



# ENSP

ECOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

## MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2006 –

### « L'ACCES A L'OFFRE DE SOINS EN SANTE MENTALE DANS L'AGGLOMERATION MANCELLE »

– Groupe n° 23 –

ABOUQUIR  
CALMELS  
CHARPENTIER  
DUFOUR  
LECENNE

Sandra  
Caroline  
Philippe  
Pascal  
Frédéric

LE GOUGUEC  
LE ROUX  
LHOTE  
PETTINI  
RIOS

Julia  
Audrey  
Thierry  
Jean  
Jean-Emmanuel

#### ***Animateurs***

- ***Xavier DUPONT***
- ***Guy MBOKO***

---

# Sommaire

---

<b>1</b>	<b>L'Offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle .....</b>	<b>2</b>
1.1	L'inscription de l'offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle dans un contexte réglementaire précis .....	3
1.2	Les besoins en santé mentale dans l'agglomération mancelle : des besoins existants mais difficilement identifiables faute de données épidémiologiques précises.....	5
1.3	Des dispositifs de prise en charge partiellement adaptés.....	9
<b>2</b>	<b>L'accessibilité à l'offre de soins au sein de l'agglomération mancelle : analyse et perspectives .....</b>	<b>12</b>
2.1	Proximité de l'accès aux soins.....	12
2.2	Continuité de l'accès à l'offre de soins .....	13
2.3	Partenariats.....	15
2.4	Communication, lisibilité du système et information.....	17
	<b>Conclusion.....</b>	<b>20</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>23</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>
	<b>Annexe I.....</b>	<b>II</b>
	<b>Annexe II.....</b>	<b>III</b>

---

# Remerciements

---

Nous tenons tout d'abord à remercier Madame Brigitte ROY pour son intendance efficace et pour leur disponibilité et leurs conseils nos animateurs Monsieur Xavier DUPONT, Directeur de la DDASS de la Sarthe, et le Docteur Guy MBOKO, Médecin Inspecteur de Santé Publique à la DDASS de la Sarthe.

Nous remercions ensuite toutes les personnes qui ont accepté de nous consacrer un peu de leur temps malgré nos délais restreints.

Merci à Monsieur JOUATEL, Directeur du CHS de la Sarthe, Monsieur PETIT-LASSAY, Directeur des Soins du CHSS et Madame OUISSE, Directrice Adjointe à la Direction des Affaires Générale de nous avoir fait partager leurs réflexions.

Merci au Docteur N'GUYEN, chef de service du Secteur 7 et au Docteur PENNANECH, chef de service du Secteur 6, pour leurs éclairages précieux et les propositions formulées.

Merci au Docteur CHOUCKROUN, chef de service des Urgences du CHM, et à Monsieur LALLIER, Cadre de Santé aux Urgences du CHM, d'avoir bien voulu nous présenter leurs analyses personnelles et leurs préconisations.

Merci à Monsieur SELLIER, Directeur du CHRS l'Horizon, à Monsieur GANTILLEAU, chef de service, à l'infirmière du CHRS et au reste de l'équipe, pour la franchise de leurs propos et les pistes de réflexion suggérées.

Merci à Monsieur HATTON, Chef de bureau du Cabinet de la Préfecture de la Sarthe, pour les critiques constructives qu'il a exposées.

Merci au Docteur GOHIN-PERRIOT, Médecin Inspecteur Régional adjoint à la DRASS Pays de la Loire, conseiller médical à l'ARH, pour ses propos percutants et pragmatiques.

Merci à Monsieur LEHMANN, Inspecteur Principal de l'Action Sanitaire et Sociale chargé du pôle social à la DDASS de la Sarthe, pour la qualité de ses analyses comparatives et sa cordialité.

Merci au Docteur DAMAY, médecin à la ville du Mans, pour le soin pris à répondre à nos questions.

Merci à Monsieur TRANCHARD, représentant de l'UNAFAM dans les instances du CHS, et à Madame ANSTETT, Présidente de la délégation sarthoise de l'UNAFAM, pour leurs points de vue qui nous ont permis d'enrichir notre réflexion.

Enfin, nous tenons à remercier très chaleureusement Françoise ROUILLARD et les membres de l'association Téjira 72 pour avoir bien voulu nous faire part de leur expérience dans une ambiance très conviviale.

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD : Affection de Longue Durée  
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation  
CAP : Centre d'Accueil  
CAT : Centres d'Aide par le Travail  
CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel  
CH : Centre Hospitalier  
CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal  
CHM : Centre Hospitalier du Mans  
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CSP : Code de la Santé Publique  
CUMC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire  
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales  
DGAS : Direction Générale des Affaires Sociales  
DGS : Direction Générale de la Santé  
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales  
EPSM : Etablissements Publics de Santé Mentale  
ESAT : Etablissements et Services d'Aide par le Travail  
FAM : Foyers d'Accueil Médicalisé  
GEM : Groupes d'Entraide Mutuelle  
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers  
HO : Hospitalisations d'Office  
HSC : Hospitalisation Sous Contraintes  
INSEE : Institut National des Statistiques, des Etudes Economiques  
InVS : Institut de Veille Sanitaire  
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
PRAPS : Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins  
PRSP : Plan Régional de Santé Publique  
PSSL : Pôle Santé Sarthe et Loir  
SAFT : Service d'Accompagnement Familial Thérapeutique  
SLD : Soins de Longue Durée  
SROS : Schéma Régional d'organisation sanitaire  
SSR : Soins de Suite et de Réadaptation  
UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée  
UNAFAM : Union Nationale des Amis et des Familles de Malades Mentaux

## **Méthodologie**

Après la présentation du contexte, de plusieurs constats et d'une étude sur la réglementation, la recherche entreprise consiste en une étude de terrain sur la base d'entretiens semi directifs. L'objectif est de percevoir l'accessibilité de l'offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle à travers la rationalité des personnes interviewées dans leur lieu d'exercice professionnel.

### **Champ de l'enquête**

#### Lieux de la recherche

A la suite des recommandations de Monsieur DUPONT (Directeur de la DDASS de la Sarthe) et du Docteur MBOKO (Médecin Inspecteur), nous avons choisi d'interroger différents professionnels et membres d'associations, acteurs à des niveaux différents de la mise en œuvre d'une réponse aux troubles de la santé mentale sur l'agglomération du Mans. Ainsi nos principaux lieux d'investigations sont l'ARH des Pays de Loire, la Préfecture de la Sarthe, la DDASS de la Sarthe, la mairie du Mans, le Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe (CHS), le Centre Hospitalier du Mans (CHM), le CHRS, l'UNAFAM et l'association Tējira.

#### La population interviewée

Nous avons choisi d'interviewer des professionnels de catégories et de corps différents, des membres d'association et des usagers pour diversifier les réflexions et élargir les points de vue. Les douze entretiens se sont déroulés dans les structures énumérées précédemment. Certains entretiens se sont déroulés en présence de plusieurs professionnels. L'entretien avec les membres de l'association Tējira a permis d'échanger de manière informelle avec une dizaine d'usagers.

L'ensemble des personnes interviewées (cf. : remerciements) s'est montré très coopératif et intéressé par la réflexion entreprise notamment dans le cadre actuel de la circulaire du 16 avril 2003 qui met l'accent sur l'ambulatoire au travers des CMP, des visites à domicile et des urgences psychiatriques intégrées dans les hôpitaux généraux.

#### La conduite des entretiens

Les professionnels et les membres d'association ont été interviewés sur rendez-vous, dans le cadre d'entretiens semi directifs sur leur lieu de travail ou de réunion. Ceux-ci se sont déroulés pendant environ une heure à l'aide d'un guide d'entretien (annexe) dont certaines relances sont spécifiques à chaque catégorie professionnelle.

La construction du guide d'entretien répond à la volonté de permettre à la personne sollicitée de s'installer progressivement dans une discussion avec l'enquêteur. Pour

l'ensemble des personnes interviewées l'entretien débute par une question d'ouverture engageant l'interviewé à se présenter professionnellement. Le but de cette première question est de permettre à chacun de parler un peu de lui et de favoriser un climat propice à l'échange.

Les thèmes abordés cherchent à introduire la réflexion sur ce qui caractérise, pour la population de l'agglomération mancelle, les besoins des usagers, l'offre de soins existante, les modalités d'accès et l'accessibilité réelle aux soins proposés, l'appréciation de l'offre de soins et la formulation de propositions permettant d'optimiser la prise en charge des usagers.

Chaque entretien a été réalisé puis retranscrit, sur un support informatique, par une ou deux personnes.

#### Les limites de la recherche

Cette recherche trouve ses limites dans le nombre réduit de professionnels et d'associations de patients rencontrés. Toutefois les échanges réalisés sont l'expression d'une rationalisation saisie à un moment donné dans un environnement précis. Ils nous permettent de comprendre l'organisation de l'offre de soins et son accessibilité sur l'agglomération mancelle sans chercher à modéliser les résultats. Il convient donc bien d'objectiver et d'analyser le contenu des entretiens à la lumière des différentes directives réglementaires en étant attentif à ne pas dénaturer les échanges retranscrits. L'idée est d'identifier le sens des propos recueillis sans leur donner une signification qui soit trop guidée par nos représentations individuelles.

## **L'accès à l'offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle**

SAFT, CAP, HO, CAT, FAM, CATTP, CH, CHIC, HSC, CHS, CMP, EPSM, CHM, ESAT, GEM, HDT, MAS : comment l'utilisateur s'y retrouve-t-il dans un territoire pourtant restreint comme celui de l'agglomération du Mans ?

L'agglomération mancelle n'échappe pas à l'augmentation constante de la demande de soins en santé mentale constatée sur le reste du territoire national. L'offre s'est par ailleurs adaptée aux nouvelles demandes de la société et aux préconisations nationales et régionales (SROS, Plan de Santé Mentale, etc.) en développant l'ambulatoire (mise en place d'un CMP par secteur au niveau de l'agglomération, de CATTP, d'hôpitaux de jour...) ainsi que les activités spécifiques (centre d'écoute et d'orientation pour adolescents, clinique d'alcoologie...). De plus le récent rapport de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM) portant sur la reconstruction des lits d'hospitalisation complète au Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Sarthe a permis de porter un regard critique sur l'organisation des soins en santé mentale. La problématique d'accès aux soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle est donc plus que jamais d'actualité.

Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 définit la santé mentale comme une expression générique. Elle comporte trois dimensions : « la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles éprouvantes, et les troubles psychiatriques. » Cette définition particulièrement large souligne l'étendue du champ de la santé mentale. Ce dernier s'inscrit à la croisée des chemins entre sanitaire, social, médico-social, judiciaire et institutionnel. La prise en charge en santé mentale nécessite ainsi une coopération renforcée entre les différents professionnels de santé, les travailleurs sociaux et les institutions. L'accès à cette prise en charge s'en trouve considérablement diversifié.

L'accès satisfaisant des usagers aux soins en santé mentale suppose non seulement l'adéquation de l'offre de soins aux besoins supposés ou réels de la population, mais également l'existence de conditions d'accès suffisamment claires et confortables. En effet il est indispensable, d'une part, que les structures, les traitements et les moyens d'action



existants correspondent aux besoins des usagers et, d'autre part, que cette offre soit assez lisible pour que ces derniers en bénéficient effectivement et correctement.

L'offre de soins s'inscrit tout d'abord dans un cadre juridique comprenant la législation, à laquelle s'ajoutent les différents dispositifs de planification déclinés du plan national au plan local et formulant les préconisations à suivre. Elle se veut une réponse à des besoins à satisfaire sur le territoire de l'agglomération mancelle. A partir de ces éléments, il sera possible d'analyser l'offre de soins. Pour que l'accessibilité de cette offre soit garantie, plusieurs conditions doivent être réunies, notamment la connaissance du système par les usagers ou encore la collaboration de l'ensemble des acteurs (services sociaux, sanitaires, force publique, usagers, etc.).

Cette étude se veut ancrée sur un territoire bien défini, celui de l'agglomération mancelle, territoire urbain d'environ 250 000 habitants. Enfin, en accord avec nos animateurs et compte tenu des impératifs de temps, il nous a semblé opportun d'orienter plus particulièrement notre travail sur la prise en charge des adultes, sans pour autant occulter celle des autres populations.

Après avoir étudié l'offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle au vu du cadre juridique et des besoins supposés de la population (I), l'analyse de la proximité, de la continuité des soins, de la lisibilité du système et des partenariats nous permettra d'appréhender l'accessibilité de l'offre de soins et de formuler des propositions d'amélioration du système (II).

## **1 L'Offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle**

Au niveau de l'agglomération mancelle, l'offre de soins en santé mentale s'inscrit dans un contexte réglementaire précis. Des besoins existent mais sont difficilement identifiables faute de données épidémiologiques suffisantes. En outre, les dispositifs locaux de prise en charge ne sont que partiellement adaptés.

## 1.1 L'inscription de l'offre de soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle dans un contexte réglementaire précis

L'agglomération mancelle, comme le territoire national, est découpé en aires géographiques appelées « secteurs » ; le secteur se définit par la mise à disposition d'une communauté géo-démographique d'un service public de protection mentale.

Le fait que l'activité psychiatrique soit au confluent du sanitaire et du social, qu'elle se traduise par des prises en charge à la fois longues et récurrentes, oblige les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) à s'adapter à la vie quotidienne de leurs patients. Ainsi, le secteur requiert une adéquation entre les EPSM et les alternatives à l'hospitalisation précisée par l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement, tels que :

Art. 1: les équipements et services ne comportant pas d'hébergement : Centre Médico-Psychologique (CMP), Centre d'Accueil Permanent (CAP), hôpitaux de jour, ateliers thérapeutiques, Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) (ateliers à vocation thérapeutique, pédagogique et insertionnelle), services d'hospitalisation à domicile.

Art. 2: les équipements et services comportant un hébergement : unité d'hospitalisation à temps complet, centre de crise, hôpitaux de nuit ou de semaine, appartements thérapeutiques, centre de post-cure, services de placement familial thérapeutique.

Réformant la loi sur « les aliénés » du 30 juin 1838, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux dispose des modes d'Hospitalisation Sous Contraintes (HSC) en établissement psychiatrique<sup>1</sup>.

La loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale réformant la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales diversifie les modes de prise en charge et autorise ainsi un plus large éventail d'accompagnement y

---

<sup>1</sup> Les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers (HDT), formulées par un proche du patient lorsque les troubles de ce dernier « rendent impossible son consentement [et que] son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier » et les Hospitalisations d'Office (HO), effectuées à la demande de l'autorité investie du pouvoir de police « pour les personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes »

compris sous forme expérimentale. Parmi ceux-ci existent des établissements susceptibles d'accueillir des adultes présentant un handicap en raison de troubles psychiques<sup>2</sup>. Au Mans, des MAS et des CHRS complètent la prise en charge institutionnelle.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé promeut la participation des usagers au fonctionnement du système de santé. Au Mans, cette participation est effective comme le montre la présence, au sein du Conseil d'Administration du CHS d'un membre de l'UNAFAM 72.

Depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, le SROS a désormais pour objet de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il tient compte de l'articulation des moyens des établissements de santé avec la médecine de ville et le secteur médico-social et social. La psychiatrie doit s'intégrer au territoire de santé par des partenariats avec notamment les urgences, l'addictologie, l'exclusion, le handicap, les personnes âgées et les adolescents. En effet le nouvel article L3221-1 du CSP est ainsi libellé « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. A cet effet, exercent les missions dans le cadre des établissements de santé à l'article L6221-2 ... : les secteurs psychiatriques...* ».

La notion de handicap est définie par la loi du 11 février 2005 relative à l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Celle-ci rénove la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Son article premier dispose que : « *Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, mentales, sensorielles, cognitives ou psychiques d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Ainsi cette définition met en exergue la notion de handicap psychique et l'importance de l'adaptation de l'environnement à la personne handicapée.

En outre, le rapport de la mission Cléry-Melin remis le 15 septembre 2003 met en évidence :

- une interaction indéniable entre les troubles psychiatriques et les problèmes sociaux,
- une psychiatrisation des problèmes sociaux
- une socialisation de la psychiatrie.

---

<sup>2</sup> Etudes et résultats n°443.novembre 2005, Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France

Ces constats énoncés se retrouvent au sein du territoire du Mans.

L'implication d'associations telles l'UNAFAM (comme il en existe une au Mans) a inspiré la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et le plan « psychiatrie et santé mentale » de 2005-2008. Ce plan est articulé en 5 axes :

- une prise en charge décloisonnée des besoins en santé mentale,
- l'amélioration de la réponse aux besoins des patients, des familles et des professionnels,
- le développement de la qualité et de la recherche,
- la mise en œuvre de programmes spécifiques
- et in fine la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale au niveau national et régional.

L'arrêté n°086-2006-44 du 24 mars 2006 fixe le SROS des Pays de la Loire. L'état des lieux préalable à son élaboration fait ressortir des points faibles en matière d'offre de soins, sur les différents territoires de la région comme au Mans : la démographie médicale, des efforts à poursuivre dans la santé publique, un développement insuffisant des alternatives à l'hospitalisation, des filières de prise en charge incomplètes, une articulation encore difficile à l'intérieur du secteur sanitaire et entre les secteurs sanitaires, médico-social et social et des contraintes financières.

Le SROS III 2006-2010 en continuité avec le SROS II, comporte trois axes majeurs : promouvoir la santé publique, faire du patient et de l'utilisateur, des acteurs de santé à part entière et décloisonner les secteurs sanitaire, social et médico-social.

Plus particulièrement, 4 enjeux sont définis en santé mentale : faire face à l'augmentation de la demande en soins (hospitalisation et ambulatoire), remédier aux inégalités géographiques de la démographie des professionnels, améliorer la qualité de l'hébergement, répondre à la demande de soins de populations particulières (enfants, adolescents, personnes âgées, détenus).

## **1.2 Les besoins en santé mentale dans l'agglomération mancelle : des besoins existants mais difficilement identifiables faute de données épidémiologiques précises**

Pour prévenir les troubles mentaux et plus largement pour promouvoir la santé mentale, il convient avant tout d'en analyser les déterminants. En effet, il est indispensable de connaître les besoins d'une population avant de pouvoir les satisfaire.

Dans le cadre de sa mission générale d'élaboration d'une politique nationale en santé mentale, la DGS dispose d'éléments épidémiologiques portant sur la prévalence des troubles dans la population générale et permettant d'en apprécier l'impact.

L'analyse de ces différentes données souligne d'importantes disparités régionales, départementales et locales. Ces disparités aboutissent à des modalités de prise en charge de la population plus ou moins importantes, complètes ou variées.

Qu'en est-il au sein de l'agglomération mancelle ?

En fait, il est difficile de définir les besoins de l'agglomération du Mans en matière de santé mentale car il n'existe pas d'étude épidémiologique approfondie sur ce territoire.

En revanche, certains facteurs favorisent l'apparition de troubles mentaux :

- des facteurs démographiques,
- des facteurs socioéconomiques,
- des facteurs sanitaires.

Le PRAPS<sup>3</sup>, le SROS et une étude de l'INSEE (observation sociale des territoires de la Sarthe) précisent ces données au niveau du territoire de santé du Mans et de l'agglomération mancelle.

#### Données démographiques :

Avec 440 545 habitants, le territoire de santé de proximité du Mans, l'un des sept territoires de santé de la région, représente 14% de la population régionale. 44% des habitants du territoire habitent l'agglomération mancelle.

A l'inverse de ce qui se passe au niveau régional, ce territoire qui n'a gagné que 13 000 habitants entre 1990 et 1999 connaît un certain manque de dynamisme démographique. Il existe à long terme un risque de dévitalisation.

En outre, on observe au Mans un recul de l'effectif des moins de 45 ans tandis que le vieillissement s'accroît. Ce phénomène risque de se renforcer dans les années à venir. En effet, selon des estimations effectuées par l'INSEE, d'ici 2030, l'effectif des moins de 20 ans diminuerait fortement (-17%) alors que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait augmenter de 62%. Les besoins en santé mentale sont donc amenés à évoluer, avec notamment une forte croissance du nombre des démences au sein de la population âgée.

	<b>Le Mans Métropole</b>	<b>Sarthe</b>
Densité de population (hab/km <sup>2</sup> )	1 199	85
Indice de vieillissement (en %)	34,9	34,9
Part des moins de 25 ans (en %)	31,7	30,7
Part des 60 ans ou plus (en %)	21,5	23,1

---

<sup>3</sup> Le programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes en difficulté sociale (PRAPS) 2003-2006 met en évidence des finalités et des objectifs généraux centrés sur le respect des droits des personnes les plus démunies, l'accès aux soins et les conditions de vie.

Part des ménages ouvriers ou employés (en %)	33,1	34,5
Part des familles monoparentales (en %)	20,2	13,4
Part des familles n'ayant qu'un actif occupé (en %)	37,2	32,6

Source : Insee – recensement de la population de 1999

### Données économiques et sociales :

#### *- Economie générale :*

L'agglomération mancelle se caractérise au contraire par un certain dynamisme économique. Celui-ci s'explique notamment par la proximité du bassin parisien et par la présence d'un centre de ressources technologiques de renommée internationale.

#### *- Indice de précarité :*

En ce qui concerne l'agglomération mancelle, celle-ci, bien que dynamique, connaît un taux de chômage important. Or, les personnes au chômage présentent des scores de qualité de vie, dont la santé mentale est une composante, significativement moins bon que les personnes disposant d'un emploi. En effet, plus l'insertion socio-professionnelle est élevée, plus le nombre de troubles mentaux au sein de la population est faible.

En outre, l'agglomération est particulièrement touchée par la pauvreté. Pratiquement tous les indicateurs de pauvreté sont supérieurs à la moyenne sarthoise. Dans la ville du Mans vivent 42% des « allocataires pauvres » de la Sarthe alors que seulement 30% des ménages y résident. Certains quartiers concentrent des phénomènes de détresse sociale, de dégradation de l'environnement et de régression économique (l'Epine, Ronceray-Glonnière et les Sablons).

En 2004, près de 19 000 personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire dans le pays du Mans, soit 7,4% de la population, contre 3,2% dans les autres pays sarthois. Or, la pauvreté économique et sociale entraîne, au-delà de la vulnérabilité organique et

psychique, « des sentiments d'inutilité sociale et de mésestime de soi qui provoque une souffrance psychique intense »<sup>4</sup>.

	Le Mans Métropole	Sarthe
Part des ménages à bas revenus (en %)	13,3	10,2
Part de ménages dont les prestations représentent plus de la moitié des ressources (en %)	9,6	6,6
Part des ménages bénéficiaires de minima sociaux (en %)	9,5	7,6
Part des bénéficiaires du RMI parmi les 25-59 ans (en %)	4,7	2,8
Part des bénéficiaires de l'ASV parmi les 60 ans ou plus (en %)	2,2	2,6

Source : Insee – recensement de la population de 1999

*- Offre de soins :*

L'agglomération mancelle est plutôt bien dotée en établissements de santé : un centre hospitalier général, un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, des cliniques et diverses autres structures d'accueil.

Fin 2003, 245 médecins généralistes libéraux exerçaient sur le territoire, soit une moyenne de 10 médecins pour 10 000 habitants (densité légèrement supérieure à la moyenne départementale). La médecine générale qui constitue l'offre de soins de première ligne en psychiatrie est donc bien représentée.

Données sanitaires :

*- Suicide :*

Sur le territoire de santé de proximité du Mans, entre 1996 et 2000, 139 habitants se sont suicidés en moyenne chaque année. La mortalité par suicide y est supérieure de 68% à celle constatée au plan national. Or, il s'avère qu'une large part des suicides est en relation avec un trouble psychopathologique avéré.

*- Causes médicales de décès :*

Au Mans, les principales causes médicales de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs (6 décès sur 10).

Ces maladies s'associent souvent à des troubles mentaux chez le même individu.

---

<sup>4</sup> In « Baromètre santé 2000 » - INPES

Toutefois, le taux de mortalité est inférieur à la moyenne nationale pour de nombreuses pathologies (maladies de l'appareil respiratoire, maladies cardio-vasculaires,...). En revanche, la mortalité par cirrhose du foie (indicateur d'une consommation excessive d'alcool) y est supérieure de 15% à la moyenne nationale.

- *Santé mentale* :

Concernant la prise en charge de la maladie mentale, la Sarthe est un département où l'offre hospitalière publique et médico-sociale est relativement importante. Les capacités d'hospitalisation complète et partielle en psychiatrie sont rattachées au secteur public et implantées dans un établissement spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales. Le secteur privé est peu représenté<sup>5</sup>.

L'offre de soins ambulatoires exprimée en praticiens est inférieure à la moyenne nationale. Dans la Sarthe, la population desservie par un psychiatre est de plus de 6000 alors que la moyenne française est de 4500. La file active annuelle des secteurs de psychiatrie du département est de 10 000 patients,

Il n'existe pas de données précises sur la prévalence des troubles mentaux au niveau de l'agglomération mancelle sauf pour le suicide ou certaines pathologies (notamment celles liées à une consommation excessive d'alcool).

Or, les troubles liés à l'alcoolisme sont considérés comme des troubles mentaux. Lorsqu'elle atteint des niveaux dangereux et nocifs, la consommation d'alcool s'accompagne de toute une série de troubles mentaux et comportementaux. L'alcoolisme a également des conséquences sociales dans la mesure où il peut avoir des effets sur la santé mentale de ceux qui vivent ou travaillent avec une personne alcoolodépendante.

De même le lien entre suicide et santé mentale est avéré : les troubles mentaux peuvent pousser au suicide ou à la tentative de suicide. Dans 90 % des cas, le passage à l'acte est précédé d'épisodes psychiques, souvent de nature dépressive.

### **1.3 Des dispositifs de prise en charge partiellement adaptés**

Il est constaté une augmentation des recours aux soins pour troubles mentaux au niveau départemental comme c'est le cas au niveau national.

Le territoire de santé du Mans, tel qu'il fut arrêté par le SROS III le 24 Mars 2006 couvre l'ensemble du département de la Sarthe.

Ce territoire de santé est en situation de surmortalité pour trois groupes de pathologies dont les troubles mentaux (+ 9% de décès dénombrés en moyenne chaque année au cours de la période 1996-2000). De plus, la fréquence des séjours dépasse nettement la moyenne départementale des séjours pour les troubles mentaux.

---

<sup>5</sup> Fichier FINESS



### *- Le Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de la Sarthe*

Le CHS de la Sarthe dessert l'ensemble de la population du département qui compte environ 530 000 habitants.

Le département est découpé en sept secteurs de psychiatrie adulte et trois secteurs de psychiatrie infanto juvénile. Chaque secteur dispose d'au moins un CMP et un CATTP. Dans le département, des implantations ont pu être réalisées au sein d'hôpitaux de proximité comme à Saint-Calais ou La Flèche. Le dispositif ambulatoire de la ville du Mans est concentré, pour l'essentiel, dans le centre de la ville autour du site d'Etoc Demazy.

Les lits d'hospitalisation sont répartis entre le site d'Etoc (trois secteurs adultes disposant au total de 180 lits répartis en 10 unités) et le site d'Allonnes (4 secteurs adultes totalisant 309 lits, 10 lits de psychiatrie infanto juvénile, une structure intersectorielle de géronto-psychiatrie et un centre pour déficients mentaux profonds).

A Allonnes, l'hôpital est installé dans une quinzaine de bâtiments d'au plus deux niveaux, de type « hôpital village », sur 35 hectares environ. Les terrains comprennent dans leur partie ouest une partie boisée classée. Les unités sont majoritairement composées de chambres à trois ou quatre lits et de quelques chambres à deux lits, aucune unité ne comporte de sanitaires individuels.

Le rapport établi par les services de la DRASS des Pays de la Loire en avril 2005 indiquait « *qu'hormis les services logistiques et géronto-psychiatriques, les bâtiments du site d'Allonnes sont de médiocre qualité* ».

A Etoc Demazy, les bâtiments construits datent, pour partie, de la période d'ouverture, en 1834. Ce site est quasiment situé face à la gare au sein d'un quartier d'affaires. La surface du terrain est estimée à plus de 26 000 m<sup>2</sup>, mais le classement au titre des monuments historiques d'une partie des bâtiments n'autorise à envisager qu'environ six hectares constructibles (après la création de la MAS).

Le site abrite, aujourd'hui, quasi exclusivement des unités de soins qui comprennent des chambres à deux ou trois lits. Il subsiste encore des chambres à quatre lits. Aucune unité ne comporte de sanitaires individuels.

La question de la rénovation de l'hospitalisation complète est à l'étude depuis de très nombreuses années. Des audits externes en 1990, puis en 2005 ont conclu à une implantation sur le site d'Allonnes.

Deux MAS sont en cours de construction sur le site d'Allonnes et celui d'Etoc Demazy.

### *- Le Centre Hospitalier du Mans (CHM)*

Le CHM dispose également sur la commune d'Allonnes d'un site annexe dédié aux activités de SSR et de SLD.

Le CHM accueille plus de 60 000 passages aux urgences par an ce qui représentent près de 50% des passages du département.

La présence de psychiatres et d'infirmiers des secteurs V et VII aux urgences est aujourd'hui fonctionnelle.

Du fait de cette situation, le Centre Hospitalier du Mans a aménagé des réponses, en fonction des opportunités :

- Les lits d'UHCD ouverts en septembre 2005 ont été portés à 22 en incluant l'unité prévue initialement pour la psychiatrie (cette dernière du fait d'un système d'aération indépendant peut se transformer en unité d'urgence d'isolement et de décontamination).
- Les personnels du service des urgences médicochirurgicales ont bénéficié d'une formation à certains aspects psychopathologiques très répandus dans l'agglomération mancelle concernant notamment les suicidants.

Les demandes concernant la psychiatrie arrivant aux urgences de l'hôpital général sont actuellement traitées de la manière suivante :

- une partie des patients vus aux urgences est orientée vers les CMP,
- une partie est hospitalisée, directement, en psychiatrie (pour moitié en clinique et pour moitié au CHS),
- une partie est hospitalisée en médecine (nécessité d'un bilan situationnel ou d'un recul diagnostique, addictologie), ou en UHCD.

Pour ce qui concerne la psychiatrie infanto juvénile, l'intégration au sein du CHM d'une unité d'hospitalisation complète intersectorielle (8 à 10 lits) à proximité du pôle « mère - enfant » est envisagée, elle devrait s'accompagner, à la demande du CHS, de la création de neuf places de SAFT.

Par ailleurs, autour de la petite enfance, la communauté médicale a élaboré un projet conjoint CHS-CHM d'hospitalisation de jour qui permettrait la réalisation d'un bilan d'ensemble dans une approche globale dépassant le simple cadre somatique pour intégrer les problématiques de retard de développement, et de troubles du langage.

Suite à cette description des dispositifs de prise en charge de la psychiatrie et de la santé mentale dans l'agglomération mancelle, il est possible de soulever plusieurs constats :

- l'hôpital conserve un rôle extrêmement important, les structures non sanitaires ayant du mal à se développer,
- dans certains secteurs se sont mis en place des pratiques intersectorielles (addictologie, alcoolisme, géronto-psychiatrie) qui restent insuffisantes.

Au Mans, si l'offre de soins en santé mentale paraît globalement satisfaisante eu égard à la réglementation existante et aux besoins supposés, il reste à étudier la question de son accessibilité.

## **2 L'accessibilité à l'offre de soins au sein de l'agglomération mancelle : analyse et perspectives**

L'accessibilité à l'offre de soins en santé mentale, de façon générale, et plus particulièrement au sein de l'agglomération mancelle, peut être évaluée au regard de quatre axes principaux que sont la proximité, la continuité, l'existence de partenariats aptes à orienter et prendre en charge les usagers de manière optimale et enfin la lisibilité de l'offre.

### **2.1 Proximité de l'accès aux soins**

L'agglomération mancelle peut se prévaloir d'atouts majeurs dans la proximité pour l'accès aux soins. Depuis le 3 juin 1999, date de la signature d'un protocole d'accord entre le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et la direction du Centre Hospitalier Spécialisé de la Sarthe (CHS), le développement de l'extériorisation des soins psychiatriques et le transfert de certains lits de psychiatrie vers le domaine médico-social font partie des principales orientations stratégiques du CHS. Ainsi en cinq ans, cet établissement a ouvert plusieurs CMP (secteurs II, IV, VI) bien intégrés dans la ville et faciles d'accès, un hôpital de jour intersectoriel en alcoologie et débuté les chantiers MAS sur Le Mans et Allonnes. Ces derniers correspondent à l'offre de soins de proximité, recommandée par l'ARH, pour répondre, sur l'agglomération mancelle, aux besoins des patients inadéquats qui se situent souvent à l'intersection entre les champs sanitaire, social et médico-social.

Dans un souci de proximité, le CHM met en évidence tout l'intérêt de la PASS qui propose une prise en charge au plus près des besoins des usagers désocialisés se présentant aux urgences. Les CHRS soulignent également la volonté d'offrir à ses résidents une écoute professionnelle par l'intermédiaire de la présence d'une infirmière plusieurs demi-journées par semaine. De plus un psychiatre (du CHS) optimise la prise en charge que proposent

les professionnels du CHRS en intervenant (sur le site) deux heures par semaine pour discuter avec les équipes de certains dossiers médicaux.

Des crédits doivent être débloqués par l'ARH pour constituer une équipe intersectorielle mobile en santé mentale et précarité attachée au CHS et censée intervenir dans les CHRS et en visite à domicile. Cette mesure est préconisée par le plan de santé mentale 2005-2008. L'équipe est opérationnelle et un médecin du CHS est responsable de ce projet qui est validé par la direction du CHS et la CME.

Pour autant, on peut déceler dans l'agglomération mancelle, des failles dans l'organisation d'une prise en charge de proximité.

Aujourd'hui encore, la demande de soins est peu anticipée (pas d'études épidémiologiques) et les besoins (qui ne sont pas précisément identifiés) semblent devoir s'adapter à l'offre de soins. Pour un médecin des urgences du CHM la sectorisation apparaît rigide et pas toujours adaptée aux attentes des patients en termes de proximité d'accès aux soins.

Différents dispositifs pourraient être envisagés afin d'optimiser la proximité pour l'accès aux soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle :

- Adapter la sectorisation à la logique de quartier et aux zones de ressort des assistantes sociales de secteur, en tenant compte des transports en commun.
- Développer la mutualisation des moyens en regroupant dans des lieux communs différentes structures ambulatoires (CMP, hôpital de jour, CATTP) et certaines permanences sociales.
- Intégrer une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) auprès d'équipes se déplaçant vers les populations itinérantes, dans un objectif de diversification des compétences et de réponses proximales à une détresse exprimée ou ressentie.

## **2.2 Continuité de l'accès à l'offre de soins**

La continuité de l'accès à l'offre de soins constitue un élément d'analyse essentiel pour apprécier l'accessibilité des soins en santé mentale dans l'agglomération mancelle et se définit ici comme l'existence d'une réponse aux besoins en santé mentale 24h/24h et sept jours sur sept. Le volet continuité des soins dans le sens du suivi du parcours de soins du malade entre les différents intervenants en santé mentale sera examiné dans la partie traitant des partenariats.

L'agglomération mancelle est mieux à même de répondre aux besoins en santé mentale que le reste de la région Pays de la Loire : il existe un CMP par secteur et les urgences du centre hospitalier sont en mesure d'accueillir les urgences psychiatriques

grâce à la présence sur place d'un psychologue 3,5 jours par semaine, d'un psychiatre et d'un infirmier psychiatrique tous les jours de la semaine.

Cependant la continuité de l'accès à l'offre de soins est loin d'être assurée. Principale faiblesse : les CMP, qui devraient être le premier lieu d'accueil de l'urgence, ferment dès 17h30. Par ailleurs, les besoins sont mal évalués. Le délai pour obtenir un premier rendez-vous dans un CMP peut aller jusqu'à deux mois dans certains secteurs. On peut regretter également le manque de lieux conviviaux qui seraient en mesure d'accueillir les usagers y compris le week-end (on pense à l'exemple du bar sans alcool *La Flambée*). De même il existe peu de structures relais pour permettre une transition entre l'hôpital et le retour à domicile (maison relais, appartements thérapeutiques, etc.). L'UNAFAM souligne une autre rupture dans la continuité des soins : seuls sont suivis les personnes qui ont la volonté de se soigner. Un patient qui ne se rend pas à son rendez-vous au CMP est en quelque sorte « laissé pour compte » ; rien n'est prévu pour reprendre contact. Plus généralement, la sectorisation elle-même fait parfois obstacle à une véritable continuité de l'accès à l'offre de soins. Comme le relève un médecin du CHS, avec le découpage sectoriel, l'administration interroge en guise de réponse à une demande de soins : « Où habitez-vous ? », alors que l'essentiel, avant la répartition des patients en fonction du secteur, serait d'offrir une première écoute à la personne en souffrance.

Plusieurs mesures permettraient d'améliorer la continuité de l'accès à l'offre de soins dans l'agglomération mancelle. En tout premier lieu, il serait nécessaire qu'une réponse puisse être apportée à toute heure du jour et de la nuit à toute personne concernée par ou présentant un trouble de santé mental. A cet effet, une ligne téléphonique d'accueil et d'orientation pourrait être mise en service après la fermeture des CMP à 17h30. Outre qu'elle permettrait d'offrir une réponse immédiate à la détresse des patients, cette solution aurait l'avantage d'effectuer un filtrage des demandes et d'éviter ainsi un engorgement des urgences du centre hospitalier. Cette proposition s'inscrit dans une orientation plus générale de graduation de la réponse en soins ; en l'absence d'un nombre de psychiatres suffisant dans l'agglomération mancelle, une première écoute du patient serait assurée par un infirmier d'accueil et d'orientation qui adresserait ensuite le malade à la structure ou au médecin correspondant. Les différents acteurs de terrain soulignent, par ailleurs, la nécessité de disposer de structures ouvertes le week-end ; le

développement des GEM<sup>6</sup>, orientation d'ailleurs soutenue par l'ARH, pourrait fournir une réponse à ce besoin. Il n'existe pas, en dehors des CMP, de lieu d'accueil destiné véritablement aux urgences psychiatriques dans l'agglomération mancelle. Pour combler cette lacune, un praticien hospitalier au centre hospitalier du Mans, propose de dédier spécifiquement six lits de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) à la psychiatrie. Enfin il conviendrait de développer des structures d'accueil alternatives à l'hospitalisation, telles les maisons relais, participant à l'organisation de l'aval. Ainsi elles seraient un lieu transitoire de l'insertion dans le milieu ordinaire.

### 2.3 Partenariats

La maladie mentale isole et désocialise. L'hospitalisation complète, quand elle est nécessaire, ne doit pas contribuer à accentuer la rupture des liens sociaux. La prise en charge en amont et en aval de la « crise » doit alors s'efforcer de maintenir le patient dans son environnement et d'associer au projet de soins l'ensemble des acteurs qui interviennent auprès du patient. L'efficacité de la prise en charge dépend donc de la qualité des liens que ces différents partenaires tissent autour des problématiques des patients concernés.

Nous avons, au cours de notre travail rencontré des partenaires impliqués dans la prise en charge de la santé mentale dans l'agglomération mancelle.

Les urgences du CHM et le CHS sont nécessairement amenés à collaborer. A l'heure actuelle, plusieurs personnes interviennent déjà aux urgences du CHM pour la prise en charge de l'urgence psychiatrique :

- Un médecin psychiatre des secteurs V et VII détaché du CHS est présent chaque matin,
- Une infirmière assure une permanence dans les mêmes conditions,
- Une psychologue est présente aux urgences 3,5 jours par semaine.

Or, d'après l'équipe des urgences du CHM, un tiers des patients qui se présentent aux urgences nécessite une prise en charge en santé mentale. Au vu du nombre de personnes concernées, le dispositif mis en place pour la psychiatrie aux urgences s'avère être une réponse *a minima*.

---

<sup>6</sup> La circulaire DGAS/3B 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle (GEM) pour personnes souffrant de troubles psychiques place l'utilisateur au cœur du dispositif dans la mesure où ces derniers, situés dans la cité et fondés sur un projet d'entraide, sont mis en oeuvre par les usagers eux-mêmes.

Les partenariats proposés dans d'autres régions offrent des dispositifs de nature très différente. L'agglomération mancelle pourrait bénéficier d'une équipe pluridisciplinaire à disposition des urgences psychiatriques. La structure qui nous paraît pertinente pourrait être un lieu de consultations médico-psychologiques à proximité du service des urgences. Elle constituerait la réponse de première intention et assurerait la prise en charge dès l'arrivée du patient. De part la spécificité de l'organisation sectorielle de la psychiatrie et le rayonnement du CHM il paraît opportun que ce CMP soit à vocation intersectorielle.

La circulaire sur le secteur de psychiatrie en 1960 marquait l'avènement d'un nouveau mode de soins pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Il était décidé qu'une même équipe allait soigner dans et hors les murs de l'hôpital, marquant ainsi la continuité des soins à travers les actions de prévention et de post-cure. Pour des raisons de rationalité, en 1986, la loi introduisait la sectorisation psychiatrique comme l'organisation type des soins en santé mentale en France.

L'intérêt majeur de la sectorisation réside dans l'appropriation des problèmes de santé mentale par une équipe pluridisciplinaire qui permet au patient de bénéficier d'une prise en charge par des intervenants identifiés dans un dispositif cohérent et complémentaire.

Si le principe du maillage sectoriel reste un gage d'efficacité, ce modèle a trouvé ses limites par le cloisonnement qu'il a généré entre les partenaires du soin. La localisation géographique des structures sociales et médico-sociales, et le rayonnement du CHM déjà cité ne sont pas compatibles avec l'organisation sectorielle de la psychiatrie qui paraît par trop rigide.

A titre d'exemple, les équipes éducatives du CHRS « l'Horizon » pointent les difficultés à multiplier et à maintenir des liens avec les soignants des sept secteurs.

La réactivation des « conseils de secteur » contribuerait à la mise en cohérence des différents partenaires. Outil de pilotage du secteur prenant en compte le contexte local dans les orientations des politiques de soin, de prévention et de réadaptation, le conseil de secteur est une instance de concertation et de coordination qui a pour mission de susciter une mise en cohérence et des synergies entre le secteur psychiatrique, le reste du tissu sanitaire et social, et les usagers. Véritable réseau de santé mentale primaire satisfaisant aux besoins de la population desservie et aux priorités nationales et régionales de santé publique, le conseil de secteur peut être consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements publics et privés intéressant la politique de santé mentale. Il émet des avis techniques et recommandations pour lesquels il est saisi ou s'autosaisit.

Pour parer au cloisonnement que génère la sectorisation, il serait intéressant de développer une politique d'intersectorialité.

Il paraît naturel que des **liens** se nouent entre le CHS et les structures médico-sociales, pour autant, les contacts sont peu formalisés ce qui engendre un manque de cohérence dans les actions menées en faveur des populations. L'information n'est pas systématiquement partagée, les relations restent sur un mode essentiellement interpersonnel.

Il nous semblerait judicieux :

- d'organiser les relations entre le CHS et les structures médico-sociales sous forme de conventions d'action et de protocoles de prise en charge.
- de proposer une formation commune des professionnels du secteur sanitaire et social et médico-social.
- de créer un poste de coordinateur en santé mentale.

Les relations avec les associations d'usagers constituent un partenariat essentiel pour tous les acteurs de santé mentale.

L'existence et la dynamique de l'UNAFAM concourent à la remise en question des modalités de prise en charge de la santé mentale par la force de propositions qu'elle représente.

L'aide aux aidants se limite à la seule association existant en Sarthe. Par ailleurs et surtout les usagers ne sont pas encore organisés en association (cf. : associations affiliées à la FNAP-PSY dans les autres départements)

Soutenir l'instauration en cours du GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) initié par Téjira 72. Ce « club » permettrait aux personnes en souffrance de se retrouver en dehors des lieux de soins sans personnel médical et de porter la parole des malades auprès des institutions. Qui mieux qu'un malade peut transmettre la parole d'une autre personne malade ?

## **2.4 Communication, lisibilité du système et information.**

Les investigations menées conduisent à réaffirmer la nécessité d'une communication entre les acteurs de la santé mentale pour assurer une lisibilité de la prise en charge et du parcours de l'utilisateur.

Si cette question est manifestement prise en compte par chaque institution, l'utilisateur est confronté à la complexité du dispositif du fait même de son évolution constante. Ainsi, une vision globale et coordonnée de la communication permettrait de toucher l'utilisateur à



n'importe quel stade<sup>7</sup> de son parcours de soins, en assurant simultanément les liaisons entre les structures.

Si la nécessité de faire connaître au grand public les enjeux que revêt la santé mentale ne fait pas débat, en revanche sa déclinaison au niveau local force à la modestie. L'essentiel des outils de communication visibles tient dans les livrets d'accueil mis à disposition des usagers. Ainsi, le livret d'accueil du CHSS «la psychiatrie publique en Sarthe » a le souci de présenter la complexité de l'offre de soins de façon pédagogique - carte de sectorisation, photographies des sites et leurs coordonnées-. Le livret a la vertu de couvrir la quasi totalité du champ sanitaire.

Par ailleurs, la communication s'appuie aussi sur des réseaux interpersonnels, qui, s'ils existent, ne fonctionnent effectivement que pour les usagers inscrits dans les déclinaisons du dispositif de prise en charge. En revanche, celui qui n'a pas encore recouru à l'offre de soins en santé mentale, ne dispose pas d'éléments l'informant des possibilités d'accès au regard de ces besoins à un moment donné.

En effet, les difficultés concernent essentiellement l'accès au dispositif. Tandis que le SROS installe au cœur du réseau santé mentale le CMP, le sigle de l'institution lui même est abscons pour le public. Dans le terme « médico-psychologique » rien n'évoque précisément la psychiatrie ou la notion même de santé mentale. L'utilisateur, *proprio motu* se dirigera difficilement vers des structures dont il ignore les missions.

Par ailleurs, indépendamment de sa dénomination, le CMP n'est pas nécessairement visible dans l'agglomération. Il ne s'agit pas seulement d'une question de signalisation mais aussi de mise à disposition de documents chez les partenaires du CMP hors du CHS. Il apparaît que les informations à destination des usagers (personnes souffrantes, entourage) sur le circuit de soins n'existent pas dans les cabinets de ville.

Toutefois, au sein des CMP des résistances naissent dès que l'on aborde l'idée d'une signalétique plus offensive à cause de la crainte de la stigmatisation des patients qui auraient recours aux services proposés.

En outre les entraves à la communication concernent les liaisons inter-structurelles et spécifiquement le manque ou le retard d'information venant du CHS à propos de la fin de l'hospitalisation qui intéressent les CHRS, la mairie, les associations notamment.

---

<sup>7</sup> Les stades du parcours de soins s'entendent ici, dans une approche de santé publique et de fait de prise en charge globale, à savoir en terme de prévention primaire (information et éducation à la santé), prévention secondaire (dépistage), curatif et prévention tertiaire (insertion et réadaptation).

En s'inspirant du cadre offert par la campagne de communication du plan santé mentale 2005-2008 centré sur les différents troubles mentaux, l'amélioration de la communication passe par la création concertée de nouveaux outils propres à engager des actions de proximité.

L'élaboration et la validation de ces divers outils passerait nécessairement par la réunion des services de communication de chaque pan de la santé mentale :

- Des affiches dédramatisant le recours au champ de la santé mentale en s'inspirant par exemple de bandes dessinées humoristiques devraient être exposées sur des panneaux d'affichage ou insérées dans la presse comme *Ouest France* et *Le Maine Libre* ou *Le Mans Notre Ville*. Le contenu visuel de l'affiche serait complété par une liste des contacts des partenaires en santé mentale.
- Un forum Santé Mentale à l'initiative de tous les partenaires, avec débats publics animés par les professionnels.
- Des opérations « portes-ouvertes » assurant une meilleure lisibilité des institutions sur le territoire.
- La mise en place d'un numéro de téléphone accessible en permanence, servant de premier contact, d'orientation et d'information sur les délais de prise en charge. Néanmoins, cela exige de formaliser précisément la composition et la compétence des personnels de liaison.
- La création d'un livret global santé mentale à destination des usagers et des professionnels.
  - présentant chaque institution avec photographie du site et coordonnées,
  - intégrant un plan de la ville qui signalerait tous les sites avec leurs moyens d'accès (ligne de bus par exemple),
  - visualisant grâce à un schéma le parcours possible de prise en charge de la personne, tel que celui de l'InVS présenté en annexe,
  - devant être distribué dans les cabinets médicaux, les services municipaux, les syndicats d'initiative.

Pour des besoins de clarté d'exposition du travail de notre groupe il était nécessaire de dissocier la proximité des soins, la continuité des soins, les partenariats mis en place et une nécessaire communication. Cependant il apparaît clairement que ces domaines doivent interagir de manière formalisée pour une amélioration de l'accessibilité aux soins que seule une politique globale pourra mettre en œuvre.

# Conclusion

L'accès satisfaisant des usagers aux soins en santé mentale suppose, comme nous l'avons souligné, d'une part l'adéquation de l'offre de soins aux besoins de la population et sa conformité à la réglementation en vigueur, d'autre part, l'existence d'une offre suffisamment lisible pour les usagers. Nos recherches et nos entretiens nous ont permis d'examiner la situation de l'agglomération mancelle.

En premier lieu, les besoins en santé mentale ne peuvent pas être estimés précisément du fait du manque de données épidémiologiques. A l'exception de quelques éléments évaluant par exemple le taux de suicide ou la consommation d'alcool, les besoins globaux ne sont pas évalués.

Par ailleurs, sans nier les actions déjà réalisées favorisant l'accès aux soins en santé mentale, l'accessibilité à l'offre semble très largement perfectible.

Malgré la vétusté des locaux de l'hospitalisation complète, le CHS propose une offre de soins relativement large. De plus, parmi les acteurs de la santé mentale, des volontés individuelles s'élèvent et parviennent à faire naître des projets suscitant la mise en place de partenariats inter institutionnels, ayant le souci d'améliorer la continuité et la proximité des soins. Cependant, ces projets dépendent trop souvent de relations interpersonnelles peu formalisées ce qui les fragilisent.

Quant à l'utilisateur, s'il bénéficie d'une prise en charge cherchant à répondre à ses attentes comme à ses besoins dès l'instant qu'il a franchi le seuil de l'une des structures, ce premier pas reste difficile à accomplir notamment pour les populations les plus fragiles. En outre au regard de l'encombrement des structures, le temps consacré à chacun se réduit et le moindre « accroc », comme un rendez-vous oublié met en péril la continuité des soins.

Les propositions formulées se justifient ainsi par le besoin de plus en plus impératif d'engager les structures et les acteurs dans une action coordonnée pour pallier des blocages pénalisant au premier chef les usagers.

---

## Bibliographie

---

1. Le plan psychiatrie et santé mentale 2005 - 2008
2. Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique
3. Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
4. La psychiatrie en France – Quelles voies possibles ? rapport de la MNASM – Editions ENSP
5. Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales comportant ou non des possibilités d'hébergement.
6. Les disparités départementales de prise en charge de la santé mentale en France. Etudes et résultats, numéro 443, novembre 2005. DREES.
7. Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999. Etudes et résultats numéro 163, mars 2002. DREES.
8. Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin. 2003.
9. Documents relatifs à la politique régionale de santé dans les Pays de la Loire :
  - a. le SROS III (pages 195, 199, pages 343-351, pages 529-532).  
[http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf/FrameSetDocument?OpenFrameSet&Frame=MainDoc&Src=/re7/plo/site.nsf/\(WebPub\)/le\\_SROS\\_2006-2010](http://www.parhtage.sante.fr/re7/plo/site.nsf/FrameSetDocument?OpenFrameSet&Frame=MainDoc&Src=/re7/plo/site.nsf/(WebPub)/le_SROS_2006-2010)
  - b. le dossier PRSP (en page d'accueil). <http://www.pays-de-le-loire.sante.gouv.fr>
  - c. cartographie de l'offre de soins en Sarthe.  
[http://www.parhtage.sante.fr/carto/web\\_dyn/r52/ss52006b.html](http://www.parhtage.sante.fr/carto/web_dyn/r52/ss52006b.html)
10. *Le combat des Chefs*, Uderzo et Goscinny, Dargaud.

---

## Liste des annexes

---

Annexe I : schéma de prise en charge idéale de la maladie

Annexe II : guide d'entretien destiné aux différentes personnes enquêtées sur l'agglomération mancelle

---

# Annexe I

---

## DE L'ETAT DE L'INDIVIDU A LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE

### Interprétation des états et comportements de l'individu :

- par l'individu lui-même
- par son entourage (famille, voisins, amis...)
- par des « agents sociaux » (police, employeur, assistante sociale, etc...)
- par un professionnel de santé



### Reconnaissance de la maladie :

- maladie mentale
- problème de santé mentale
- autre problème (somatique, social, délinquance, etc...)
- aucun problème



### Expression d'un besoin d'aide ou de soin :

- oui
- non

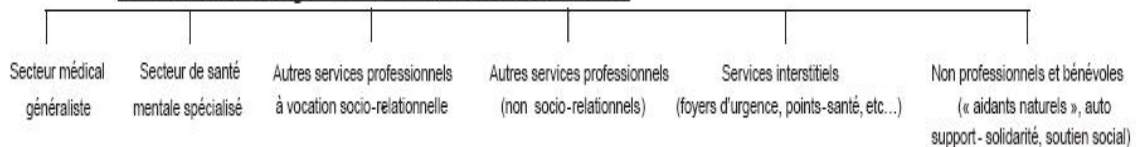


### Demande d'une prise en charge :

- formelle (CMP, médecin généraliste, etc...)
- informelle (prêtre, auto-support, guérisseurs, etc...)
- aucune (« rhume psychiatrique », erreur d'interprétation, etc...)



### Prise en charge de la maladie mentale :



---

# Annexe II

---

## Guide d'entretien destiné aux différentes personnes enquêtées sur l'agglomération mancelle

### 2 axes principaux de recherche

- 1) connaître les besoins, l'offre de soins et le ou les parcours proposés aux usagers et à leurs familles
- 2) connaître le ressenti des interviewés par rapport à l'offre de soin et à son accessibilité réelle

### QUESTIONS

- 1) pouvez-vous vous présenter professionnellement ?
- 2)
  - a) quels sont les besoins de la population mancelle dans le domaine de la santé mentale ?  
> dimension préventive, curative, etc.
  - b) quelle est l'offre de soins existante ? > intra, extra hosp, sanitaire, médico-soc, réseaux, etc.
  - c) quels sont les modalités d'accès aux soins proposés aux usagers et à leurs familles ? > entrée dans le réseau, modalité de prise en charge, CSP mobilisée, etc.
- 3)
  - a) quelle est votre appréciation de l'offre de soins proposée aux usagers et à leurs familles ? > insuffisance, inégalités, efficacité, etc.
  - b) quelle est votre opinion sur son accessibilité réelle ? > jour/nuit, week-end, relais, soutien, facilité pour les démarches, etc.
  - c) l'accessibilité aux soins a-t-elle fait l'objet d'études ? avez-vous déjà envisagé des réponses ?
  - d) quelle proposition souhaiteriez-vous formuler pour optimiser les réponses à la prise en charge des usagers et de leur famille ? > coordination entre les acteurs, décloisonnement, etc.