



Ministère de la Santé et des Solidarités



Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSA

Caisse nationale de solidarité
pour l'autonomie

**Direction Etablissements
et services médico-sociaux**

**Direction de l'hospitalisation et de
l'organisation des soins**

Sous-direction de l'organisation
du système de soins
Bureau de l'organisation régionale des
soins et populations spécifiques (O2)
Frédérique Collombet-Migeon
Tel : 01 40 56 53 82

Direction générale de l'action sociale

Sous-direction des personnes handicapées
Martine Barres
Tel : 01 40 56 86 79

Direction générale de la santé

Sous-direction santé et société
Bureau de la santé mentale (6C)
Catherine Dartiguenave
Tel : 01 40 56 49.74

Le Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des
soins

Le Directeur général de l'action sociale

Le Directeur général de la santé

Le Directeur de la caisse nationale de solidarité pour
l'autonomie

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs
des Agences Régionales de l'Hospitalisation (pour
exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de Région
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales
(pour exécution)

Mesdames et Messieurs les Préfets de Département
Directions départementales des affaires sanitaires et
sociales (pour exécution)

CIRCULAIRE N°DGS/SD6C/DHOS/O2/DGAS/CNSA/2006/149 du 30 mars 2006 relative aux modalités concertées de mise en œuvre de l'allocation de ressources 2006 relative au plan psychiatrie et santé mentale.

Date d'application : immédiate

NOR : SANP0630135C (texte non paru au journal officiel)

Classement thématique : Santé publique

Résumé :

Mots-clés : psychiatrie, santé mentale, planification, programmation, concertation, allocation de ressources, handicap psychique, coordination.

Textes de référence :

- Plan psychiatrie et santé mentale présenté en conseil des ministres le 20 avril 2005
- Circulaire DHOS/O1/2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences
- Circulaire DHOS/O/2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile

- Circulaire N° 507/DHOS/O2/2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération
- Circulaire interministérielle DGAS/DGS/DHOS/3C n° 2005-124 du 8 mars 2005 relative à la politique de prise en charge des personnes atteintes d'autisme et des troubles envahissants du développement
- Circulaire DGAS/DSS/DGS/ 2005-154 du 22 mars 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CCAA, CSST et ACT)
- Circulaire DHOS/DGS/O2/6C/2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité
- Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2005/356 du 26 juillet 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
- Circulaire DGAS/PHAN/3B du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques
- Circulaire interministérielle N° DGS/SD6C/DHOS/O2/DESCO/2005/ 471 du 18 octobre 2005 relative à la mise en œuvre d'un dispositif de partenariat entre équipes éducatives et de santé mentale pour améliorer le repérage et la prise en charge des signes de souffrances psychiques des enfants et adolescents
- Circulaire DGAS/5C/DSS/1A/2005-517 du 22 novembre 2005 relative à la campagne budgétaire pour l'année 2005 des établissements et services sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes confrontées à des difficultés spécifiques (CCAA, CSST et ACT)
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B N°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie
- Circulaire DGAS/DSS/CNSA/2005-555 du 30 novembre 2005 relative à la préparation budgétaire 2006 relative aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées
- Circulaire DHOS/O2/F2/E4 N° 2005-565 du 20 décembre 2005 relative à la mise en œuvre du volet investissement du plan psychiatrie et santé mentale
- Circulaire N°DHOS/P2/O2DGS/6C/2006/21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie
- Circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2006/ du 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
- Note DHOS/DGAS du 22 juillet 2005 relative à la mise en œuvre des mesures du plan psychiatrie et santé mentale

Textes abrogés ou modifiés : néant

Annexes :

- Annexe 1 – Orientations 2006 dans le champ de la santé publique
- Annexe 2 - Orientations 2006 dans le champ de l'offre de soins en psychiatrie
- Annexe 3 – Orientations 2006 dans le champ social et médico-social
- Annexe 4 - Tableau synthétique des enveloppes 2006
- Annexe 5 – Tableaux synthétiques de la montée en charge prévisionnelle des financements sur la période 2005-2008
- Annexe 6 – Grilles de suivi budgétaire
- Annexe 7 – Fiche descriptive d'actions innovantes ou d'expériences associant des intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social

Le plan psychiatrie et santé mentale a été annoncé en conseil des ministres le 20 avril 2005. Il présente des objectifs ambitieux en terme de prévention, de réorganisation et de décloisonnement des prises en charge sanitaires et sociales, d'amélioration de la formation et de la qualité des pratiques ainsi que dans les domaines de l'évaluation et de la recherche. Il s'appuie notamment sur un effort budgétaire pluriannuel très important, portant à la fois sur le fonctionnement et sur les investissements, impactant concomitamment les champs sanitaire, social et médico-social et de la politique de santé publique.

En complément des procédures budgétaires à l'œuvre dans ces différents champs, l'objet de la présente circulaire vise à :

- dégager des orientations stratégiques communes, au service d'une politique de santé publique ainsi que d'un objectif de soutien à l'autonomie sociale, répondant aux besoins de santé mentale appréhendés dans leur globalité et sur la base d'une approche coordonnée des politiques à l'œuvre dans les champs de la prévention, des soins, de la réinsertion et de l'accompagnement ;

- impulser une méthode de mise en œuvre inscrite à la fois dans une logique de meilleure articulation des décideurs nationaux, régionaux et locaux et dans une dynamique d'objectifs mieux définis en amont et de résultats mieux suivis en aval ;
- permettre une lisibilité sur l'ensemble des moyens à l'œuvre dans le cadre du plan en s'appuyant sur des calendriers budgétaires mieux synchronisés.

A cet égard, l'année 2006 constitue une année charnière d'impulsion sur l'amélioration de l'articulation entre les politiques de santé publique, sanitaire, sociales et médico-sociales au niveau national, régional et local. Cet exercice devra ainsi faire l'objet d'une évaluation quantitative et qualitative, qui permettra ensuite un approfondissement de la démarche. L'objet de la présente circulaire est donc d'impulser une dynamique de changement dans une perspective pluriannuelle sur la durée de la mise en œuvre du Plan Psychiatrie et Santé Mentale et au-delà.

UN ENJEU DE SANTE PUBLIQUE ET DE SOCIETE : AMELIORER LES REPONSES AUX BESOINS EN SANTE MENTALE DANS LEUR GLOBALITE.

Dans le champ de la santé mentale, la réponse aux besoins des personnes ne peut être unique. Elle doit s'inscrire dans la durée et nécessite de proposer une palette de services diversifiée et adaptée aux besoins des personnes présentant des troubles psychiques alliant le renforcement de la prévention, une meilleure accessibilité et adaptation de l'offre de soins psychiatrique sur le plan quantitatif et qualitatif et une meilleure prise en compte des besoins d'accompagnement notamment sociaux et médico-sociaux. A cet égard, la prise en compte des handicaps résultants de troubles psychiques dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées constitue un tournant primordial quant à la qualité de vie et à l'insertion sociale de ces personnes autour en particulier de l'élaboration d'un plan de compensation qui prendra en considération les besoins de la personne dans leur globalité (soin, accompagnement, hébergement...).

La prise en compte des besoins des personnes souffrant de troubles psychiques dans leur globalité implique d'organiser la continuité des soins et de l'accompagnement autour d'un projet individualisé.

Cet objectif de mise en synergie est particulièrement sensible pour les personnes handicapées par des troubles psychiques persistants (dites handicapées psychiques), les enfants ou les adolescents en difficulté, les personnes âgées et les personnes en situation de précarité et d'exclusion.

En tout état de cause, la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques par le secteur médico-social ne peut constituer une alternative solide et durable à l'hospitalisation que si, et seulement si, la prise en charge de ces personnes fait l'objet d'un soutien constant des professionnels des secteurs. Le principe de prise en charge privilégié doit donc plus reposer sur l'action conjointe et coordonnée que sur la coexistence ou le caractère strictement alternatif des dispositifs.

Dans ce cadre, la collaboration entre les professionnels de la psychiatrie et les institutions médico-sociales doit rechercher une complémentarité des deux secteurs, à partir des compétences et des savoir-faire réciproques, des mises en commun de moyens humains et/ou financiers (matérialisée, le cas échéant, par les opérations de fongibilités entre les secteurs sanitaire et médico-social).

Les conditions de réussite de cette approche coordonnée nécessitent à la fois une mobilisation interministérielle sous l'égide des Préfets, afin de promouvoir l'accès au logement adapté au sein des politiques de l'habitat (résidences sociales...), l'accès et le maintien dans l'emploi ainsi qu'un dialogue permanent avec les collectivités territoriales au premier rang desquelles le Département, en charge notamment de la protection de l'enfance, de l'aide sociale à l'hébergement et de la coordination de l'action sociale.

LA NECESSITE D'UNE PLANIFICATION ET D'UNE PROGRAMMATION COORDONNEES DE L'EVOLUTION DE L'OFFRE DE SOINS ET DE SERVICES.

2.1 Les leviers d'une planification et d'une programmation concertées :

Comme l'indique la note DHOS/DGAS du 22 juillet 2005, le principe transversal de politiques fondées sur la priorisation des besoins dans le cadre des PRSP, des SROS et des schémas d'organisation sociaux et médico-sociaux rend indispensable une concertation étroite entre les directeurs d'ARH, les Préfets de région et de département et les Conseils Généraux. Une concertation devra également être recherchée avec les Recteurs et les Inspecteurs d'Académie. Dans ce cadre, les DDASS constituent un levier essentiel de changement compte tenu de leur positionnement de proximité.

Cette mise en cohérence doit particulièrement être recherchée **à l'occasion de l'élaboration du Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC)**. Il constitue un outil de programmation financière à visée pluriannuelle. A partir de l'identification et de la hiérarchisation de thèmes et de territoires prioritaires s'appuyant sur les schémas en vigueur, il a pour objectif l'adaptation et l'évolution de l'offre d'accompagnement collectif médico-social au sein de la région, afin de garantir l'équité territoriale dans l'accès aux droits et à la compensation. Ce plan d'actions intègre

l'état des moyens existants et des besoins nouveaux, dans le cadre d'une approche globale des réponses apportées en favorisant les articulations avec les soins de ville et les coopérations avec les établissements de santé. La prise en compte de l'objectif d'articulation des politiques dans le champ de la santé mentale à l'occasion de l'élaboration des PRIAC constituera ainsi un critère de leur évaluation qualitative pour 2006.

Le premier PRIAC sera arrêté par le Préfet de Région en lien avec les Préfets de Département pour le 30 mars 2006. Son élaboration engage un processus, qui fera l'objet d'une première évaluation en septembre 2006, et qui s'approfondira chaque année à l'occasion de l'actualisation des PRIAC. Cette dynamique est convergente avec celle de la finalisation des volets psychiatrie et santé mentale des SROS 3. Ces derniers doivent en effet être publiés au plus tard le 31 mars 2006 et seront soutenus chaque année par une allocation budgétaire qui permettra également d'approfondir le processus engagé cette année.

Enfin, vous vous appuyerez utilement sur les commissions régionales de concertation en santé mentale pour mener à bien ces concertations compte tenu de la diversité des représentations qui y sont assurées.

2.2 Les conditions de réussite :

o un diagnostic partagé

Quels que soient le lieu et les outils de planification et de programmation concernés, l'approche par les besoins requiert l'élaboration d'un diagnostic partagé au service d'une adaptation de l'offre tant sanitaire que sociale et médico-sociale. A cet égard, les maisons départementales des personnes handicapées et les équipes pluridisciplinaires chargées, en lien notamment avec les équipes de psychiatrie, de l'évaluation des besoins individuels des personnes et de définir les plans personnalisés de compensation, apporteront une information incontournable pour réaliser ce diagnostic.

Cette recherche de meilleure adéquation des réponses dans leur globalité devra tenir compte de situations locales contrastées.

Il convient ainsi de rechercher les réponses adéquates aux besoins de soins, de logement ou d'hébergement, d'accompagnement dans la vie quotidienne, la participation sociale et l'insertion scolaire ou professionnelle, très variés selon les personnes. Certaines, avec un accompagnement adapté, pourront bénéficier d'un domicile personnel. D'autres, plus invalidées par la maladie, auront besoin d'un accueil en structure d'hébergement, médicalisée ou non selon la nature et la fréquence des soins psychiques et physiques qui leur sont nécessaires. Certaines peuvent aussi trouver la réponse à leurs besoins spécifiques dans le cadre d'autres plans et programmes tels que ceux qui ont été destinés aux personnes autistes ou polyhandicapées.

Cette démarche est particulièrement essentielle quant à la recherche de solutions adaptées pour les personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie, faute de réponses adaptées en aval. La participation des équipes soignantes à l'évaluation de leur situation en vue de l'élaboration des plans personnalisés de compensation pour ces personnes sera essentielle à une bonne adéquation et cohérence des différentes réponses.

Dans tous les cas, la continuité des soins doit être assurée, dans le cadre d'un partenariat entre les équipes de psychiatrie et les équipes sociales ou médico-sociales concernées. L'offre de soins doit se structurer de façon à pouvoir assurer à la fois une capacité d'accueil en hospitalisation complète, y compris lorsque c'est nécessaire de façon prolongée et des soins psychiatriques aux personnes prises en charge dans le secteur social et médico-social. Elle doit notamment être à même de proposer un suivi post hospitalisation effectif aux patients.

Le diagnostic partagé sur les besoins sera confronté au diagnostic local sur l'état de l'offre en appréhendant au cas par cas, des niveaux locaux de recomposition de l'offre psychiatrique et d'équipements et services sociaux et médico-sociaux très hétérogènes. Sur ce dernier point, il est indispensable d'identifier et de soutenir la dynamique des promoteurs dans le champ social et médico-social, pour certains nouveaux dans la gestion de services auprès des personnes handicapées psychiques, afin de favoriser l'appropriation des nouvelles modalités d'interventions telles que les SAMSAH, qui, dans certaines régions connaissent un démarrage lent.

La réalisation de cette étape est essentielle quant à la qualité de la construction des projets et à la concertation sur d'éventuelles fongibilités de moyens au niveau local.

o un plan d'actions pluriannuel concerté

A partir de cette étape de diagnostic associant le plus en amont possible l'ensemble des institutions parties prenantes de ces réponses, plusieurs scénarios de construction coordonnée d'évolution de l'offre doivent pouvoir être envisagés localement sur la base d'une concertation entre les ARH, les DRASS, les DDASS et les Conseils Généraux pour la planification et la programmation des projets nouveaux dans une perspective pluriannuelle :

- moyens nouveaux, sociaux et médico-sociaux (ciblés sur les personnes handicapées psychiques ou non)
- scénarios mixtes alliant des moyens médico-sociaux et contribution du sanitaire

- le cas échéant redéploiements de moyens sanitaires.

En tout état de cause, cette démarche pour l'élaboration des projets nouveaux ne saurait remettre en cause la poursuite des opérations engagées avant la parution du Plan Psychiatrie et Santé Mentale.

Par ailleurs, afin de garantir l'opérationnalité des collaborations dans la durée, il est nécessaire de multiplier et d'étendre les procédures de coopération entre équipes de psychiatrie et structures sociales et médico-sociales (par réseaux, conventions, formations ou autres outils). Parmi les besoins requérant une collaboration entre les deux secteurs, on peut citer les préoccupations suivantes :

- du côté médico-social : la prévention et la gestion des crises et des troubles du comportement (avec d'éventuels séjours en hospitalisation), le suivi psychothérapeutique, la prise en charge les problèmes somatiques, le bénéfice de conseil et d'expertise dans le cadre de réunions de synthèse...
- du côté sanitaire : un accès facilité en place d'hébergement temporaire ou permanent pour des patients dont l'hospitalisation prolongée ne se justifie plus, une prévention de la chronicisation des patients dans les services spécialisés (place maintenue pendant l'hospitalisation), une volonté de favoriser l'insertion sociale des patients (accès à un SAMSAH ou SAVS).

Il est souhaitable d'encourager notamment la formalisation de réseaux structurés associant les secteurs de psychiatrie avec la participation de l'ensemble des partenaires intervenant dans l'accompagnement des personnes.

L'ORGANISATION D'UN APPUI NATIONAL A LA MISE EN ŒUVRE.

A l'appui des principes et enjeux rappelés ci-dessus, le Plan Psychiatrie et Santé Mentale prévoit un effort budgétaire pluriannuel important et portant de manière complémentaire sur les volets santé publique, sanitaire, social et médico-social. Vous trouverez en annexes 1,2,3 et 4 les orientations stratégiques de l'effort produit en 2006 dans ces différents domaines.

Cependant, l'effort à réaliser va au-delà de ces mesures financières et implique un changement méthodologique, visant à décloisonner les politiques à l'œuvre dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, dont la présente circulaire définit le mode d'accompagnement au niveau national..

3.1 L'animation d'un réseau de référents régionaux

Il appartiendra, tout d'abord, aux différentes directions d'administration centrale, à la CNSA et à la MNASM de recenser, de mutualiser et de valoriser les expériences et les innovations dans le sens d'une meilleure articulation des politiques de santé publique, sanitaires, sociales et médico-sociales et d'une meilleure coordination de leurs acteurs significatives (réseaux, formations actions, construction de projets coordonnés...). Cette démarche s'appuiera **sur le réseau de correspondants régionaux** du Plan psychiatrie et santé mentale. Ces derniers, désignés par les DRASS et les ARH, constituent un maillon essentiel de la mise en cohérence des actions du PRSP, du PRIAC et du SROS. Afin d'identifier et valoriser les expériences menées au plan régional et local, il est en effet proposé aux référents régionaux de transmettre au niveau national pour le 30 juin 2006 les actions de coopération thématiques ou territoriales associant des intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social, qui leur paraissent significatives d'avancées en ce domaine et intéressantes à faire connaître à l'ensemble des régions.

Ces données seront renseignées au moyen de la fiche descriptive figurant en annexe 7. Ces éléments seront adressés à la CNSA qui en assurera la diffusion et le traitement. Une synthèse de ces expériences sera réalisée par les différentes administrations concernées (DHOS, DGAS, DGS), la CNSA et la MNASM et diffusée.

3.2 L'appui national à l'élaboration concertée de programmes sanitaires sociaux et médico-sociaux

Le second levier reposera ensuite sur l'organisation au niveau national d'un appui **co-piloté par la DHOS et la DGAS**, qui s'appuiera dans sa mise en œuvre sur la CNSA et la MNASM. Dès 2006, et après identification **de deux régions volontaires**, cet appui sera positionné sur une fonction de diagnostic, d'analyse, d'accompagnement et de construction d'éléments d'évaluation pour la mise en œuvre d'une politique de santé mentale intégrée au niveau local. Il permettra un approfondissement méthodologique pour les années à venir sur la problématique de l'articulation des politiques de santé publique, sanitaire, sociale et médico-sociale sociale, L'expérience visera tout particulièrement à identifier les freins et les conditions de réussite des collaborations, en prenant en compte notamment la problématique de l'évaluation individuelle des besoins des personnes handicapées psychiques par les maisons départementales des personnes handicapées.

3.3 Pilotage du suivi de la mise en œuvre du Plan

Afin de favoriser la lisibilité et la cohérence de l'effort ainsi engagé, l'un des enjeux résidera donc dans la qualité de la mise en œuvre du Plan mais également de son suivi et de son évaluation, y compris dans sa

dimension budgétaire. L'axe 5 du Plan établit, à cet égard, une démarche de suivi qui prévoit notamment la restitution d'un **rapport annuel** au Ministre. Il nous appartiendra collectivement de contribuer à la réalisation d'une évaluation quantitative et qualitative annuelle des conditions de mise en œuvre du plan. **Un tableau de bord national doté d'indicateurs qualitatifs** vous sera transmis au début du second trimestre. Vous trouverez également, en annexe 5, un tableau de suivi budgétaire portant sur les différents volets du Plan. Les efforts que vous engagerez en 2006 dans le sens d'une concertation de mise en œuvre des ressources s'inscrira, au-delà de cette année charnière, dans un processus pluriannuel permettant une dynamique d'approfondissement progressif.

Le Directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Jean CASTEX

Le Directeur Général de la santé

Professeur Didier HOUSSIN

Le Directeur Général de l'action sociale
Jean-Jacques TREGOAT

Le Directeur de la Caisse Nationale
de solidarité pour l'autonomie
Denis PIVETEAU

Annexe 1 – Orientations 2006 dans le champ de la santé publique

Pour la première fois en France, **une campagne de communication** sur le thème de la dépression sera financée par l'INPES et lancée en octobre 2006 en direction d'une part, des médecins généralistes et, d'autre part, du grand public. L'objectif est de mieux faire connaître les troubles dépressifs, leurs possibilités de traitement et les filières de soins, afin de modifier les représentations et améliorer, à terme, le suivi par les médecins généralistes des personnes souffrant de ces troubles. De plus, des actions de promotion de la santé mentale seront définies en lien avec l'INPES.

Dans le cadre du programme n°204 « Santé publique et Prévention », la DGS dispose de crédits d'Etat permettant de soutenir des actions au titre de la santé mentale et de la prévention du suicide, tant au niveau national qu'au niveau régional. En effet, la santé mentale fait partie, pour cinq d'entre eux, des objectifs prévus par le rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

En 2005, le bureau « santé mentale » de la DGS a financé des actions à hauteur de 850 000 €. Eu égard aux objectifs inscrits dans le cadre du plan « psychiatrie et santé mentale », il est prévu **au niveau national**, pour 2006, d'augmenter et de pérenniser le soutien aux associations d'usagers et de familles. Au delà, une action de prévention et d'amélioration de la prise en charge de la dépression des personnes âgées sera conçue en vue de mettre à la disposition des médecins généralistes des outils permettant de repérer et de mieux prendre en charge cette population. Des études en épidémiologie psychiatrique – fondement d'une politique de santé publique pertinente – seront par ailleurs financées.

Seront également poursuivies les différentes actions de formation de formateurs à la gestion de la crise suicidaire en vue de les étendre à la prévention du suicide des personnes âgées, ainsi qu'au référentiel d'observation pour le repérage précoce des troubles du développement et des manifestations de souffrance psychique des enfants et des adolescents enfin, à la prise en charge des auteurs d'infraction sexuelle.

Les différentes mesures mises en place au niveau national constituent des leviers d'action qu'il est utile de vous approprier au niveau régional en vue d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles mentaux.

Au niveau régional, plus de six millions d'euros sont chaque année consacrés aux actions de santé mentale et de prévention du suicide. Aujourd'hui, le plan « psychiatrie et santé mentale » doit être un élément structurant de l'utilisation de vos crédits sur ce programme n°204, sous-action 3.8 « santé mentale et prévention du suicide ». Il vous appartient de définir les actions à mener, qu'elles soient déjà engagées ou nouvelles, eu égard aux besoins recensés dans le cadre de votre plan régional de santé publique (PRSP). Il convient notamment, au travers du volet programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), de porter une attention particulière aux personnes en situation d'exclusion.

Annexe 2 – Orientations 2006 dans le champ de l'offre de soins en psychiatrie

L'effort produit en 2006 sur le volet sanitaire du plan s'inscrit dans une logique d'accélération de la l'impulsion réalisée en 2005 puisqu'il prend en compte l'effet en année pleine des mesures 2005 (17,2M€ correspondant à 70% de la mesure) et intègre une tranche 2006 de 30,25 M€. Vous trouverez en annexe le récapitulatif des enveloppes régionales 2005 et des enveloppes 2006. L'accompagnement pluriannuel sur le volet moyens de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie atteindra ensuite sa pleine mesure en 2007 (36,3 M€) puis 2008 (36,4 M€).

Dès le début de campagne 2006, outre l'extension en année pleine des mesures déléguées en 2005, 22 M€ vous ont été délégués par la circulaire DHOS/F2/DSS/1A/2006/81 du 24 février 2006 (soit 22M€). Cette première délégation correspondant à la « **marge de manœuvre régionale** » qui vise, dans le SROS 3, à vous permettre d'améliorer, notamment dans le cadre des politiques de secteur, la qualité des prises en charge et la réduction des inégalités de l'offre de soins au travers de 2 priorités principales :

1. LE RENFORCEMENT DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES AU SEIN DES CMP ET LA DIVERSIFICATION DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE ET MODALITES D'INTERVENTION.

Cette priorité s'entend en terme d'intensification des créations dans les zones insuffisamment pourvues, remettant en cause l'accessibilité de l'offre. Elle s'entend également en terme d'adaptation et de diversification des réponses existantes, au profit en particulier d'une meilleure réponse aux demandes de soins non programmés et du développement d'horaires d'ouverture élargis.

Elle vise enfin le renforcement des moyens d'intervention des équipes de secteur dans le cadre de la psychiatrie de liaison auprès d'autres établissements de santé ainsi qu'auprès d'établissements sociaux et médico-sociaux (cf. annexe 4) afin d'assurer une dimension soignante adaptée dans le cadre de projets individualisés globaux. Cette dernière priorité est particulièrement important pour les équipes de psychiatrie infanto-juvénile compte tenu des intrications des besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux qu'ils s'expriment en psychiatrie ou au sein de dispositifs tels que les CAMSP, les ITEP, de la protection de l'enfance ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

Ces priorités centrées sur une dimension soignante quel que soit le lieu et le moment où s'expriment les besoins, s'inscrivent donc pleinement dans l'approfondissement des missions extrahospitalières du secteur, dans leur dimension d'intégration dans la Cité.

Vous veillerez, en outre, à développer des organisations fédératives entre les équipes de secteur, en particulier pour répondre à des besoins spécifiques soit sur le plan populationnel (adolescents, personnes âgées...) soit sur le plan organisationnel (horaires d'ouverture élargis, organisation de réponses aux demandes de soins non programmés, etc.).

2. LA POURSUITE DE L'ADAPTATION DE L'HOSPITALISATION COMPLETE.

Cette seconde priorité, fondée sur une appréhension qualitative de l'hospitalisation vise à assurer une répartition optimale des équipements sur l'ensemble du territoire et une meilleure adéquation aux besoins ainsi qu'à prévenir et résoudre des situations de recours inadéquat à l'hospitalisation.

Cet objectif général est étroitement corrélé au renforcement des interventions en amont et en aval de l'hospitalisation.

Vous veillerez à poursuivre l'amélioration de la réponse à la crise et à l'urgence engagée dans la plupart des régions depuis de nombreuses années afin de prévenir des recours inadéquats à l'hospitalisation (en particulier sans consentement), par le renforcement de la psychiatrie de liaison aux urgences de l'hôpital général sur la base du dispositif réglementaire en vigueur et par le développement de prises en charge psychiatrique de courte durée au sein de ces services (en application de la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences).

Le renforcement des moyens humains affectés à l'hospitalisation complète devra contribuer aux objectifs spécifiques suivants :

- **en psychiatrie infanto-juvénile**, la création de lits, prioritairement dans les départements qui en sont dépourvus ;
- **en psychiatrie générale**, au rapprochement des unités d'hospitalisation complète éloignées de la population qu'elles desservent, de préférence à l'hôpital général et la diversification des réponses selon les modalités de prise en charge (hospitalisation sous contrainte, réadaptation / réhabilitation...) ou selon des publics ou des problématiques ciblées.

De manière transversale, cette priorité sera envisagée à la lumière de deux enjeux : d'une part, l'adaptation de l'organisation territoriale de ces équipements dans un double objectif d'accessibilité et de proximité et d'autre part, la qualité de l'organisation retenue pour ces équipements dans un objectif de renforcement des organisations fédératives et mutualisant les moyens de plusieurs équipes.

Cette première délégation sera complétée en cours d'exercice par la délégation des enveloppes correspondants aux **priorités dites « spécifiques et incontournables »**, qui correspondent à des priorités nationales identifiées par l'axe 4 du plan « psychiatrie et santé mentale » consacré à des programmes spécifiques. Pour 2006, (outre l'extension en année pleine des mesures 2005 réalisée dès le début de campagne), 3 priorités sont identifiées, pour un montant total de 8,25M€ :

- La création d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie pour la prise en charge de personnes en situation de précarité et d'exclusion (appel à projets DHOS/DGS/DGAS en cours – cf. circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B N°521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie;
- La montée en charge du dispositif de centres ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles ;
- La finalisation du déploiement des centres de ressources pour l'autisme, qui fera comme en 2005, l'objet d'un appel à projets commun entre la DHOS, la DGAS et la CNSA dans le courant de l'année 2006 pour une allocation concomitante des moyens sanitaires et médico-sociaux.

Ces moyens portant sur le renforcement des moyens humains est complété en outre par deux leviers essentiels de changement dont la mise en œuvre est initiée en 2006 :

- La délégation de 25,1M€ au titre du FMESPP portant sur la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie ;
- La validation des plans régionaux d'investissement en santé mentale 2006-2010 et la notification des enveloppes correspondantes, au plus tard avant la fin du premier semestre 2006.

Ces deux dispositifs font l'objet de délégations de crédits spécifiques dans les conditions mentionnées respectivement par les circulaires du 20 décembre 2005 et du 16 janvier 2006 mais en tout état de cause, vous devrez veiller à leur étroite complémentarité avec l'allocation de ressources liée au moyens de fonctionnement dans le cadre de la mise en œuvre des SROS, tant ils constituent des leviers de changement essentiel à l'amélioration des conditions d'accueil et d'exercice en psychiatrie.

Ils sont également complémentaires des 18M€ notifiés en début de campagne 2006, sur la base d'un effort spécifique annoncé par le ministre de la santé et des solidarités le 13 janvier 2006 et portant sur la sécurisation des établissements ayant une activité de psychiatrie .

Ces trois derniers dispositifs s'appliquent de manière complémentaire aux acteurs publics et privés de l'offre de soins en psychiatrie. S'agissant spécifiquement du secteur privé financé sous OQN, la construction tarifaire pour l'année 2006 tient compte de l'objectif de développement de l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit par les établissements de santé de ce secteur, dans la continuité de l'effort engagé en 2005 et conformément aux orientations de renforcement des complémentarités entre l'offre de soins publique et privée en psychiatrie dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre des SROS 3.

Annexe 3 - Orientations 2006 dans le champ social et médico-social

Les personnes souffrant de troubles psychiques bénéficient déjà d'accompagnement social et médico-social mobilisant des établissements et services du champ de compétence de l'Etat mais aussi des Départements. Ainsi, en 2001, (source : enquête ES au 31.12.2001), dans le secteur de l'enfance handicapée, plus de 26 000 enfants et adolescents présentant une déficience du psychisme comme déficience principale étaient pris en charge dans les établissements et services médico-sociaux parmi lesquels 50% en ITEP, 30% en IME et 20% en SESSAD. S'agissant des adultes handicapés, 11800 personnes présentant une déficience du psychisme comme déficience principale étaient accueillies en établissements sociaux et médico-sociaux, dont 79% situés en foyers d'hébergement et foyers de vie et 21% en MAS-FAM. L'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans le secteur social et médico-social est donc significatif et il concerne principalement des structures non spécifiques. Cependant, les besoins d'accueil et d'accompagnement des enfants, adolescents et adultes, qui ne trouvent pas de réponse dans ce champ restent importants. C'est pourquoi l'inscription d'actions sociales et médico-sociales constitue un des enjeux forts de ce plan.

Il importe aussi de rappeler le contexte:

- Les programmes pluriannuels pour le développement de l'offre médico-sociale destinée aux enfants, adolescents et adultes handicapés, ont été renouvelés pour 2005-2007; le programme dédié aux personnes handicapées psychiques, inscrit dans le plan « psychiatrie et santé mentale », s'intègre et pour partie s'ajoute à ceux-ci.
- L'évolution qualitative des établissements et services qui se réalise dans le cadre de la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002 contribue à une meilleure adaptation des réponses aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, en raison notamment des modes diversifiés d'accompagnement, de l'innovation, et des articulations avec les dispositifs de santé que promeut cette loi.
- La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées comporte une pleine reconnaissance des handicaps dus à des troubles psychiques. Il en résultera une meilleure prise en compte des besoins de chaque personne auprès des maisons départementales des personnes handicapées pour l'élaboration du plan de compensation prévu par la loi, et la sollicitation d'une large palette de structures et services. La loi crée également les groupes d'entraide mutuelle, qui apportent une dimension nouvelle à cette palette. En ce qui concerne les enfants et adolescents, les dispositions relatives à l'intégration scolaire devraient également induire une nouvelle dynamique dans le champ médico-social.

Dans ce contexte, la loi du 11 février 2005 a confié à la CNSA, à partir du 1^{er} janvier 2006 (art L14-10-1-I CASF) la mission d'assurer la répartition équitable sur le territoire national des moyens d'assurance maladie dédiés au financement des établissements et services médico-sociaux en veillant notamment à une prise en compte de l'ensemble des besoins, pour toutes les catégories de handicaps.

La palette diversifiée des établissements et services, et les innovations du champ médico-social permettront de mieux répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques, à condition toutefois de prendre en compte l'ensemble de ces besoins et leur intrication: ainsi, les réponses en matière de logement ou d'hébergement, l'accompagnement des personnes dans leur vie quotidienne et leur participation sociale, et les soins psychiatriques, sont souvent interdépendants.

Il s'agit essentiellement, en lien avec les conseils généraux et les ARH, dans le cadre notamment des PRIAC, de construire une offre de services articulant réponses sociales et médico-sociales et soins psychiatriques.

Il convient de préciser que les établissements et services médicalisés (MAS, FAM, SAMSAH, SESSAD, IME...) ne sauraient apporter aux personnes accueillies tous les soins dont elle ont besoin et se substituer aux dispositifs sanitaires dont c'est la mission. La médicalisation de ces structures vise à apporter aux personnes qui le requièrent une vigilance, un accompagnement, la dispensation ou la coordination de soins intégrés à la vie quotidienne. Leur articulation avec les équipes de psychiatrie pour l'accès des personnes aux soins, en tant que de besoin, est aussi nécessaire que pour les structures non médicalisées.

Le volet social et médico-social du plan comporte plusieurs types d'actions, et quelques précisions sont nécessaires concernant leurs objectifs et leur mise en œuvre :

1. L'IMPULSION D'UNE OFFRE DE LOGEMENT ET D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL ARTICULEE AVEC LES DISPOSITIFS DE SOIN

Nombreuses sont les personnes souffrant de troubles psychiques qui ont besoin d'être aidées pour vivre à domicile. En matière de **logement**, un point sera effectué en 2006 sur les diverses modalités d'organisation du logement des personnes souffrant de troubles psychiques (logements individuels ou regroupés, notamment les appartements associatifs et les maisons relais ainsi que les divers modes de résidence avec services communs), dans le but de mieux connaître les réalisations existantes et d'en faciliter le développement.

En ce qui concerne les **maisons relais**, il apparaît utile de rappeler qu'en l'état actuel de la réglementation, ces structures ne peuvent être dédiées à une catégorie spécifique de publics. Pour autant, il n'y a pas d'exclusive par rapport aux personnes souffrant de handicap psychique, car au sein des maisons relais existantes, environ 30 % des publics sont bénéficiaires de l'AAH.

Cependant, suite aux recommandations du Haut Comité pour le Logement des Personnes Défavorisées, avec en appui un groupe de travail interministériel, il a été décidé de permettre, à titre expérimental en 2006, le financement de l'investissement de quelques structures spécifiques dédiées à l'accueil de personnes handicapées psychiques, fonctionnant sur le même principe que les maisons relais. La circulaire n° 2006-13 UHC/IUH2 du 1^{er} mars 2006 relative à la mise en œuvre de la politique du logement et à la programmation des financements aidés de l'État pour 2006, prévoit en effet le financement à titre expérimental de « structures dédiées à des personnes handicapées psychiques dont l'état de santé est stabilisé et disposant d'une autonomie suffisante », à la condition qu'un accompagnement sanitaire et social adapté à ces publics soit prévu, en lien avec les dispositifs psychiatriques et médico-sociaux.

Le développement d'une offre d'accueil et d'accompagnement en structures destinées à des personnes handicapées tels que les **foyers de vie et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)** peut répondre aux besoins d'un grand nombre de personnes handicapées par des troubles psychiques, dès lors que les soins peuvent être assurés par les équipes de psychiatrie, ou des professionnels libéraux.

En s'appuyant sur les schémas départementaux et les plans locaux de l'habitat, il conviendra d'impulser le développement d'une telle offre, en créant les conditions d'une articulation étroite avec les équipes de psychiatrie (conventions et réseaux).

2 - LA CREATION DES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE

Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) regroupent des personnes souffrant de troubles psychiques en associations ayant un but d'entraide. Leur fonctionnement s'organise autour d'un projet répondant au cahier des charges fixé par circulaire le 29 août 2005. Ils apportent des réponses nouvelles aux besoins d'aide et d'accompagnement des personnes handicapées psychiques dans leur vie sociale et se veulent un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale des personnes.

Ils sont financés sur des crédits de l'Etat provenant d'un fonds de concours alimenté par la CNSA à hauteur de 20M€; ces crédits devraient permettre la création ou la consolidation de 200 à 300 GEM. Le pilotage de ces actions est assuré par la DGAS qui en assurera également le suivi conjointement avec la CNSA, en s'appuyant sur un comité associant les représentants d'usagers, de professionnels, de collectivités territoriales, de services déconcentrés, ainsi que la DGS et la DHOS, qui sera prochainement constitué à cet effet.

En 2005, les DDASS qui en ont fait la demande auprès de la DGAS ont obtenu des crédits pour apporter un financement à 122 GEM (sur la base de 37 500 € par structure), le nombre de GEM aidés par l'Etat et le montant de la subvention effectivement accordé relevant de la seule décision des services déconcentrés dans le cadre de la convention passée avec la structure. Les crédits correspondant à leur fonctionnement en 2006 sont en cours de délégation, après réception d'un premier bilan de leur action sur les mois écoulés. Il importe à cet effet que les remontées demandées par la circulaire du 29 août 2005 parviennent à la DGAS dans les plus brefs délais.

Par ailleurs, les crédits ouverts pour le financement d'une nouvelle tranche de création de GEM en 2006 sont délégués sur la base des demandes qui parviennent actuellement à la DGAS et qui s'inscrivent dans le respect de la circulaire du 29 août 2005 et de son cahier des charges qui demeurent en 2006 le cadre juridique et financier de l'intervention de l'Etat.

Au-delà de cette année de montée en charge, il conviendra de veiller en parallèle au recensement, dans les PRIAC, des GEM créés ou en projet.

3 - LE DEVELOPPEMENT DE L'ACCUEIL DES PERSONNES PRESENTANT DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LE CADRE DES PLANS PLURIANNUELS POUR PERSONNES HANDICAPEES 2005-2007

Dans le cadre des plans pluriannuels pour personnes handicapées, la création de places nouvelles, notamment en **ITEP et CMPP et SESSAD**, pour les enfants et adolescents, ou en **ESAT**, pour les adultes, concerne les personnes présentant des troubles psychiques.

- **Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques – Etablissements et SESSAD** : le décret du 6 janvier 2005 fixant les conditions de fonctionnement des ITEP vise l'adéquation des réponses d'accompagnement et de soins aux besoins des enfants et adolescents concernés, dont les difficultés psychologiques sont soulignées. Il fait apparaître la nécessité d'établir des modes de collaboration associant secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, ITEP et éventuellement l'ASE pour assurer les liaisons et les actions conjuguées nécessaires à une prise en charge adaptée dans la continuité. Une circulaire complétant ces dispositions réglementaires est en cours d'élaboration. (Cf. plan 2005-2007 en annexe 5)
- **Centres médico-psycho-pédagogiques** : les liens entre CMP et CMPP n'apparaissent pas clairement aux termes des études récentes qui ont pu être menées. Il est souhaitable de penser à lier ces deux dispositifs qui peuvent s'avérer très proches et ainsi tendre à mieux mutualiser les moyens et coordonner les interventions auprès des écoles et des autres partenaires institutionnels. (Cf. plan 2005-2007 en annexe 5)
- **Etablissements et services d'aide par le travail** : il apparaît que les ESAT reçoivent de plus en plus fréquemment des personnes handicapées par des troubles psychiques. Des adaptations aux besoins particuliers de ces personnes s'avèrent en général nécessaires, et, à cet égard, l'évolution du dispositif d'aide par le travail, prévu par la loi du 11 février 2005, est favorable à une meilleure réponse pour ces personnes. Il conviendra cependant, dans ce mouvement, de veiller à leurs articulations avec les équipes de psychiatrie.

4 – LA CREATION DE PLACES DEDIEES AUX PERSONNES HANDICAPEES PSYCHIQUES EN STRUCTURES MEDICALISEES (MAS, FAM ET SAMSAH), S'INTEGRANT OU S'AJOUTANT AUX PLANS PLURIANNUELS POUR LES PERSONNES HANDICAPEES 2005-2007

- **Maisons d'accueil spécialisées/foyers d'accueil médicalisé**. Le développement d'une offre d'hébergement médicalisée convient aux personnes les plus dépendantes, qui requièrent un accompagnement quotidien assorti d'un suivi de soins. Les MAS s'adressent aux personnes ayant des besoins de soins quotidiens en raison notamment de handicaps complexes entraînant une grande dépendance et la nécessité de soins tant physiques que psychiques. Des travaux portant sur le rôle et le fonctionnement respectifs de ces structures seront conduits en 2006. Le programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées 2005-2007 prévoit la création de 1000 places de MAS-FAM pour handicapés psychiques sur 3 ans (Cf. budget 2006 en annexe 4 et plan 2005-2007 en annexe 5).
- **Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)**, comme les SESSAD pour les plus jeunes, sont des services ambulatoires visant à apporter à une personne handicapée dans son milieu naturel de vie des aides pluridisciplinaires coordonnées dans les champs des soins, du soutien psychologique, du suivi éducatif, de l'accompagnement social, des aides à la vie quotidienne, ...dans le cadre d'un projet individualisé d'accompagnement (concrétisé dans le document individuel de prise en charge prévu par la loi 2002-2).

Il est également prévu que ce type de service assure le suivi et la coordination des différents intervenants.

En particulier en matière de soins, le SAMSAH assure "tout ou partie des prestations suivantes :

- a) La dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre ;
- b) Un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel." art. D-312-155-11 du CASF)

Dans ce cadre, en matière de handicap psychique, le SAMSAH doit, comme le SESSAD, trouver naturellement sa place en complémentarité du secteur de psychiatrie, pour toutes les personnes pour lesquelles la dimension des soins est un des axes nécessaires de l'accompagnement, sans être forcément au premier plan des besoins globaux de la personne.

En effet, le secteur de psychiatrie, recentré sur une identité soignante forte, s'il garde clairement vocation à se préoccuper de l'ensemble des besoins des malades qu'il suit, ne peut à lui seul au long cours assurer la couverture de ces besoins notamment dans les champs éducatif, social, aides à la vie quotidienne, en particulier pour les personnes handicapées psychiques les plus dépendantes. A contrario, les services médico-sociaux, s'ils ont bien vocation à assurer une partie des soins nécessaires, ne peuvent assumer des soins techniques ou aigus qui relèvent des structures sanitaires. C'est pourquoi, afin d'assurer la couverture de l'ensemble des besoins par les interventions professionnelles les plus appropriées, une coopération et une coordination sont essentielles entre les deux types de dispositifs (rappel objectif SAMSAH 2006 annexe 4 et plan 2005-2007 en annexe 5).

Le programme pluriannuel de création de places pour les personnes handicapées 2005-2007 prévoit la création de 1900 places de SAMSAH pour handicapés psychiques, soit 400 places en 2005 et 750 places en 2006 et 2007. La mesure du niveau d'atteinte de l'objectif sera disponible pour 2005 et 2006 à l'issue du bilan de l'exercice 2006. L'objectif prévisionnel de réalisation 2006 est de 568 places. L'intervention de ce type de service, encore nouveau, en complément de l'action du secteur et de celle de SAVS, demande une compréhension accrue des acteurs et un temps de construction plus long.

5. LE DEPLOIEMENT DES CENTRES DE RESSOURCE POUR L'AUTISME

Ces centres ont une double vocation, sanitaire (notamment pour l'aide à la réalisation de bilans médicaux et d'évaluations approfondies) et médico-sociale (notamment pour l'accueil, l'information et le conseil des personnes, des familles, et des professionnels) et ont un rôle important pour favoriser l'émergence de partenariats entre les institutions et professionnels de santé, en particulier les équipes de psychiatrie, et ceux du champ social ou médico-social.

Le plan « un nouvel élan pour l'autisme » (2002-2006) prévoit d'accélérer l'installation des centres ressources autisme sur le territoire pour atteindre l'objectif d'un centre ou antenne de centre par région fin 2006.

Au titre de l'année 2005, suite à un appel à projet conjoint DGAS - DHOS aux DRASS et ARH, 6 CRA ont été renforcés par des crédits médico-sociaux et sanitaires et 11 CRA ont été financés pour la première fois (crédits MS et sanitaires) soit intégralement, soit partiellement pour une montée en charge progressive.

Au titre de l'année 2006, pour répondre aux objectifs du plan autisme, de nouveaux moyens sont disponibles pour finaliser le renforcement de centres existants et pour créer de nouveaux centres.

A cet effet, une procédure sera lancée conjointement par la DGAS, la DHOS et la CNSA, à destination des services déconcentrés et des ARH, afin d'établir le bilan de l'exécution de l'ensemble des crédits notifiés en 2005, ainsi que d'examiner les projets existants dans les régions restant à pourvoir, avant répartition de la tranche 2006 des crédits sanitaires relevant de la DHOS comme des crédits médico-sociaux relevant de la CNSA.

Annexe 4 – Tableau synthétique des mesures 2006 par région

1. Mesures « offre de soins de psychiatrie » - début de campagne 2006 (hors
« mesures incontournables de santé publique)
En millier d'euros

Régions	EAP 2005	Mesures nouvelles 2006*	Total 2006	
Alsace	355,09	575,47	930,56	
Aquitaine	377,51	910,95	1 288,45	
Auvergne	215,77	316,34	532,11	
Bourgogne	330,03	367,80	697,83	
Bretagne	269,51	730,24	999,75	
Centre	289,41	868,31	1 157,72	
Champagne-Ardenne	392,46	486,11	878,57	
Corse	237,34	72,80	310,14	
Franche-Comté	218,06	253,55	471,61	
Ile-de-France et AP HP	502,21	5 309,64	5 811,85	dont APHP 655,25
Languedoc-Roussillon	332,97	850,23	1 183,21	
Limousin	317,40	186,54	503,94	
Lorraine	300,76	622,50	923,26	
Midi-Pyrénées	309,53	687,36	996,89	
Nord-Pas-de-Calais	309,04	1 799,21	2 108,25	
Basse-Normandie	199,16	325,66	524,82	
Haute-Normandie	354,77	668,22	1 022,99	
Pays-de-la-Loire	278,01	1 226,52	1 504,53	
Picardie	207,92	455,70	663,62	
Poitou-Charentes	307,94	449,86	757,80	
PACA	411,61	1 910,62	2 322,24	
Rhône-Alpes	854,94	2 926,38	3 781,32	
France métropolitaine	7 371,43	22 000,00	29 371,43	
Guadeloupe		350,00	350,00	
Guyane		150,00	150,00	
Martinique		200,00	200,00	
Réunion		482,00	482,00	
DOM		1 182,00	1 182,00	
TOTAL FRANCE ENTIERE			30 553,43	

2. Adultes handicapés
Notifications régionales 2006 assortie des objectifs prévisionnels par région

CNSA - 15 février 2006

	objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006						objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006		objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006	
France ENTIERE	MAS-FAM		MAS-FAM	dont MAS	dont FAM	MAS-FAM	dont MAS	dont FAM	SAMSAH SSIAD		SAMSAH SSIAD		SAMSAH PSY		SAMSAH PSY	
	(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)			(nombre de places)			(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)	(nombre de places)	(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)	(nombre de places)
ALSACE	2 769 216	64	2 769 216	2 179 861	589 355	66	39	27	642 500	50	1 048 843	60	509 949	33	0	0
AQUITAINE	4 067 286	94	4 312 584	3 562 584	750 000	80	47	33	835 250	65	309 710	58	432 684	28	90 000	12
AUVERGNE	1 384 608	32	1 670 626	947 635	722 991	60	19	41	282 700	22	135 759	13	139 077	9	0	0
BOURGOGNE	1 990 374	46	2 100 538	1 905 658	194 880	41	33	8	411 200	32	301 036	25	216 342	14	216 342	14
BRETAGNE	3 158 637	73	3 324 457	1 513 660	1 810 797	100	23	77	642 500	50	393 933	37	324 513	21	188 957	35
CENTRE	3 201 906	74	3 201 906	2 182 521	1 019 385	74	33	41	668 200	52	838 183	62	339 966	22	169 983	11
CHAMPAGNE ARDENNES	1 644 222	38	822 111	253 913	568 198	30	4	26	346 950	27	346 950	33	216 342	14	216 342	14
CORSE	475 959	11	475 959	329 650	146 309	11	5	6	154 200	12	154 200	12	92 718	6	92 718	6
FRANCHE COMTE	1 384 608	32	1 384 608	0	1 384 608	72	0	72	295 550	23	434 627	38	139 077	9	0	0
ILE DE FRANCE	31 672 908	732	29 269 898	20 199 982	9 069 916	643	224	419	3 084 000	240	4 195 698	343	1 885 266	122	2 015 578	130
LANGUEDOC ROUSSILLON	2 812 485	65	2 812 485	2 243 431	569 054	56	34	22	603 950	47	790 700	66	293 607	19	106 857	20
LIMOUSIN	692 304	16	692 304	346 152	346 152	24	8	16	167 050	13	167 050	13	123 624	8	123 624	8
LORRAINE	2 423 064	56	2 423 064	1 630 826	792 238	60	22	38	526 850	41	526 850	41	262 701	17	262 701	17
MIDI PYRENEES	2 812 485	65	2 812 485	1 096 732	1 715 753	94	18	76	578 250	45	578 250	39	324 513	21	324 513	42
NORD PAS DE CALAIS	4 716 321	109	4 739 918	1 522 000	3 217 918	164	25	139	1 066 550	83	1 630 167	132	587 214	38	0	0
BASSE NORMANDIE	1 557 684	36	1 557 684	1 100 000	457 684	40	17	23	334 100	26	148 664	14	185 436	12	185 436	12
HAUTE NORMANDIE	1 557 684	36	1 557 684	1 557 684	0	28	28	0	308 400	24	308 400	19	169 983	11	169 983	11
PAYS DE LOIRE	3 764 403	87	3 450 090	2 609 308	840 782	79	42	37	758 150	59	1 069 430	98	417 231	27	303 875	39
PICARDIE	3 807 672	88	4 082 293	2 583 785	1 498 508	97	39	58	912 350	71	912 350	74	803 556	52	528 935	35
POITOU CHARENTES	2 249 988	52	1 507 088	1 210 648	296 440	32	14	18	488 300	38	436 200	35	355 419	23	950 419	14
P A C A	4 673 052	108	3 769 943	726 660	3 043 283	146	11	135	1 040 850	81	2 433 544	169	819 009	53	329 424	48
RHONE ALPES	8 264 379	191	8 211 795	4 068 665	4 143 130	276	70	206	1 696 200	132	2 191 336	166	865 368	56	422 816	60

3. Enfance handicapée
Notifications régionales 2006 assortie des objectifs prévisionnels par région

CNSA - 15 février 2006

France ENTIERE	objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006		objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006		objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006		objectif 2006 (note du 30/11/12005)		remontées régionales pour 2006		objectif 2006 (note du 30/11/12005)	remontées régionales pour 2006
	ITEP		ITEP		SESSAD		SESSAD		POLYHANDICAP		POLYHANDICAP		AUTISME		AUTISME		CAMSP/CMPP	CAMSP/CMPP
	(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)	(nombre de places)	(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)	(nombre de places)	(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)	(nombre de places)	(montant prévisionnel)	(nombre de places)	(montants)	(nombre de places)	(montant prévisionnel)	(montants)
ALSACE	45 787	1	210 000	23	1 115 070	66	919 184	73	288 463	7	269 125	5	432 691	7	697 690	40	521 980	411 598
AQUITAINE	45 787	1	831 410	16	726 485	43	266 502	23	329 672	8	810 900	10	494 504	8	470 974	7	247 254	0
AUVERGNE	45 787	1	0	0	287 215	17	256 237	16	123 627	3	76 865	5	185 439	3	391 355	22	274 726	192 337
BOURGOGNE	137 361	3	137 361	3	388 585	23	317 450	19	82 418	2	41 209	1	247 252	4	309 065	5	247 254	247 254
BRETAGNE	320 509	7	0	0	608 220	36	547 014	36	164 836	4	0	0	370 878	6	459 712	14	274 726	732 443
CENTRE	45 787	1	245 787	5	743 380	44	743 380	44	123 627	3	123 627	3	309 065	5	309 065	5	274 726	274 726
CHAMPAGNE ARDENNES	137 361	3	137 361	3	321 005	19	931 621	53	82 418	2	293 913	6	185 439	3	185 439	6	521 980	521 980
CORSE	91 574	2	91 574	2	101 370	6	101 370	6	82 418	2	82 418	2	247 252	4	247 252	4	521 980	521 980
FRANCHE COMTE	45 787	1	0	0	287 215	17	287 215	17	82 418	2	240 239	6	123 626	2	87 214	5	247 254	89 433
ILE DE FRANCE	1 785 693	39	1 641 562	57	3 666 215	217	4 310 589	309	1 401 106	34	1 244 015	34	3 028 837	49	2 654 334	50	521 980	1 387 350
LANGUEDOC ROUSSILLON	45 787	1	45 787	1	743 380	44	1 043 380	58	164 836	4	164 836	6	494 504	8	494 504	12	521 980	521 980
LIMOUSIN	45 787	1	32 000	1	152 055	9	302 322	11	41 209	1	41 209	1	61 813	1	61 813	1	274 726	191 010
LORRAINE	91 574	2	45 787	1	287 215	17	287 215	22	164 836	4	164 836	4	247 252	4	247 252	14	521 980	567 767
MIDI PYRENEES	45 787	1	0	0	253 425	15	253 425	16	453 299	11	499 086	12	370 878	6	370 878	15	274 726	274 726
NORD PAS DE CALAIS	778 379	17	861 050	37	1 757 080	104	2 401 470	132	659 344	16	360 588	8	1 545 325	25	1 684 000	30	521 980	355 000
BASSE NORMANDIE	45 787	1	45 787	1	337 900	20	519 829	33	164 836	4	164 836	3	185 439	3	185 439	5	247 254	65 325
HAUTE NORMANDIE	45 787	1	45 787	1	371 690	22	371 690	22	82 418	2	82 418	2	185 439	3	185 439	3	521 980	521 980
PAYS DE LOIRE	137 361	3	91 574	2	810 960	48	1 321 115	78	206 045	5	0	0	556 317	9	896 363	21	521 980	40 000

PICARDIE	91 574	2	91 574	2	1 233 335	73	1 233 335	73	247 254	6	247 254	6	370 878	6	370 878	5	274 726	274 726
POITOU CHARENTES	45 787	1	45 787	0	287 215	17	377 215	35	206 045	5	206 045	3	185 439	3	228 493	13	247 254	114 200
P A C A	274 722	6	356 742	8	1 182 650	70	1 582 650	93	412 090	10	412 090	10	1 545 325	25	1 545 325	38	521 980	439 960
RHONE ALPES	45 787	1	0	0	1 233 335	73	1 448 349	106	700 553	17	1 004 600	24	865 382	14	558 009	15	769 234	0
<i>Sous total métropole</i>	4 395 552	96	4 956 930	163	16 895 000	1 000	19 822 557	1 275	6 263 768	152	6 530 109	151	12 238 974	198	12 640 493	330	8 873 660	7 745 775
GUADELOUPE	137 361	3	137 361	3	892 056	44	892 056	44	49 450	1	49 450	1	222 525	3	222 525	3	626 376	626 376
MARTINIQUE	137 361	3	0	0	60 822	3	198 183	11	49 450	1	49 450	1	74 175	1	74 175	1	0	0
GUYANE	91 574	2	0	0	385 206	19	356 788	18	98 900	2	218 892	4	593 400	8	593 400	8	0	0
REUNION	91 574	2	91 574	2	466 302	23	466 302	23	98 900	2	98 900	2	519 225	7	519 225	7	626 376	626 376
<i>Sous total DOM</i>	457 870	8	228 935	5	1 804 386	89	1 913 329	96	296 700	6	416 692	8	1 409 325	19	1 409 325	19	1 252 752	1 252 752
Total	4 853 422	104	5 185 865	168	18 699 386	1 089	21 735 886	1 371	6 560 468	158	6 946 801	159	13 648 299	217	14 049 818	349	10 126 412	8 998 527

Annexe 5 – Tableaux synthétiques de la montée en charge prévisionnelle des financements sur la période 2005-2008

1. « Offre de soins en psychiatrie » :

En milliers d'€(hors DOM faisant l'objet d'un accompagnement spécifique)

Mesures	2005	2006	2007	2008	Total
« Marge de manœuvre régionale » :					
- adaptation de l'hospitalisation complète	18 700,00	22 000,00	29 000,00	29 000,00	98 700,00
- renforcement de l'ambulatoire et des alternatives, diversification des modes de prise en charge					
Centres de ressources pour les auteurs d'infractions sexuelles	1 000,00	1 000,00	1 000,00	2 000,00	5 000,00
Centres de ressource autisme	4 000,00	4 000,00			8 000,00
Equipes mobiles « psychiatrie-précarité »	1 000,00	3 250,00	3 250,00	3 250,00	10 750,00
Prise en charge des enfants et des adolescents *			2 090,00	1 160,00	3 250,00
Prise en charge des besoins en santé mentale des personnes âgées*			1 000,00	1 000,00	2 000,00
Finalisation du dispositif d'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe	1 380,00				1 380,00
Total « ODAM »	26 000,00	30 250,00	36 340,00	36 410,00	129 000,00
Tutorat		25 100,00	25 100,00	25 100,00	75 300,00
VAP	8 500,00	12 000,00			20 500,00
Montée en charge UHSA (études prévisionnelles, de programmation...)**		13 900,00	12 600,00		26 500,00
Total FMESPP	8 500,00	51 000,00	37 700,00	25 100,00	122 300,00
Mesure ponctuelle : « sécurisation des établissements de psychiatrie »		18 000,00			

* en complément des mesures susceptibles d'être attribuées sur ces thèmes au titre de la marge de manœuvre régionale

** investissement et fonctionnement financés dans le cadre d'un programme spécifique en sus

Volet investissement du plan sur la période 2006-2010 (50M€FMESPP + aides en fonctionnement permettant de prendre en charge les surcoûts d'emprunts à hauteur de 700M€)

2. Mesures dans le champ social et médico-social.

PROGRAMME PLURIANNUEL DE CREATION DE PLACES PERSONNES HANDICAPEES - (prévisionnel)

Etablissements et services	2005		2006		2007		TOTAL	
	Places/ Projets	€	Place s/Proj ets	€	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€
Enfants et adolescents handicapés								
CMPP	22	5 360 000	22	5 439 588	22	5 521 182	66	16 320 770
CRA	5	2 537 500	5	2 575 563	0	0	10	5 113 063
ITEP	120	5 282 631	120	5 494 478	120	5 576 896	360	16 354 005
Autistes	250	15 225 000	250	15 453 375	0	0	500	30 678 375
SESSAD	1 250	20 800 000	1 250	21 119 613	1 250	21 436 407	3 750	63 356 020
Total enfants et adolescents handicapés	1 647	49 205 131	1 647	50 082 617	1 392	32 534 485	4 686	131 822 233
Adultes handicapés								
MAS/FAM	2 500	95 004 000	2 500	108 173 625	2 100	96 620 682	7 100	299 798 307
<i>dont MAS *</i>	<i>840</i>	<i>54 566 400</i>	<i>1 125</i>	<i>74 176 200</i>	<i>1 050</i>	<i>70 269 587</i>	3 015	199 012 187
<i>dont FAM *</i>	<i>1 660</i>	<i>40 437 600</i>	<i>1 375</i>	<i>33 997 425</i>	<i>1 050</i>	<i>26 351 095</i>	4 085	100 786 120
<i>dont autistes</i>	<i>400</i>	<i>15 200 640</i>	<i>400</i>	<i>15 375 902</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	800	30 576 542
<i>dont handicap psy</i>	<i>400</i>	<i>15 200 640</i>	<i>300</i>	<i>11 745 060</i>	<i>300</i>	<i>11 745 060</i>	1 000	38 690 760
SAMSAH/SSIAD	1 250	15 825 625	1 500	19 275 611	1 750	22 825 536	4 500	57 926 772
<i>dont handicap psy</i>	<i>400</i>	<i>6 090 000</i>	<i>750</i>	<i>11 590 031</i>	<i>750</i>	<i>11 763 882</i>	1 900	29 443 913
Total adultes handicapés	3 750	110 829 625	4 000	127 449 236	3 850	119 446 218	11 600	357 725 079

MESURES COMPLEMENTAIRES 2005-2007

• ACCELERATION AUTISME

	2005		2006		2007		TOTAL	
	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€
AUTISTES IME	250	15 225 000	0	0	0	0	250	15 225 000
AUTISTES CRA	3	1 928 500	2	1 116 500	0	0	5	3 045 000
MAS/FAM	400	15 200 000	0	0	0	0	400	15 200 000
reliquat sur accélération autisme (CNSA)		1 231 500	0	0	0	0		
Total accélération (en dépenses autorisées)	653	33 585 000	2	1 116 500	0	0	655	33 470 000

• HANDICAP PSYCHIQUE

	2005		2006		2007		TOTAL	
	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€	Places/ Projets	€
SAMSAH	0	0	750	11 590 031	750	11 763 882	1 500	23 353 913
Total (en dépenses autorisées)	0	0	750	11 590 031	750	11 763 882	1 500	23 353 913

* la répartition MAS FAM pour 2007 n'est qu'indicative à ce stade

Annexe 6 – Grille de suivi budgétaire de la mise en œuvre des crédits liés au plan psychiatrie et santé mentale

1. GRILLE DE SUIVI DES CREDITS ALLOUES PAR LES ARH AU TITRE DE LA MISE EN ŒUVRE DU PLAN SANTE MENTALE

Région :														
Personne chargée du dossier :		Mail :		N° de téléphone :										
Objectif du plan	Description succincte de l'opération	N° du département	Psy G ou IJ ⁽¹⁾	Montant total alloué (en milliers d'€)	Création ou renforcement ⁽²⁾	Nombre d'ETP médicaux financés	Nombre d'ETP non médicaux financés					Total non médical	Autres dépenses couvertes	
							Psychologues	IDE	Assist. sociale	Educateur	Autres			
Renforcement des prises en charge ambulatoires														
Sous-total														
Diversification des alternatives à l'hospitalisation														
Sous-total														
Adaptation de l'hospitalisation complète														
Sous-total														
Amélioration de la prise en charge de l'urgence et de la crise														
Sous-total														
Les populations spécifiques														
<i>Détenus</i>														
<i>Auteurs d'agressions sexuelles</i>														
<i>Personnes en situation de précarité et d'exclusion</i>														
<i>Personnes âgées</i>														
<i>Urgence médico-psychologique en cas de catastrophe</i>														
<i>Autres</i>														
Sous-total														
TOTAL ANNEE														

⁽¹⁾ mentionner G s'il s'agit d'une opération concernant la psychiatrie générale et IJ si elle concerne la psychiatrie infanto-juvénile

⁽²⁾ indiquer C s'il l'opération est une création et R s'il s'agit d'un renforcement d'existant

2. GRILLE DE SUIVI BUDGETAIRE MEDICO-SOCIALE DU PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

régions	2005									2006								
	montants des crédits notifiés (1)		montant des crédits engagés (2)			nombre de places installées dans l'année (3)				montants des crédits notifiés (1)		montant des crédits engagés (2)			nombre de places installées dans l'année (3)			
	GE M	SAMSAH psy	GEM	SAMSAH psy	MAS-FAM handicap psychique	GEM (4)	SAMSA H psy	MAS-FAM handicap psychique	GE M	SAMSA H psy	GE M	SAMSAH psy	MAS-FAM handicap psychique	GEM (4)	SAMSA H psy	MAS-FAM handicap psychique		
	-	-	-	-	mesures nouvelles	produit des opérations de fongibilité	-	-	-	-	-	-	mesures nouvelles	produit des opérations de fongibilité	-	-	-	
Alsace																		
Aquitaine																		
Auvergne																		
Bourgogne																		
Bretagne																		
Centre																		
Champagne-Ardennes																		
Corse																		
Franche-Comté																		
Ile-de-France																		
Languedoc-Roussillon																		
Limousin																		
Lorraine																		
Midi-Pyrénées																		
Nord Pas-de-Calais																		
Basse-Normandie																		
Haute-Normandie																		
Pays de Loire																		
Picardie																		
Poitou-Charentes																		
PACA																		
Rhône-Alpes																		
Guadeloupe																		
Martinique																		
Guyane																		
Réunion																		
TOTAL																		

(1) crédits notifiés sur les dotations départementales

(2) dépenses autorisées en BP par les DDASS

(3) places effectivement installées après visite de conformité

(4) pour les GEM : nombre de projets

régions	2007									2008								
	montants des crédits notifiés (1)		montant des crédits engagés (2)			nombre de places installées dans l'année (3)				montants des crédits notifiés (1)		montant des crédits engagés (2)			nombre de places installées dans l'année (3)			
	GEM	SAMSAH psy	GEM	SAMSAH psy	MAS-FAM handicap psychique		GEM (4)	SAMSAH psy	MAS-FAM handicap psychique	GEM	SAMSAH psy	GEM	SAMSAH psy	MAS-FAM handicap psychique		GEM (4)	SAMSAH psy	MAS-FAM handicap psychique
					mesures nouvelles	produit des opérations de fongibilité								mesures nouvelles	produit des opérations de fongibilité			
Alsace																		
Aquitaine																		
Auvergne																		
Bourgogne																		
Bretagne																		
Centre																		
Champagne-Ardenne																		
Corse																		
Franche-Comté																		
Ile-de-France																		
Languedoc-Roussillon																		
Limousin																		
Lorraine																		
Midi-Pyrénées																		
Nord Pas-de-Calais																		
Basse-Normandie																		
Haute-Normandie																		
Pays de Loire																		
Picardie																		
Poitou-Charentes																		
PACA																		
Rhône-Alpes																		
Guadeloupe																		
Martinique																		
Guyane																		
Réunion																		
TOTAL																		

(1) crédits notifiés sur les dotations départementales

(2) dépenses autorisées en BP par les DDASS

(3) places effectivement installées après visite de conformité

(4) pour les GEM : nombre de projets

Annexe 7 –

**Fiche descriptive d'actions innovantes ou d'expériences
associant des intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social
en direction des personnes souffrant de troubles psychiques**

Région :

Nom du référent régional :

tél. :

mail :

Intitulé de l'action**Thématique** (*cocher la thématique concernée*)

- Accueil, écoute, évaluation individuelle
- Accompagnement social et médico-social
- Logement – Habitat (dont hébergement d'urgence, hébergement temporaire)
- Insertion professionnelle
- Autre : préciser

Population concernée

- Caractéristiques de la population concernée :
- Nombre de personnes potentiellement concernées par l'action :
nombre déterminé : oui/ non, si oui préciser le nombre
- nombre de personne suivies : *annuellement*

Territoire couvert par l'action (*cocher le territoire couvert*)

- Région
- Département : *préciser lequel*
- Territoire infradépartemental : *préciser lequel*
- Territoire interdépartemental : *préciser lequel*

Description de l'action

- Objectifs généraux :
- Objectifs opérationnels :
- Fonctionnement :

Acteurs

- pilote de l'action : *préciser sa qualification*
- intervenants : *préciser leur statut, leur qualification, effectifs (en ETP)*
- partenaires : *préciser leurs fonctions*

Calendrier de réalisation

- année de démarrage de l'action :

Caractéristiques juridiques de l'action

- porteur juridique de l'action : *préciser son statut juridique*
- action expérimentale : oui / non
- formalisation du partenariat réalisé : oui / non - *préciser sous quelles formes (convention...)*

Financement

- coût de l'action : *montant du budget annuel de fonctionnement*
- mode de financement : *subvention, dotation...*
- financeurs (*DNDR, ARH, enveloppe médico-sociale...*) : *préciser le montant de la contribution de chaque financeur*

Evaluation de l'action

- évaluation réalisée : oui / non - *si oui : préciser la date de l'évaluation et ses conclusions*
- évaluation prévue : oui / non - *si oui : préciser les modalités et les critères retenus*
- conditions de pérennisation de l'action :

Commentaires

(10 lignes au maximum pour l'explication de l'action qui ne seront pas nécessairement prises en compte dans l'analyse et la synthèse finale)

Cette fiche par action est à retourner avant le 30 juin 2006 par à la CNSA à poleprogrammation@cnsa.fr