4

✓ *Développer les ressources humaines*

Les ressources humaines sont diversifiées pour répondre aux différents besoins (soignants, travailleurs sociaux, animateurs...), l'ensemble des compétences des différents professionnels est mobilisé⁸, et intègre les notions de savoir expérimentiel des usagers.

<u>Critère : La production</u>			
Objectif <i>Etre productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.</i>			
Compétences et éléments de compétence visés : Globalité			
Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Les interventions se font dans la communauté	Développer les ressources humaines	L'équipe se compose essentiellement de soignants (médecins, infirmiers, aide-soignants)	1
		Les ressources humaines sont diversifiées pour répondre aux différents besoins (soignants, travailleurs sociaux, animateurs...)	2
		Les ressources humaines sont diversifiées pour répondre aux différents besoins (soignants, travailleur sociaux, animateurs...). L'ensemble des compétences des différents professionnels sont mobilisables sur l'ensemble des champs d'action.	3
		Les ressources humaines sont diversifiées pour répondre aux différents besoins (soignants, travailleurs sociaux, animateurs...). L'ensemble des compétences des différents professionnels sont mobilisables sur l'ensemble des champs d'action. Les compétences du savoir expérimentiel (médiateur de santé pair) et le case management (ou gestion de cas) sont développés pour les suivis des situations complexes et pluridisciplinaires.	4

- *Disposer d'alternatives à l'hospitalisation en service de psychiatrie*

<u>Critère : La production</u>			
Objectif <i>Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.</i>			
Compétences et éléments de compétence visés : <u>Globalité</u>			
Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Les interventions se font dans la communauté	Disposer d'alternatives à l'hospitalisation en service de psychiatrie	L'hospitalisation en service de psychiatrie est le seul mode de prise en charge temps plein.	1
		Des alternatives institutionnelles existent à l'hospitalisation en psychiatrie en premier ou seconde intention : par exemple Centre d'Accueil et de Crise, accueil familial court terme.	2
		Des alternatives institutionnelles existent à l'hospitalisation en psychiatrie en premier ou second temps : par exemple Centre d'Accueil et de Crise, accueil familial court terme. D'autres modes de prise en charge temps plein existent : hospitalisation à domicile, hébergements d'urgence, et d'accueil social.	3
		Des alternatives institutionnelles existent à l'hospitalisation en psychiatrie en premier ou second temps : par exemple Centre d'Accueil et de Crise, accueil familial court terme. D'autres modes de prise en charge temps plein existent : hospitalisation à domicile, hébergements d'urgence et d'accueil social. Ces possibilités entraînent une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations en psychiatrie.	4

- *Maintien dans la communauté (citoyenneté) :*

Au delà de l'amélioration de l'état de santé, c'est le rétablissement de la personne qui est recherché. Des moyens sont mis en œuvre afin de permettre aux personnes avec des troubles psychiques de rester insérées dans la cité, de rester des citoyens à part entière. La ville est le lieu privilégié pour l'accompagnement du handicap/maladie chronique^{34, 35, 36}. Cette vision intégrative permet à chaque citoyen de rester en lien avec la société en y cherchant une place. ON peut résumer cette philosophie par le slogan de l'OMS : « Oui aux soins, non à l'exclusion » (OMS 2001)³⁷.

<u>Critère : La production</u>		
Objectif <i>Etre productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.</i>		
Compétences et éléments de compétence visés : <u>Globalité</u>		
Donnée	Éléments observables	Seuil de performance
Maintien dans la communauté (citoyenneté)	<p>Logement : Offrir des services résidentiels à court terme⁸, faciliter l'accès au logement²² pour les personnes présentant un handicap, permettre un accompagnement global dans le logement.</p> <p>Loisirs/culture : favoriser l'accès aux loisirs et à la culture. Favoriser le développement des GEM²², et des autres activités associatives. Faciliter l'accès à la culture, aux loisirs et l'intégration dans les associations locales.</p> <p>Travail : aide à la reprise d'une activité professionnelle ou accompagnement aumaintien dans une activité professionnelle adaptée.</p> <p>Comme l'ensemble des citoyens du territoire, les personnes suivies ou hébergées par des structures sociales et médico-sociales bénéficient d'une réponse ambulatoire adaptée à leurs besoins de soins. (EPAHD, CLIC, CHRS, foyer d'accueil d'urgence, autres structures médico-sociales.)</p>	<p>1 une proposition</p> <p>2 deux</p> <p>3 trois</p> <p>4 quatre</p>

- *Des programmes de promotion de la santé*

<u>Critère : La production</u>		
Objectif <i>Etre productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.</i>		
Compétences et éléments de compétence visés : <u>Globalité</u>		
Donnée	Éléments observables	Seuil de performance
Des programmes de promotion de la santé sont mis en place.	Des programmes s'inspirant des principes de l'éducation thérapeutique sont mis en place. Ils permettent de rendre aux usagers l'autonomie et le pouvoir de décision. ^{3 18}	1
	Des programmes s'inspirant des principes de l'éducation thérapeutique sont mis en place. Ils permettent de rendre aux usagers l'autonomie et le pouvoir de décision. Des programmes de promotion de la santé sont mis en place sur le territoire à destination de l'ensemble des populations et du réseau.	2
	Des programmes s'inspirant des principes de l'éducation thérapeutique sont mis en place. Ils permettent de rendre aux usagers l'autonomie et le pouvoir de décision. Des programmes de promotion de la santé sont mis en place sur le territoire à destination de l'ensemble des populations et du réseau. Ces programmes visent particulièrement la destigmatisation de la santé mentale. Toutes ces actions sont élaborées et réalisées conjointement avec les associations d'usagers.	3
	Des programmes s'inspirant des principes de l'éducation thérapeutique sont mis en place. Ils permettent de rendre aux usagers l'autonomie et le pouvoir de décision . Des programmes de promotion de la santé sont mis en place sur le territoire à destination de l'ensemble des populations et du réseau. Ces programmes visent particulièrement la destigmatisation de la santé mentale. Toutes ces actions sont élaborées et réalisées conjointement avec les associations d'usagers et les usagers, dans une démarche de santé communautaire, et en lien avec une réflexion globale sur la santé.	4

2.2.4 Longitudinalité: (Continuité)

Cette dimension fait référence à la continuité, au suivi des soins dans le temps.^{3,10 38}

Les différents temps de la prise en charge sont assurés et articulés.

- *Disponibilité:*

<u>Critère : La production</u>			
Objectif Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ; Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.			
Compétences et éléments de compétence visés : <u>Longitudinalité: (Continuité) les différents temps de la prise en charge sont assurés et articulés</u>			
Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Continuité dans le parcours de soin	Disponibilité	L'hôpital assure seul la continuité des soins (urgence ou hospitalisation). Les demandes y sont adressées.	1
		Il existe une permanence téléphonique ² . Elle est en lien avec les urgences. Une présence constante d'une équipe de santé mentale est assurée dans les services des urgences générales du territoire. Elle organise le relais et la continuité avec l'ambulatoire.	2
		Il existe une permanence téléphonique. Une réponse à l'urgence ¹⁰ est proposée à partir de l'ambulatoire, les plages d'intervention sont larges (9-19h). Une présence constante d'une équipe de santé mentale est assurée dans les services des urgences générales du territoire. Elle organise le relais et la continuité avec l'ambulatoire. La continuité informationnelle est assurée.	3
		Une réponse est organisée et coordonnée 7j/7 et 24h/24 à partir de l'ambulatoire. L'ensemble des appels et des demandes est suivi et relayé. La fluidité est garantie dans son ensemble par une coordination dédiée. Une présence constante d'une équipe de santé mentale est assurée dans les services des urgences générales du territoire. Elle organise le relais et la continuité avec	4

		l'ambulatorio. La continuité informationnelle est assurée par un dossier patient unique informatisé et partagé.	
--	--	---	--

- *Continuité d'intégration dans le parcours de soin*

L'articulation interne et/ou externe évite les blocages dans le parcours de soin. La cohésion du système de soins permet d'éviter des voies de garage comme l'hospitalisation au long cours ou récurrente, l'absence de réponse adaptée faute de disponibilité, la discontinuité des soins ou l'arrêt des soins (perdus de vue).

La continuité informationnelle est assurée par l'ensemble des méthodes et outils qui permettent aux différents intervenants de se relayer pour la prise en charge de la situation. Elle est relative à différentes notions: tenue du dossier du patient, courriers, transmission traçabilité des informations, informatisation. Les critères IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) pourraient être des critères à intégrer.

- ✓ *Intégration en interne*

Les différentes unités du service de soins ne sont pas indépendantes, elles sont en interrelation. Cela implique donc la coordination du projet de soins pour l'ensemble des unités, ainsi que la continuité de la communication entre les différentes unités.

Critère : La production

Objectif Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ; Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.

Compétences et éléments de compétence visés : Longitudinalité: (Continuité) les différents temps de la prise en charge sont assurés et articulés

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Continuité dans le parcours de soin	Intégration en interne.	Les différentes unités de soins fonctionnent de manière indépendante. Il y a peu d'échanges entre les équipes. Les relais sont peu fluides. Des demandes formalisées sont nécessaires.	1
		Les unités de soins sont associées, les contacts sont réguliers. Des transmissions sont faites.	2
		Les différentes unités du service de soin sont en interrelation. Les professionnels exercent sur différentes unités. Un système organisé permet le partage fiable et fluide des informations.	3
		Les différentes unités du service de soin sont en interrelation. Les professionnels exercent sur différentes unités. Il existe une coordination du projet de soins pour l'ensemble des unités. Le parcours de soin est fluide et permet d'éviter les blocages. Les hospitalisations au long cours, récurrentes et les perdus de vue diminuent. Le dossier patient est unique et informatisé.	4

✓ *Intégration avec la santé primaire*

Permettre à la santé mentale de répondre aux besoins du système de santé général, et permettre au système de santé générale de s'occuper des patients suivis en santé mentale. La prévention des rechutes doit se faire en lien avec la ville et avec les personnes présentant des troubles à risque. Favoriser la gestion de cas, limiter les perdus de vue en lien avec la santé primaire^{3,2,21,20,22}

Critère : La production

Objectif Être productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert ; Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.

Compétences et éléments de compétence visés : Longitudinalité: (Continuité) les différents temps de la prise en charge sont assurés et articulés

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Continuité dans le parcours de soin	Intégration avec la santé primaire	Le médecin traitant est informé épisodiquement de l'évolution de son patient.	1
		Le médecin traitant est régulièrement tenu informé de l'état de son patient.	2
		Le médecin traitant est impliqué dès la prise en charge initiale de son patient. Il est systématiquement destinataire des modifications de traitements. Infirmiers libéraux et les pharmaciens sont impliqués dans la gestion des traitements au quotidien.	3
		Le médecin traitant est au centre du dispositif de soin, il est le coordonnateur des soins : il est le prescripteur des soins en santé mentale et reçoit systématiquement de la part de l'équipe de soins l'ensemble des informations de prise en charge concernant son patient. Le médecin traitant est impliqué dans le suivi au long cours des personnes présentant un trouble psychique grave. Le médecin indique les actions à mener à l'équipe de soin. Santé mentale et santé primaire collaborent au maintien de la santé globale de l'utilisateur. Infirmier libéraux et pharmaciens sont impliqués dans la prise en charge au quotidien.	4

✓ *Intégration avec les services spécialisés*

Critère : La production

Objectif *Etre productif pour assurer un volume adéquat et une qualité optimale de services aux citoyens qu'il dessert. Le système vise à soigner les individus mais aussi à maintenir une population dans un état de santé acceptable en garantissant la citoyenneté.*

Compétences et éléments de compétence visés : Longitudinalité: (Continuité) les différents temps de la prise en charge sont assurés et articulés

Donnée	Critères de performance	Éléments observables	Seuil de performance
Continuité dans le parcours de soin	Intégration avec les services spécialisés	Des relations existent avec des services spécialisés : urgences, Psychiatrie de liaison, Addictologie, Santé au travail (hygiène du travail) :18	1
		Les relations existent avec des services spécialisés : urgences, Psychiatrie de liaison, addictologie, santé au travail (hygiène du travail) : sont réguliers afin de favoriser les mises en lien (en particulier pour les urgences) et les suivis conjoints sont favorisés pour les troubles complexes.	2
		Les relations existent avec des services spécialisés : urgences, psychiatrie de liaison, addictologie, santé au travail (hygiène du travail) : sont réguliers afin de favoriser les mises en lien (en particulier pour les urgences) et les suivis conjoints sont favorisés pour les troubles complexes. Les soins libéraux sont intégrés dans le réseau, les ressources sont partagées et coordonnées	3
		Les relations existent avec des services spécialisés : urgences, psychiatrie de liaison, addictologie, Santé au travail (hygiène du travail) :sont réguliers afin de favoriser les mises en lien (en particulier pour les urgences) et les suivis conjoints sont favorisés pour les troubles complexes. Les soins libéraux sont intégrés dans le réseau, les ressources sont partagées et coordonnées, des stratégies communes sont élaborées dans l'organisation des soins	4

2.3 Le développement et le maintien de la culture organisationnelle

« Cette fonction peut être prise en considération grâce, notamment, à des indicateurs documentant le climat de travail et le bien-être des employés. »¹³ C'est ce qui permet au système de se maintenir dans la durée.

<u>Critère : Le développement et le maintien de la culture organisationnelle</u>		
Objectif : <i>permet aux organisations de se maintenir, de bien fonctionner et d'offrir des services de qualité.</i>		
Donnée	Éléments observables	Seuil de performance
Maintien de la culture organisationnelle	L'organisation et les procédures sont décrites et facilement transmissibles.	1
	L'organisation et les procédures sont décrites et facilement transmissibles. Les professionnels sont sensibilisés aux valeurs et formés à la santé mentale communautaire.	2
	L'organisation et les procédures sont décrites et facilement transmissibles. Les professionnels sont sensibilisés aux valeurs et formés à la santé mentale communautaire. Des indicateurs documentant le climat de travail et le bien-être des employés sont mis en place.	3
	L'organisation et les procédures sont décrites et facilement transmissibles. Les professionnels sont sensibilisés aux valeurs et formés à la santé mentale communautaire. Des indicateurs documentant le climat de travail et le bien-être des employés sont mis en place. Les risques psychosociaux sont repérés et des actions sont mises en place. (formations à la gestion des situations de violence et à la négociation...)	4

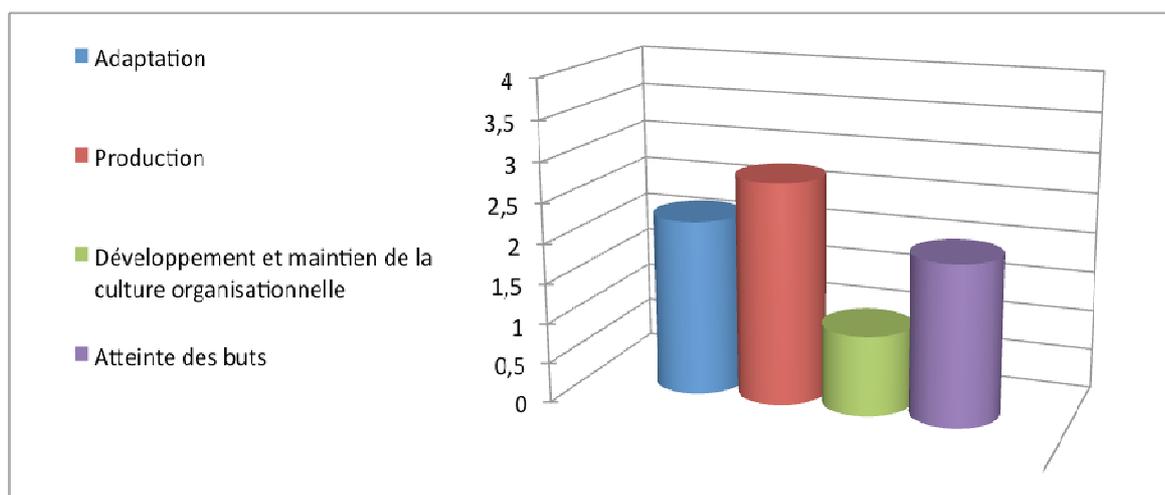
2.4 L'atteinte des buts

« L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des **déterminants de la santé et du bien-être.** »¹³

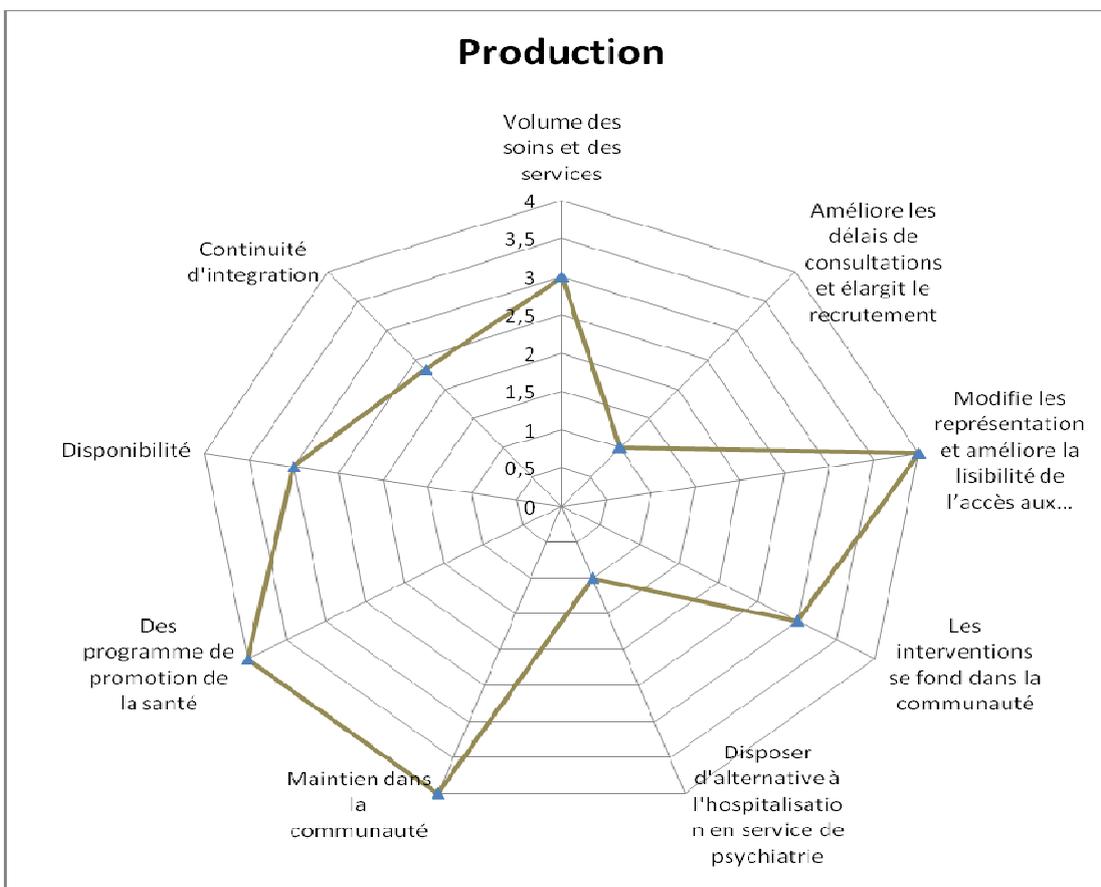
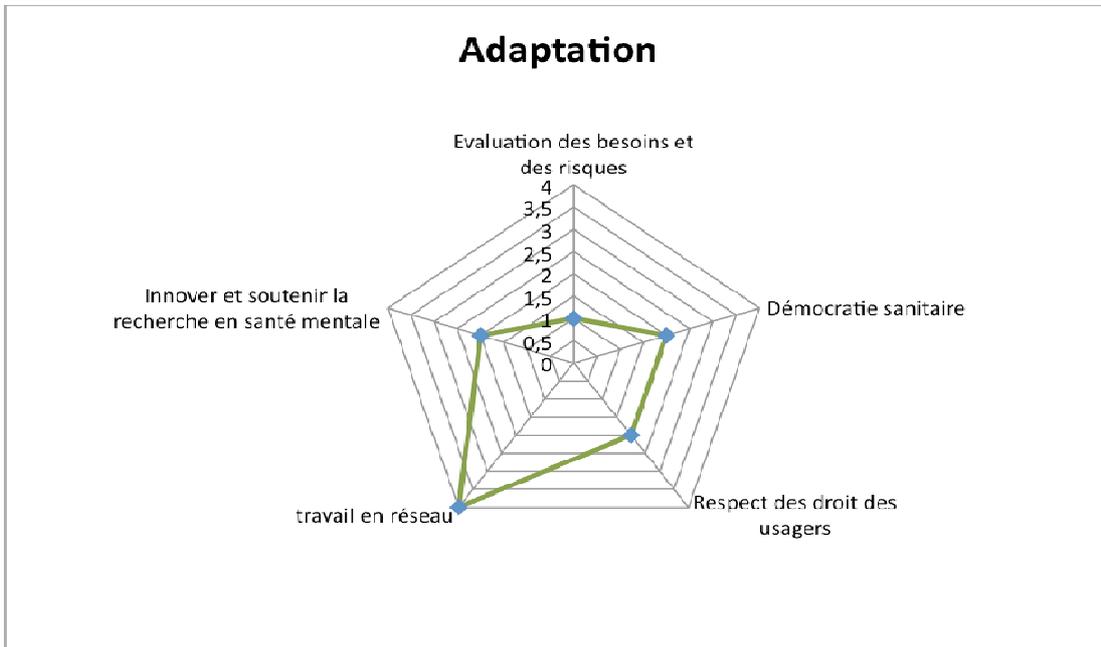
<u>Critère : L'atteinte des buts</u>		
Objectif satisfaire aux objectifs fondamentaux dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être.		
Donnée	Éléments observables	Seuil de performance
Surveillance des déterminants de santé, surveillance de la morbidité et de la mortalité	1. Mise en place d'un monitoring de l'état de santé de la population. Par exemple, suivi de la morbi-mortalité, de la consommation de psychotropes, suivi du nombre de suicides sur le territoire ou dans la population des personnes ayant eu un contact.	1 aucun élément
	2. Évaluation de la satisfaction du système de soin par les usagers	2 : 1 élément est présent
	3. Évaluation de la satisfaction du système de soin par les professionnels	3 : 2 éléments sont présents
		4 : 3 éléments sont présents

3 Représentation graphique

La cotation des items peut être uniquement numérique donnant un score global sur la tenue des actions (annexe V). Toutefois, on préférera la visualisation des différentes fonctions.

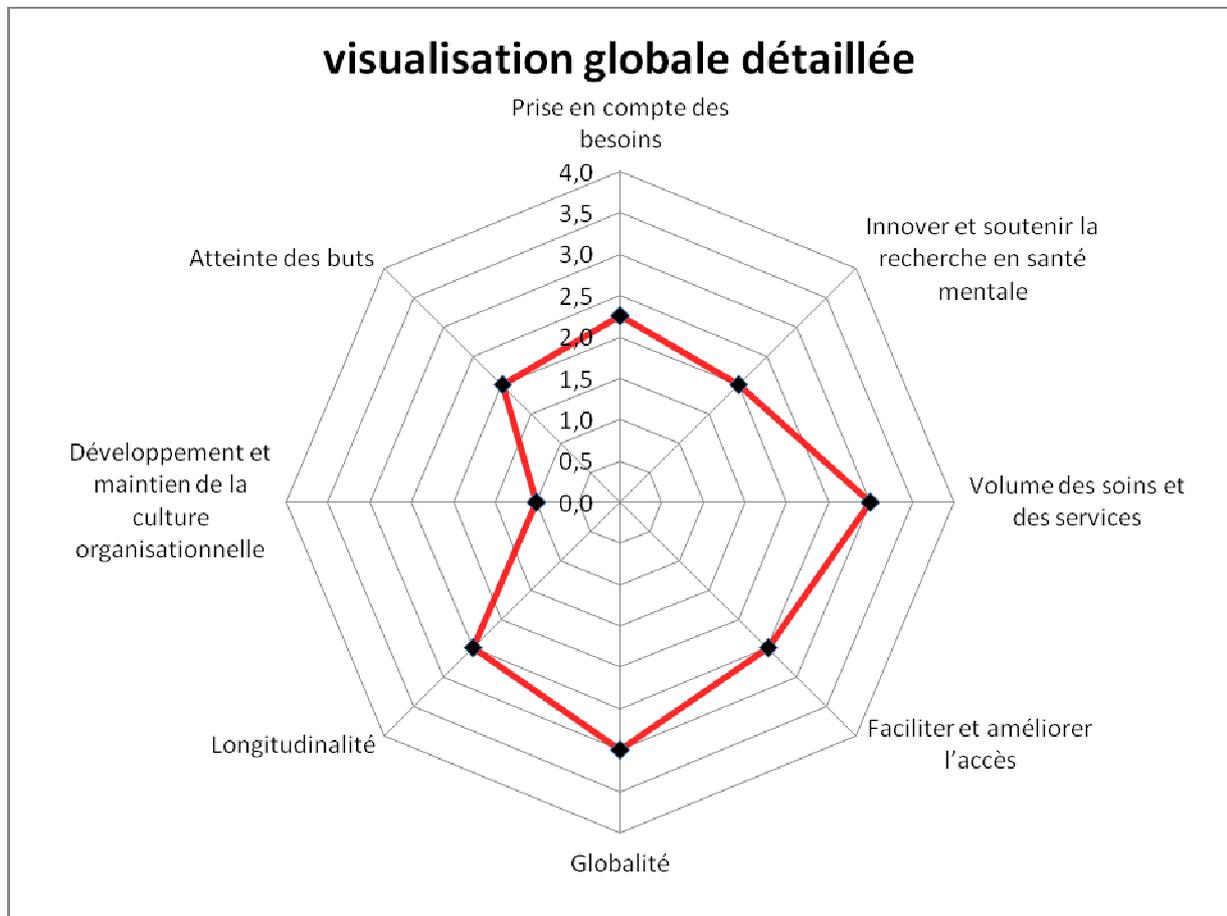


Cette première vue très générale montre les axes développés par Sicotte et al.¹⁴. Elle ne permet pas une compréhension fine de la situation. En gardant la classification, il est possible de s'intéresser à des éléments plus détaillés.



Toutefois, il nous a semblé nécessaire de concevoir une visualisation permettant d'embrasser l'ensemble du modèle dans une seule représentation, tout en maintenant une finesse de lecture des éléments.

Cette vue "visualisation globale détaillée " permet une vision générale des fonctions du système de soins.



4 Discussion

L'architecture que nous avons choisie pour cette proposition de grille d'évaluation permet de resituer la santé mentale communautaire au centre d'une vision globale du système de soins mais aussi au centre du système social. Cette grille d'évaluation a été centrée sur les services de soin en santé mentale pour des raisons méthodologiques. En effet, la santé mentale communautaire n'intéresse pas que le système de soin. Dans l'absolu une évaluation devrait prendre en compte d'emblée l'organisation politique et sociale d'un territoire; ce qui rendrait bien plus pertinent l'évaluation de la santé mentale communautaire. Elle explorerait l'ensemble du positionnement communautaire. Toutefois, la formulation d'une telle grille deviendrait plus complexe car elle ne bénéficierait plus de repères. L'évaluation est centrée sur les systèmes de soin et leur intégration au système social. Cela permet un angle de vue plus restreint mais surtout plus concret. C'est ainsi qu'il est proposé aux services de soin en santé mentale d'élargir leur réflexion en intégrant les partenaires extérieurs. Mais il aurait été tout aussi pertinent de demander à d'autres partenaires de travailler en collaboration avec les systèmes de soin.

Des indicateurs quantitatifs devraient pouvoir accompagner ce type d'outils. Mais ils restent à être composés. Nous évoquons en particulier le développement de repères de besoins de la population en santé mentale. Les études épidémiologiques et les indicateurs concernant les risques psychosociaux doivent encore être développés et approfondis.

Afin de valider sa pertinence, sa sensibilité et son applicabilité, ce modèle devra être expérimenté sur différents sites. Des ajustements peuvent être nécessaires. La question de la reproductibilité devrait être évaluée. La forme opérationnelle de ce type d'évaluation pourrait être réalisée sous forme d'audit extérieur. Afin d'aller au bout de cette logique communautaire l'audit devrait être composé de référents de différents champs en particulier un représentant de la société civile (un élu), un représentant d'utilisateur, et un soignant.

L'intégration de ce type de grille dans le travail de la HAS nous semble une nécessité. Elle permettrait de mettre en cohérence l'évaluation des systèmes de soins avec les attentes renouvelées lors des différents rapports et plans de ces dernières années

L'organisation de la santé mentale en France et en particulier du "Secteur" permet d'envisager cette politique globale de la santé mentale communautaire puisqu'elle réfère à une population. Elle est le seul système en France dont la mission lui permet d'avoir une vision globale sur la santé mentale. La dynamique nécessaire ne semble pas pouvoir venir d'ailleurs. Toutefois cette organisation doit

poursuivre son évolution. L'application d'une telle grille permet de repérer les différents champs d'actions nécessaires. Certains éléments sont historiquement moins investis: l'ouverture, les coopérations, l'intégration de la promotion et de la prévention et en particulier, le développement de la démocratie sanitaire et l'intégration de l'utilisateur et des médiateurs de santé.

L'objectivation que permet ce type d'évaluation doit aussi permettre d'informer et de sensibiliser les professionnels. Elle leur permet de se resituer dans une vision plus globale de leur activité et participe à la modification des pratiques. La restitution de ces données auprès des populations et des élus permettrait de poursuivre le travail de destigmatisation et de sensibilisation. La restitution serait l'occasion de créer cette dynamique d'implication et de sensibilisation, en resituant la santé mentale au cœur de la cité.

5 Conclusion

Ces dernières années, de nombreuses recommandations ont mis en avant la nécessité d'évolution du système de la santé mentale. Pourtant celle-ci ne s'opère pas. C'est bien là l'enjeu de l'évaluation. Sans repère, il n'y a pas de pilotage. Sans pilotage il n'y a pas d'évolution.

En France, la politique de soin existe. Elle transparait dans les réflexions émanant des différentes sources que nous avons régulièrement citées. La mise en œuvre, elle, n'est pas uniforme car elle n'est pas pilotée. Les disparités de l'offre de soins psychiatriques en France ^{39,40} en sont le reflet. L'utilisation d'une grille telle que nous la proposons permet de mettre à disposition des repères pour le pilotage. Cette dernière partie fait encore défaut. On peut espérer que les récentes réformes du système de soin français permettront une évolution.

Dans ce domaine, il est toujours intéressant de s'inspirer des réponses apportées par les autres pays à la même problématique. Ainsi, la réforme de l'offre de soins psychiatriques belge qui se met en place actuellement⁴¹ définit les différentes fonctions à mettre en œuvre sur un territoire donné. Avec cette réforme, la Belgique veut parvenir à organiser une mutation de son système de soins en santé mentale. Plus éloignée dans le temps la réforme en Angleterre et plus encore en Italie montrent la nécessité de l'implication politique dans le pilotage du système de soin.

Annexe I

Levesque JF, Genereux M, Fortin M, Shaba A, Cleret de Langavant G, Boily C. Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Commissaire à la santé et au bien-être, 2009.

L'adaptation

L'adaptation consiste en la capacité de structurer ou de configurer le système et en celle d'acquérir les ressources en fonction des besoins de la population. Cette fonction traduit aussi la capacité de s'adapter aux forces externes qui s'exercent sur le système et notamment aux transformations en cours. La capacité à mobiliser la communauté, à innover et à attirer la clientèle en constitue une autre dimension. Bien évidemment, cette fonction traduit aussi l'arrimage entre le niveau de ressources acquises et les besoins de soins et services, plutôt que le seul volume de ressources investies. Dans cette perspective, le système de santé et de services sociaux est perçu comme en constante évolution ; par conséquent, sa performance est tributaire de la capacité des décideurs à anticiper sur les tendances émergentes dans leur contexte politique, social, sanitaire et technologique, et à tirer profit de celles-ci.

La production

La production concerne le domaine de la gestion clinique et administrative. Elle se caractérise, d'abord, non seulement en fonction du volume de soins et de services, mais aussi en ce qui a trait à l'optimisation des volumes en fonction des ressources investies (la productivité) et à la coordination des services qui en permettent un agencement logique et fonctionnel, dans l'optique d'un parcours de soins fluide et continu. La qualité — comprise ici comme un ensemble d'attributs des services qui favorisent le meilleur résultat possible — en constitue une autre dimension clé. Enfin, la production inclut l'offre de services collectifs qui s'adressent aux déterminants de la santé des populations au moyen des programmes de promotion de la santé, de dépistage, d'immunisation, de modification des milieux de vie et de surveillance de l'état de santé.

Le développement et le maintien de la culture organisationnelle

Les valeurs sociales sont à la base de la création des institutions de notre système de santé et de services sociaux et prennent vie au sein de ces institutions. Parallèlement, l'organisation et le fonctionnement de ces institutions ont un impact notable sur le climat de travail et les valeurs qui y sont véhiculées. Ainsi, la culture organisationnelle permet aux organisations de se maintenir, de bien fonctionner et d'offrir des services de qualité. Cette fonction peut être prise en considération grâce, notamment, à des indicateurs documentant

le climat de travail et le bien-être des employés. En général, cette fonction est moins prise en considération dans les évaluations de la performance. Elle requiert ainsi une attention particulière dans le développement d'indicateurs et de bases informationnelles.

L'atteinte des buts

L'atteinte des buts traduit la capacité du système à satisfaire aux objectifs fondamentaux qui lui sont fixés dans le contexte plus global des déterminants de la santé et du bien-être. Pour le système public de santé, cette fonction a trait à l'amélioration de l'état de santé global de la population et à la satisfaction des attentes de celle-ci envers les soins et services. Cette fonction comprend aussi les notions d'efficience (les résultats de santé et de bien-être en fonction des ressources investies) et d'équité à l'égard des services rendus et des résultats de santé atteints.

Annexe II

- *Prévention, surveillance et maîtrise (contrôle) des maladies transmissibles et non transmissibles : prévention des risques, surveillance des maladies, maîtrise d'épidémies, vaccination ;*
- *Surveillance de l'état de santé : évaluation des besoins et des risques de la population afin de déterminer quels sous-groupes ont besoin de services, évaluation de l'efficacité de fonctions de la santé publique, évaluation de l'efficacité des programmes de promotion, prévention et soins, surveillance des déterminants de santé surveillance de la morbidité et de la mortalité ;*
- *Promotion de la santé : promotion de la participation de la communauté à la santé, information, éducation à la santé et développement de compétences de vie à l'école, à la maison, au travail et dans la communauté, établissement et maintien des liens avec les décideurs, les politiques et autres secteurs et la communauté afin de plaider la cause de la promotion de la santé et de la santé publique ;*
- *Santé au travail (hygiène du travail) : détermination de normes de sûreté professionnelle et de santé au travail ;*
- *Protection de l'environnement : contrôle de la qualité et de la sûreté des produits alimentaires, contrôle de vecteurs, protection de l'eau, de l'air et du sol. Lutte contre les pollutions y compris les risques des radiations. Prise en compte des enjeux environnementaux dans les politiques de développement, programmes et projets.*
- *Législation et réglementation en santé publique : établissement de la législation de santé, des règlements et des procédures administratives, assurer une législation de protection de la santé environnementale, inspection et autorisation sanitaire, application de la législation sanitaire, des règlements et des procédures administratives*
- *Planification et Gestion en santé publique : gestion et planification de la politique sanitaire, utilisation des niveaux de preuves scientifiques dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de santé publique, maintien et amélioration de la qualité des services de santé, recherche en santé publique et analyse des systèmes de santé, coopération internationale en santé ;*
- *Services spécifiques de santé publique : missions de santé scolaire, missions de secours en cas de catastrophe, missions de laboratoire de santé publique ;*
- *Santé pour les populations vulnérables et à risque : santé de la mère et de l'enfant et planning familial, soins aux enfants en bas âge.*

Annexe III

Cour des comptes. L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010).

http://www.ccomptes.fr/fr/content/download/1778/17803/version/2/file/Rapport_public_thematique_soins_psychiatrie.pdf.

« L'enjeu est désormais de réorganiser les soins en psychiatrie, en préservant les bénéfices de leur sectorisation, tout en les insérant dans une coordination de proximité, alternatives médico-sociales comprises. Une politique de redéploiement plus active des moyens hospitaliers au profit des structures extra-hospitalières est donc nécessaire, en tenant compte du contexte de déséquilibre financier de l'assurance maladie qui offre des marges de manœuvre très limitées pour l'affectation de moyens nouveaux ». Quatre des recommandations formulées au fil du présent rapport revêtent dans cette perspective une particulière importance.

« En premier lieu, la définition et la mise en œuvre d'une mission de service public visant l'ensemble de la psychiatrie - et non plus la seule hospitalisation sans consentement telle qu'inscrite dans la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » - dans des conditions préservant les acquis de la sectorisation, clarifieraient la stratégie poursuivie par les pouvoirs publics en matière d'organisation des soins psychiatriques. Une telle mission et la contractualisation qu'elle implique avec ses principaux acteurs faciliteraient la réorganisation et la hiérarchisation de l'offre de soins. Le «secteur», à condition d'évoluer, demeure plus une solution qu'un problème.

En deuxième lieu, les efforts entrepris pour mieux répartir les moyens doivent être vigoureusement amplifiés. Il convient de réduire les disparités géographiques au regard des besoins de la population, par redéploiement en raison des contraintes financières de l'assurance maladie, et cela en renforçant la priorité affectée aux alternatives de proximité à l'hospitalisation. Une dynamique de libération de lits d'hospitalisation complète pourrait alors se mettre en place, permettant de redéployer des moyens au profit des alternatives à l'hospitalisation et de la prévention.

En troisième lieu, la réforme du financement des soins psychiatriques doit être élaborée et mise en œuvre. Les progrès accomplis grâce au plan 2005-2008 en matière d'informatisation et de données statistiques devraient permettre de ne plus différer cette remise en ordre. Ce nouveau modèle, prenant en compte l'activité, contribuerait à s'assurer que les moyens financiers soient davantage orientés vers les structures extra-hospitalières. »

annexe IV

Deuxième étape : La conception des échelles descriptives

Tableau 5.1 La grille à échelle descriptive à quatre niveaux (Leroux, 1999)

Le critère			
<u>Seuils de performance</u>			
Incompétence		Compétence	
Une échelle des descriptions qualitatives des éléments de la compétence (les objets d'évaluation) à l'aide des critères de performance. Les seuils de performance sont précisés d'un niveau supérieur vers un niveau inférieur (ex. : compétence supérieure vers la compétence insuffisante).			
Notes explicatives ^[1]			
Compétence insuffisante	Compétence minimale	Compétence moyenne	Compétence supérieure

Les notes explicatives sont des précisions quant aux termes utilisés, aux références (modèles, structure, processus, grille de vérification) inférées afin d'alléger le texte et de situer les utilisateurs de l'échelle.

			cotation (1-4)	
Adaptation	Prise en compte des besoins	Evaluation des besoins et des risques	1	
		Le service s'associe à la communauté	<i>Démocratie sanitaire</i>	2
			<i>Respect des droits des usagers</i>	2
			<i>Travail en réseau</i>	4
	Innover et soutenir la recherche en santé mentale			2
Production	Volume des soins et des services		3	
	Faciliter et améliorer l'accès	Améliore les délais de consultations et élargit le recrutement	1	
		Modifie les représentations et améliore la lisibilité de l'accès aux soins	4	
	Globalité	Les interventions se fond dans la communauté	<i>La mobilité est favorisée</i>	2
			<i>Travailler avec l'environnement</i>	3
			<i>Développer les ressources humaines</i>	4
		Disposer d'alternatives à l'hospitalisation en service de psychiatrie		1
		Maintien dans la communauté		4
		Des programmes de promotion de la santé		4
	Longitudinalité	Disponibilité		3
		Continuité d'intégration	<i>en interne</i>	2
			<i>avec la santé primaire</i>	4
			<i>avec les services spécialisés</i>	1
Développement et maintient de la culture organisationnelle			1	
Atteinte des buts			2	
			Total entre 20 et 80	

Bibliographie

- ¹ Morin P. De quelques théories et pratiques en santé mentale communautaire. *Santé mentale au Québec*. 2005;30(1).
- ² Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q* 1998; 51: 44–54.
- ³ Cour des comptes. *l'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan « psychiatrie et santé mentale »* (2005–2010). http://www.ccomptes.fr/fr/content/download/1778/17803/version/2/file/Rapport_public_thematique_soins_psychiatrie.pdf.
- ⁴ Pommier J, Grimaud O. Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. *Santé Publique* 2007; 19: 9.
- ⁵ Haut conseil de la santé publique. *évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2005–2008*. 2011. (http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20111006_evalplapsysantementale.pdf).
- ⁶ Ministère chargé de la Santé, Ministère chargé des Solidarités. (s. d.). *Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011–2015*. Consulté de http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf
- ⁷ http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_493937/ipaqss-indicateurs-pour-l-amelioration-de-la-qualite-et-de-la-securite-des-soins
- ⁸ Campagna JL. «La prévention en santé mentale communautaire». *Santé mentale au Québec*. 1981;6(1):19–29.
- ⁹ Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite: bilan actuel et pistes d'évolution. *L'Information psychiatrique* 2010; 86: 777–83.
- ¹⁰ Roelandt J, Daumerie N, Caria A. Changer la psychiatrie pour déstigmatiser ; Les sept services de psychiatrie fondateurs du RICSMS. *santé mentale* 2007; 02: 16–21.
- ¹¹ Julie Lyne Leroux, Cégep de Saint-Hyacinthe Université de Sherbrooke, http://www.er.uqam.ca/nobel/r17165/ENSEIGNEMENT/FTP7550/NOTES/LEROUX_18MAI04_Uqam2.pdf
- ¹² LEROUX, J. L., & BIGRAS, N. (s. d.). *L'évaluation des compétences : une réalité accessible dans nos collègues (PERFORMA).* QUEBEC. Consulté de http://www.cdc.qc.ca/pdf/729874_leroux_evaluation_compences_performa_2003.pdf
- ¹³ Borgès Da Silva r, Contandriopoulos A. Pour une approche globale de l'évaluation de l'utilisation des services de santé : concepts et mesures. *Prat Organ Soins* 2011; 42: 11–8.

¹⁴Sicotte C, Champagne F, Contandriopoulos AP, et al. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Serv Manage Res.* 1998;11(1):24–41; discussion 41–48.

¹⁵Parsons T. *The social system.* Free Press. 1951.

¹⁶ Levesque JF, Genereux M, Fortin M, Shaba A, Cleret de Langavant G, Boily C. *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux.* Commissaire à la santé et au bien-être, 2009.

¹⁷Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology.* 2nd Revised edition. OUP USA; 1998.

¹⁸ Piel E, Roelandt JL. *De la psychiatrie vers la santé mentale.* 2001:

¹⁹Schoene M. AU SUJET DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE. 2003. <http://www.documentation.institut-renaudot.fr/resources/AU+SUJET+DE+LA+SANTE+COMMUNAUTAIRE.pdf>.

²⁰ Bettcher DW, Sapirie S, Goon EH. Essential public health functions: results of the international Delphi study. *World Health Stat Q* 1998; 51: 44–54.

²¹Conférence nationale de santé. *Parachever la démocratie sanitaire et rendre effectifs les droits des usagers du système de santé.* 2009. Available at: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Conference_nationale_de_sante_-_parachever_la_democratie_sanitaire_et_rendre_effectifs_les_droits_des_usagers_du_systeme_de_sante-2.pdf.

²² Roelandt J-L, Desmons P. *Manuel de psychiatrie citoyenne: l'avenir d'une désillusion.* In Press; 2002.

²³ Rhenther, pauline. (2011). *Le cLe conseil local de santé mentale: nouvel outil au service de l'empowerment des usagers ? La santé de l'homme,* (413), 34–36.

²⁴ MNASM. (2011). *Pluriels La lettre de la Mission d'Appui en santé mentale: Les conseils locaux de santé mentale,* (87–88). <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-495.pdf>

²⁵Hardy-Baylé, M.-C. (2010). *RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE SUR LE THEME DE LA COOPERATION PSYCHIATRES - MEDECINS GENERALISTES: Améliorer les échanges d'informations.* CNQS (Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie).

²⁶Verdoux, H., Cougnard, A., Grolleau, S., Besson, R., & Delcroix, F. (2005). How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* 40(11), 892–898.

²⁷Pluriel, La Lettre De La Mission d'Appui En Santé Mentale : Quelle Coopération Entre Médecins Généralistes Et Secteurs De Psychiatrie? <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-548.pdf>,

²⁸ Escaffre J-P, Gervais M. Le contrôle de gestion des unités de soins hospitaliers. *Economica*; 2007.

²⁹Milleret G, centre hospitalier la chartreuse, CCOMS LILLE. Place de la santé mentale en médecine générale. 2011. Available at: <http://www.jstor.org/stable/10.2307/1534383>. Consulté juillet 15, 2012.

³⁰Trojak B, Barra J, Milleret G. Les médecins généralistes regardent la psychiatrie. *Nervure*. 2004;(2/3).

³¹ Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C: Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 2007; 58:213-220

³² Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*. 2010;36:7-13.

³³ Giordana, Jean-Yves, 2011 La Stigmatisation En Psychiatrie Et En Santé Mentale. ELSEVIER MASSON.

³⁴Levesque JF, Feldman D, Dufresne C, et al. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Prat Organ Soins*. 2009;40(4):251-65.

³⁵Huard P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 1. Problématique. *Prat Organ Soins*. 2010;41(3):237-245.

³⁶Huart P, Schaller P. Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques - 2. Stratégie. Available at: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1003_Pathologies_chroniques_-_strategie.pdf. Consulté juillet 15, 2012.

³⁷OMS. La santé mentale à travers le monde: Non à l'exclusion Oui aux soins. http://www.who.int/mental_health/media/en/390.pdf. Consulté août 19, 2012.

³⁸Clément M, Aubé D: La continuité des soins: une solution? Perspective des personnes avec comorbidité [Internet]. *Santé mentale au Québec* 2002; 27 : <http://www.erudit.org/revue/smq/2002/v27/n2/014563ar.html>

³⁹ Codelfy, M. (2011). L'évolution de la psychiatrie en France : novatrice, mais contrastée et inachevée. *Santé de l'homme*, (413), 16-17.

⁴⁰ Codelfy, M., Le Fu, ph, Lucas-Gabrielli, v, & Mousquès, J. (2009). Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Pratiques et Organisation des Soins*, 40(3), 197-206.

⁴¹ <http://www.psy107.be/>