

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1529

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Nicolas NAVARRO

le 20 avril 2018

**Parcours de l'usager en santé mentale. Mise au point d'un outil d'amélioration de la
lisibilité des ressources disponibles : ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en
santé mentale**

Directeur de thèse : Dr François OLIVIER

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Président

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Assesseur

Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO

Assesseur

Monsieur le Docteur François OLIVIER

Assesseur

Monsieur le Docteur Radoine HAOUI

Suppléant

Monsieur Benoit SARTON

Invité

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2018

2018 TOU3 1529

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Nicolas NAVARRO

le 20 avril 2018

**Parcours de l'usager en santé mentale. Mise au point d'un outil d'amélioration de la
lisibilité des ressources disponibles : ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en
santé mentale**

Directeur de thèse : Dr François OLIVIER

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Nicolas FRANCHITTO	Assesseur
Monsieur le Docteur François OLIVIER	Assesseur
Monsieur le Docteur Radoine HAOUI	Suppléant
Monsieur Benoit SARTON	Invité

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHES Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE Francis	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BONNEVIALLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAVAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.

2ème classe

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
---------------------------	-------------------

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GASQ David	Physiologie
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. VERGEZ François	Hématologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves	Dr BOYER Pierre
Dr CHICOULAA Bruno	Dr ANE Serge
Dr IRI-DELAHAYE Motoko	Dr BIREBENT Jordan
Dr FREYENS Anne	Dr LATROUS Leila

Serment d'Hippocrate

*Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples,
je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale,
de l'honneur et de la probité.
Je pratiquerai scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades,
mes confrères et la société.*

Remerciements

Au Professeur Christophe ARBUS,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissant de votre implication dans la formation des internes. Nous avons toujours apprécié collaborer et apprendre à vos côtés.

Nous espérons que ce travail sera à la hauteur du respect que nous vous portons.

Au Professeur Laurent SCHMITT,

Vous nous faites l'honneur de siéger à ce jury. Nous vous sommes reconnaissant de votre engagement pour notre discipline. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect. Nous espérons que ce travail vous donnera satisfaction.

Au Professeur Nicolas FRANCHITTO,

Toute notre reconnaissance pour votre participation à ce jury. Nous terminons notre parcours d'internat dans votre service et nous avons particulièrement apprécié vos qualités pédagogiques et votre ouverture d'esprit. Votre engagement pour l'addictologie est incontestable et nous espérons pouvoir continuer à travailler avec vous autour de cette discipline, sœur jumelle de celle de la psychiatrie.

Au Docteur Radoine HAOUI,

C'est un honneur de vous voir présent à ce jury. Nous retenons la qualité de votre enseignement et votre grande accessibilité pour les étudiants. Nous vous sommes reconnaissant de partager votre expérience sur ce travail.

Au Docteur François OLIVIER,

Vous nous avez fait l'honneur de diriger ce travail et de nous faire confiance. Nous avons eu la chance de profiter de votre compagnonnage dans le service d'Hospitalisation à Domicile de Montauban. La qualité de votre enseignement, la maîtrise des théories de notre discipline, votre engagement auprès des patients et votre ouverture sur le monde nous ont inspiré tout au long de notre parcours.

À Monsieur Benoit SARTON,

Cher Benoit, ces quelques lignes ne suffiront pas pour t'exprimer ma gratitude et ma reconnaissance car elles dépassent bien entendu le cadre de ce travail. Toi et ta famille avez largement influencé celui que je suis aujourd'hui. J'espère que ce travail, qui n'aurait tout simplement pas existé sans toi, te fera honneur.

À nos maitres de stage

Au Dr MATHUR,

Anjali, j'ai eu la chance d'être interne dans ton service. Ton enseignement bienveillant et ton engagement continuent de m'inspirer dans ma pratique quotidienne. Ce travail vient poursuivre des réflexions que j'ai pu partager avec toi, j'espère que cela viendra nourrir d'autres discussions communes sur notre belle discipline.

Au Dr LETAMENDIA,

Clara, ta rigueur et ton sens clinique m'ont vraiment été bénéfiques au début de mon internat. Tu m'as montré qu'il y avait plusieurs façons de devenir un « bon » psychiatre. Tes qualités humaines font de toi quelqu'un que je respecte énormément.

Au Dr GLORIES,

Elodie, j'ai été ta première expérience d'interne et tu as été ma première expérience de pédo-psychiatrie. Et quel plaisir cela a été de découvrir le travail autour de l'adolescence à tes côtés. Je retiens également cette « réunion-restaurant » du mercredi midi !

Au Dr PASQUIER,

Anne, merci de m'avoir fait confiance lors de mon passage à la MDA. Tu m'as laissé quasiment « carte blanche » dans mes prises en charge avec une supervision bienveillante et je t'en remercie.

Au Dr JULLIAN,

Bénédicte, j'ai eu le plaisir de te découvrir ces derniers mois, ton intérêt pour les patients et l'addictologie est incontestable. J'espère que nous pourrons continuer à travailler ensemble dans l'avenir quelle qu'en soit la forme.

Au Dr BOUGON,

Manue, j'ai eu le plaisir d'avoir à travailler sous ton regard au CTB. Je me demande encore d'où provient le moteur qui te fournit cette énergie ! J'espère pouvoir continuer à te côtoyer dans ce beau métier que nous faisons et ailleurs, dans des circonstances plus festives !

Au Dr ROUCH, au Dr FAURE, au Dr LAFONT-RAPNOUIL, au Dr SALLES, au Dr BOURCIER

Nous n'avons jamais travaillé ensemble à proprement dit, vos qualités professionnelles ont attiré mon attention tout au long de mon parcours d'interne. J'espère que nous aurons à collaborer ensemble dans l'avenir.

Au Dr GIACHETTI, au Dr FREXINOS, au Dr AQUILINA, au Dr FABRE,

J'ai eu le plaisir de vous remplacer, je vous remercie de votre confiance. J'espère que vous trouverez de l'intérêt dans ce travail.

Aux équipes qui nous ont formé

Aux équipes d'Auch pour m'avoir accompagné dans mes premiers pas en psychiatrie et pour ce goût du pâté au petit-déjeuner.

À celles de l'Aveyron pour m'avoir fait découvrir l'addictologie.

À celle de l'UF2, pour votre énergie dans les ateliers et l'exposition d'art-thérapie.

Aux équipes du CMP, CATTP et HDJ de Saint Léon pour m'avoir fait partager votre passion de l'adolescence.

À l'équipe de l'HAD Psychiatrique de Montauban pour votre créativité dans le suivi des patients.

À celle du Centre de Thérapie Brève, vous m'avez fait me sentir chez moi pendant ces six mois.

Merci pour votre engagement auprès des patients et pour la formation des internes.

À toute l'équipe de la MDA, pour cet accueil sans réserve et votre respect du travail de l'interne, votre travail est remarquable.

Aux membres du service d'addictologie clinique, votre implication n'a d'égale que votre bienveillance, merci pour tout.

Pour votre contribution au travail de thèse

Au « CoRel », comité de relecture officiel de cette thèse :

Valérie, ma chère sœur, pour ta lecture pertinente et bienveillante.

Eléonore, pour ton expertise santé publique donnée en un temps record !

Lucia, pour ton sens du détail qui fait la différence.

Concernant le projet ViaPsY

À Samir BEN SADI de l'équipe BSI, merci pour ta patience dans mes multiples demandes et tes qualités de pédagogue.

À Maëlle BIOTTEAU pour avoir cru dans ce projet et avoir participé à sa concrétisation, ainsi qu'à toute l'équipe de la FERREPSY.

À Maud MEYLAN du PSYCOM, pour notre passion commune pour les annuaires !

À Cécile RONCADIN et Elodie DECRESSONNIERE qui ont accepté de se lancer « sans filet » dans ce travail de recueil indispensable au projet.

Aux étudiantes de la Toulouse Business School, Claire, Emilie, Kate et Marie, qui ont cru dans l'idée avant même que le projet ne soit très avancé. Votre travail et votre regard sont essentiels à son développement.

À mes proches

À mes parents, tant de choses à dire.

Maman, à ce « je suis fière de toi mon fils » tant répété qui me permet d'oser et me protège dans tout ce que j'entreprends.

Papa, ce n'est pas habituel de le présenter comme ça, mais je suis un fils comblé.

Alors pour une fois c'est à mon tour de le dire, je suis fier de vous et de la vie que vous avez menée.

À Angélique et tes enfants, Ludivine et Agathe.

À Laurent, Lucie, Pauline et Guillaume.

À Jocelyne, Pascal, Fanny et Josselin.

À Michèle et Jacqueline, merci pour cet accueil sans réserve dans votre famille.

À mes frères et sœurs, Valérie, Cendrine, Anaïs, Stéphane. Vous m'avez ouvert sur le monde chacun à votre manière et je vous en suis extrêmement reconnaissant.

Au reste de ma famille mon neveu, Lucian, mes nièces, Morgane, Lou, Charlotte, Margo.

À mes cousines Elodie, Laura, Sylvia.

À mes oncles et tantes, Mado, Jean-Marc, Edmond, Lucie, Sylvia, Mostafa, Yasmina, Youssef, Karim, et tous les autres !

À Benjamine, je ne savais pas trop où te mettre dans les remerciements et comment décrire notre relation, amie d'enfance ? Meilleure amie ? Sœur ? Tante ? Voisine ? Cousine ? Un peu tout ça je crois. Aux grands rendez-vous de nos existences.

À toute la Famille Sarton, Benoit et Armelle, aux autres « filles » dont je fais un peu partie, Ariane, Raphaëlle, Kéké et Marine. À Loïc.

Aux Copains de Nîmes, je pourrais décrire chacune de nos relations de manière très précise en y associant même une couleur, cela prendrait un peu de temps. À Andreas, Adel, Antoine, Lyla, Pierre, Lucas, Thibaut, Nicolas, Thomas, Alexandre, Camille, Sami, Alice, Adeline, Karim.

À Mike bien sûr.

Aux Copains de Toulouse, Guillaume, Bardia, Emilien, Etienne, Eloolie, Emilie, Briec, Lulu.

À mes co-internes et copains d'internat, Laureen, Samuel, Amandine, Flora, Jeanne V, Floriane, Romain, Melissa, Marine, Rémi, Louis, Bernard, Ophélie, Ariane, Aurélie, Alexis, Damien, Charlotte, Ines, Nina.

À la coloc de Auch, Sarah, Leïla, Juliette, Elsa et Robin.

À la coloc de Rodez, Simon, Chloé et John.

Aux copains de l'association Velpo, Nico Lub, Julie, Cécile, Milena, Patricio, Tudi, Olivier, Loren.

À Lucia, tu m'as accompagné dans cette période avec patience et bienveillance. Merci pour ton amour et ta présence dans ma vie. La suite nous appartient.

Tables des matières

LISTE DES ANNEXES	14
ILLUSTRATIONS	15
TABLE DES ABRÉVIATIONS	16
AVANT-PROPOS	19
INTRODUCTION	20
I – PARCOURS DE SOINS	21
1.1 Introduction	21
1.2 Évolution de la notion de « parcours » dans les politiques de santé	21
1.2.1 Introduction	21
1.2.2 Les prémices du parcours : le médecin référent	21
1.2.3 Le parcours de soins coordonnés	22
1.2.4 Élargissement de la notion de parcours	23
1.2.5 Définitions actuelles des parcours	24
1.3 Les conditions d'émergence de l'intérêt pour les parcours	26
1.3.1 La transition épidémiologique vers les maladies chroniques	26
1.3.2 Les dépenses de santé en France	27
1.3.3 Régulation des dépenses de santé	29
1.4 Les parcours : promesse d'efficacité du système de santé ?	30
1.4.1 Considérations générales sur l'économie de la santé	30
1.4.2 Notion de performance dans les politiques de santé publique	31
1.4.3 Comment évaluer l'efficacité en santé ?	33
1.5 Mise en œuvre des parcours	34
1.5.1 Introduction	34
1.5.2 Comment mettre en œuvre les parcours sur le terrain	34
1.5.3 Les expérimentations de parcours : l'exemple du Paerpa	36

II – LES PARCOURS EN PSYCHIATRIE ET EN SANTÉ MENTALE	40
2.1 Spécificité des parcours de soins en psychiatrie	40
2.1.1 Introduction	40
2.1.2 Naissance de la politique de secteur	40
2.1.3 Evolution de la politique de secteur	42
2.1.4 Complexité de l’offre de soins en psychiatrie	43
2.2 Psychiatrie et santé mentale	45
2.2.1 Définitions	45
2.2.2 De la psychiatrie vers la santé mentale	45
2.2.3 La question des limites d’actions	46
2.2.4 L’offre en santé mentale	47
2.3 Les constats politiques sur la santé mentale	50
2.3.1 Introduction	50
2.3.2 Synthèse des grands rapports sur la santé mentale	50
2.3.3 Le rapport Laforcade : les voies envisagées d’amélioration des parcours	51
2.3.4 La lisibilité de l’offre en santé mentale : une piste d’amélioration des parcours ?	53
III – VIAPSY : ANNUAIRE PÉDAGOGIQUE DE L’OFFRE LOCALE EN SANTÉ MENTALE	55
3.1 Introduction : histoire du projet	55
3.2 Les annuaires en santé mentale	56
3.2.1 Introduction	56
3.2.2 Définitions	56
3.2.3 Les annuaires existants en santé mentale	57
3.3 L’annuaire ViaPsY	62
3.3.1 Les grands principes de construction de l’annuaire ViaPsY	62
3.3.2 Mécénat en compétence de l’entreprise BSI	63
3.3.3 Liens et partenariats	63
3.4 État d’avancement du projet, perspectives et limites	65
CONCLUSION	67
ANNEXES	68
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	90

Liste des annexes

Annexe n°1 : Classement des résultats de recherche des annuaires de santé mentale

Annexe n°2 : Note de cadrage TBS

Annexe n°3 : Fiche de recueil de données ViaPsY

Illustrations

Figures :

Figure 1 : Les catégories de parcours

Figure 2 : Les territoires du Paerpa

Figure 3 : Illustration du parcours Paerpa

Figure 4 : Diagramme de flux

Figure 5 : Vue d'ensemble des annuaires de santé mentale

Tableaux :

Tableau 1 : Résumé des axes stratégiques de l'expérimentation Paerpa

Tableau 2 : Critères de classement des résultats

Tableau 3 : Principales caractéristiques de l'annuaire ViaPsY

Table des abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance

ARS : Agence Régionale de Santé

CASF : Code de l'Action Sociale et des Familles

CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel

CCP : Coordination Clinique de Proximité

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CME : Commission Médicale d'Établissement

CMP : Centre Médico-Psychologique

CPNLF : Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française

CPT : Communauté Psychiatrique de Territoire

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CREDOC : Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de vie

CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DCS : Dépense Courante de Santé

DCSi : Dépense Courante de Santé au Sens international

DEM : Division d'Économie Médicale

DMP : Dossier Médical Partagé

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESP : Équipe de Soins Primaires

ESPIC : Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif

ESSMS : Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux

FERREPSY : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale Occitanie

FINESS : Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

HAD : Hospitalisation à Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

HCSP : Haut Conseil de la Santé Publique

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INVS : Institut de Veille Sanitaire

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale

LMSS : Loi de Modernisation de notre Système de Santé

LOLF : Loi Organique relative aux Lois de Finances

LOLFSS : Loi Organique relative aux Lois de Financement de la Sécurité Sociale

MAIA : Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'Autonomie

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie

PAERPA : Personne Âgée en Risque de Perte d'Autonomie

PIB : Produit Intérieur Brut

PLFSS : Projet de Loi sur le Financement de la Sécurité Sociale

PPS : Plan Personnalisé de Soins

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Méta-Analysis

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

ROR : Répertoire Opérationnel des Ressources

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

SNIRAM : Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie

SNS : Stratégie Nationale de Santé

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

TBS : Toulouse Business School

UE : Union Européenne

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

USLD : Unité de Soins Longue Durée

Avant-propos

« -Tout ce que fait un cerveau de psi-bus, disait Bob, c'est de lire l'esprit d'un passager qui pense à une destination et de trouver un chemin pour l'y conduire sans accident tout en accordant cette destination avec celles des autres passagers. Ce n'est pas une vie trop désagréable.

Je levai alors les yeux vers lui.

-Si on aime se balader sur des roues, pourquoi pas ?

-Les premiers modèles de psi-bus fabriqués dans les atelier Ford étaient télépathes dans les deux sens. Ils diffusaient de la musique et des images agréables dans les têtes de leurs passagers.

-Et pourquoi ne le font-ils plus ? L'équipement est tombé en panne ?

-Non, répondit-il. Comme je te l'ai expliqué, les psi-bus sont différents des autres tas de ferraille. Ils ne tombent jamais en panne. Le problème, c'est que personne ne voulait plus descendre des bus. »

Walter Tevis, L'Oiseau d'Amérique, 1980.

Introduction

Le parcours dans sa définition générale est l'itinéraire à suivre ou le trajet suivi par quelqu'un (1). Il fait appel à deux dimensions : le temps et l'espace.

L'émergence des pathologies chroniques et de polyopathologies en lien notamment avec le vieillissement de la population, nécessite une adaptation de l'ensemble des systèmes impliqués dans la santé face à cette nouvelle réalité clinique (2). Le trajet s'allonge dans la durée et entraîne la multiplication des acteurs, signe de la spécialisation de notre société. Cette diversité des acteurs avec des missions qui parfois se chevauchent appelle une plus grande coordination à différents niveaux. L'espace devient le territoire et l'offre cherche à se réorganiser en proximité, au plus près des personnes et de leurs besoins.

Ce nouveau regard porté sur l'itinéraire des personnes dans le système de soins, bien que motivé pour partie par un souhait de maîtrise des dépenses, constitue également une source potentiellement importante d'amélioration du service rendu aux citoyens (3).

En santé mentale, la réalité clinique des maladies chroniques est antérieure à la naissance de la psychiatrie en tant que discipline. Elle a demandé une adaptation précoce de nos pratiques. L'innovation dans notre discipline s'est vue freinée pendant des années par des limitations organisationnelles et s'est vue limitée à quelques dispositifs nouveaux qui peinent à se généraliser (4).

La prise en compte de la transition épidémiologique dans l'ensemble des disciplines médicales et l'appropriation de la notion de parcours par les acteurs de la santé, constitue peut-être un nouvel élan pour mettre en œuvre la rénovation attendue par les acteurs de la santé mentale.

De plus, l'intérêt grandissant de la population pour sa santé mentale et la diversification des propositions de soins en psychiatrie ces soixante dernières années font qu'aujourd'hui, encore plus que dans d'autres domaines de la santé, le nombre d'acteurs impliqués est élevé (4). L'offre de soins en devient difficilement appréhendable pour le grand public comme pour les professionnels.

La proximité entre psychiatrie et santé mentale rend inévitable l'existence de zones grises entre les missions de ces acteurs. Chaque protagoniste adapte en permanence son domaine d'activité en fonction des autres intervenants et de la situation de chaque individu.

La mise au point d'un outil permettant une meilleure lisibilité des nombreux intervenants de la santé mentale venant d'horizons très divers, constitue peut-être une étape importante dans cette refonte générale du système de santé.

Dans une approche populationnelle, fixer une limite claire et constante entre psychiatrie et santé mentale, paraît très artificiel et illusoire. Une base de données unique regroupant tous les acteurs de la santé mentale, dont la psychiatrie, paraît dès lors justifiée.

I. Parcours de soins

1.1 Introduction

Pour comprendre l'attention portée au « parcours » par les politiques de santé publique, nous développerons cette partie sur plusieurs points.

Nous reviendrons dans un premier temps sur l'évolution terminologique de la notion de parcours dans les politiques de santé publique jusqu'à sa conception actuelle.

Nous nous intéresserons ensuite aux facteurs qui sont à l'origine de l'émergence de cet intérêt grandissant pour le parcours : la transition épidémiologique vers les maladies chroniques d'une part, le vieillissement de la population et le poids plus important des polypathologies d'autre part ; et enfin la volonté politique d'infléchir durablement la courbe des dépenses publiques en matière de santé.

1.2 Évolution de la notion de « parcours » dans les politiques de santé

1.2.1 Introduction

Les différents rapports nationaux et lois de santé de ces deux dernières décennies nous permettent d'observer l'évolution de la terminologie et du sens de « parcours » dans les politiques de santé.

Alors qu'il ne concernait que certains acteurs du champ sanitaire dans sa définition originelle, il s'est ouvert aux acteurs du champ médico-social, du social et de la prévention puis aux autres déterminants de la santé pour atteindre son acception actuelle, globale et centrée sur les personnes.

1.2.2 Les prémices du parcours : le médecin référent

L'arrêté du 4 décembre 1998 élargit les missions de la médecine générale en introduisant le rôle de médecin référent, qui en plus de l'acte médical curatif, doit prendre part à la prévention individuelle et collective et aux actions de santé publique (5). Il s'agit alors d'une option, prévue par la convention médicale du 12 mars 1997, qui vise à assurer la coordination des soins dans le cadre des réseaux et filières de soins (6). L'assuré ayant signé la convention doit alors consulter en premier lieu son médecin référent qui l'oriente sur le réseau en fonction de ses besoins. L'objectif est une maîtrise globale des dépenses avec une incitation

financière directe via une rémunération forfaitaire annuelle pour le praticien et une dispense d'avance de frais pour les patients.

« L'amélioration des performances sanitaires et économiques de notre système de soins passe par une meilleure utilisation des différentes compétences médicales. La médecine générale constitue le socle du système de santé et la réponse la mieux adaptée pour toute demande de soins de première intention. Elle assure le suivi personnalisé des soins et la synthèse des différents intervenants médicaux dans la continuité. L'adaptation de sa pratique à cette nouvelle définition de ses missions est indispensable au développement tant des filières de soins que des réseaux de soins » (5).

Le médecin référent représente une formalisation du rôle de « *gatekeeper* » des médecins généralistes, porte d'entrée exclusive vers le système de soins. L'optique est une normalisation de la trajectoire du patient pour éviter les dépenses « inutiles » (errance, consultations multiples, perte d'information).

L'élargissement de la fonction du médecin généraliste comprenant le rôle central de coordination qui lui est dévolu dans cette nouvelle « médecine d'équipe », avec un objectif de continuité, sera retrouvé par la suite dans les différentes publications sur le parcours de soins.

1.2.3 Le parcours de soins coordonnés

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) créé en 2003 pour assurer les conditions de viabilité de l'assurance maladie, publie son premier rapport en 2004 (7). Pour le Haut Conseil, l'assurance maladie constitue depuis sa création par l'ordonnance du 4 octobre 1945, un « grand succès collectif » (8). Sa préservation et le développement durable du système de santé, dans un contexte de croissance inéluctable des dépenses de santé, passent, pour cette instance, par une amélioration de l'organisation et une meilleure coordination de ses acteurs.

C'est dans cette dynamique qu'est mis en place par la loi du 13 août 2004, le parcours de soins coordonnés (9). Le système de médecin référent est abrogé et laisse place au médecin traitant, généralisé à tous les assurés sociaux. Le médecin traitant, selon la loi, doit assurer le premier niveau de recours aux soins et les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.), contribuer à la promotion de la santé, orienter le patient dans le système de soins, et en particulier si nécessaire vers un médecin spécialiste « correspondant », auquel l'accès est ainsi soumis à la reconnaissance préalable d'un besoin par le médecin traitant. Malgré l'ouverture aux autres spécialités, les assurés sociaux ont très largement déclaré un médecin généraliste comme médecin traitant.

Même si la déclaration de médecin traitant reste optionnelle, pour respecter le libre choix des patients, il s'agit d'un système de pénalisation, et non pas d'incitation positive comme pour

l'option médecin référent, qui vise à réguler la demande de soins. Le respect du parcours de soins conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières via une moins bonne prise en charge du ticket modérateur (10).

Le parcours de soins coordonnés fixe pour un temps la notion de parcours sur le champ sanitaire en conservant la dimension de prévention du médecin généraliste.

1.2.4 Élargissement de la notion de parcours

La loi hôpital, patients, santé et territoire dite « HPST » de 2009 élargit de manière indirecte le champ d'application du parcours de soins en définissant l'offre de soins de premier recours (11). Elle précise que « *les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours en collaboration avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux* ».

Cela positionne le médecin traitant comme coordonnateur du parcours de soins, en coopération avec le secteur médico-social et social. En introduisant la notion de « médecin généraliste de premier recours » dont les missions ne se superposent pas exactement avec celles du médecin traitant, la loi crée cependant un facteur de confusion entre ces deux termes.

Le HCAAM, dans son rapport annuel de 2012, propose que le mot « *soins* » dans la définition du parcours de soins soit entendu au sens large, où soins et « *prendre soin* » se côtoient dans le sens du « *care* » de la langue anglaise (12).

Il est alors évoqué pour la première fois de modifier la terminologie en parcours de santé ou trajet de soins pour être plus proche du sens de l'évolution des politiques de santé en ce qui concerne le parcours de soins.

En février 2013 un rapport de la Cour des comptes pointe alors l'inaboutissement de la réforme du parcours de soins coordonnés (13). Il conclut qu'entre 2004 et 2013, « *les problématiques tarifaires ont prévalu sur la question pourtant centrale du contenu médical effectif du parcours de soins* ».

En cause pour partie, le retard dans la mise en place du dossier médical partagé (DMP) qui empêche le médecin traitant d'être le pivot de ce parcours. Le DMP devait en effet contenir toutes les informations nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge (ensemble des données produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins).

1.2.5 Définitions actuelles des parcours

Le rapport Cordier de juin 2013 affirme la nécessité de décroisement des différents champs (sanitaire, médico-social et social) pour la prise en charge globale des personnes. Il propose de redéfinir la médecine dans son sens le plus large, c'est-à-dire une médecine de parcours, incluant la prévention comme une prise en charge appropriée à tous les âges de la vie, en faisant en sorte que le « *soin* » et le « *prendre soin* » soient un seul et même soin (14).

Cette notion est reprise par la suite dans la stratégie nationale de santé (SNS) en septembre 2013 : « *l'organisation des soins doit être simplifiée, décroisée, recentrée autour du médecin traitant, articulant les interventions des professionnels, services et établissements d'un territoire autour de parcours dans lesquels la personne est un acteur de sa santé* » (15).

La loi de modernisation du système de santé (LMSS) promulguée le 26 janvier 2016 élargit la désignation du médecin traitant aux enfants et renforce son rôle par la désignation d'équipe de soins primaires (ESP) organisées autour du médecin généraliste (16). La constitution de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), pouvant regrouper des médecins généralistes et spécialistes, des auxiliaires médicaux, des acteurs médico-sociaux et sociaux, vise directement l'amélioration du parcours de santé des usagers (et notamment les patients chroniques, les personnes en situation de précarité sociale, de handicap et de perte d'autonomie).

Elle définit le parcours de santé comme étant du rôle des politiques de santé publique.

Il ne s'agit pas pour le patient ou l'utilisateur d'une trajectoire unique et unidirectionnelle mais plus d'une « circulation » autour des différents acteurs de son parcours singulier. Il apparaît alors peut-être plus juste de parler « des » parcours plutôt que « du » parcours.

« Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale » (17).

Le lexique des parcours élaboré dans le même temps donne une définition générale des parcours (18) :

« Ils se définissent comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné au plus près de son lieu de vie, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, de la promotion de la santé, du sanitaire, du médico-social, du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement. »

Le ministère des solidarités et de la santé précise trois niveaux de parcours (19) :

« Les parcours de soins, qui permettent l'accès aux consultations de premier recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins : hospitalisation programmée ou non (urgences), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR), unité de soins de longue durée (USLD) et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Les parcours de santé, qui articulent les soins avec, en amont, la prévention en santé et sociale et, en aval, l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile.

Les parcours de vie, qui envisagent la personne dans son environnement : famille et entourage, scolarisation, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement... »



Figure 1 - Les catégories de parcours (2)

L'objectif pour les usagers est « le juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées directement ou indirectement aux soins » ; « le bon soin, au bon moment, pour la bonne personne » (20).

Ce sont ces définitions qui constituent l'acception actuelle du terme parcours, qui est notamment reprise dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 (21).

Ce sont ces définitions que nous utiliserons dans le reste du document.

1.3 Les conditions d'émergence de l'intérêt pour les parcours

1.3.1 La transition épidémiologique vers les maladies chroniques

Le phénomène de transition démographique et l'allongement continu de l'espérance de vie depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale ont entraîné une augmentation de la proportion des personnes âgées dans la population française.

Les personnes de plus de 60 ans représentaient 16,1 % de la population en 1946, contre 25,5 % en 2018 (22). D'après les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), en 2050, une personne sur trois aura plus de 60 ans (23).

L'allongement de l'espérance de vie s'explique essentiellement par l'allongement de l'espérance de vie aux grands âges.

Cela représente une manifestation de la transition épidémiologique déjà amorcée depuis longtemps, c'est-à-dire un remplacement progressif des maladies aiguës par des maladies chroniques.

Une très grande part de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques est due au vieillissement de la population et à l'accroissement de l'espérance de vie. En effet, l'innovation médicale sur les plans diagnostique et thérapeutique, en plus d'avoir permis des guérisons pour certaines maladies a surtout permis à davantage de patients de vivre plus longtemps avec une même maladie. D'autres facteurs, dits négatifs (le surdiagnostic, l'augmentation de certains facteurs de risques comme l'obésité et la sédentarité) sont également à l'œuvre dans cette augmentation de prévalence (24).

L'autre aspect de cette transition est également le développement des polyopathologies, puisque vivre avec une maladie augmente le risque d'en développer d'autres.

Les maladies chroniques, par définition, sont des affections longues, évolutives, avec un retentissement sur la vie quotidienne. Elles seraient désormais responsables de 63% des causes de mortalité dans le monde selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). En France, en 2016, les maladies chroniques concerneraient environ 19 millions de personnes dont 10,4 millions bénéficient du dispositif affection de longue durée (ALD) (25). Les trois plus fréquentes sont les diabètes, les cancers et les affections psychiatriques.

Ces situations dites « complexes », qui ne concernent pas que les personnes âgées, débordent le champ sanitaire habituel car elles ont des conséquences sur l'ensemble de la vie des personnes. Cela sollicite, de manière ponctuelle ou répétée, un plus grand nombre d'intervenants de secteurs d'activités différents. Sans oublier bien sûr, l'entourage des personnes qui représente des aidants naturels.

Pour exemple, le rapport du HCAAM de juin 2011 a analysé 6 guides ALD, courantes chez les personnes âgées, en lien avec ou pouvant conduire à une perte d'autonomie. Le nombre d'intervenants impliqués va de 12 à 30 professionnels de santé différents et de 1 à 4 types d'intervenants sociaux (26). En ce qui concerne le suivi des malades souffrant d'affections psychiatriques de longue durée (ALD 23), 13 professionnels sont impliqués de manière systématique ou fréquente dont 4 du secteur social.

La multiplication des intervenants du fait de l'innovation technologique, de l'émergence des maladies chroniques et du vieillissement de la population impose l'idée de la coordination.

En effet, toute activité humaine organisée peut être définie comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail en tâches distinctes puis pour assurer le travail de coordination nécessaire entre ces tâches (27). Ces deux besoins sont contradictoires dans la mesure où l'accroissement de la division du travail renforce continûment le besoin de coordination, pour conserver la cohérence globale de l'activité.

Dans le domaine de la santé le risque de rupture de parcours, et donc de perte de cohérence, se majore à mesure que le nombre de personnes impliquées, qu'elles soient professionnelles ou non professionnelles, augmente (2).

L'augmentation continue du nombre de métiers dans le domaine de la santé ces dernières années, du fait de l'évolution des besoins de la population, renforce cette nécessité de coordination. Au 1^{er} janvier 2015, 1,9 million de professionnels de santé étaient en exercice, contre 1,4 million quinze ans plus tôt (28).

1.3.2 Les dépenses de santé en France

Depuis les années 1950, la part du budget national que la France consacre aux dépenses de santé n'a cessé d'augmenter. La part de la consommation de soins et de bien médicaux dans le PIB est passé de 2,6 % en 1950 à 9,1% en 2010 (29) :

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle recouvre l'ensemble de ces soins, que ceux-ci soient financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires ou les ménages. Ne sont donc pas inclus dans le champ de la CSBM : les dépenses de soins liées aux personnes handicapées en institution et aux personnes âgées (en institution et à domicile) ; les indemnités journalières ; les dépenses de prévention, de formation, de recherche ; les coûts de gestion du système de santé. La CSBM représentait une dépense de 195 Md€ en 2015, soit 8,9 points de PIB.

Si on prend un indicateur plus large qu'est la dépense courante de santé (DCS, qui représente la somme de la CSBM ; des dépenses de soins de longue durée ; des indemnités journalières ; des dépenses de prévention, de formation, de recherche et des coûts de gestion du système de santé), elle s'élevait à 262 Mds en 2015, soit 12 points de PIB.

On distingue globalement deux périodes dans l'évolution des dépenses de santé : la période de 1950 à 1985 qui correspond à une augmentation importante des dépenses dans le contexte de croissance économique favorable des « Trente Glorieuses », et la période allant de 1985 à nos jours, caractérisée par une recherche de meilleure régulation des dépenses de santé dans un contexte de croissance ralentie.

L'augmentation des dépenses de santé dans la première période est due à la maturation de notre système de soins. Le développement de l'assurance maladie (entre 1950 et 1980, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est ainsi passée de 50% à 80%) combiné au développement des infrastructures hospitalières a vu progresser les dépenses de santé plus vite que la croissance du PIB.

Il y a eu un effet positif entre l'augmentation des richesses nationales et la croissance des dépenses, ce qui explique un phénomène analogue d'accroissement des dépenses de santé dans les pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Même si la France figure toujours parmi les pays où la part des dépenses est importante, on assiste maintenant à un phénomène de convergence. En 2016 les dépenses courantes de santé au sens international (DCSI, plus restrictif que la DCS) sont de 11% en France contre 10,5% pour la moyenne de l'UE (30).

Les maladies psychiatriques représentent le premier poste de dépense de l'ensemble des régimes après les hospitalisations ponctuelles, soit 22,3 milliards de dépense sur 158 en 2015 pour l'ensemble des régimes. Ces dépenses sont largement supérieures à celles liées au cancer (16,8 Mds d'euros) ou aux maladies cardio-vasculaires (15,8 Mds d'euros) (30).

L'évolution des dépenses de santé dépend de trois types de facteurs : des facteurs économiques (niveau de vie), des facteurs démographiques et sanitaires (vieillessement et état de santé) et enfin des facteurs technologiques et institutionnels (progrès technique, prix des services de santé, organisation et financement du système de soins) (31).

Au cours des dernières décennies, certains facteurs de croissance des dépenses de santé ont vu leur importance diminuer (l'effet de richesse de la population notamment) alors que d'autres, comme le vieillissement de la population et l'émergence des maladies chroniques, dont l'influence était difficile à mettre en évidence en début de période, ont vu leur empreinte s'affirmer.

1.3.3 Régulation des dépenses de santé

Au milieu des années 1970, le retournement de la conjoncture se traduit par un ralentissement de la croissance des recettes de la protection sociale alors que l'amélioration de la prise en charge et le vieillissement de la population continuent de peser sur les dépenses, surtout à travers l'augmentation du nombre de personnes en affection de longue durée. Les comptes du régime général de la Sécurité sociale se retrouvent ainsi régulièrement en déficit.

Les politiques de santé vont s'intéresser dès lors à la régulation du financement du système de santé. D'une part, l'Etat va augmenter progressivement les recettes à travers, entre autres, la hausse de la contribution sociale généralisée (CSG), les cotisations salariales et patronales et la rétribution de taxation de biens de consommation (tabac, alcool). D'autre part, il va essayer d'infléchir la courbe des dépenses à travers une série de mesures.

La loi Teulade du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, tente pour la première fois de mettre en place les bases d'un dispositif de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé (32).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) permise par la réforme de la Constitution du 22 février 1996 a pour objectif principal de maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle donne au Parlement un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Il peut depuis lors se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de Sécurité sociale, et sur leurs modes de financement (33). Chaque année la LFSS fixe l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (ONDAM), indicateur non limitatif de maîtrise des dépenses de santé.

Nous ne détaillerons pas chacune des autres mesures de régulation des dépenses, nous nous intéresserons ici à leurs cibles d'actions (34) :

- Les mesures qui concernent l'offre de soins, c'est-à-dire les producteurs de soins : professionnels de santé, établissements de santé et industrie. La mise en place du *numerus clausus* en 1971, par exemple, a pour but de réguler le nombre de professionnel de santé et donc la capacité de production des actes médicaux. On peut également citer la régulation du nombre de lits d'hôpitaux par l'agence régionale de santé (ARS), la mise en place de la tarification à l'acte depuis 2004, la fixation des prix des produits de santé, etc.
- Les mesures qui s'intéressent à la demande, c'est à dire les patients sur qui on reporte des frais de santé : mise en place de la franchise sur les médicaments, de la participation forfaitaire, etc.
- Les mesures centrées sur les changements de comportements pour les patients comme pour les prescripteurs. Pour les patients cette politique est surtout orientée vers les porteurs de maladies chroniques, à travers par exemple la diffusion de programmes d'éducation thérapeutique. Pour les médecins, on peut citer les

référentiels de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS) ou encore la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) mise en place à partir de 2011.

- Et enfin les mesures s'attachant à l'organisation globale du système de santé, par l'extension des téléservices, la dématérialisation des paiements ou des prescriptions. C'est aussi un report du travail administratif vers les professionnels de santé (mise en place de la carte vitale en 1998). Un projet important concerne la diminution des différents régimes obligatoires dans les prochaines années par la fusion d'un certain nombre d'entre eux.

Ces mesures seront mises en place de manière combinées dans les politiques de santé. L'attention portée sur les parcours va venir s'intégrer dans ce paysage de moyens mis en œuvre en vue de réguler les dépenses de santé.

Le rapport du HCAAM du 22 mars 2012 affirme que « *c'est autour de l'amélioration de la qualité des parcours de soins, en portant prioritairement l'attention aux situations complexes pour lesquelles il y a le plus d'évidences de non qualité, que se situent aujourd'hui un des gisements décisifs de qualité soignante et d'efficacité économique de notre système de santé, concept pour lequel on utilise souvent le terme d'efficience* » (35).

1.4 Les parcours : promesse d'efficience du système de santé ?

1.4.1 Considérations générales sur l'économie de la santé

Les premières personnes à s'intéresser à l'économie de la santé en France, après la Seconde Guerre mondiale, étaient pour la plupart des médecins hospitaliers proches de la sphère publique. Ils produisent des travaux sur la consommation médicale et les dépenses de santé au sein de la division d'économie médicale (DEM) du Centre de recherche et de documentation sur la consommation (CREDOC) créé en 1953. L'objectif n'est pas tant alors de réduire les coûts que de mieux répartir l'usage des dépenses (36).

L'article de l'économiste John Arrow parut en décembre 1963 dans « *the American Economic Review* », marque le début de l'intérêt des économistes en matière de santé (37). Dans cette même période des économistes français cherchent à autonomiser la discipline par rapport aux médecins. Ils créent des pôles de recherche et d'enseignement en économie de la santé au sein des facultés de sciences économiques. En 1971, le premier groupe de travail interministériel sur l'enseignement de l'économie de la santé est présidé par Henri Guitton, économiste de formation.

Le changement conjoncturel des années 1970, à la fin des « Trente Glorieuses », voit s'accroître l'intérêt pour l'économie de la santé. A partir de cette période, l'économie de la santé connaît un rapprochement croissant avec les sciences économiques. Elle devient une

branche des sciences économiques appliquée au domaine de la santé. Le savoir s'harmonise et épouse le courant dominant néoclassique dans ses fondements théoriques. La dénomination « d'économie médicale » disparaît définitivement pour laisser place à l'économie de la santé.

Les économistes de la santé se positionnent comme experts et commencent à publier des rapports à la demande de la Sécurité sociale à partir des années 1980. La lecture économique des enjeux en matière de santé est aujourd'hui un élément incontournable des décisions des politiques de santé de n'importe quel pays et notamment de ceux de l'OCDE.

Les liens entre santé et économie sont complexes, nombreux et sources de tensions.

La santé apparaît comme un bien particulier qui, a priori, échappe à tout processus de régulation marchande. La spécificité de l'économie de la santé réside en ce qu'elle est un bien mixte, à la fois individuel et collectif, privé et public. Tout ou partie de la collectivité, et même l'État, est concernée par la consommation ou la production individuelle du service de santé (38). C'est cette caractéristique de mixité du « bien santé » qui justifie l'intervention publique dans le financement de la production ou de la consommation de soins.

1.4.2 Notion de performance dans les politiques de santé publique

➤ Définition de la performance

La notion de performance correspond à l'atteinte d'objectifs ou de résultats attendus, et plus largement à la création de valeur. Si dans le monde de l'entreprise, la création de valeur est généralement associée à l'accroissement du profit, elle doit être entendue dans le secteur public comme une optimisation des services rendus aux citoyens (39).

L'infléchissement de la courbe des dépenses est devenu un élément majeur de l'évaluation de la performance du système de santé. Ce glissement de référentiel vient concurrencer l'objectif d'optimisation des services rendus aux citoyens classiquement attendu dans la mesure de performance du secteur public. La satisfaction de l'intérêt général ne s' imagine désormais plus sans la dimension économique.

Cette dimension a été intégrée dès 2000 par l'OMS dans sa stratégie mondiale de santé par son objectif de « *mettre en place des systèmes de santé qui favorisent une amélioration équitable des prestations de santé, répondent aux attentes légitimes des individus et soient financièrement justes* » (40).

Cela ne concerne bien évidemment pas seulement le secteur de la santé mais bien l'ensemble des secteurs publics. La loi organique relative aux lois de finances (LOLF) de 2001 a modifié la

politique de gestion en faisant passer l'État d'une logique de moyens à une logique de résultats dans tous les secteurs (41). La transposition de cette loi à la protection sociale deviendra la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS) en 2005 puis le projet de loi sur le financement de la Sécurité sociale (PLFSS) en 2008 que nous connaissons aujourd'hui.

Les objectifs partagés dans les pays de l'OCDE de cette nouvelle politique de management sont multiples (39) :

- Le souhait de maîtrise des dépenses et des déficits publics,
- La volonté d'améliorer l'efficacité des politiques et la qualité du service rendu aux usagers,
- Le souci de renforcer l'information et la transparence de l'action publique pour les citoyens.

➤ Mesure de la performance (39)

On peut mesurer la performance d'une politique publique selon quatre critères principaux :

- L'impact : la mesure des effets de l'action publique sur le terrain, qu'ils soient immédiats, à moyen terme ou à long terme.
- L'effectivité : la mise en œuvre des réalisations prévues.
- L'efficacité : la conformité des effets obtenus par rapport aux objectifs.
- L'efficience : les moyens mobilisés pour obtenir les effets.

Ces critères de performance se mesurent par plusieurs systèmes d'indicateurs.

Un indicateur permet de mesurer l'écart entre le résultat obtenu et les objectifs poursuivis. Ils répondent eux-mêmes à un certain nombre de caractéristiques que nous ne détaillerons pas ici, qui permettent de déterminer la qualité d'un indicateur. Une difficulté majeure concerne le choix des indicateurs pertinents pour mesurer la performance.

Le renseignement des indicateurs nécessite la mise en place de systèmes d'informations permettant une remontée d'informations fiables et régulières. Les données d'un système d'information doivent satisfaire à plusieurs conditions :

- Les données doivent correspondre à la mesure de l'objectif recherché.
- Les données doivent reposer sur des définitions claires, exemptes de toute ambiguïté. C'est une condition indispensable à la compilation des données en indicateurs, alors que les données proviennent généralement de sources différentes.
- Les données doivent être complètes en ce sens qu'elles doivent être collectées auprès de l'ensemble des producteurs de données et que les variables attendues doivent être systématiquement renseignées.

- Les données doivent être exactes. Une procédure de dépistage et de correction des erreurs à tous les stades de la collecte et de la compilation des statistiques doit être en place pour garantir la fiabilité des données.
- Les données doivent être accessibles.

En matière de santé les systèmes d'indicateurs s'intéressent préférentiellement à l'efficience qui englobe dans sa dimension la qualité. En effet la santé étant un bien sensible, il apparaît difficile de mesurer l'effet d'une mesure sans prendre en compte à la fois la qualité et les ressources mobilisées.

1.4.3 Comment évaluer l'efficience en santé ?

L'efficience en matière de politique publique de santé consiste à évaluer le rapport entre les moyens mis en œuvre, c'est-à-dire les ressources, et les résultats (42,43).

Améliorer l'efficience dans le domaine de la santé peut se résumer à deux approches :

- Faire mieux à ressources constantes,
- Faire aussi bien avec des ressources limitées et/ou en baisse.

Deux problématiques principales se posent dans l'évaluation de l'efficience des parcours :

➤ Comment définir les termes du rapport ?

Comment définir le « mieux » ?

C'est-à-dire quel résultat mesurer pour définir l'amélioration du service rendu : l'accès aux soins, la consommation de soins, la qualité de vie, le niveau de satisfaction, les inégalités de santé ? Sur quelle échelle de grandeur, l'individu, la famille, la collectivité ?

La valeur ajoutée attendue des actions sur les parcours étant de nature globale, il apparaît nécessaire de hiérarchiser les critères d'évaluation en définissant des priorités. C'est un des premiers enjeux de la démarche évaluative en matière de parcours (44).

Quelles ressources mesure-t-on ?

Comment définir clairement le périmètre de ces ressources, et ce que nous impliquons dans le coût (direct, indirect, intangible comme le coût psychique pour les proches).

➤ Comment obtenir les informations fiables nécessaires à ces mesures ?

Le parcours mettant en jeu plusieurs éléments du système de soins et des déterminants très larges de la santé, nous pouvons nous poser la question de la pertinence des données recueillies ? Dispose-t-on de systèmes d'informations suffisants pour mesurer l'effet global

d'une mesure favorisant le parcours ? Ou ne pouvons-nous nous intéresser qu'à des segments de parcours en prenant le risque de passer à côté d'un déplacement des coûts ?

Plusieurs systèmes d'informations ont été mis en place en ce sens, parmi lesquels le système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram) créé en 1999. Il s'agit d'une large base de données médico-administratives qui comprend notamment des données individualisées exhaustives pouvant être utilisées dans l'étude des parcours de soins.

Une autre question est celle de la reproductibilité. Comment identifier les facteurs de réussite ou d'échec d'une initiative ? Il apparaît difficile de faire émerger un facteur commun susceptible d'expliquer la « réussite » d'une mise en œuvre de parcours. Il y a un manque de recul par rapport aux expériences en cours mais des résultats évaluables devraient voir le jour dans les prochaines années (44).

1.5 Mise en œuvre des parcours

1.5.1 Introduction

La mise en œuvre des parcours repose en partie sur la capacité de chaque professionnel à adopter une « logique » de parcours (45). C'est-à-dire à considérer son action comme faisant partie d'un tout qui vient s'insérer dans un trajet de vie dont elle n'est pas la seule déterminante. Pour appuyer cette vision du soin il est cependant nécessaire d'établir de nouvelles pratiques cliniques facilitées par une stratégie spécifique.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux grandes thématiques d'actions de la mise en œuvre des parcours que nous chercherons à illustrer, dans un second temps, à travers un exemple de dispositif déjà effectif : le Paerpa.

1.5.2 Comment mettre en œuvre les parcours sur le terrain

La mise en œuvre d'une politique de parcours nécessite une réforme systémique profonde.

Pour Elisabeth MONNET, membre du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) elle requiert « *la mobilisation des différentes parties prenantes autour d'un objectif partagé : parvenir à organiser ensemble, à l'échelle d'un territoire, le fonctionnement gradué du système de soins, en établissant des passerelles entre professionnels et secteurs, et en réduisant les cloisonnements* » (46).

Nous pouvons définir plusieurs axes stratégiques interdépendants (47, 48, 49) :

➤ Réformer le financement

Une réforme des modalités de financement pour soutenir les modifications organisationnelles sous-jacentes à la mise en œuvre de ces stratégies, ainsi que pour renforcer la logique de parcours en modifiant la valorisation des actes.

➤ Procéder à des changements organisationnels

La création des ARS permise par la loi HSPT de 2009 a constitué une première étape dans la clarification locale de gouvernance. La mise en place en suivant du projet régional de santé (PRS), renforcé par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 dans le cadre des PRS2, a marqué la volonté d'une approche transversale et territoriale.

Il s'agit à un autre niveau de regrouper les acteurs d'un même territoire qui ont un rôle dans le domaine de la santé. C'est par exemple l'organisation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour les hôpitaux publics à partir de 2016.

Une coordination entre ARS et collectivités territoriales formalisée par les contrats locaux de santé est également indispensable pour éviter la dispersion d'initiatives et élaborer des projets cohérents.

➤ Développer les soins de proximité

Un renforcement et une structuration des équipes de soins primaires pluriprofessionnels de proximité, point d'ancrage de l'approche populationnelle en santé. Mettre l'accent sur la formation des acteurs de proximité.

➤ Déplacer le curseur sur la personne

Placer la personne au centre du dispositif : impliquer les personnes dans la gestion de leur parcours et tenir compte de leurs priorités dans l'idée d'un plan personnalisé de santé. Vérifier le consentement à chaque étape du parcours.

➤ Développer largement les technologies de l'information

Un développement des systèmes d'information : au sein de la même équipe à travers un dossier patient commun, entre équipes par messagerie sécurisée, par la généralisation du DMP, et par le recueil facilité d'indicateurs dans une optique d'évaluation des résultats.

➤ Organiser les fonctions d'appui

Développer la fonction d'appui comme par exemple les gestionnaires de cas complexes dans l'idée du « case management », ou encore le recours rapide à un spécialiste par télémedecine.

1.5.3 Les expérimentations de parcours : l'exemple du Paerpa

Le HCAAM lors de son rapport de 2011 soulignait le défi pour notre système de soins que représentait l'accompagnement des personnes de plus de 75 ans (26).

Le Parcours de santé des aînés, ou Paerpa (personne âgée en risque de perte d'autonomie), est opérationnel depuis 2014 sur des territoires pilotes (figure 2) (50).

« La démarche Paerpa a pour objectif de maintenir la plus grande autonomie le plus longtemps possible dans le cadre de vie habituel de la personne. Son rôle est de faire en sorte que chaque Français, âgé de 75 ans et plus, reçoive les bons soins par les bons professionnels, dans les bonnes structures au bon moment, le tout au meilleur coût » (51).

Permis par l'article 48 de la LFSS 2013, il s'agit d'un dispositif de mise en application du parcours avec une approche populationnelle (figure 3) (52).

Il se place dans une démarche d'efficience avec le double objectif d'améliorer la qualité de vie des personnes et de leurs aidants tout en réduisant les coûts liés à la consommation de soins (diminution du coût hospitalier essentiellement).

Un parcours mieux coordonné



Figure 3 - Illustration du parcours Paerpa (50)

L'évaluation du dispositif Paerpa est réalisée sous l'égide de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). L'évaluation qualitative menée par l'équipe de chercheurs de Mines Paris Tech-EHESP-CNRS a été publiée en mai 2017 (53).

« En définitive, le travail d'évaluation qualitative met en évidence l'engagement de dynamiques territoriales positives, de premiers résultats confirmant des besoins préalablement identifiés et certaines réalisations produisant des effets encourageants (soutien apporté aux professionnels de santé libéraux par la coordination territoriale d'appui, découverte de pratiques professionnelles auparavant ignorées, intérêt manifeste pour les dispositifs transitoires entre hôpital et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou entre hôpital et domicile,...) ».

L'évaluation d'impact au niveau national a été confié à l' institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), avec pour objectif de mesurer les changements de résultats imputables aux actions Paerpa sur la qualité et l'efficacité des soins. Le résultat est attendu courant 2018.

Reprenons les grands axes stratégiques de mise en œuvre des parcours pour nous intéresser à leur application dans le cadre du Paerpa (tableau 1) (54).

Axes stratégiques		Applications
Réformer le financement		• Création d'un code acte plan personnalisé de santé PPS rémunéré 100 euros par professionnel intervenant auprès de la personne
Procéder à des changements organisationnels		• L'ARS pilote le dispositif en lien avec le conseil départemental, l'URPS, les organismes locaux d'assurance maladie, les établissements et services de santé, médico-sociaux et les représentants des usagers. • Plusieurs niveaux d'organisation sont définis avec une instance stratégique, une instance tactique, une coordination clinique de proximité (professionnels de proximité). • Une complémentarité avec les dispositifs PRADO et MAIA sur le territoire à rechercher.
Développer les soins de proximité		• Responsabilité de la coordination clinique de proximité (CCP) par le médecin traitant, mais peut déléguer à un autre acteur du CCP. • Rémunération de la CCP jusqu'à trois acteurs qui peuvent être infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes. • Formation des professionnels pour la compréhension du dispositif, pour améliorer les pratiques professionnelles dans la prise en charge à plusieurs des personnes âgées et pour permettre aux acteurs de connaître leurs contraintes réciproques.
Déplacer le curseur sur la personne		• La CCP sous la responsabilité du médecin traitant, élabore le volet sanitaire du PPS avec le patient, le volet social est complété avec le secteur concerné. • Recueil du consentement aux différentes étapes : mise en place du PPS, activation de la coordination territoriale d'appui (CTA), partage d'information entre acteurs.
Développer largement les technologies de l'information		• Mise en place d'une messagerie commune aux trois secteurs (MSSanté). • L'utilisation du dossier médical partagé, du dossier pharmaceutique. • Numéro de téléphone unique pour faciliter l'accès à un avis gériatrique pour les médecins généralistes. • Développer des outils de télémédecine et télésurveillance sur le territoire. • S'appuyer sur outil déjà opérationnel de mobilité (ROR, VIATRAJECTOIRE). • Mise en place de 4 documents de synthèse dématérialisés : PPS avec volet de synthèse médicale, dossier de liaison d'urgence pour les EHPAD et documents de sortie d'hospitalisation. • Réalisation d'une plate-forme par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) pour le recueil des indicateurs de manière mensuelle et/ou trimestrielle.
Organiser les fonctions d'appui		• Création d'une CTA qui n'intervient que sur sollicitation des professionnels, des personnes ou de leurs aidants. Elle a une fonction d'appui aux CCP mais ne juge pas de leur contenu. Rôle de veille et d'identification des ruptures.

Tableau 1 - Résumé des axes stratégiques de l'expérimentation Paerpa

II. Les parcours en psychiatrie et santé mentale

2.1 Spécificité du parcours de soins en psychiatrie

2.1.1 Introduction

La médecine psychiatrique a ceci de spécifique qu'elle est confrontée depuis ses débuts à des maladies chroniques. Le « virage épidémiologique » fait partie du quotidien des professionnels de la psychiatrie dès le fondement de la discipline.

Il n'y a pas de parcours simples en psychiatrie, ils sont plus ou moins longs et complexes (le parcours est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rendent nécessaires l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux (55)). L'entorse bénigne de la cheville n'a pas son équivalent dans la souffrance psychique.

C'est cette réalité clinique qui a conduit les acteurs de la santé mentale à s'intéresser très tôt au parcours des personnes et à affirmer la nécessité d'une continuité de l'accompagnement proposé.

La politique de secteur a constitué un dispositif innovant dans l'organisation des soins en France. Depuis les années 1980 plusieurs rapports pointent le besoin d'aller au bout de cette politique et de poursuivre le virage ambulatoire dont notre discipline a été la précurseuse. Les propositions convergent mais n'ont été appliquées qu'au compte-goutte ou partiellement (4).

L'intérêt grandissant pour la médecine de parcours dans les politiques de santé publique actuelles constituera peut-être l'occasion pour la branche santé mentale de mettre en application les propositions récurrentes d'amélioration organisationnelle.

L'interrogation persiste sur les moyens qui seront dévolus aux acteurs de terrain pour réaliser leurs ambitions et continuer à innover.

2.1.2 Naissance de la politique de secteur

La promulgation de la loi du 30 juin 1838 est le point de départ des politiques publiques concernant la psychiatrie et en restera le socle législatif pendant plus de 150 ans. Elle détermine l'organisation nationale et territorialisée de la psychiatrie en France, elle stipule que « *chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* » (56).

Les asiles d'aliénés deviennent ensuite hôpitaux psychiatriques par le décret du 5 avril 1937 (57). Dans la même année, la circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental invite à la « *création d'un dispensaire d'hygiène mentale avec consultations externes dans les centres importants* » (58).

La mort massive des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques pendant la Seconde Guerre mondiale participe au renforcement de deux mouvements de « désinstitutionnalisation » intrinsèquement liés (59).

Le premier est la volonté de transformer les hôpitaux psychiatriques en lieu de soins. C'est l'essor de la psychiatrie institutionnelle (60). C'est-à-dire le projet d'utiliser l'hospitalisation psychiatrique comme facteur thérapeutique en plaçant le « malade mental » au centre de son processus de guérison.

Le second est l'effort thérapeutique vers le lieu d'existence et de travail des patients. C'est le mouvement désaliéniste qui milite pour un changement de paradigme en psychiatrie (61). Il s'oriente vers une reprise de vie des malades au sein de la communauté en dehors des murs de l'hôpital. L'essor des neuroleptiques avec l'apparition de la Chlorpromazine en 1952, jouera un rôle majeur dans le développement des soins extrahospitaliers.

Le « groupe de Sèvres », constitué entre autres de plusieurs acteurs de la psychiatrie désaliéniste, se réunira de 1957 à 1959 autour de deux thématiques dominantes : la participation des infirmiers aux psychothérapies et la politique de secteur (62).

Le rapport de Henri DUCHÊNE présenté en 1959 au 57^{ème} congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française (CPNLF), en évoquant le concept de continuité des soins en psychiatrie, propose « *de mettre en place une structure fondée sur le territoire au sein duquel les divers moyens concourent à la protection de la santé mentale* » (63).

La circulaire fondatrice du secteur du 15 mars 1960 définit que « *chaque établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur* » (64). Le territoire départemental constitue alors dans son ensemble un secteur. Il doit être découpé en « *sous-secteurs* » géo-démographiques tous reliés au dispositif hospitalier. À chacun de ces « *sous-secteurs* » d'un département correspondra un service hospitalier qui prendra en charge les malades relevant de son territoire en hospitalisation et en ambulatoire.

Les deux buts à atteindre sont alors des soins plus précoces et plus accessibles pour éviter une « *désadaptation du malade par rapport à son milieu naturel* ». La circulaire précise en introduction que « *l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure* ».

La politique de secteur instaure alors la notion de soins de proximité et axe la prise en charge sur les soins extra-hospitaliers.

Elle marque une différence par rapport au reste de la dynamique de la politique de santé publique. Deux ans auparavant, en 1958, la loi Debré consacre les centres hospitalo-universitaires et concentre les moyens vers l'hôpital (65). La psychiatrie se rapproche des autres disciplines médicales et est prise dans ce mouvement. Des services de psychiatrie sont créés dans les hôpitaux généraux en parallèle d'un programme de rénovation des centres hospitaliers spécialisés (CHS). Alors que la psychiatrie cherche à justement « sortir » les malades des hôpitaux, les politiques pour le reste de la médecine vont plutôt dans un sens de renforcement de l'hôpital public.

2.1.3 Evolution de la politique de secteur

La mise en place de la sectorisation se fera de façon progressive et inégale selon les départements pendant les trente années qui ont suivi sa formulation. Cette première circulaire est ensuite renforcée par d'autres, étayées par des rapports de missions dans le but d'améliorer progressivement le secteur (66, 67).

Il faut attendre la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 pour officialiser l'existence légale du secteur (68).

L'arrêté et le décret n°86-602 du 14 mars 1986 consacrent les centres médico-psychologiques (CMP) et permettent l'extension du secteur au milieu pénitentiaire (69). Ils complètent la liste des équipements et services de lutte contre les maladies mentales avec de nouveaux dispositifs. L'hospitalisation à temps plein se présente alors comme une modalité de prise en charge parmi d'autres.

Les objectifs du secteur rappelés dans la circulaire du 14 mars 1990 présentent une certaine similitude avec la définition actuelle des parcours en mettant l'accent sur la dimension de prévention, de proximité et de coordination avec les autres acteurs de la santé mentale (70) :

« La promotion d'actions propres à éviter l'émergence, le développement et la persistance d'affections mentales : prévention, prestations de soins ambulatoires, hospitalisation recentrée sur sa vocation thérapeutique, participation à la meilleure insertion possible des malades mentaux ;

Une proximité des services auprès de la population propre à faciliter l'accès aux soins pour la population, à permettre les suivis ambulatoires et un maintien des malades dans leur milieu naturel, et à favoriser pour les équipes de santé mentale une juste appréhension des besoins de la population et une juste évaluation de leurs actions ;

La coordination entre acteurs de santé et autres intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale »

L'évolution du secteur va par la suite être de plus en plus déterminée par les politiques de santé publique qui englobent les dispositifs de soins psychiatriques dans la santé mentale.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé fait disparaître le cadre légal dans lequel s'inscrivaient les secteurs psychiatriques (71). L'offre psychiatrique fait alors partie de l'offre de santé dans un « territoire de santé ».

Le secteur psychiatrique a retrouvé un fondement législatif avec la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui en précise les missions et sa place dans la politique de santé mentale (72).

Le secteur se retrouve aujourd'hui déterminé par la stratégie locale de l'offre en santé mentale et doit faire face à plusieurs outils de planification qui font référence à des territoires différents, associant plus ou moins d'acteurs. La question se pose des modalités de mise en cohérence pratique de ces outils organisationnels.

2.1.4 Complexité de l'offre de soins en psychiatrie

Le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de novembre 2017 distingue l'offre de soins en trois composantes (4) :

- *Une composante sectorisée, la plus importante, faite d'établissements publics (services de psychiatrie dans des hôpitaux exerçant exclusivement cette spécialité, et services psychiatriques au sein d'hôpitaux généraux ou de centre hospitalo-universitaire(CHU)) et d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ;*
- *Une composante non sectorisée, faite d'établissements publics (une part de certains CHU) et d'établissements privés à but lucratif (il existe aussi quelques ESPIC non sectorisés) ;*
- *Une composante exclusivement ambulatoire, faite de cabinets libéraux.*

La politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960, officialisée par la loi 85-772 du 25 juillet 1985, qui a mis en place la sectorisation. C'est le début du virage ambulatoire en psychiatrie. En près de soixante ans, le dispositif de soins s'est profondément transformé.

Les prises en charges se sont diversifiées, accordant une place prépondérante aux soins ambulatoires. Plus de la moitié des lits ont été fermés en quarante ans (de 137535 lits en 1976 à 54546 en 2016), au bénéfice des dispositifs ambulatoires (73).

Des dispositifs de soins en dehors de l'hospitalisation à temps plein se sont multipliés : hôpitaux de jour, centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), foyers de postcure, hôpitaux de nuit, appartements thérapeutiques, placements familiaux thérapeutiques, centres d'accueil et de crise. En trente ans, le nombre des journées d'hospitalisation à temps partiel a plus que doublé dans les établissements publics et ESPIC (66 % d'augmentation) (69).

Entre 1990 et 2016, le nombre de lits pour 100 000 habitants en France a diminué de moitié (169 en 1990 contre 81 en 2016). La durée moyenne de séjour (DMS) a également diminué passant de 290 jours en 1965 à 54 jours en 2015 (73).

Ce sont surtout les lits publics et privés sous dotation qui ont diminué. Aussi, la part du privé dans l'équipement en lits de psychiatrie a nettement augmenté en quarante ans. Elle représentait 11 % du total des lits en 1975 et un peu plus de 24 % en 2016 (73).

Le modèle de prise en charge des troubles mentaux mis en œuvre par le dispositif public s'écarte de plus en plus, depuis 1960, de celui développé globalement par le dispositif privé. Les modes de prise en charge sont de plus en plus diversifiés, aussi bien en intra qu'en extrahospitalier, côté public ; recours surtout à l'hospitalisation à temps plein et aux consultations en ambulatoire côté privé. Articulations multiples avec les acteurs du social et du médico-social pour accompagner la réinsertion des patients côté public ; prise en charge essentiellement centrée sur le soin côté privé.

Le dispositif psychiatrique privé n'est pas sectorisé et est financé, aussi bien en hospitalier qu'en ambulatoire, selon des règles différentes de celles appliquées au secteur public. Il est cependant astreint au respect des mêmes règles de qualité et de sécurité des soins. Son implication dans le développement de complémentarités avec le service public dépend pour l'essentiel de sa bonne volonté.

Le dernier rapport de l'IGAS (4) compte parmi ses recommandations de porter une attention particulière sur la complémentarité entre l'offre publique et privée (en définissant des missions communes) ainsi que sur la réduction de contraste entre offre sectorisée et non sectorisée (développement de l'intersectorialité et de dispositifs intermédiaires). Cela conditionnera la réduction des inégalités dans la répartition de l'offre de soins.

Les outils d'organisation de l'offre de soins sont de plus en plus appliqués aussi bien aux établissements du service public qu'aux établissements de soins privés à but lucratif.

La LMSS définit largement les missions du dispositif de soins psychiatriques sectorisé (72). Elle est beaucoup moins précise sur celles du dispositif non sectorisé limitées à apporter des soins. Elle prévoit néanmoins que les cliniques privées puissent être associées aux groupements hospitaliers de territoires (GHT) et aux communautés psychiatriques de territoires (CPT). Les cliniques privées et les professionnels libéraux de la santé mentale sont invités à participer à toutes les instances de concertation et de coordination mises en œuvre (conseils territoriaux de santé avec leur commission spécialisée sur la santé mentale, conseils locaux de santé mentale). Ils peuvent être partie prenante des travaux d'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Il y a, d'autre part, une convergence d'opinion des différents acteurs sur la poursuite du virage ambulatoire de l'organisation psychiatrique. Il est donc assez probable de voir s'accroître ces prochaines années le nombre de dispositifs intermédiaires tournés vers la communauté.

2.2 Psychiatrie et santé mentale

2.2.1 Définitions

La psychiatrie est une discipline médicale qui s'intéresse aux maladies ou troubles psychiques. La santé mentale est une composante essentielle de la santé qui « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (74).

L'OMS précise que « *la santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté* ».

La santé mentale est une branche de la santé publique pour laquelle la psychiatrie joue un rôle essentiel mais non exclusif. Elle est déterminée par une politique publique propre à une société donnée.

Des facteurs sociaux, psychologiques et biologiques multiples comptent parmi les déterminants de la santé mentale. Cela explique la grande diversité des acteurs concernés par les politiques de santé publique. L'absence de troubles psychiques est un élément nécessaire mais non suffisant pour définir l'état de santé mentale d'une personne.

2.2.2 De la psychiatrie vers la santé mentale

La seconde moitié du 20^{ème} siècle voit émerger un consensus scientifique international vers un modèle bio-psycho-social de l'origine des troubles psychiques. Ce modèle est repris dans la compréhension des déterminants de la santé mentale par les politiques publiques. On peut alors comprendre le mouvement de convergence entre les représentations de la psychiatrie et de la santé mentale dans les politiques publiques.

La santé mentale constitue une acception large qui englobe la prévention et la promotion de la santé, ainsi que les soins et l'action médico-sociale et sociale. La circulaire du 15 mars 1960 donnait aux secteurs psychiatriques des missions de soins mais aussi de prévention et de postcure (64). L'extension de l'intervention de la psychiatrie au-delà du domaine du soin est donc inscrite dès le fondement organisationnel du secteur.

La circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale élargit l'objet de la politique publique (70). La lutte contre les maladies mentales laisse place à la politique de santé mentale. La politique nationale, désormais de santé mentale puis de psychiatrie et santé mentale, va faire l'objet de trois plans en 2001, 2005 et 2011.

L'élargissement de la politique publique vers la santé mentale, à la suite de la circulaire de 1960, engagé à partir des années 1990, est affirmé par la loi de 2016. Les missions de la psychiatrie de secteur sont précisées et comprennent « des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale » qui concourent à la politique de santé mentale (72).

L'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques sont une composante importante de cette politique. Les professionnels des secteurs sont invités à fortement s'impliquer dans un ensemble de travaux de construction de stratégies territoriales et d'actions pluri-partenariales.

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé fait une distinction claire entre la politique de santé mentale, branche de la santé publique, et l'organisation de la psychiatrie ; la santé mentale n'étant pas de la responsabilité exclusive de la psychiatrie, mais la psychiatrie devant impérativement s'intégrer dans la politique de santé mentale.

Nous assistons à une sorte de *retournement hiérarchique* : la maladie mentale s'aborde désormais comme un aspect subordonné de la santé mentale et de la souffrance psychique (75).

2.2.3 La question des limites d'actions

La victoire contemporaine du fait psychique pour l'explication des comportements humains entraîne une sollicitation importante de la société envers ceux qui ont fait de ce domaine leur profession.

L'augmentation du recours aux soins et les sollicitations des autres acteurs de la santé et de la santé mentale envers le dispositif de soins psychiatriques sont source de conflit. La question de la limite de l'intervention psychiatrique se pose ; limite subjective entre « pathologie » et « inconfort » (75).

On assiste souvent à un mouvement de défense de ces professionnels dans une volonté de ne pas « psychiatriser » à outrance ce qu'ils ne considèrent pas de leur domaine de compétence. Ils mettent en avant l'idée de réserver leurs ressources qu'ils considèrent comme limités, pour les personnes qui sont atteintes de troubles psychiques.

Coexistent dès lors deux conceptions de deux entités que sont la souffrance psychique et la maladie psychique. Cette dernière relevant du domaine de la psychiatrie alors que la souffrance psychique n'en serait pas.

La zone de flou évidente qui existe entre souffrance psychique et maladie psychique est source d'insatisfaction mutuelle. Les professionnels de la psychiatrie se trouvent sollicités pour des situations qui ne semblent pas les concerner et qui mobilisent leurs ressources ; tandis que ceux qui en font la demande se retrouvent éconduits ou renvoyés vers d'autres acteurs sans en comprendre le motif (76). D'autant plus que la délimitation du périmètre d'action est variable d'un professionnel à un autre. Et si l'un va considérer comme étant de son domaine de compétence une situation, l'autre renverra sur un autre acteur qu'il estime plus à même de répondre à la demande.

Du point de vue de l'utilisateur ces distinctions sont encore plus difficiles à appréhender. Une même problématique et une même situation peuvent entraîner des réponses et un parcours totalement différents selon le point d'entrée dans les dispositifs.

La loi du 11 février 2005 sur le handicap distingue handicap psychique et handicap mental, considérant le premier comme un état de déficiences encore évolutif, quand le second représente une situation d'incapacités stabilisée (77). Handicap psychique et maladie psychiatrique évoluent dans le même temps, le premier étant la conséquence du second. Les équipes psychiatriques, médico-sociales et sociales se retrouvent donc à intervenir sur la même période.

Cette reconnaissance du handicap psychique définit un objet d'intervention commun aux domaines du médico-social, du social et du médical. Inévitablement se pose donc la question des complémentarités nécessaires entre les équipes relevant de chacun de ces différents domaines, et, par conséquent, celle des limites respectives de leurs interventions.

2.2.4 L'offre en santé mentale

L'article 69 de la LMSS définit les missions et les intervenants concernés par la santé mentale en France (72) :

« La politique de santé mentale comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion »

Les propositions d'action en santé mentale comprennent des acteurs des champs sanitaire, médico-social, social et associatif. L'ensemble des personnes impliquées dans ces dispositifs intervient de manière non exclusive dans le soin, l'accompagnement ou l'entraide. Leurs champs de compétences concernent la souffrance psychique, le trouble psychique ou le handicap psychique, avec une valence plus ou moins identifiée vers un domaine particulier.

- L'offre sanitaire

Le domaine sanitaire concerne essentiellement les professionnels médicaux et paramédicaux de psychiatrie impliqués dans le soin. Comme nous l'avons vu précédemment l'offre est elle-même assez complexe avec des dispositifs très divers du fait de l'amorce précoce du virage ambulatoire et des innovations dans ce secteur.

- Le médico-social et le social

Il n'y a pas de définition proprement dite du terme médico-social. Il renvoie à la médecine sociale, c'est-à-dire qui tient compte du contexte social et des conditions sanitaires d'une population. C'est un domaine qui se situe entre le sanitaire et le social faisant appel aux professionnels des deux secteurs (78). Le domaine du social, quant à lui, regroupe l'ensemble des actions relevant de l'amélioration des conditions de vie de la population.

La loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées établit le fondement légal des institutions sociales et médico-sociales (79). En complément de la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 qui instaure la carte sanitaire, ce sont ces textes qui marquent la séparation du champ sanitaire des autres secteurs (80).

Les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) sont soumis à un régime d'autorisation qui relève de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) (81). Ils sont répertoriés dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale définit le cadre d'intervention des établissements et services sociaux et médico-sociaux (82) :

« L'action sociale et médico-sociale tend à promouvoir, dans un cadre interministériel, l'autonomie et la protection des personnes, la cohésion sociale, l'exercice de la citoyenneté, à prévenir les exclusions et à en corriger les effets ».

Ce large cadre d'intervention explique que les ESSMS composent une grande diversité. Il existe plus de 30000 structures, pour environ 2,4 millions de places, avec une nomenclature vaste et diversifiée (78). Chaque dispositif se définit par des missions spécifiques vers un public particulier.

Ce champ très hétérogène est mal connu des professionnels du champ sanitaire mais également des professionnels sociaux et médico-sociaux. Il comporte ses propres cloisonnements et fragmentations qui font obstacle à la fluidité des parcours.

La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique affirme le rôle de l'État dans la politique de santé publique (83). L'article L.1411-1, par la définition des objectifs de la politique de santé publique, met sur un pied d'égalité les acteurs des différents champs. Ceci sera renforcé par la loi HPST de 2009 qui crée une gouvernance commune, l'ARS, entre les établissements sanitaires et les ESSMS.

- Le milieu associatif

Nous évoquons ici les associations d'usagers qui sont à différencier des associations de recherche ou des associations gestionnaires. Elles interviennent le plus souvent dans le champ de l'entraide. Les propositions sont diverses, allant de l'association très locale et spécifique à l'association nationale qui possède des antennes locales. Elles ont réussi progressivement à se faire une place dans le paysage de l'offre en santé mentale et sont de plus en plus intégrées dans les décisions de politique publique. L'émergence du « pouvoir citoyen » permise par le mouvement associatif rend effective la participation des usagers aux réflexions sur l'évolution du système de santé dans son ensemble (84).

Introduits par la loi du 11 février 2005, les groupes d'entraides mutuelles (GEM) sont des dispositifs associatifs de pair-aidance (85). Ils reposent sur un principe d'autogestion et sont avant tout des lieux de socialisation. Les GEM accueillent toute personne souffrant de son isolement, de sa solitude, et des fragilités qui en découlent. Au 31 décembre 2016 il y avait 430 GEM en France, leur cahier des charges est fixé par l'arrêté du 18 mars 2016 (86).

À noter dans le paysage de l'offre en santé mentale, la présence de dispositifs d'aide à distance. Ils ont la particularité, puisque ce sont des lignes téléphoniques, d'être accessibles depuis n'importe quel territoire. Ces dispositifs offrent au public des réponses personnalisées et délivrent de l'information, conseil, soutien ou orientation dans un domaine particulier. Ils sont le fait d'initiatives du milieu associatif ou d'autres organismes publics. L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) qui finance une partie de ces dispositifs développe également des sites de prévention regroupés au sein de portail (87).

2.3 Les constats politiques sur la santé mentale

2.3.1 Introduction

Définir la politique publique portant sur le dispositif de soins psychiatriques par les seules dispositions traitant de ce secteur d'activité serait très réducteur. La politique publique porte sur la santé, déterminée aussi bien dans sa composante nationale que régionale, et la psychiatrie est concernée, comme les autres disciplines médicales, par des orientations qui ne lui sont pas spécifiques.

Les trois dernières décennies ont vu se succéder un nombre important de rapports, missions et décrets sur la santé mentale. Nous nous intéresserons dans un premier temps aux constats partagés des différents rapports sur la santé mentale et aux perspectives de développement commun retrouvées. Nous nous attarderons par la suite sur les propositions du dernier rapport sur la santé mentale publié en octobre 2016, dit « rapport Laforcade », en ce qui concerne le parcours de soins en santé mentale.

À la lecture des principaux rapports parus sur la santé mentale en prenant pour point de départ celui de 1982 « *une voie française pour une psychiatrie différente* », il se dessine une récurrence des grands constats et une certaine homogénéité des perspectives : évolution et amélioration des dispositifs et des pratiques, modernisation et humanisation des structures, développement de la recherche et participation croissante des usagers et de leurs proches à l'élaboration de la politique de santé mentale, etc.

2.3.2 Synthèse des grands rapports sur la santé mentale

On peut regrouper les propositions sur la santé mentale selon trois perspectives : celle qui concerne les patients, celle qui concerne les professionnels, et enfin, celle qui concerne l'organisation globale (88,89,90,91,92,93,94,95). Les constats apparaissent en creux dans ces propositions.

- Concernant les patients, mettre l'accent sur la qualité et laisser plus de place aux usagers dans les différents niveaux de décisions :
- Porter une attention particulière aux droits des patients et à la représentation des usagers dans différentes instances. C'est le principe de démocratie sanitaire.
- Informer au niveau individuel et collectif.
- Faire un effort particulier sur l'accès au logement et l'insertion socio-professionnelle.

- Porter une plus grande attention aux populations les plus vulnérables (personnes en situation de précarité, enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap).
- Concernant les professionnels, les grands objectifs sont l'amélioration des compétences et l'homogénéisation des pratiques par plusieurs moyens :
 - Définir les rôles et missions de chaque professionnel.
 - Développer la formation et la recherche.
 - Améliorer et diffuser les référentiels de bonnes pratiques.
 - Introduire et renforcer l'évaluation, entre autres, de la qualité et de l'efficacité des soins.
 - Renforcer le rôle du médecin généraliste.
- Concernant l'organisation globale, l'effort se porte sur deux axes : rénover et renforcer la politique de secteur et développer la branche santé mentale des politiques de santé publique :
 - Renforcer les actions de santé publique de protection et de promotion de la santé, développer les actions de prévention, lutter contre la stigmatisation.
 - Adopter une logique de décroisement pour améliorer la continuité de l'accompagnement entre le somatique et le psychiatrique d'une part, et entre le sanitaire, le médico-social et le social d'autre part ; ainsi qu'une meilleure articulation avec le privé.
 - Veiller à réduire les inégalités d'accès à l'offre de soins en particulier pour la première consultation et en ce qui concerne les populations les plus vulnérables.
 - Orienter le développement de l'offre vers la Cité en adoptant une logique de parcours pour se centrer sur les besoins des personnes.

2.3.3 Le rapport Laforcade : les voies envisagées d'amélioration des parcours

Michel LAFORCADE, directeur général de L'ARS Nouvelle Aquitaine, dirige le dernier rapport en date dit « rapport relatif à la santé mentale » (96). Ce rapport reprend les constats des précédents rapports en matière de psychiatrie et santé mentale. Il fait suite à la parution de la loi de modernisation du système de santé n°2016-41 du 26 janvier 2016 dont L'article 69 aborde spécifiquement l'organisation territoriale de la santé mentale et de la psychiatrie.

En matière de parcours de soins et de vie, les propositions s'articulent sur les points de dysfonctionnements des parcours en mettant l'accent notamment sur les inégalités territoriales dans l'offre de soins et dans les ressources de l'accompagnement social et médico-social.

Voici un résumé des principales propositions « *destinées à éviter les ruptures de prise en charge et à améliorer les parcours de santé et de vie* » présentées dans ce rapport :

- Améliorer l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques.

La prévalence des pathologies somatiques chez les patients souffrants de troubles psychiatriques sévères est élevée, il semble que les soins somatiques soient insuffisants pour les usagers de la psychiatrie. Pour exemple l'espérance de vie est diminuée chez les personnes atteintes de schizophrénie par rapport au reste de la population.

- Développer les relations entre médecin traitant et psychiatre.

Le statut des médecins traitants les place souvent au centre du dispositif d'accès aux soins et on estime que 25 à 30 % de leur patientèle souffrirait de troubles psychiques. Or le taux d'adressage des médecins généralistes vers la psychiatrie est un des plus bas d'Europe.

- Mettre en place une prise en charge plus précoce.

Renforcer les capacités diagnostiques des acteurs du soin par une meilleure formation initiale et favoriser la mise en place de dispositifs intersectoriels d'intervention précoce et de centres ressources.

- Renforcer la continuité et la diversité des soins et de l'accompagnement.

Le cloisonnement des secteurs est encore important et serait à l'origine de ruptures dans les parcours. Il y a encore du gain potentiel dans l'anticipation des sorties d'hospitalisation.

- Renforcer la collaboration entre les acteurs des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

La collaboration est encore perfectible entre les différents acteurs et repose plus sur la bonne volonté de chacun pour le moment que sur une organisation formalisée et rationnelle.

- Porter une attention particulière et des propositions spécifiques à certains types de publics (enfants, adolescents et personnes âgées, personnes détenues, personnes en situation de handicap psychique, personnes présentant une addiction, personnes en situation de précarité, personnes mal logées ou dépourvues d'emploi).

2.3.4 La lisibilité de l'offre en santé mentale : une piste d'amélioration des parcours ?

Comme nous l'avons vu précédemment, l'offre en santé mentale est importante et protéiforme. L'amélioration de la lisibilité des ressources disponibles peut s'aborder de deux manières différentes et complémentaires.

➤ Soit par une simplification de l'existant :

En précisant les missions de chaque acteur, en regroupant les ressources pour les missions communes, en créant des portes d'entrée uniques pour les mêmes problématiques (exemple des maisons de santé pluriprofessionnelles et des maisons des adolescents). C'est un rôle majeur des politiques de santé publiques. La mise en place d'une gouvernance commune avec la création des ARS a été, en ce sens, une étape importante.

➤ Soit par une explicitation de l'existant :

Porter l'effort sur la dimension pédagogique en donnant les moyens au grand public et aux professionnels de comprendre et de lire les ressources disponibles en santé mentale. La mise en place d'un annuaire en constitue un des moyens. C'est d'ailleurs une des pistes envisagées dans le rapport Laforcade :

« Les ARS publieront un annuaire régional des ressources en santé mentale, en collaboration avec :

- *Les professionnels de la psychiatrie*
- *Les représentants des usagers et des familles*
- *Les professionnels du domaine social et médico-social et toute autre personne, service, entreprise ou association, qu'elles jugeront indispensables à cette élaboration ».*

C'est également une piste formulée dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS) 2012/2017 Midi-Pyrénées (97) :

« Cet annuaire a vocation à répondre à l'objectif fondamental que constitue l'amélioration de la connaissance et la visibilité des ressources disponibles pour tous les âges de la vie (enfants, adolescents et transition vers l'âge adulte, adultes, personnes âgées) ».

Cette démarche s'intègre dans un principe de démocratie sanitaire d'amélioration de la transparence et de réduction des asymétries d'information entre usagers et professionnels.

Préoccupation récurrente des acteurs de la santé mentale et semble-t-il, demande récurrente des usagers, en quoi l'amélioration de la lisibilité de l'offre en santé mentale constitue-t-elle une piste d'amélioration des parcours ?

À notre connaissance il n'existe pas d'évaluation de l'effet d'un programme visant à améliorer l'information du grand public et des professionnels sur les ressources disponibles en santé mentale. Nous ne pouvons donc que formuler des hypothèses sur l'effet d'une telle mesure.

Il est possible, en ce qui concerne les parcours, qu'une meilleure visibilité des ressources disponibles puisse avoir deux types d'effets principaux :

➤ Une amélioration de l'accès aux soins :

Une meilleure visibilité des ressources pourrait faciliter le recours aux soins des personnes en situation de souffrance psychique et ainsi permettre des prises en charge plus précoces.

➤ Une meilleure fluidité des parcours :

Un effet sur l'errance des usagers est attendu en évitant les sollicitations non pertinentes des acteurs pour une problématique qui n'est pas de leur domaine de compétences ou bien par une amélioration de l'adressage des professionnels entre eux.

Ces hypothèses demanderont une réflexion méthodologique importante notamment en ce qui concerne le choix des indicateurs pour la mesure de l'effet. Cela rejoint les réflexions précédentes sur l'évaluation de l'efficience en santé.

III. ViaPsy : annuaire pédagogique de l'offre locale en santé mentale

3.1 Introduction : histoire du projet

L'idée de créer un annuaire de l'offre de soins locale en santé mentale s'est construite autour de plusieurs réflexions au cours de notre internat. Alors en quatrième semestre, en stage dans le service d'Hospitalisation à Domicile de Montauban, dont le médecin responsable est le Dr OLIVIER, nous nous posons la question d'un sujet de thèse.

Parmi les idées naissantes, nous imaginons la création d'un atelier de cuisine thérapeutique ou d'un garage participatif d'inspiration associative. En parallèle d'un approfondissement théorique sur le sujet des thérapies médiatisées nous lançons une recherche sur différents moteurs de recherche pour connaître les propositions d'ateliers existants au niveau local. Nous étions dans le souci de créer un dispositif qui ne vienne pas faire un doublon sur le réseau existant.

Deux constats apparaissent :

Il n'est pas aisé d'obtenir des données centralisées sur l'offre de soins locale.

Il existe une grande disparité dans la manière de présenter l'information qui, quand elle est disponible, n'en rend pas la lecture facile.

Le préalable avant de pouvoir réfléchir à un projet de ce type devient donc pour nous de réaliser un recensement permettant d'éclaircir l'offre de soins locale pour les thérapies médiatisées de groupe. Rapidement nous réalisons la complexité de cette tâche.

Si avoir une vision globale de l'offre paraît difficile pour nous, comment font les autres professionnels de santé et le grand public pour s'y retrouver ?

Qui de mieux placés que les professionnels de santé pour amorcer un éclaircissement ?

Ce sont ces constats et réflexions qui seront le point de départ de la construction de ViaPsy, un annuaire simple d'accès, avec une présentation claire et un langage commun et expliqué, de l'offre de soins locale en santé mentale, à destination de tous.

3.2 Les annuaires en santé mentale

3.2.1 Introduction

L'ancêtre de l'annuaire est l'almanach dont les premiers exemplaires sont difficiles à dater mais qui sembleraient remonter au moins à la Grèce antique (98). Il s'agit d'un type de calendrier, publié annuellement, qui comporte des renseignements divers sur la météo, l'astronomie, les plantations saisonnières et bien d'autres thèmes.

Au Moyen Âge, l'imprimerie rend les almanachs très populaires et en fait les documents les plus imprimés après la Bible.

Sébastien BOTTIN (1764-1853) publie à partir de 1798 « *l'almanach du commerce de Paris des départements de la France et des principales villes du monde* » (99). Il s'agit d'un type d'almanach particulier, qui recense l'ensemble des commerces d'une zone géographique en précisant le type et l'adresse. Une mise à jour régulière de l'information est faite. Après son décès le terme de « Bottin » demeure et se généralise pour désigner ce type d'almanach.

En 1880, le premier « Bottin » des abonnés téléphoniques paraît et sera mis à jour annuellement (100). En un siècle, l'annuaire téléphonique devient un objet incontournable des foyers du fait de la diffusion du téléphone.

A partir de 1983, l'annuaire en papier se voit concurrencé par la forme électronique avec l'essor du minitel (101). L'ouverture du marché des télécommunications en 1998 et la démocratisation d'internet dans les années 2000 marque l'avènement des annuaires en ligne.

3.2.2 Définitions

Un annuaire est une base de données, puisqu'il stocke des informations, mais une base de données n'est pas forcément un annuaire.

Un annuaire est un type de base de données, régulièrement mis à jour, qui regroupe un ensemble d'informations sur des ressources, ayant au moins une caractéristique commune (102). L'annuaire est un référentiel partagé dont le rôle est de diffuser de l'information.

L'organisation d'un annuaire permet de retrouver facilement une information à l'aide de critères qui hiérarchisent les données entre elles.

➤ L'annuaire électronique

L'annuaire électronique est un type d'annuaire disponible en ligne par internet. Le format électronique présente un certain nombre de caractéristiques par rapport au format en papier (103) (104) :

- Il est plus dynamique :

La mise à jour des données peut être faite de manière plus régulière et il y a une possibilité de rectification, de droit à l'erreur. Il est plus sollicité en lecture qu'en écriture, il passera plus de temps à être consulté que modifié. Les écritures ont lieu lors de la mise à jour des données par des administrateurs.

- Il est plus souple :

Le classement de l'information peut être fait avec des critères multiples qui modifient la hiérarchisation de l'information selon l'intérêt des utilisateurs. La structure de l'information contenue dans l'annuaire peut être également modifiée, sans nécessité de reconstruire l'annuaire, en fonction des besoins.

- Il permet de coupler d'autres options :

L'annuaire peut être associé à d'autres fonctionnalités : prise de rendez-vous, consultation à distance, glossaire, lien hypertexte, messagerie, etc.

3.2.3 Les annuaires existants en santé mentale

Qu'en est-il des annuaires déjà disponibles en ligne ? Nous nous sommes posé la question de l'offre existante en ce qui concerne la santé mentale.

Pour être systématique dans notre recherche nous nous sommes inspiré de la méthodologie PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) prévue pour les revues de la littérature et les méta-analyses en recherche scientifique (105).

➤ Méthode (figure 4)

- Sélection des bases de données :

Nous avons utilisé les deux moteurs de recherche les plus consultés en France entre Janvier 2017 et Janvier 2018 (106) :

« Google » (92,04%) et « Bing » (4,67%) pour un total de 96,71% des utilisateurs d'internet.

Nous avons rentré trois séries de termes sur chaque moteur de recherche et étudié les cent premiers résultats pour chaque série :

« annuaire » « santé » « mentale » puis « annuaire » « psychiatrie » et enfin « trouver » « un » « psy ».

- Exclusion :

Ont été exclus, les bases de données qui ne correspondent pas à la définition choisie d'un annuaire, les annuaires qui ne concernent pas la population française, les annuaires qui ne possèdent pas de données sur la santé mentale, les occurrences qui ne sont pas des liens directs vers des annuaires et les annuaires qui ne possèdent pas de données sur des acteurs de terrain en santé mentale.

- Classement selon 9 critères :

Porteur(s) de l'annuaire	Public, privé ou associatif
Visée commerciale	Source de revenu en lui-même de manière directe, indirecte ou à but non lucratif
Couverture territoriale	Internationale, nationale, région, département, ville, communauté de commune, etc.
Forme	Électronique ou livret
Type(s) d'approche(s) principale(s)	Par territoire, par organisme d'affiliation, par type de professionnel, par groupe de pathologie, etc.
Contenu	Le type de données disponibles dans la base de données
Accès	Libre, restreint et type de restriction
Public cible	Grand public, réservé aux professionnels ou à une partie de la population
Dimension pédagogique	Présence d'un glossaire, de textes explicatifs, reliés ou non à l'annuaire

Tableau 2 - Critères de classement des résultats

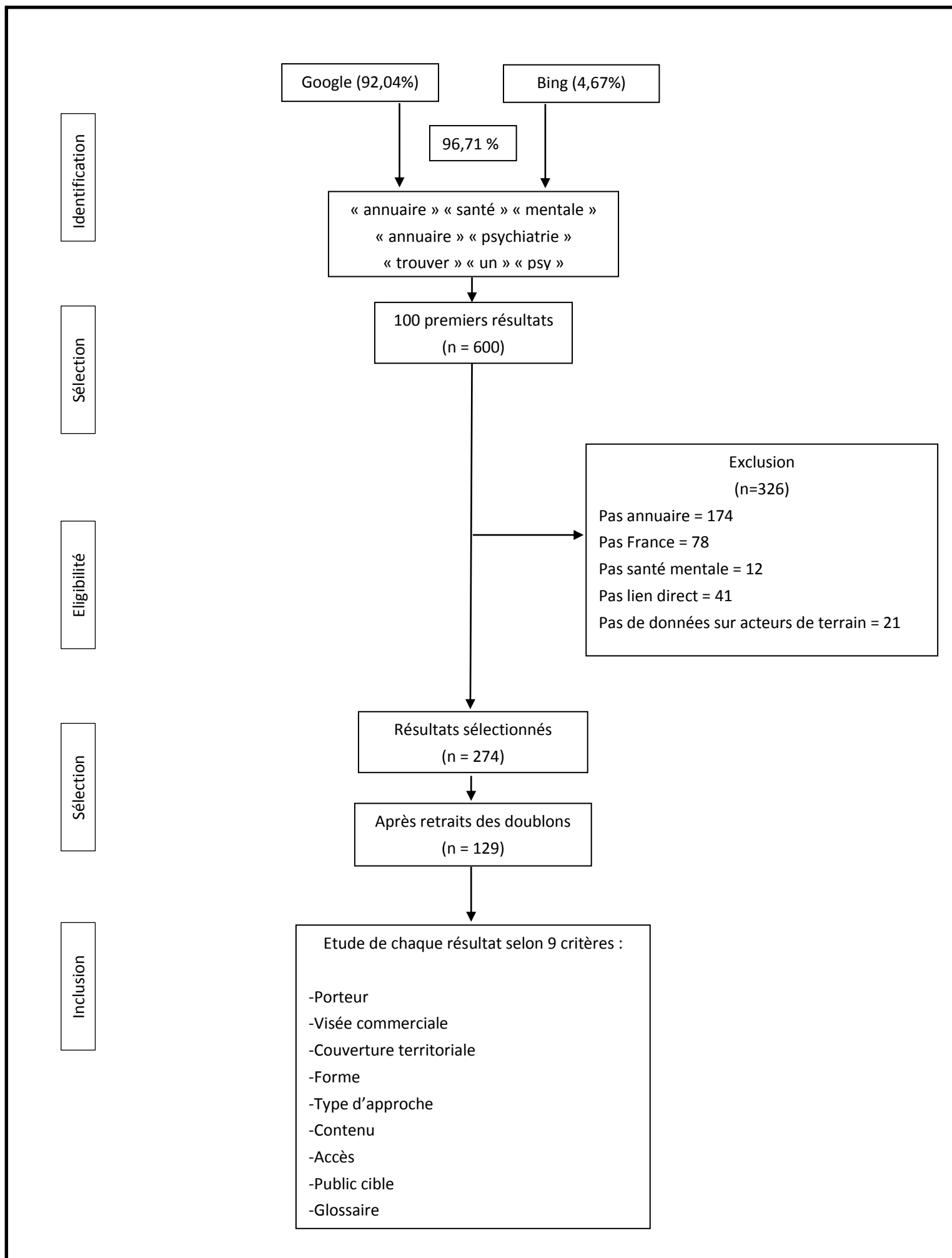


Figure 4 - Diagramme de flux

➤ Résultats (annexe 1)

Après étude des résultats il apparaît une grande diversité des différents types d'annuaires de santé mentale. Les porteurs aussi bien que le type d'approche et le contenu sont très variables.

Les porteurs sont publics pour la majorité (67% ; n=86) et viennent d'horizons très divers. Les porteurs privés ont quasi-exclusivement une visée commerciale (84% ; n=36) et sont directement lucratifs.

Pour les porteurs publics, la couverture territoriale de l'annuaire dépend de sa compétence territoriale et est en général limitée à une partie du territoire. Pour les porteurs privés la zone de couverture est plus grande pour atteindre plus de personnes.

La forme majoritaire est électronique (84% ; n=109), certains proposent des livrets téléchargeables et deux annuaires proposent les deux formes.

Le type d'approche, le contenu et le public cible paraissent très liés au porteur de l'annuaire.

L'accès à l'annuaire est libre pour la quasi-totalité des annuaires (88% ; n=113). Des annuaires de porteurs privés qui ont une visée commerciale demandent une inscription préalable au site (17% ; n=6) ou imposent une mise en relation payante via un numéro unique (25% ; n=9).

La dimension pédagogique est préférentiellement retrouvée avec les porteurs publics, avec une grande diversité de forme et de contenu.

Nous vous proposons ci-après une vue d'ensemble du paysage des annuaires existants en santé mentale en France en 2017 (figure 5).

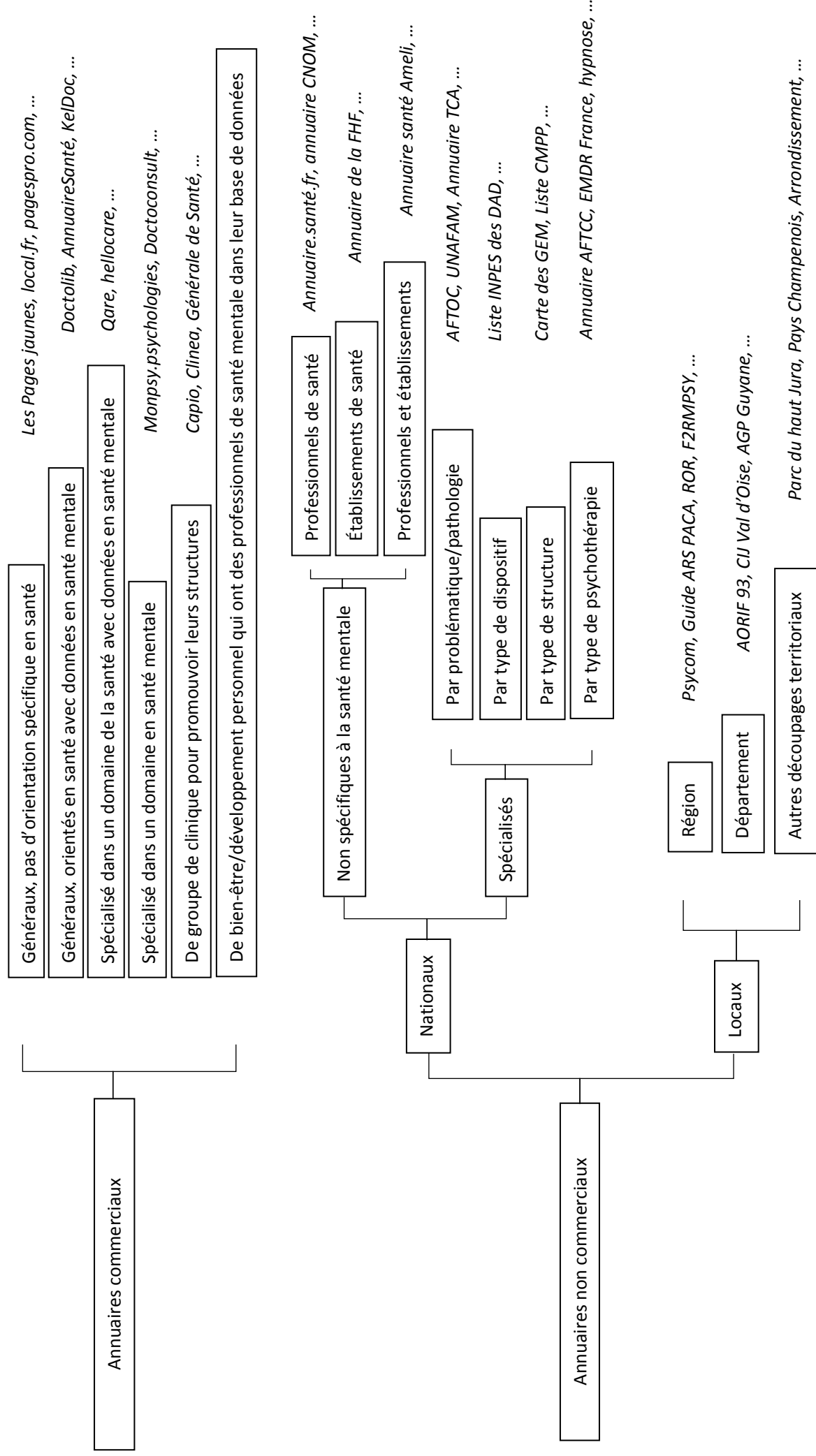


Figure 5. Vue d'ensemble des annuaires de santé mentale

3.3 L'annuaire ViaPsY

Pour la lecture de cette partie nous vous invitons également à prendre connaissance du site internet en cours d'élaboration et disponible en ligne (107) : www.viapsy.fr

Les différentes pages du site ainsi que son contenu vous seront présentés lors de la soutenance. Une attention particulière sera portée à la partie annuaire du site.

3.3.1 Les grands principes de construction de l'annuaire ViaPsY

L'annuaire pédagogique ViaPsY a pour objectif de regrouper l'ensemble des dispositifs et professionnels du soin, de l'accompagnement, ou de l'entraide qui font des propositions dans le champ de la santé mentale, qu'elles se portent sur la souffrance psychique, le trouble psychique ou le handicap psychique. Il s'agit d'un support d'aide à l'orientation.

Voici le résumé de ses principales caractéristiques :

Porteur de l'annuaire	Privé
Visée commerciale	Non
Couverture territoriale	Département
Forme	Électronique
Type d'approche principale	Par territoire
Contenu	Tous les acteurs de terrain en santé mentale du département
Accès	Libre
Public cible	Tout public dont professionnels
Dimension pédagogique	Glossaire relié à l'annuaire

Tableau 3 - Principales caractéristiques de l'annuaire ViaPsY

Le porteur initial du projet est privé mais l'objectif final est qu'il devienne public à travers la mobilisation des acteurs du territoire en santé mentale. L'idée est de laisser les acteurs s'approprier le projet pour en discuter le développement futur et répondre aux questionnements inhérents à la construction de l'annuaire. Cette coopération entre acteurs est une étape obligatoire à la pérennisation du projet. La forme que cette coopération doit prendre reste en question.

La visée du site est non commerciale et non lucrative. C'est une dimension importante à mettre en avant dans les discussions avec les éventuels futurs partenaires.

La couverture territoriale choisie est celle du département car il nous semble que c'est un territoire qui jouit d'une bonne représentation commune aux professionnels et au grand public.

La forme est électronique avec la possibilité d'une recherche par critères ainsi qu'une recherche directe sur carte en complément. Les critères ne sont pas exclusifs entre eux, l'utilisateur peut ne renseigner aucun critère ou tous les critères.

Le choix d'une approche par le prisme de la santé mentale va dans le sens d'un décloisonnement des acteurs des différents champs et d'une démarche qui se veut non stigmatisante.

L'accès est libre pour une meilleure accessibilité et diffusion des données.

Il n'y a pas de distinction faite dans le public cible. C'est l'idée d'un « double décloisonnement », non seulement entre les acteurs de la santé mentale mais aussi entre usagers et professionnels.

La dimension pédagogique est fondamentale pour pouvoir s'adresser à tous les publics. La question de la visibilité des acteurs n'est pas suffisante. C'est la lisibilité qui est en jeu dans cette dimension pédagogique. Nous ne pouvons pas nous contenter d'exposer les différents acteurs, encore faut-il donner les clés pour comprendre, pour les rendre accessibles et de manière pertinente.

3.3.2 Mécénat en compétence de l'entreprise BSI

L'entreprise BSI est une entreprise d'informatique basée à Alès dans le Gard. Cette entreprise développe des compétences dans l'informatique d'entreprise et propose une expertise dans les sites et applications internet (108).

Le chef d'entreprise Benoit SARTON accompagne le projet ViaPsy depuis le début via un mécénat en compétence.

3.3.3 Liens et partenariats

➤ Convention FERREPSY

La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale Occitanie (FERREPSY) à travers son président François OLIVIER soutient le projet de création d'un annuaire pédagogique en santé mentale depuis l'émergence de l'idée.

Ce lien sera formalisé sous forme d'une convention entre ViaPsY et la FERREPSY en cours d'élaboration.

➤ Intégration au projet de cartographie de la CPT

La communauté psychiatrique de territoire (CPT) Haute-Garonne et Tarn-Ouest, dans son plan d'action 2017/2018 a décidé de former un groupe de travail autour de la cartographie.

L'objectif est une amélioration de la lisibilité de l'offre dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale à travers la réalisation d'une cartographie des structures sanitaires, médico-sociales et sociales. Ce groupe de travail intervient en accord avec le projet de la filière psychiatrie et santé mentale du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) (109).

Les pilotes sont le Dr HAOUÏ, président de la commission médicale d'établissement (CME) du Centre Hospitalier Gérard Marchant, le Dr CARSALADE, chef de pôle de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier de Lavaur et le Pr ARBUS, président de l'assemblée médicale de la CPT.

➤ Partenariat avec la Toulouse Business School (TBS)

Un groupe d'étudiants de la promotion 2017/2018 du master 2 « manager des structures sanitaires et sociales » réalise un travail de recherche autour du parcours patient en santé mentale. Ils nous ont contacté car étaient intéressés pour réaliser une partie de leur travail autour du projet ViaPsY. Une note de cadrage a été signée entre Nicolas Navarro, commanditaire du projet soutenu par la FERREPSY, et le groupe d'étudiants (annexe 2).

Les objectifs du projet sont :

« D'évaluer la pertinence de l'outil ViaPsY et de l'affiner si nécessaire ainsi que d'élaborer un plan de communication pour le faire connaître. Le projet vise à rendre l'outil ViaPsy conforme aux besoins et attentes des médecins généralistes et des associations de patients afin de faciliter l'entrée du patient dans son parcours de santé mentale, favoriser une prise en charge précoce hors des urgences et réduire les délais d'errance thérapeutique. »

Deux livrables en rapport avec le projet seront transmis au commanditaire du projet : des recommandations pour adapter l'outil ViaPsY aux besoins et attentes des médecins généralistes et des associations de patients ainsi qu'un plan de communication de ViaPsY auprès des acteurs de la santé mentale.

Une rencontre mensuelle a lieu depuis décembre 2017 et se poursuivra jusqu'à la date de livraison du projet pour les étudiants de TBS. Cette dernière est fixée au 8 novembre 2018.

➤ Association TéraPsy

TéraPsy est une association loi 1901 réunissant des professionnels de santé et des acteurs de la société civile. Créée en 2011, elle a pour objectif de « *déstigmatiser et de dédramatiser les situations associées à la psychiatrie à travers différentes actions* ». Basée dans l'ancienne région Languedoc-Roussillon, le bureau de l'association est en discussion avec l'équipe de ViaPsY pour le développement d'une forme d'action similaire sur le territoire correspondant à l'ancienne région Languedoc-Roussillon. Il n'y a pas de lien formalisé pour le moment.

3.4 État d'avancement du projet, perspectives et limites

➤ Avancement du projet

Un premier recueil des ressources disponibles a été effectué grâce aux données disponibles en ligne. La démarche retenue pour le moment est de contacter chaque dispositif individuellement pour recueillir les informations nécessaires pour implémenter l'annuaire. L'idée est également de profiter de ce contact pour faire connaître le projet auprès des acteurs de la santé mentale.

Pour se faire, une fiche standardisée de recueil des données a été créée (annexe 3).

Les données sont ensuite organisées par l'intermédiaire d'un tableur et mises en ligne :

- Une fiche brève par dispositif reprenant des informations essentielles : dénomination, domaine d'activité, public, téléphone avec horaires de contact et adresse. Ces données apparaissent dans le résultat de recherche de l'annuaire sans avoir à développer la fiche complète.
- Une fiche détaillée découpée en quatre rubriques : identité, contact, activité et adressage. Il faut cliquer sur « *en savoir plus* » pour accéder à la fiche complète sinon ce sont les informations de la fiche brève qui apparaissent.

La prochaine étape est donc de contacter par téléphone chaque dispositif et professionnel recensés pour informer sur le projet et recueillir les données.

Des étudiantes d'une école de secrétariat ont accepté de nous aider sur une partie de leur temps de stage en psychiatrie pour faire le recueil de données. Ce premier recueil est prévu du 19 mars au 30 avril 2018.

➤ Perspectives

La Haute-Garonne constitue pour nous une première étape dans la construction de l'annuaire. Le recueil de données a été pensé de manière la plus standardisée possible afin d'être transposable à d'autres départements le cas échéant.

La dimension pédagogique est à étoffer avec un développement du glossaire et des explications sur l'organisation des dispositifs de santé mentale.

➤ Limites actuelles

Le problème se posera de l'actualisation des données qui nécessite du temps dédié et une réactivité importante. Il s'agira également de mettre en place la possibilité technique de signaler une modification ou une correction pour les acteurs figurants dans l'annuaire.

La question de la granulation : comment prendre la décision des acteurs exclus de l'annuaire ? Où pose-t-on la limite de l'action en santé mentale ? Et qui décide ?

La forme que doit prendre la validation du contenu est également en jeu. Cette question essentielle demandera probablement une réflexion multipartite entre les acteurs de la santé mentale.

Un questionnaire plus technique se pose quant à la prise en compte et l'intégration du secteur psychiatrique dans l'annuaire. Il devra être pensé de manière simple et lisible afin de permettre à tous de se repérer.

Enfin, l'amélioration du service rendu devra être évaluée. Il faudra réfléchir à une méthodologie spécifique pour mesurer l'utilité de la mise en place d'un tel annuaire.

Conclusion

Nous pouvons considérer la préoccupation individuelle et collective pour la santé mentale comme un invariant culturel. Dans notre société de services, les propositions en santé mentale se sont construites de manière complexe. Les professionnels n'ont pas attendu les grandes politiques nationales pour innover et les associations d'usagers n'ont pas demandé d'autorisation pour créer et informer.

Aujourd'hui l'offre en santé mentale est prolifique et protéiforme, ce qui peut la rendre difficile à appréhender et être à l'origine d'une barrière d'accès aux soins ou d'une rupture dans les parcours.

L'intérêt grandissant pour les parcours par tous les acteurs de la santé mentale est probablement une piste importante d'amélioration du service rendu aux citoyens. Au-delà des outils organisationnels et du changement de regard des professionnels pour s'adapter à cette logique de parcours qui gagne l'ensemble du système de santé, rendre lisible l'existant constitue peut-être un des premiers éléments de réponse dans l'optimisation des parcours.

La création d'un annuaire pédagogique regroupant l'ensemble des ressources locales en santé mentale s'inscrit dans cette démarche.

Ce type d'outil pourrait venir s'intégrer à l'avenir à d'autres en cours de construction, comme le répertoire opérationnel de ressources (ROR) ou encore le volet « *information et orientation* » des plateformes territoriales d'appui (PTA).

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

le 4.5.2018

*Vu le président
du jury le 3/04/18*

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
**SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE**
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Annexes

Annexe n°1 : Classement des résultats de recherche des annuaires de santé mentale

Dénomination	Porteur(s)	Visée Commerciale	Couverture territoriale	Forme	Approche(s) principale(s)	Contenu	Accès	Public	Glossaire
Annuaire Psycom	Public - GCS	Non	Ile-de-France, développement par département	Électronique et Livret téléchargeable	Par territoire	Lieux de soins, accompagnement et entraide en santé mentale	Libre	Tous publics	Oui avec lien hypertexte depuis l'annuaire
Annuaire de la cosse	Public – COSSE (coordination santé seine – Eure)	Non	Agglomération Seine-Eure	Livret + cartographie des professionnels	Par territoire	Structures et intervenants en santé mentale	Libre	Professionnels du champ social, médico-social, sanitaire et éducatif	Glossaire des sigles, non relié à l'annuaire
Annuaire sanitaire-social.com	Privée – ONPC	Oui	Nationale	Électronique	Par champ de compétence	Établissements et services sanitaires et sociaux	Libre	Tous	Non
Annuaire Ireps-corse	Public - IREPS	Non	Départementale	Électronique	Par territoire et champ de compétence	Structures sanitaires et sociales dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire sanitaire et social du parc naturel haut jura	Public – partenaires multiples	Non	Parc naturel régional du haut-Jura (communautés de communes)	Livret	Par territoire	Organismes, établissements, dispositifs et professionnels œuvrant en santé mentale	Libre	Tous	Oui
Annuaire CMP de F2RSM Psy	Public – F2RM Psy	Non	Régionale (hauts-de-France)	Électronique	Par territoire	CMP de la région	Libre	Tous	Non
Annuaire du Centre hospitalier Nord-Mayenne	Public - CHNM	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Professionnels et structures du centre hospitalier dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire de la santé mentale en Guyane	Public – AGP (association guyanaise des psychologues)	Non	Départementale	Livret	Par territoire et type de profession	Ensemble des lieux d'accueil et/ou de soins où un psychologue est présent	Libre	Tous	Oui en début et fin de livret
Annuaire santé mentale Saint Quentin en Yvelines	Public – institut de promotion de la santé de la mairie	Non	Ville	Livret	Par territoire	Structures d'accompagnement en santé mentale	Libre	Tous	Oui en début de livret

Annuaire des structures ARS PACA	Public – ARS PACA	Non	Régionale mais un annuaire par département	Livret	Par territoire	Structures qui proposent un accueil, des soins, de l'accompagnement et de l'entraide	Libre	Tous	Oui en début de livret
Annuaire santé de la mairie de Saint-Ouen	Public – Mairie de Saint-Ouen	Non	Ville	Électronique	Par territoire	Structures et professionnels de santé de la ville	Libre	Tous	Non
Annuaire du centre hospitalier Sainte Anne	Public – CH Sainte Anne	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Professionnels et structures du centre hospitalier (psychiatrie et neurosciences)	Libre	Tous	Oui non relié
Annuaire de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise	Public – Epsm-al	Non	Établissement public de santé mentale	Électronique	Par territoire et organisme d'affiliation	Structures de soins de l'Epsm	Libre	Tous	Oui non relié
Annuaire santé de la ville de Vence	Public – Mairie de Vence	Non	Ville	Livret	Par territoire	Professionnels de santé dont santé mentale de la ville	Libre	Tous	Non
Annuaire santé de la mairie du 19 ^{ème}	Public – mairie du 19 ^{ème} de Paris	Non	Arrondissement	Électronique	Par territoire	Acteurs de la santé mentale de la ville + portail spécifique pour les adolescents	Libre	Tous	Oui texte explicatif pour chaque structures
Annuaire santé paris 19 ^{ème}	Public – atelier santé ville 19 ^{ème}	Non	Arrondissement	Livret	Par territoire	Acteurs de la santé dont santé mentale	Libre	Tous	Oui
Annuaire du centre d'information jeunesse du Val d'Oise	Associatif -CIJ	Non	Départementale	Électronique (listing sur une page du site)	Par type de structure	Liste des CMP du Val-d'Oise	Libre	Jeunesse	Explication brève sur CMP
Annuaire du GHT rance émeraude	Public - GHT	Non	Territoire du GHT	Électronique	Par territoire et organisme d'affiliation	Structures de psychiatrie du GHT	Libre	Tous	Oui
Annuaire du comité départemental en santé mentale de Maine et Loire	Public - CDSM	Non	Départementale (Maine-et-Loire)	Livret	Par territoire	Acteurs de la santé mentale de Maine et Loire	Libre	Tous (un guide usager et un guide professionnel)	Oui
Annuaire des services de soins et d'aides à la vie sociale en Loire Atlantique	Public - MDPH	Non	Départementale (Loire atlantique)	Livret	Par territoire et champ de compétence	Acteurs de la santé mentale en lien	Libre	Adultes	Oui

Guide-annuaire de la santé mentale de l'AORIF 93	Public – AORIF 93	Non	Département (Seine-Saint-Denis)	Livret	Par territoire	Structures de prise en charge en psychiatrie	Libre	Associations et bailleurs sociaux du département	Oui
Annuaire santé de la ville de Créteil	Public - mairie	Non	Ville	Électronique (listing sur page) et livret (annuaire santé jeunes)	Par territoire	Acteurs de la santé de la ville dont santé mentale	Libre	Tous	Non sauf annuaire santé jeunes
Annuaire de l'action sociale	Privée – actimeo sarl	Oui	Nationale	Électronique	Par champ de compétence	Établissements de l'action sociale dont santé mentale	Libre	Tous	Oui
Annuaire santé mentale/ précarité de la ville de Marseille	Public - Mairie	Non	Ville	Livret	Par territoire	Services de soins ambulatoires psychiatrique	Libre	Tous plus particulièrement pro en contact avec précaire	Oui
Annuaire ressources santé mairie 18 ^{ème}	Public - Mairie	Non	Ville	Livret	Par territoire	Acteurs de la santé du territoire dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire de la mutualité française Isère	Privée – MFI-SSAM	Non (indirect)	Départementale	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures de l'organisme dont santé mentale	Libre	Tous	Oui explication pour chaque structure
Annuaire des acteurs ressources prévention suicide pays de la Loire	Public – ARS + AROMSA	Non	Régionale	Livret	Par compétences spécifiques	Structures ressources dans la lutte contre le suicide	Libre	Tous	Non
Guide santé mentale du pays Charolais-Brionnais	Public - CLSM	Non	Pays Charolais-Brionnais	Livret	Par territoire	Acteurs de la santé mentale du territoire	Libre	Professionnels et élus	Oui
Annuaire des professionnels de la santé mentale et du suicide en Limousin	Public – ARS+IREPS	Non	Régionale	Électronique	Par territoire	Acteurs en santé mentale et prévention suicide	Libre	Tous	Oui
Annuaire santé	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnel	Professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire Pages Jaunes	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Entité avec numéro de téléphone	Universel dont santé mental	Libre	Tous	Non

Annuaire Doctolib	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnel	Professionnels de santé dont santé mentale	Inscription obligatoire	Tous	Non
Annuaire Doctoconsult	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par type d'activité (téléconsultation) et organisme d'affiliation	Professionnels de santé mentale qui proposent téléconsultation	Inscription obligatoire	Tous	Non
Annuaire du réseau lorrain d'addictologie	Public	Non	Ancienne région Lorraine	Électronique	Par groupe de pathologie (addictions)	Structures et professionnels d'addictologie	Libre	Tous	Non
Annuaire du CHU d'Angers	Public - CHU	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire Politi	Privée – PG promotion	Oui	Nationale	Électronique	Par type de structure	Établissements sanitaires, médico-sociaux et sociaux dont santé mental	Libre, paiement pour extraction de données	Tous	Non
Annuaire CH de Roanne	Public -CH	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire Loireadd	Public – réseau Loireadd	Non	Départementale	Électronique	Par groupe de pathologie (addictions)	Structures et professionnels d'addictologie	Libre	Tous	Oui explication pour chaque structure
Annuaire du CHU Toulouse	Public - CHU	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du CH Martigues	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire Cliniques Psychiatriques Privées - UNCPSY	Associatif – UNCPSY	Non (indirect)	Nationale	Livret	Par type de structure	Cliniques psychiatriques adhérentes à l'UNCPSY	Libre	Tous	Non
Annuaire du CH Béziers	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de	Libre	Tous	Non

Annuaire du CHU Saint-Etienne	Public - CHU	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	santé dont santé mentale Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire de la ville Pavillon-sous-bois	Public - Mairie	Non	Ville	Électronique	Par territoire	Professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire de la ville de Montbrison	Public - Mairie	Non	Ville	Électronique	Par territoire	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du CH Alpes-Leman	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire BEmyPSY	Privée – SAS CUIDADO	Oui	Nationale	Électronique	Par type d'activité et organisme d'affiliation	Professionnels de santé mentale qui propose téléconsultation	Inscription obligatoire	Tous	Oui non relié à l'annuaire
Annuaire de l'association azuréenne de TCC	Associatif - AATCC	Non	Nice et alentours	Électronique (listing sur page)	Par type de psychothérapie et organisme d'affiliation	Professionnels de santé formés en TCC et adhérents de l'association	Libre	Tous	Oui
Annuaire du CH intercommunal André Grégoire - Montreuil	Public - CHI	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Oui texte explicatif pour chaque structure
Annuaire du CHU Montpellier	Public - CHU	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du CH de Vendôme	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du CH de Périgueux	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non

Annuaire.plan.nc	Privée – « Intermédi@ » sarl	Oui	Pays d'outre-mer	Électronique	Par territoire	santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire Inverse	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Entité avec numéro de téléphone	Annuaire type universel avec données sur la santé mentale	Païement du service	Tous	Non
Annuaire Trouver-un-psy	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnel et organisme d'affiliation	Psychologues avec n°ADELI et qui s'inscrivent sur la plateforme	Libre	Tous	Oui
Annuaire monpsy.psychologies	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par types de professionnels et organisme d'affiliation	Psychothérapeute, psychiatres, psychologues, psychanalystes et psychopraticiens qui s'inscrivent (procédure de sélection)	Libre	Tous	Oui
Annuaire du syndicat national des psychologues (SNP)	Associatif – organisation syndicale	Non	Nationale	Électronique	Par type de professionnel et organisme d'affiliation	Psychologues libéraux avec n°SIRET/ADELI et adhérents à la SNP	Libre	Tous	Non
Annuaire de l'AFTCC	Associatif	Non	Nationale	Électronique	Par type de psychothérapie et organisme d'affiliation	Thérapeute formé aux TCC et membre de l'AFTCC	Libre	Tous	Oui
Annuaire réseau psyexpat	Associatif	Non	Internationale	Électronique	Par type de professionnel et localisation	Psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste et psychologue exerçant à l'étranger	Libre	Francophones vivant à l'étranger	Oui explication sur les différents types de profession
Annuaire mondocteur	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnel et organisme d'affiliation	Professionnels de santé dont santé mentale et inscription au site	Libre, inscription pour prise de rendez vous	Tous	Non

Annuaire de la Société Psychanalytique de Paris	Associatif - SPP	Non	Nationale	Électronique	Par type de professionnel et organisme d'affiliation	Psychanalystes, membre de la SPP	Libre	Tous	Oui non relié
Annuaire unpsydansmaville	Association UPDMV	Non	Nationale	Électronique	Par types de professionnels et organisme d'affiliation	Psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste et psychologue inscrits sur le site	Libre	Tous	Oui non relié
Annuaire psychanalyse-en- ligne.org	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par types de professionnels et organisme d'affiliation	Thérapeutes au sens large et inscrits sur le site	Libre	Tous	Non
Annuaire psy-en- mouvement	Association « psy en mouvement »	Non	Nationale	Électronique	Par types de professionnels et organisme d'affiliation	Psychothérapeute, psychiatre, psychanalyste et psychologue membres de l'association	Libre	Tous	Oui non relié
Annuaire nospsys	Privée – SARL Nosavis.com	Oui	Nationale	Électronique	Par types de professionnels et organisme d'affiliation	Thérapeutes au sens large et inscrits sur le site	Libre, numéro payant pour mise en relation	Tous	Non
Annuaire hopital.fr	Associatif - FHF	Non	Nationale	Électronique	Par type de structures	Établissement hospitalier public dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire de santé mentale France	Associatif - SMF	Non	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures de santé mentale adhérentes de l'association	Libre	Tous	Non
Annuaire le-guide-santé	Privée – le guide santé	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels inscrits sur le site dont santé mentale	Libre	Tous	Oui texte explicatif
Annuaire du CH de Lannemezan	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non

Annuaire France-Santé.eu	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Thérapeutes au sens large et inscrits sur le site	Libre	Tous	Oui fiche par thérapeute
Annuaire santé le figaro	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du CH Mont-de-Marsan	Public	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire annuaire-horaire.fr	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Professionnels au sens large dont santé mentale	Libre, mise en relation payante	Tous	Non
Annuaire du CHRU de Strasbourg	Public - CHRU	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Oui fiche explicative par structure
Annuaire de la plateforme autonomie séniors bordeaux	Public	Non	Ville	Électronique	Par type de population et domaine de compétence	Structures et professionnelles ayant des compétences dans l'aide à l'autonomie des plus de 60 ans	Libre	Personne de plus de 60 ans, entourage et professionnels en lien	Oui fiche explicative par contact
Annuaire santé mentale pays de l'Adour	Associatif	Non	Départementale (Pyrénées-Atlantiques)	Électronique	Par territoire	Structures et professionnels de santé mentale	Libre	Tous	Oui relié
Annuaire de Ramsay générale de santé	Privée -- groupe Ramsay	Non (indirectement)	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels du groupe privée	Libre	Tous	Non
Annuaire 118218	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Structures et professionnels dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire La poste	SA à capitaux public	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Structures et professionnels dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire info-médecin.fr	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnel	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre, mise en relation payante	Tous	Non

Annuaire keldoc.com	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale et inscrits sur le site	Libre, inscription pour prise de rendez vous	Tous	Non
Annuaire du centre hospitalier de Saint Nazaire	Public	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire le bipolaire	Privée	Non	Nationale	Électronique	Par type de pathologie et de compétence	Structures et professionnels de santé mentale avec des compétences dans le trouble bipolaire	Libre	Tous	Oui explication détaillée sur le trouble bipolaire
Annuaire emdr.fr	Associatif	Non	Nationale	Électronique (listing sur page)	Par type de thérapie	Professionnels de santé mentale membre de l'association et pratiquant l'EMDR-IMO-HTSMA	Libre	Tous	Oui explication sur les différentes techniques
Annuaire allo-médecins	Privée – groupe « allo média »	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé dont santé mentale et inscrits sur le site	Libre, mise en relation payante	Tous	Oui fiche métier
Annuaire Ameli santé	Public – Assurance maladie	Non	Nationale	Électronique	Par type de professionnel	Professionnels de santé libéral et établissements de soins sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie	Libre	Tous	Non
Annuaire UNAFAM	Associatif - UNAFAM	Non	Nationale	Électronique	Par domaine de compétence et champ d'activité	Structures sociales et médico-sociales spécialisées dans le handicap psychique adulte	Libre	Adulte en situation de handicap psychique, entourage et pro	Oui non relié

Annuaire annuaire français	Privée – SNAF	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Structures et professionnels dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire de la ville du Vésinet	Public - Mairie	Non	Ville	Électronique	Par territoire	Structures et professionnels dont santé mentale de la ville	Libre	Tous	Non
Annuaire 1012.nc	Public – OPT-NC office des postes et télécommunications de Nouvelle-Calédonie	Oui	Pays d'outre-mer	Électronique	Par territoire type universel	Structures et professionnels dont santé mentale de Nouvelle Calédonie	Libre	Tous	Non
Annuaire de la clinique Pasteur	Privée	Non	Clinique	Électronique	Par organisme d'affiliation	Professionnels de santé dont santé mentale de la clinique	Libre	Tous	Non
Annuaire annuaire-des-psychologues	Privée – « Annuaire du web »	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnels et organisme d'affiliation	Psychologues inscrits sur le site	Libre	Tous	Oui fiche par professionnel
Annuaire du CHU de Grenoble	Public - CHU	Non	CHU	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels du CHU dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du Centre hospitalier de Versailles	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique (listings sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels du centre hospitalier	Libre	Tous	Non
Annuaire du centre hospitalier le Vinatier	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par territoire (secteur) et organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé mentale du CHS	Libre	Tous	Oui
Annuaire psychiatre-tel.com	Privée – « Technico »	Oui	Nationale	Électronique	Par type de professionnel	Psychiatres exerçants en France	Libre, mise en relation payante	Tous	Non
Annuaire du CHU de Nantes	Public- CHU	Non	CHU	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels du CHU dont santé mentale	Libre	Tous	Non

Annuaire 118712	Privée – « Orange »	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Professionnels au sens large dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire 118000	Privée – « 118000 SAS »	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Professionnels au sens large dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire Local.fr	Privée – « Swisscom »	Oui	Nationale	Électronique	Type universel	Professionnels au sens large dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire IFEMDR	Privée – Institut français d'EMDR	Non	Internationale	Électronique	Par type de psychothérapie et organisme d'affiliation	Professionnels de santé formés par l'institut	Libre	Tous	Oui explication sur le type de thérapie
Annuaire du groupe santé Victor Pauchet	Privée - GSVP	Non	Établissements du groupe	Électronique	Par organisme d'affiliation	Professionnels de santé du groupe dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire EMDR France	Associatif – EMR France	Non	Internationale	Électronique	Par type de psychothérapie et organisme d'affiliation	Professionnels de santé formés à l'EMDR	Libre	Tous	Oui explication sur le type de thérapie
Annuaire du Centre hospitalier Ariège-Couserans	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique (listings sur page)	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels du centre hospitalier dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire des hôpitaux civils de Colmar	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Livret	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels du centre hospitalier dont santé mentale	Libre	Tous	Non
Annuaire du centre hospitalier du Rouvray	Public - CHS	Non	Établissement public de santé mentale	Électronique	Par territoire (secteur) et organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé mentale du CHS	Libre	Tous	Oui
Annuaire de l'association pour la formation et la promotion de l'état limite	Associatif - AFORPEL	Non	Nationale	Électronique (listing sur page)	Par type de professionnels et type de compétences	Professionnels de santé mentale ayant des compétences dans le trouble de la personnalité borderline	Libre	Personnes souffrantes de trouble de la personnalité borderline, entourage et professionnels de santé	Oui

Annuaire de la maison de Solenn	Public – Maison de Solenn (groupe hospitalier Cochin)	Non	Centre hospitalier	Électronique (listing sur site)	Par organisme d'affiliation et populationnel	Structures et professionnels de santé mentale de l'adolescence de la maison de Solenn	Libre	Adolescents en souffrance, entourage et professionnels de l'adolescence	Oui
Annuaire de l'association hospitalière de Bourgogne Franche-Comté	Public - CHS	Non	Moitié nord de l'ex région Franche-Comté	Électronique	Par territoire et par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé mentale (sanitaires, médico-sociaux et sociaux) de l'AHBFC	Libre	Tous	Non
Annuaire de l'hôpital Paul Brousse	Public - CH	Non	Centre hospitalier	Électronique	Par organisme d'affiliation	Structures et professionnels de santé mentale de l'établissements	Libre	Tous	Non
Annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins	Public - CNOM	Non	Nationale	Électronique	Par type de professionnels	Tous les médecins inscrits à l'ordre	Libre	Tous	Non
Annuaire psycho-ressources	Privée	Oui	Internationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et type de professionnels et langue	Professionnels de santé mentale inscrits sur le site	Libre	Tous	Oui, non relié
Annuaire psychos.fr	Privée – SAS YSX immersion	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et type de professionnels	Professionnels de santé mentale (psychologue, psychanalyste, psychothérapeute) inscrits sur le site	Appel payant obligatoire pour obtenir coordonnées	Tous	Non
Annuaire tonpsy	Privée – JALYJO SAS	Oui	Internationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et par type de professionnels	Psychologue francophones (France, Belgique, Suisse, Canada)	Inscription obligatoire pour accéder aux contacts	Tous	Non
Annuaire psychologues-ille	Privée	Non (indirect)	Ville	Électronique (listings sur site)	Par organisme d'affiliation et par type de professionnels	Certains types de thérapeutes (psychologue, psychothérapeute, coach, hypnothérapeute) inscrits sur le site	Libre	Tous	Oui fiche par professionnel

Annuaire choisir son psy	Privée – « AS- EXPERT »	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et par type de professionnels	Thérapeutes au sens large dont coach et inscrits sur le site	Libre	Tous	Oui fiche par professionnel
Annuaire psy gratuit	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et type d'activités	CMP, Psychologues, psychothérapeutes, et psychanalystes qui sont inscrits et qui consulte gratuitement	Libre	Tous	Oui non relié
Annuaire allo- psychothérapeute	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et par type de profession	Psychologues inscrits sur le site	Mise en relation payante	Tous	Oui non relié
Annuaire bonpsy	Privée	Oui	Nationale	Électronique	Par organisme d'affiliation et par type de profession	Psychologues, psychothérapeutes et psychanalystes inscrits sur le site	Mise en relation payante	Tous	Non



**MaSTÈRE
SPÉCIALISÉ®**

MS « Manager des structures sanitaires et sociales »
Promotion 2017-2018

Note de cadrage Projet Santé

PARCOURS PATIENT EN SANTÉ MENTALE

Entrée du patient dans le parcours de santé mentale :
comment les médecins généralistes orientent-ils les patients vers l'offre
de soins en santé mentale ?

Janvier 2018

LUKASZEWICZ Emilie
MELLINAND Claire
SAVILLE Kate
SEYS Marie

1. Intitulé du projet :

Le projet s'intitule « Parcours patient en santé mentale » et vise à répondre à la question suivante : **Entrée du patient dans le parcours de santé mentale: comment les médecins généralistes orientent-ils les patients vers l'offre de soins en santé mentale ?**

2. Contexte et cadre stratégique du projet :

a. Origine du projet :

Le projet est né de la réalisation d'une thèse de médecine intitulée « *parcours du patient en psychiatrie et santé mentale : mise au point d'un outil pour améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de soins : ViaPsy, annuaire pédagogique de l'offre locale en psychiatrie et santé mentale* » en cours de réalisation par le Dr. Nicolas Navarro, interne en psychiatrie au CHU de Toulouse. La thèse part du constat que le parcours du patient en psychiatrie est souvent fragmenté en raison du cloisonnement de l'offre de santé. Cette réflexion a amené le Dr. Navarro à développer un annuaire pédagogique disponible sur internet intitulé **ViaPsy** permettant aux professionnels et au grand-public d'identifier l'offre de soins en santé mentale dans le domaine de la prévention et des filières sanitaire, médico-social et social. Cet outil est destiné à être mis en ligne à la fin de la thèse du Dr. Navarro prévue courant avril 2018.

b. Situation du projet par rapport à son environnement (interne, externe) :

Ce projet est stratégique pour le Dr. Navarro car il va lui permettre de valider la pertinence de son outil ViaPsy : avant de concevoir son outil, le Dr. Navarro n'a pas réalisé d'enquêtes préalables auprès d'associations de patients ou de médecins généralistes.

Il souhaite donc avoir des informations complémentaires sur les attentes des patients et des médecins généralistes lui permettant de tester la pertinence de son outil et de l'affiner si nécessaire.

L'outil de cartographie ViaPsy a également vocation à être présenté à l'ARS Occitanie dans le cadre du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) qui est une base de données existant en Languedoc-Roussillon mais pas en Midi-Pyrénées.

c. Définitions :

Il convient tout d'abord de distinguer « **santé mentale** » et « **psychiatrie** » :

- La psychiatrie est une discipline médicale qui s'intéresse aux troubles psychiques (souffrance psychique et altération du fonctionnement habituel des personnes).
- La santé mentale, précise l'OMS, « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». La santé mentale recouvre une réalité bien plus large que l'absence de trouble psychique, qui constitue une condition nécessaire mais non suffisante pour déterminer la santé mentale d'une personne.

Il convient également de comprendre la différence entre « **parcours de santé** » et « **parcours de soins** » :

Le parcours de soins se limite au secteur sanitaire alors que le parcours de santé inclut le domaine de la prévention et les secteurs social et médico-social. La prise en charge d'un patient en psychiatrie nécessite en effet souvent l'interaction de ces 4 domaines d'activités.

3. Positionnement stratégique du projet vis-à-vis du commanditaire :

Le Commanditaire du projet est la **FERREPSY** (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie) représentée par le **Dr. Nicolas Navarro**, interne en psychiatrie au CHU de Toulouse.

En effet, le Dr. Navarro fait sa thèse sous la direction du Dr. François Olivier, Président de la FERREPSY.

Ce projet s'inscrit dans les objectifs de la FERREPSY qui sont d'initier et de fédérer les activités de recherche en psychiatrie et santé mentale dans la région Midi-Pyrénées et de promouvoir l'amélioration de la qualité des soins.

4. Objectifs du projet :

Les objectifs du projet sont d'évaluer la pertinence de l'outil ViaPsy et de l'affiner si nécessaire ainsi que d'élaborer un plan de communication pour le faire connaître.

5. Résultats attendus :

Le projet vise à rendre l'outil ViaPsy conforme aux besoins et attentes des médecins généralistes et des associations de patients afin de faciliter l'entrée du patient dans son parcours de santé mentale, favoriser une prise en charge précoce hors des urgences et réduire les délais d'errance thérapeutique.

6. Produits du projet :

Le projet inclut les livrables suivants :

- **Un recueil des besoins et attentes** des médecins généralistes en termes d'outils permettant de mieux identifier le réseau de l'offre de soins en santé mentale et **des recommandations** permettant d'adapter l'outil ViaPsy aux besoins et attentes des médecins généralistes et des associations de patients.
- **Un plan de communication** de l'outil ViaPsy auprès des acteurs de la santé mentale.

7. Méthodologie pressentie :

Une recherche bibliographique autour de la question « **Entrée du patient dans le parcours de santé mentale : comment les médecins généralistes orientent-ils les patients vers l'offre de soins en santé mentale ?** » sera préalablement menée incluant la lecture de la thèse en cours du Dr. Nicolas Navarro pour permettre aux membres de l'équipe projet de s'imprégner du sujet, de faire un état des lieux et d'identifier les experts et témoins privilégiés qu'il serait intéressant de rencontrer.

Une seconde phase consistera à interviewer en face-à-face 5 experts du sujet et à minima 8 acteurs (médecins généralistes) pour faire émerger les variables qui semblent jouer un rôle dans la compréhension du sujet.

Une dernière phase consistera à tester le concept de l'outil ViaPsy (pertinence, fond et forme) auprès d'un échantillon de médecins généralistes et d'associations de patients sous forme d'entretiens de groupe pour répondre aux questions posées et donner les recommandations liées aux livrables du projet.

8. Acteurs du projet :

a. Equipe projet :

L'équipe projet se compose de 4 étudiantes du Mastère Spécialisé TBS « Manager des structures sanitaires et sociales » de la promotion 2017/2018.

- **LUKASZEWICZ Emilie**
- **MELLINAND Claire**
- **SAVILLE Kate**
- **SEYS Marie**

b. Comité de pilotage (COPIL) :

Le comité de pilotage se compose du commanditaire, du directeur de projet et de l'équipe projet. Il se réunira **une fois par mois le jeudi** dans les locaux de TBS.

- Commanditaire membre du COPIL : **Dr. Nicolas NAVARRO**
- Directeur de projet : **Françoise LE DEIST**, Responsable pédagogique TBS du Mastère Spécialisé « Manager des structures sanitaires et sociales » ou **Christine MARTY**, Professeur TBS
- Chef de projet : **Marie SEYS** sera titulaire jusqu'à fin mai et **Emilie LUKASZEWICZ** suppléante. A partir de début juin et jusqu'à la fin du projet, Emilie prendra cette responsabilité en tant que titulaire avec Marie comme suppléante.
- Rédacteur : **Claire MELLINAND** sera titulaire jusqu'à fin mai et **Kate SAVILLE** suppléante. A partir de début juin et jusqu'à la fin du projet, Kate prendra cette responsabilité en tant que titulaire avec Claire comme suppléante.

c. Membres extérieurs :

Ce projet est soutenu par le Dr. François OLIVIER, psychiatre au CH de Montauban, directeur de thèse du Dr. Nicolas NAVARRO et président de la FERREPSY (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie). Il est également soutenu par le Directeur de la Clinique Psychiatrique de Montberon où travaille Marie SEYS.

9. Contraintes éventuelles du projet :

a. Echéance du projet :

L'échéance du projet est fixée **au 8 novembre 2018** avec la réalisation d'une soutenance orale qui aura lieu dans les locaux de TBS.

Un rapport sur les besoins et attentes des médecins généralistes en termes d'outils permettant de mieux identifier le réseau de l'offre de soins en santé mentale sera délivré **le 14 juin 2018**.

Le rapport final incluant des recommandations sur les moyens permettant d'adapter l'outil ViaPsy aux besoins des médecins généralistes et des associations de patients et de le faire connaître sera rendu **le 8 octobre 2018**.

- b. **Normes et réglementation** : Le projet s'inscrit dans les recommandations du « rapport relatif à la santé mentale » de Michel Laforcade d'octobre 2016 commandité par Marisol Touraine, Ministre des affaires sociales, de la santé et des droits de femmes.

- c. **Contraintes stratégiques** : Les recommandations vont être livrées après la remise de la thèse du Dr. Navarro. Il se peut qu'elles entraînent une réécriture du contenu du site ViaPsy. En outre l'outil ViaPsy n'ayant pas encore été validé par l'ARS, il est possible que nous rencontrions des résistances de la part de certains experts.
- d. **Contraintes techniques et logistiques** : Il est possible que le groupe projet ait des difficultés à joindre la cible des médecins généralistes à interroger et ait besoin de les mobiliser en consultation (donc de payer des consultations). Il est important que le commanditaire puisse aider le groupe projet dans le recrutement des médecins à interroger.
- e. **Contraintes budgétaires** : Le groupe projet ne dispose pas de ressources extérieures pour financer ses dépenses ce qui peut limiter la portée du projet. Les dépenses seront donc engagées de manière efficiente.
- f. **Conditions de réception ou d'acceptation du résultat du projet** : Les recommandations et le plan de communication font partie des obligations de résultat.

10. Budget prévisionnel du projet :

Les dépenses prévisionnelles au démarrage s'établissent à **46 090 €** dont 95% d'honoraires (temps passé estimé à 6 heures par semaine et par personne pendant 46 semaines) autofinancés par l'investissement gracieux des membres de l'équipe projet. Les 5% de frais de réalisation du projet (frais d'interviews de médecins généralistes, frais de déplacements et frais administratifs) seront pris en charge par les membres de l'équipe projet sur leurs propres deniers ou par le commanditaire s'il peut dégager une petite enveloppe budgétaire.

Date :

Signature du commanditaire

Signature du directeur projet



Annexe 3 : Fiche de recueil de données ViaPsY

Fiche de recueil ViaPsY	
Date : .../.../...	Correspondant : Nom :
Nom du recueillant :	Fonction :
	Tél :
	@ :
Partie administrative	
Dénomination du dispositif :	
Organisme de rattachement :	
Type de dispositif :	
Adresse complète : Ville :	
Téléphone (si plusieurs préciser) :	
@ :	
Horaires : L : Mar : Mer : J :	
V : S : D :	
Période(s) de fermeture :	
Partie statutaire	
Public / Privée / ESPIC / Association / Libéral / Autres :	
Sectorisé : oui / non si oui : numéro de secteur : Adulte/Pédopsychiatrie/Pénitentiaire	
Intersectoriel : oui / non si oui : numéro des secteurs :	
Si non sectorisé, couverture territoriale : département/ région / national / non déf	
Champ d'intervention : Sanitaire / Médico-sociale / Social / Autres :	
Partie fonctionnelle	
Public : Âge :	
Exclusion :	
Type de problématiques/difficultés :	
Généralistes : O / N	
Spécificités :	
Modalités d'adressage : Public (adressage direct) : O / N Pro : O / N préciser :	
Chemin : Public	
Pro :	
Partie complémentaire (facultative)	
Liens privilégiés avec d'autres dispositifs	
Evènement(s) périodique(s) :	
Autres/ Précisions :	

Références Bibliographiques

1. LAROUSSE. Parcours. [en ligne]. In : *Dictionnaire de français Larousse*. Disponible sur : <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/parcours/58092>> (Consulté le 20/01/2018)
2. FERY-LEMONNIER, Elisabeth. Les parcours, une nécessité. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 12-17.
3. CORDIER, Alain. Les parcours de soins et de santé sont-ils une évolution inéluctable de notre système de santé ? *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 43-45.
4. LOPEZ, A./TURAN-PELLETIER, G. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Tome 1, n°2017-064R, 2017, 93p.
5. MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE, MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE ET DE LA PÊCHE, LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT À LA SANTÉ ET À L'ACTION SOCIALE ET LE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU BUDGET. *Arrêté du 4 décembre 1998 portant approbation de la Convention nationale des médecins généralistes*. [en ligne]. Journal officiel, n°282 du 5 décembre 1998. Disponible sur : <<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000574203&dateTexte>> (Consulté le 28/01/2018)
6. SUHARD, V. *Historique des conventions médicales*. [en ligne]. Synthèse de l'IRDES, juin 2017, 41p. Disponible sur : <<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf>> (Consulté le 28/01/2018)
7. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*. [en ligne]. Rapport du HCAAM, janvier 2004, 155p. Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/rapport_hcaam-2.pdf> (Consulté le 11/01/2018)
8. SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DU HCAAM. *Synthèse thématique des rapports publiés par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie depuis 2004*. [en ligne]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé, mars 2012, 136p. Disponible sur : <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_synthese_thematique_2004_2011.pdf> (Consulté le 11/01/2018)
9. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie*. Journal Officiel n°0190 du 17 août 2004, p 14598

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé. [en ligne]. (Version du 15/09/2009). Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/parcours_de_soins_coordonne_a_l_hopital-3.pdf> (Consulté le 02/01/2018)
11. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article L. 1411-11 de la Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*. Journal Officiel n°0167 du 22 juillet 2009 p 12184
12. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. Rapport annuel 2012. [en ligne]. Rapport du HCAAM. Paris : HCAAM, 2012, 123p. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_annuel_2012_hcaam.pdf> (Consulté le 12/01/2018)
13. COUR DES COMPTES. *Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie*. [en ligne]. Rapport public annuel. Paris : Cours des comptes, 2013, p 188-218. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf> (Consulté le 04/01/2018)
14. CORDIER, A (dir). *Un projet global pour la stratégie nationale de santé : 19 Recommandations du comité des « sages »*. [en ligne]. Recommandations du comité des « sages », juin 2013, 147p. Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-cordier-SNS-sages-2.pdf>> (Consulté le 13/12/2017)
15. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Stratégie nationale de santé, ce qu'il faut retenir*. [en ligne]. Stratégie nationale de santé, version courte, septembre 2013, 10p. Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/SNS-version-courte.pdf>> (Consulté le 04/01/2018)
16. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article 64 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1
17. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article 1 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1
18. SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DES MINISTÈRES CHARGÉS DES AFFAIRES SOCIALES. *Parcours, parcours de santé, parcours de soins, parcours de vie*. [en ligne]. Pour une prise en charge adaptée des patients et usagers, lexique des parcours de A à Z, janvier 2016, p 60-64. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2016-01-11_lexique_vf.pdf> (Consulté le 06/01/2018)

19. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Parcours de santé, de soins et de vie*. [en ligne]. (mise à jour le 23/11/2017). Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>> (Consulté le 27/01/2018)
20. HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. *Parcours de soins : Questions/Réponses*. [en ligne]. HAS, mai 2012, 7p. Disponible sur : <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest-rep_parcours_de_soins.pdf> (Consulté le 30/12/2017)
21. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Stratégie nationale de santé 2018-2022, la synthèse*. [en ligne]. Stratégie nationale de santé 2018-2022, décembre 2017, 11p. Disponible sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_sns_2017_synthesev6-10p.pdf> (Consulté le 04/01/2018)
22. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *Bilan démographique 2017, évolution de la structure de la population, France*. [en ligne]. (Mise à jour le 16 janvier 2018). Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892117?sommaire=1912926#titre-bloc-9>> (Consulté le 30/12/2017)
23. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES. *Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050*. [en ligne]. (Mise à jour le 07 juillet 2006). Disponible sur : <<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280826#titre-bloc-8>> (Consulté le 30/12/2017)
24. FOURCADE, N./ VON LENNEP, F./ GREMY, I./ BOURDILLON, F. *L'état de santé de la population en France*. [en ligne]. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 436p. Disponible sur : <http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf> (Consulté le 15/01/2018)
25. AMELI. *Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée : prévalence des ALD en 2016*. [en ligne]. (mise à jour le 29 décembre 2017). Disponible sur : <<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2016.php>> (Consulté le 15/01/2018)
26. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Assurance maladie et perte d'autonomie*. [en ligne]. Rapport du HCAAM. Paris : HCAAM, 2011, p.120-125. Disponible sur : <http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf> (Consulté le 12/01/2018)

27. DE LAVERGNE, C. *Structures et dynamique des organisations*. [en ligne]. Montpellier : Institut des technologies de l'information et de la communication, 2013, 15p. Disponible sur : <<https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-structure-et-dynamique-des-organisations7.pdf>> (Consulté le 15/01/2018)
28. DREES. *Portrait des professionnels de santé : vue d'ensemble*. [en ligne]. Rapport DREES. Paris : DREES, 2016, 7p. Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/vue-ensemble.pdf>> (Consulté le 18/01/2018)
29. LE GARREC, Marie-Anne., KOUBI, Malik., FENINA, Annie. 60 années de dépenses de santé : une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010. *Etudes et résultats*, 2013, n°831, 8p.
30. DRESS. *Les dépenses de santé en 2016 : vue d'ensemble*. [en ligne]. Rapport DREES. Paris : DREES, 2017, 14p. Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ve-3.pdf>> (Consulté le 02/01/2018)
31. CUSSET, Pierre-Yves. *Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France*. [en ligne]. Rapport de recherche France Stratégie, n°2017-07. Paris : France Stratégie, 2017, 68p. Disponible sur : <http://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/dt_07-2017-depenses-sante-ok.pdf> (Consulté le 02/01/2018)
32. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie*. Journal officiel, n°3 du 4 janvier 1993 p 251
33. SAFON, Marie-Odile. *Les lois de financement de la sécurité sociale : synthèse documentaire*. Rapport de l'IRDES. [en ligne]. Paris : IRDES, Centre de documentation, 2018, 111p. Disponible sur : <<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-en-france.pdf>> (Consulté le 02/01/2018)
34. VIE PUBLIQUE. *Comment réguler les dépenses de santé ?*. [en ligne]. (mise à jour le 29/02/2016). Disponible sur : <<http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/regulation-systeme-sante/comment-reguler-depenses-sante.html>> (Consulté le 04/01/2018)
35. HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE. *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*. [en ligne]. Rapport du HCAAM. Paris : HCAAM, 2012, 31p. Disponible sur : <http://www.securitesociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf> (Consulté le 12/01/2018)

36. SERRE, Marine. De l'économie médicale à l'économie de la santé. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 2002, n°143, p. 68-79.
37. ARROW, Kenneth Joseph. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 1963 ; vol.53, n°5, p. 941-973.
38. FARGEON, Valérie. Des spécificités économiques du domaine sanitaire aux systèmes institutionnels de santé. In : Introduction à l'économie de la santé. 2^{ème} édition. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2014, p. 1-14.
39. GALDEMAR, V./ GILLES, L./ SIMON, M.O. *Performance, efficacité, efficience : les critères d'évaluation des politiques sociales sont-ils pertinents ?*. [en ligne]. Rapport de recherche CREDOC, n°299. Paris : CREDOC, 2012, 80p. Disponible sur : <http://www.credoc.fr/pdf/Rech/C299.pdf> (Consulté le 01/02/2018)
40. OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant*. Rapport OMS. Genève : OMS, 2000, 248 p.
41. DAMON, Julien., GUILLAUME, Henri., SILVENT, Franck. Gestion publique. L'Etat et la performance. In : *Recherches et Prévisions*, 2003, n°74, p. 108-111.
42. BOURGUEIL, Yann. Les parcours : promesses d'efficience et d'équité ? . *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 21-23.
43. DUKHAN, Yohana. *Améliorer l'efficience des systèmes de santé et la protection financière contre le risque maladie dans les pays en développement*. Thèse de doctorat : Sciences Economiques. Clermont-Ferrand : Faculté de Sciences Economique et de Gestion, 2010, 302 p.
44. MINVIELLE, Etienne. Pour une évaluation des parcours de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 51-54.
45. PIVETEAU, Daniel. Les parcours portent la transformation du système de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 15-17.
46. MONNET, Elisabeth. Les parcours de santé : enjeux et mise en œuvre. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 2.
47. GODARD, Jean. La mise en œuvre des parcours sur le terrain : parcours de soins et de santé vus par les acteurs des soins primaires de proximité. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 24-28.
48. BERNARD, Christophe. La mise en œuvre des parcours : les collectivités locales, partenaires de l'organisation territoriale des parcours de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 28-30.

49. BATAILLON, Rémy., VARROUD-VIAL, Michel., MARECHAUX, Florence. Regards croisés sur le déploiement des parcours : stratégies de mise en œuvre des parcours de santé. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 36-38.
50. CAVALIER, Monique., GODET, Thierry., DROCHON, Vincent. La mise en œuvre des parcours sur le terrain : prise en charge des personnes âgées dans les Hautes-Pyrénées. *Actualité et dossier en santé publique*, 2014, n°88, p 30-33.
51. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Le dispositif Paerpa*. [en ligne]. (publié le 09/05/2017). Disponible sur : <<http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>> (consulté le 03/02/2018)
52. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article 48 de la Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013*. Journal Officiel n°0294 du 18 décembre 2012, p 19821
53. GAND, S./ PERIAC, E./ BLOCH, M-A. / HENAUT, L. Evaluation qualitative PAERPA : rapport final. [en ligne]. Rapport DREES, n°135. Paris : DRESS, 2017, 72p. Disponible sur : <<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt135.pdf>> (Consulté le 01/02/2018)
54. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ. *Cahier des charges relatifs à l'extension d'un territoire pilote PAERPA par nouvelle région, 2nde génération*. [en ligne]. (publié le 28/01/2016). Disponible sur : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cdc_extension_paerpa.pdf (Consulté le 01/02/2018)
55. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article 74 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1
56. WONG, Catherine. Annexe 1 : Loi du 30 juin 1838. In : *Guide des tutelles et de la protection juridique des majeurs*. Paris : Dunod, 2009, p. 299-310.
57. BONNAFÉ, Lucien. 1937-1987 : apprendre l'histoire et la manière de s'en servir. *Vie sociale et traitements*, 2016, vol. 1, n°129, p. 129-134.
58. CAIRE, Michel. Histoire de la psychiatrie en France. [en ligne]. (modifié le 07/02/2018). Disponible sur : <<http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>> (Consulté le 10/02/2018)
59. LAFONT, Max. *L'extermination douce*. Lormont : Le Bord de l'eau, 2000, 271p.
60. DELION, Pierre. Actualité de la psychothérapie institutionnelle. *Perspectives psy*, 2012, vol. 51, n°4, p 342-345.

61. BONNAFÉ, Lucien. *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)*. Toulouse : Presses Universitaires du Mirail, 1992, 334 p.
62. AYME, Jean. Le groupe de Sèvres. *Vie sociale et traitements*, 2001, vol. 3, n°71, p. 49-51.
63. DUCHÈNE, Henri. Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur. *L'information psychiatrique*, 2009, vol. 2, n°85, p. 195-198.
64. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. *Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales*. Non parue au Journal Officiel.
65. SAFON, Marie-Odile. Les réformes hospitalières en France. Aspects historiques et réglementaires. [en ligne]. Rapport de l'IRDES. Paris : IRDES, centre de documentation, 2017, 44 p. Disponible sur : <<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-hospitalieres-en-france.pdf>> (Consulté le 06/03/2018)
66. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. *Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies*. Journal Officiel du 21 avril 1972.
67. MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. *Circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique*. Non parue au Journal Officiel.
68. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE. *Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique*. Journal Officiel du 1^{er} janvier 1986, texte n° 6680.
69. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE. *Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique*. Journal Officiel du 19 mars 1986, texte n° 7393.
70. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE. *Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale*. Journal Officiel du 3 avril 1990, texte n° 577.
71. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE. *Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation*. Journal Officiel du 6 septembre 2003, p 15391.
72. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article 69 de la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Journal Officiel n°0022 du 27 janvier 2016, texte n°1

73. LOPEZ, A./TURAN-PELLETIER, G. *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Tome 2, n°2017-064R, 2017, 376p.
74. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé mentale : renforcer notre action. Aide-mémoire*. [en ligne]. (mis à jour en avril 2016). Disponible sur : <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>> (Consulté le 08/03/2018)
75. EHRENBURG, Alain. La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique*, 2005, n°41-42, p. 17-41.
76. ECOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et en santé mentale (patients adultes)*. ENSP, module interprofessionnel de santé publique, 2006, 54 p.
77. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*. Journal Officiel du 12 février 2005, p 2353
78. AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE. *Le secteur médico-social. Comprendre pour agir mieux*. [en ligne]. ANAP, anticiper et comprendre, 2013, 128p. Disponible sur : <<https://www.cnsa.fr/documentation/guide-secteur-ms-web.pdf>> (Consulté le 06/03/2018)
79. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées*. Journal Officiel du 1 juillet 1975, p 6596
80. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière*. Journal Officiel du 3 janvier 1971, p 67
81. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Article L312-1, modifié par la Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015*. Code de l'action sociale et des familles.
82. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale*. Journal Officiel du 3 janvier 2002, p 124
83. L'ASSEMBLÉE NATIONALE ET LE SÉNAT. *Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*. Journal Officiel du 11 août 2004, p 14277
84. LETOURMY, Alain. Associations et représentations des usagers. *Actualité et dossier en santé publique*, 2009, n°68, p 2.
85. CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE. *Les GEM : Groupes d'entraide mutuelle*. Les cahiers pédagogiques de la CNSA, 2017, 20 p.

86. MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ. *Arrêté du 18 mars 2016 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle*. Journal Officiel n°0104 du 4 mai 2016, texte n°9
87. INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ. *Les seize dispositifs pilotés ou soutenus par l'Inpes*. [en ligne]. (2012, mis à jour le 20/08/2015). Disponible sur : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie_sante/16-dispositifs.asp> (Consulté le 15/02/2018)
88. ALEZRAH, Charles. Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty. *L'information psychiatrique*, 2009, vol. 6, n°85, p. 509-517.
89. ROGER LACAN, Cyril./ PATRIS, Catherine. *Psychiatrie et grande exclusion*. Paris : secrétariat d'Etat à l'action humanitaire d'urgence, 1996, 39p.
90. PIEL, Éric./ ROELANDT, Jean-Luc. *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*. Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité, 2001, 86p.
91. CLERY MELIN, Philippe./ KOVESS, Vivianne./ PASCAL, Jean-Charles. *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*. Paris : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, 2003, 148p.
92. COUTY, Edouard./ CECCHI-TENERINI, Roland./ BROUDIC, Patrick./ NOIRE, Dominique. *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Paris : Ministère de la santé et des sports, 2009, 86p.
93. HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008*. Rapport du HCSP. Paris : collection évaluation, 2011, 228p.
94. ROBILIARD, Denys. *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*. Paris : Assemblée nationale, 2013, 133 p.
95. HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015*. Rapport du HCSP. Paris : collection évaluation, 2016, 228p.
96. LAFORCADE, Michel. *Rapport relatif à la santé mentale*. Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016, 190p.
97. AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ. *Schéma régional d'organisation des soins 2012-2017*. Projet Régional de Santé, 2012, p. 142.
98. ALMANACH. [en ligne]. In : *Lexicographie du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*. Disponible sur : <<http://www.cnrtl.fr/definition/almanach>>. (Consulté le 24/02/2018)

99. BOTTIN, S. Almanach du commerce et de toutes les adresses de la ville de Paris pour l'an VII. [en ligne]. In : *Gallica, Bibliothèque nationale de France*. Disponible sur : <<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k62929887/f8.image>> (Consulté le 24/02/2018)
100. BIBLIOTHÈQUE HISTORIQUE DES POSTES ET TÉLÉCOMMUNICATIONS. *Annuaire*. [en ligne]. (2004, mise à jour en octobre 2017). Disponible sur : <<https://iis7sh2ws10.domicile.fr/bibliotheq/annuaire.htm>> (Consulté le 24/02/2018)
101. GONZALEZ, Antonio., JOUVE Emmanuelle. Minitel : historique du réseau télématique français. *Flux*, 2002, n°47, p. 84-89.
102. COMMENT ÇA MARCHE. *LDAP – Introduction aux annuaires LDAP*. [en ligne]. (Version de mars 2018). Disponible sur : <<http://www.commentcamarche.com/contents/633-ldap-introduction-aux-annuaire-ldap>> (Consulté le 25/02/2018)
103. APREA, Jean-François. A propos des annuaires. In : *Infrastructure d'annuaire – conception sous windows server*. 2^{ème} éd. Paris : Eni, 2011, p 32-37.
104. PARIENTI MAIRE, Michaël. *Annuaire LDAP avec OpenLDAP*. [en ligne]. (2005). Disponible sur : <http://mparienti.developpez.com/cours/openldap/?page=page_1> (Consulté le 25/02/2018)
105. GEDDA, Michel. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesither Rev*, 2015, n°15, p. 39-44.
106. STATCOUNTER. *Search Engine Market Share France : Jan 2017 – Jan 2018*. [en ligne]. Disponible sur : <<http://gs.statcounter.com/search-engine-market-share/all/france/#monthly-201701-201801>> (Consulté le 25/02/2018)
107. VIAPSY. *ViaPsY : l'offre locale en santé mentale*. [en ligne]. (2017, modifié en 2018). Disponible sur : <<http://viapsy.fr/>>
108. BSI. *BSI Informatique*. [en ligne]. (Modifié en 2018). Disponible sur : <<https://www.bsi.fr/>>
109. GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN- OUEST : CONVENTION CONSTITUTIVE. *Communauté Psychiatrique de Territoire : Annexe 3 à la Convention constitutive*. Juin 2016, 4p.

Parcours de l'utilisateur en santé mentale. Mise au point d'un outil d'amélioration de la lisibilité des ressources disponibles : ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en santé mentale

La transition épidémiologique vers les maladies chroniques du fait des progrès de la médecine, du vieillissement de la population et de l'essor des polyopathologies est à l'origine d'un intérêt grandissant pour les parcours par les politiques de santé publique. Bien que motivé pour partie par une volonté d'infléchir durablement les dépenses de santé, ceci représente un gain potentiel de qualité pour les usagers. La psychiatrie a été précurseur dans le virage ambulatoire que nécessite la médecine de parcours. Englobée désormais dans les politiques publiques de santé mentale, elle implique une réorganisation en lien avec l'ensemble des acteurs impliqués dans ce domaine. L'offre en santé mentale s'est construite de manière complexe. Elle est aujourd'hui prolifique et protéiforme, ce qui peut la rendre difficile à appréhender et être à l'origine d'une barrière d'accès aux soins ou d'une rupture dans les parcours. Rendre lisible l'existant constitue peut-être un des premiers éléments de réponse dans l'optimisation des parcours. ViaPsY, annuaire pédagogique de l'offre locale en santé mentale, est un premier pas dans cette volonté d'explicitation de l'existant, pour tous.

TITRE EN ANGLAIS : User pathway in mental health. Development of a tool to improve legibility of available resources :ViaPsY, educational directory of local offer in mental health

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : santé mentale, parcours, annuaire pédagogique, santé publique, psychiatrie, usagers, offre locale

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : François OLIVIER