



Direction de la Santé Publique



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

Démarche d'état des lieux dans le domaine de la santé mentale à Marseille - Tableau de bord, enquête auprès des structures et approche qualitative - Synthèse générale

Novembre 2007

TABLE DES MATIERES

1. Objectifs et méthodologie.....	3
2. La santé mentale : un concept aux frontières « larges ».....	4
2.1. Les professionnels et les usagers utilisent un vocabulaire différent pour évoquer les problèmes de santé mentale.....	5
2.2. Santé mentale et situation sociale sont intriquées.....	6
3. Constats sur l'importance des problèmes de santé mentale sur le territoire de Marseille.....	7
3.1. Les données disponibles au plan territorial sont limitées.....	7
3.2. Principaux indicateurs épidémiologiques et statistiques sur la santé mentale à Marseille.....	7
3.3. Des structures interstitielles fréquemment confrontées à la souffrance psychique et à la maladie mentale.....	9
3.4. Conclusion : les problèmes de santé mentale à Marseille sont fréquents mais les données disponibles ne permettent pas de comparer la situation à celle d'autres territoires.....	9
4. Description de l'offre de prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille.....	10
4.1. Services d'hospitalisation temps plein en psychiatrie : une offre importante liée à une forte implantation du secteur sanitaire privé.....	10
4.2. Services de prise en charge ambulatoire et à temps partiel des établissements de santé : une offre qui devrait se développer y compris dans le secteur sanitaire privé.....	11
4.3. Services ambulatoires de longue durée sanitaires et sociaux : un manque de places important.....	11
4.4. Urgences psychiatriques : 3 sites d'accueil à Marseille.....	12
4.5. Psychiatres libéraux et autres professionnels de santé mentale libéraux : une offre très importante à Marseille.....	13
4.6. Dispositifs agissant auprès des populations précaires.....	13
4.7. Structures « interstitielles » : une offre variée.....	14
4.8. Actions et soutiens sociaux : une dimension participant aussi du soin.....	15
5. Prise en charge des problèmes de santé mentale à Marseille : analyse du fonctionnement.....	16
5.1. Adéquation de l'offre et de la demande.....	16
5.1.1. Une offre de prise en charge méconnue et parfois entachée d'images négatives.....	16
5.1.2. Des problèmes d'accessibilité à l'offre existante.....	17
5.1.3. De fortes disparités infra communales d'offre et de demande.....	19
5.1.4. Un besoin d'aller vers les personnes en difficulté dans leur lieu de vie.....	20

5.1.5.	Un manque d'acteurs formés dans le domaine de la santé mentale dans les structures interstitielles.....	20
5.1.6.	Une prise en compte parfois insuffisante du point de vue du patient dans la gestion des traitements.....	20
5.2.	Relations entre les acteurs, en particulier entre ceux du soin et ceux du social.....	21
5.2.1.	Des difficultés dans la relation entre acteurs du soins et acteurs sociaux.....	21
5.2.2.	Mais des collaborations et pratiques de réseau existent.....	21
5.2.3.	Un besoin de coordination des urgences psychiatriques.....	22
6.	Pistes de réflexion sur les actions à mener.....	23
6.1.	Améliorer les connaissances sur la situation épidémiologique et les dispositifs de prise en charge existant.....	23
6.2.	Favoriser l'accès aux soins des personnes.....	24
6.2.1.	Améliorer l'accessibilité des soins ambulatoires.....	24
6.2.2.	Désengorger les services d'hospitalisation temps-plein.....	24
6.2.3.	Soutenir et développer les actions de proximité.....	24
6.2.4.	Mieux coordonner la prise en charge des urgences afin d'éviter, autant que faire se peut, les discontinuités très fréquentes (discontinuités géographiques, discontinuités entre hospitalisation et suivi post-hospitalisation).....	25
6.2.5.	Mieux informer le public, les familles mais aussi les professionnels sur les maladies mentales et les ressources de soins.....	25
6.3.	Favoriser l'insertion sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale et soutenir les actions favorisant le lien social.....	25
6.4.	Améliorer la coordination des prises en charges sanitaires et sociales.....	26
6.4.1.	Soutenir le travail en réseau existant et développer le « travailler ensemble ».....	26
6.4.2.	Créer ou développer des lieux d'accueil et d'écoute, création de structures « relais », interfaces entre le social et le soin.....	26
6.5.	Mieux prendre en compte le besoin d'écoute et de soutien des aidants... et des professionnels.....	27

1. OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

La Ville de Marseille est régulièrement confrontée à des situations très diverses (urgentes ou non, de nature sociale ou non) mettant en jeu des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale. Afin de développer une réflexion sur son rôle et la façon dont elle pourrait s'organiser et agir face à ces situations, en collaboration avec les différents acteurs présents sur son territoire, sa Direction de la santé publique a chargé l'Observatoire régional de la santé (ORS) PACA de la réalisation d'un état des lieux des problèmes de santé mentale sur le territoire communal et d'une analyse des ressources existantes dans les domaines du soin et du social pour faire face à ces problèmes. Cette analyse visait aussi à tenter d'identifier les logiques qui sous tendent les orientations et les trajectoires de prise en charge médico-sociales des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale et à repérer les points forts et les limites (voire dysfonctionnements) des ressources et dispositifs existants. En accord avec la Direction de la santé publique de la ville de Marseille, le projet a été limité à la population adulte et n'a pas inclus les questions relatives aux personnes handicapées ou celles souffrant de pathologies mentales organiques liées au vieillissement. Trois actions « d'évaluation » associant les approches quantitative et qualitative ont été engagées :

1. Un tableau de bord sur la santé mentale à Marseille : celui-ci rassemble et analyse les données statistiques disponibles sur les problèmes de santé mentale et l'offre de prise en charge à Marseille pour les mettre en perspective au regard du contexte national et des données de la littérature épidémiologique ;
2. Un recensement des structures interstitielles sociales et médico-psychologiques sur le territoire de Marseille pouvant être amenées à accueillir et/ou prendre en charge des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale dans le cadre de leur activité ; une enquête par questionnaire auprès d'elles (141/338 ont participé) visait aussi à décrire leur mode de fonctionnement, à cerner la mesure dans laquelle elles sont confrontées aux problématiques de santé mentale et les ressources qu'elles mobilisent pour y faire face ;
3. Une enquête qualitative réalisée en deux étapes : 1) le recueil de récits de vie auprès de personnes en souffrance psychique ou ayant un trouble de santé mentale afin de reconstituer

des éléments de trajectoire : 7 « situations type » ont été retenues et étudiées¹ ; 2) la réalisation de 2 réunions de focus groupe, l'un composé de professionnels du champ social et l'autre d'acteurs du champ sanitaire. Lors de ces réunions de focus groupe, les résumés des récits recueillis lors de la première étape ont été présentés et discutés avec les professionnels.

Enfin, une enquête sur les comportements de santé et la santé mentale des étudiants primo inscrits en 1^{ère} année dans les universités de Marseille a également été réalisée grâce aux soutiens financiers du Conseil régional, de la ville de Marseille et de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Ses résultats, en cours d'analyse, viendront compléter dans un second temps cet état des lieux.

2. LA SANTE MENTALE : UN CONCEPT AUX FRONTIERES « LARGES »

La santé mentale couvre un large domaine, dont les limites ne sont pas clairement définies : elle va de la santé mentale positive (notion de « bien-être mental et social » proposée dans la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, OMS), jusqu'aux maladies psychiatriques, en passant par différents degrés de mal être ou de détresse ou souffrance psychologique : une « bonne » santé mentale n'est pas réductible à l'absence de troubles. Cette notion de continuum est sous-tendue, pour certains auteurs en sciences sociales, par un enjeu de lutte contre la discrimination vis-à-vis personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique. Mais elle ne vise pas à opposer souffrance psychologique et maladie mentale, lesquelles sont fréquemment associées. Pour d'autres, le terme de santé mentale est source d'ambiguïté et réveille la crainte de voir « psychiatrisées » les réponses à un certain nombre de problèmes générateurs de détresse ou souffrance psychologique mais dont les causes sont par exemple sociales.

¹ 1 - Une jeune fille ayant fait une dépression suite à une rupture sentimentale et au divorce de ses parents puis ayant développé des TOCS, déplorant des difficultés d'insertion, en lien avec un faible niveau de formation. Son suivi s'effectue dans une thérapie de groupe à l'hôpital mais aussi par un psychologue dans une association.

2 - Une femme seule élevant sa fille, en difficulté économique chronique depuis des années, ce qui a généré des moments de crises et l'a conduite dans le bureau d'une « psy ».

3 - Un homme se présentant comme bipolaire et ayant des TOCS. Il vit en couple, dans un appartement privé et bénéficie d'un emploi stable. Investi dans les associations d'auto-support, il se fait suivre en libéral.

4 - Un homme de 60 ans qui a très longtemps vécu en foyer ou à la rue mais vit maintenant dans un studio. Se définissant comme psychotique, il a passé de longs séjours en hôpital psychiatrique et est suivi par son CMP. Il est régulièrement hospitalisé en accord avec son médecin.

5 - Un homme de 40 ans, à la rue ou en foyer, ayant récemment eu un suivi psychiatrique de courte durée dans un dispensaire de soin lors d'un épisode de violence.

6 - Une jeune fille de 25 ans, hospitalisée plusieurs fois en psychiatrie, dont au moins deux fois sous la contrainte, pour des épisodes délirants. Elle a refusé pendant une certaine période de prendre des médicaments mais raconte avoir maintenant compris la nécessité d'être observante.

7 - Un homme de 67 ans, vivant seul dans le centre ville et ayant des problèmes tant avec son voisinage qu'avec des personnes dans la rue. Ses problèmes sont liés, selon lui, au fait qu'il soit harki.

2.1. Les professionnels et les usagers utilisent un vocabulaire différent pour évoquer les problèmes de santé mentale

L'enquête qualitative suggère que les conceptions des professionnels du soin et ceux du social relatives à la santé mentale sont plutôt marquées par des discontinuités et des oppositions. Pour les professionnels du soin ayant participé au focus groupe, le champ de la santé mentale pertinent pour l'intervention était celui de la nosographie psychiatrique, ceci reflétant, au moins en partie, la crainte d'être interpellé sur la régulation de problèmes de nature sociale. Pour les professionnels du social, un accent a été mis sur leurs difficultés à faire face à des moments de décompensation et des comportements de violence. Pour mettre ces propos en perspective, il faut tout d'abord souligner que les deux réunions de focus groupe ont eu une fonction cathartique, les participants exprimant d'abord leurs préoccupations les plus fortes voire douloureuses. Ensuite, même si les résultats de l'enquête auprès des structures retrouvent ces tendances à partir d'un nombre d'acteurs plus important, ils permettent aussi de les nuancer. Les évocations des professionnels du social soulignent ainsi l'exclusion ainsi que la difficulté à initier et à maintenir une prise en charge à propos des personnes souffrant de maladie mentale. L'enquête montre aussi des similitudes dans les évocations des professionnels du soin et celles des professionnels du social à propos des personnes en souffrance psychique (perte de motivation, repli sur soi, isolement social, mal être, souffrance, dépression, névroses...).

Pour les personnes auprès desquelles des récits de trajectoires ont été recueillis, le terme santé mentale n'a pas été utilisé, mais plusieurs types d'attitudes ont été observés. La catégorie de la maladie pouvait être tenue à distance, par un vocabulaire empruntant au registre des émotions ordinaires ; pour d'autres, qui s'inscrivaient eux-mêmes dans la maladie, c'est la folie qui était tenue à distance. Enfin, certaines personnes se sont appliquées à elles-mêmes des termes tels que schizophrénie ou psychose : la possibilité de « mettre un mot » sur leurs problèmes apparaissait comme un moment clef de leur trajectoire, probablement difficile mais permettant de mettre de l'ordre et participant à la définition d'orientations de prise en charge.

Une question qui se pose finalement est celle du caractère opérant du concept de santé mentale pour construire une politique avec les acteurs concernés. Malgré les divergences observées entre les conceptions des différents professionnels, on peut au moins avancer que du fait de la multiplicité des références auxquelles il renvoie, ce terme a au moins le mérite de ne pas être excluant et de permettre aux acteurs impliqués d'échanger.

2.2. Santé mentale et situation sociale sont intriquées

A côté des conceptions attachées au domaine de la santé mentale, son intrication avec le social constitue un des éléments forts qui peut être relevé sous de multiples angles. Sous l'angle de l'épidémiologie et de la santé publique en particulier, les données de la littérature scientifique montrent de façon assez cohérente le rôle des facteurs socio-économiques comme déterminants de la santé mentale, en interaction avec d'autres facteurs (biologiques, psychologiques...). Le soutien social (soutien moral et affectif, aide financière et matérielle que les individus reçoivent de leur entourage familial, amical, de voisinage) est aussi important. A l'inverse, la santé mentale retentit aussi sur la vie sociale des individus : les personnes atteintes d'une maladie mentale sont à la fois plus vulnérables et peuvent être rejetées par leur famille, leurs amis et par les employeurs. L'insertion dans la cité des personnes souffrant d'une maladie mentale est un véritable enjeu pour nos sociétés. L'OMS parle de « charge cachée » et de « charge indéterminée » pour désigner la stigmatisation, la violation des droits et des libertés, la réduction importante du rôle social dont sont victimes les personnes ayant une maladie mentale.

Dans l'enquête auprès des structures interstitielles, une situation sociale fortement dégradée, mêlant précarité, isolement, difficultés d'insertion professionnelle et exclusion, a été citée comme le principal problème rencontré par les personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale à Marseille.

Les entretiens réalisés dans le cadre de l'enquête qualitative illustrent par des exemples concrets, ces difficultés, par exemple celles de concilier les temps de travail et ceux de soins, quand ils sont aux mêmes horaires. Dans un contexte du marché de l'emploi difficile, les troubles de santé mentale peuvent constituer un handicap important, entre autres, à cause des périodes d'absence qu'ils peuvent induire. Un certain nombre de personnes a aussi évoqué des difficultés à vivre dans la cité et cohabiter avec le voisinage. La peur que les autres s'aperçoivent des troubles peut se traduire par un retrait des relations sociales ordinaires. Certains professionnels voyaient là une conséquence directe de la maladie mentale, relevant du soin. D'autres considéraient que les problèmes de cohabitation doivent faire l'objet d'un travail d'accompagnement social.

3. CONSTATS SUR L'IMPORTANCE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE SUR LE TERRITOIRE DE MARSEILLE

3.1. Les données disponibles au plan territorial sont limitées

Peu de données épidémiologiques et statistiques sont disponibles à Marseille, comme dans de nombreux autres territoires français de cette taille. Hormis pour le suicide, les données de mortalité par maladie mentale sont d'un intérêt limité comme indicateurs de fréquence des maladies mentales. Quant aux données de morbidité psychiatrique, celles-ci ne sont pas encore produites en milieu hospitalier (RIM-P) et sont difficiles à obtenir en population générale puisqu'elles nécessitent des enquêtes lourdes et coûteuses devant être conduites rigoureusement. Peu d'enquêtes ont donc été réalisées en population générale à une échelle territoriale en France. Restent les statistiques sur les recours aux soins qui apportent des éléments de connaissance.

3.2. Principaux indicateurs épidémiologiques et statistiques sur la santé mentale à Marseille

A Marseille, une enquête épidémiologique, menée en 1998-2000 auprès de la population générale des quartiers nord de Marseille² dans le cadre d'un projet international associant d'autres villes en France, a montré une prévalence des troubles dépressifs majeurs de 8 % (plus élevée que dans la plupart des autres sites métropolitains de l'étude : Nantes, Lille, Tourcoing) et de l'anxiété généralisée de 12 % (chiffre intermédiaire, par rapport aux autres villes de l'étude). En raison de différences méthodologiques, notamment concernant les outils diagnostiques utilisés, ces résultats sont difficilement comparables à ceux d'autres enquêtes réalisées en France ou ailleurs. Par exemple, l'enquête européenne ESEMeD indique une prévalence des troubles dépressifs majeurs et de la dysthymie en France, de 8,5 %, prévalence plus élevée que dans les 5 autres pays de l'enquête.

Les statistiques de l'Assurance maladie indiquent que chaque année à Marseille, sur la période 2003-2005, 2 000 personnes ont été nouvellement admises en affection de longue durée (ALD) pour une affection psychiatrique grave (soit 12 % de la totalité des admissions en ALD et plus de 30 % avant 40 ans). De plus, les affections psychiatriques représentent un tiers des arrêts de travail de longue durée toutes causes confondues.

² Des résultats complémentaires sur la population générale des quartiers sud de Marseille devraient être disponibles prochainement.

Selon les données les plus récentes disponibles, environ 15 000 Marseillais ont été pris en charge par la psychiatrie publique en 2003, le plus souvent en ambulatoire dans les centres médico-psychologiques (CMP). Un quart de ces personnes a été hospitalisé au moins une fois en psychiatrie.

Concernant les procédures d'hospitalisation sans consentement, environ 1 000 HDT et entre 110 et 160 HO par an -- selon l'année -- ont été comptabilisées par les hôpitaux marseillais entre 2002 et 2005. Entre 40 et 60 HO par an ont été signées par le maire ces dernières années, avec une tendance à la hausse depuis le début des années 90.

Environ 3 000 personnes par an ont eu recours aux urgences psychiatriques situées à l'hôpital nord (2001-2002, données les plus récentes disponibles), le plus souvent en raison d'un comportement suicidaire ou de manifestations anxieuses. Moins d'un recours sur cinq (16 %) se solde par une hospitalisation en psychiatrie. L'hospitalisation est « libre » dans près de 6 cas sur 10, effectuée sur « demande d'un tiers » dans 1 cas sur 3 et d'office dans 5 % des cas. Le mode d'hospitalisation n'est pas renseigné dans 5 % des cas.

Les médecins généralistes sont des acteurs incontournables de la prise en charge des problèmes de santé mentale puisqu'ils sont en première ligne et à l'origine de 80 % des prescriptions de médicaments psychotropes. En 2005, près d'un Marseillais sur 4 a été remboursé au moins une fois pour un médicament psychotrope et près d'un sur 6 au moins quatre fois. Les anxiolytiques sont les plus prescrits (15 % des Marseillais ont eu au moins un remboursement pour anxiolytique), devant les antidépresseurs (9 %), les hypnotiques (9 %) et les neuroleptiques (3 %). Ces proportions sont plus élevées chez les personnes bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et plus élevées à Marseille que dans le reste de la région et d'autres grandes villes comme Nice ou Toulon. Par ailleurs, 6 % des femmes et 4 % des hommes habitant Marseille ont consulté au moins une fois un psychiatre libéral en 2005.

Enfin, sur la période 2000-2002, 120 suicides ont eu lieu à Marseille chaque année, une mortalité plus faible qu'en France. Le nombre de suicide est probablement plus élevé car la mortalité par suicide est sous estimée en France d'environ 20 %.

3.3. Des structures interstitielles fréquemment confrontées à la souffrance psychique et à la maladie mentale

Les données issues de l'enquête « structures » indiquent que près de 9 structures interrogées sur 10 ont déclaré être amenées à rencontrer des personnes en souffrance psychique et 8 sur 10 des personnes ayant une maladie mentale. En moyenne, les répondants ont estimé que la moitié des personnes accueillies dans leur structure présentait une souffrance psychique et 20 % une maladie mentale. Même si ces chiffres n'ont pas un sens épidémiologique, ils témoignent de l'importance de la problématique en termes de perception par les acteurs ayant participé à l'enquête.

3.4. Conclusion : les problèmes de santé mentale à Marseille sont fréquents mais les données disponibles ne permettent pas de comparer la situation à celle d'autres territoires

Comme nous l'avons indiqué précédemment, les données disponibles sur les problèmes de santé mentale à l'échelle de Marseille sont limitées et ne permettent pas de connaître la situation épidémiologique avec précision ni de la comparer de façon systématique à celle d'autres zones géographiques, notamment d'autres grandes villes.

Les données disponibles montrent toutefois que ces problèmes sont fréquents dans la population marseillaise : près d'une personne sur 10 ayant un trouble dépressif majeur dans la partie nord de la ville, 1 personne sur 4 ayant consommé des médicaments psychotropes dans l'année, 15 000 habitants pris en charge par la psychiatrie publique en 2003. Certains résultats traduisent aussi l'importance de ces problèmes dans les populations précaires.

Les quelques éléments de comparaison géographique disponibles suggèrent une fréquence des troubles dépressifs majeurs plus élevée dans les quartiers nord de Marseille que dans d'autres grandes villes françaises. Le recours aux médicaments psychotropes et aux psychiatres libéraux semble aussi plus fréquent à Marseille que dans d'autres grandes villes régionales. En revanche, il existe à Marseille une sous-mortalité par suicide par rapport au reste de la France.

4. DESCRIPTION DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE A MARSEILLE

Selon le diagnostic réalisé par la Mission nationale d'appui en santé mentale, un système de prise en charge de la santé mentale cohérent doit comporter un certain nombre de dispositifs offrant une palette assez large de services de soins et de services sociaux. Des services de soins de courte durée en temps plein destinés à la prise en charge des épisodes aigus et de crise doivent être suffisamment et correctement épaulés par des services ambulatoires de soins de moyenne durée et des services ambulatoires sanitaires et sociaux de longue durée. Les structures « interstitielles » sociales et médico-psychologiques constituent des ressources pouvant prendre le relais ou agir de façon complémentaire des structures précédentes.

4.1. Services d'hospitalisation temps plein en psychiatrie : une offre importante liée à une forte implantation du secteur sanitaire privé

A Marseille, l'offre globale en lits d'hospitalisation en psychiatrie générale est plus élevée que la moyenne nationale. Ceci est dû à une forte implantation des structures sanitaires privées dans le domaine de l'hospitalisation temps plein et de la post-cure : en 2005, 53 % des 1 417 lits de psychiatrie générale de la commune (20 % en France) et la totalité des lits de post-cure psychiatrique (182) étaient installés dans le secteur sanitaire privé. La densité de lits observée dans les établissements publics de Marseille est aussi plus élevée que la moyenne régionale. Mais, entre 2002 et 2005, le nombre de lits a diminué dans les établissements publics (- 6 %) et privés (-13 %).

En 2003, l'équipe d'un secteur de psychiatrie générale à Marseille disposait en moyenne, en équivalents temps plein, de 7,5 médecins psychiatres ou internes, 53 infirmiers et 3 psychologues, la moitié du personnel médical et les $\frac{3}{4}$ du personnel infirmier exerçant dans les unités d'hospitalisation temps plein. Malgré l'attractivité du sud de la France, des postes étaient vacants en 2003 depuis plus d'un an au sein des secteurs de psychiatrie générale de Marseille : 2 postes de psychiatres (sur plus de 105 ETP de personnel médical) et 40 postes d'infirmiers à temps plein. Selon le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) Psychiatrie, l'existence de postes vacants de psychiatres hospitaliers serait un phénomène récent dans la région et lié aux problèmes de démographie médicale observés au niveau national.

4.2. Services de prise en charge ambulatoire et à temps partiel des établissements de santé : une offre qui devrait se développer y compris dans le secteur sanitaire privé

Dans la commune, la totalité des secteurs de psychiatrie générale ainsi que l'intersecteur de gérontopsychiatrie disposent d'au moins un CMP (16 CMP au total sur 14 secteurs de psychiatrie générale). En moyenne, l'équipe d'un CMP à Marseille est composée de 3,1 ETP d'infirmières, 1,3 de psychiatre, 1,2 de psychologue et 0,7 d'assistante sociale et très peu disposent de personnel de rééducation.

A Marseille, le secteur public gère en 2005 la totalité de l'offre d'hospitalisation partielle : 340 places en hôpital de jour, 60 places en hôpital de nuit, 12 CATTP et 3 ateliers thérapeutiques. Rapporté au nombre d'habitants, le nombre de places en hôpitaux de jour et de nuit est légèrement plus élevé que dans la région. Une grande partie des places en hôpitaux de jour (45 %) est encore située dans l'enceinte de l'hôpital, le SROS Psychiatrie recommandant une externalisation de ces structures.

Entre 2002 et 2005, un hôpital de nuit a été fermé sur la commune conduisant à une diminution du nombre de places en hospitalisation partielle. D'ici 2011, le SROS prévoit une augmentation du nombre de places en hôpitaux de jour dans le territoire de santé Bouches-du-Rhône Sud. Des places sont en cours de création dans des établissements de soins privés.

4.3. Services ambulatoires de longue durée sanitaires et sociaux : un manque de places important

Parmi les services ambulatoires de longue durée, la Mission nationale d'appui en santé mentale distingue ceux à prédominance sanitaire (appartements thérapeutiques, accueils familiaux thérapeutiques - dépendant du secteur sanitaire et les Maisons d'accueil spécialisé - MAS -, dépendant du secteur médico-social) et ceux à prédominance sociale. Parmi ces derniers, certains répondent plus à des besoins d'hébergement/logement (Foyer d'accueil médicalisé - FAM -, foyer de vie, Centre d'hébergement et de réadaptation sociale - CHRS, appartement associatif...), d'autres à des besoins d'accompagnement à la vie sociale (Service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS -, Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés - SAMSAH) ou à des besoins occupationnels (groupe d'entraide mutuelle) ou d'aide au travail et à la réinsertion (Etablissement et service d'aide par le travail - ESAT).

A Marseille, en 2005, 25 places en appartement thérapeutique et 34 en accueil familial thérapeutique étaient installées dans le secteur sanitaire public. Le nombre de places ne semble pas avoir augmenté entre 2002 et 2005 alors que sur cette même période, le nombre de lits a diminué dans les

établissements publics et privés. Le SROS prévoit une augmentation du nombre de places en appartements thérapeutiques, y compris dans les établissements de soins privés (cliniques) où des projets sont déjà engagés.

A Marseille, il existe un déficit de places dans les structures médico-sociales pour les personnes souffrant de handicap. A noter que ces structures accueillent des personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques mais aussi, voire principalement, des personnes atteintes de handicaps résultant d'autres types de troubles. Au total, Marseille dispose de 2 FAM (75 lits), 7 MAS (238 lits), 368 places en foyers de vie, 1 159 places en établissements et services d'aide par le travail et de 281 places en foyers d'hébergement. De plus, il y avait à Marseille, en 2006, 5 SAVS (dont un service expérimental) et 3 SAMSAH (57 places).

Aujourd'hui, il n'existe pas d'inventaire systématique et régulièrement mis à jour de l'offre de services ambulatoires de longue durée en santé mentale (notamment en appartement associatif, maison relais, CHRS...). Le nombre total de places disponibles dans ce type de structures pour des personnes souffrant de problèmes de santé mentale n'est pas connu précisément mais paraît insuffisant au regard des besoins (cf. infra). Le nombre de places devrait augmenter, des projets étant actuellement en cours pour développer l'offre de services ambulatoires de longue durée, tant dans le champ sanitaire dans le cadre du SROS que dans le champ social et médico-social.

4.4. Urgences psychiatriques : 3 sites d'accueil à Marseille

La psychiatrie publique à Marseille dispose de trois sites de prise en charge des urgences (intersecteur des urgences psychiatriques situé à l'hôpital nord, centre d'accueil permanent situé à la Conception et présence d'un psychiatre aux urgences de Sainte-Marguerite).

D'autres acteurs sont également impliqués dans la prise en charge en urgence des problèmes de santé mentale : le SAMU/Centre 15, SOS Médecins, les médecins généralistes. Les problèmes « psychiatriques » ne représentent qu'une faible part de l'activité du SAMU/Centre 15 et de SOS Médecins, selon leurs données statistiques (respectivement 12 % des dossiers et 3 % des appels, en 2005).

Certains CMP s'organisent également pour pouvoir répondre aux demandes de prise en charge urgente non prévues.

Un tiers des structures interstitielles interrogées a aussi déclaré accueillir les usagers en urgence en cas de nécessité. Il s'agissait principalement de structures médico-psychologiques (48,6 %), même si près d'une structure sociale sur 5 (17,7 %) a déclaré assurer les prises en charge d'urgence.

4.5. Psychiatres libéraux et autres professionnels de santé mentale libéraux : une offre très importante à Marseille

Au 1^{er} janvier 2005, 424 psychiatres étaient installés sur la commune de Marseille, dont 68 % exerçaient en libéral (48 % en France). Près de 4 sur 10 étaient âgés de 55 ans ou plus, soit une proportion légèrement plus élevée qu'en France. La propension des psychiatres libéraux à s'installer dans les zones urbaines et dans le sud de la France se traduit par une densité de psychiatres libéraux trois fois plus élevée à Marseille qu'en France et deux fois plus élevée que dans la région. Au sein de la région, le territoire de proximité de Marseille est l'un des mieux dotés.

De plus, 262 psychologues étaient installés sur la commune, dont 12 % libéraux, 40 % salariés du public et 46 % salariés d'un établissement privé. L'enregistrement des psychologues étant récent, ces chiffres sont probablement sous-estimés. Par ailleurs, selon le décompte réalisé dans le cadre du SROS en 2004, 39 psychanalystes libéraux non psychiatres et 112 psychologues ou psychothérapeutes libéraux étaient installés sur le territoire de proximité de Marseille.

4.6. Dispositifs agissant auprès des populations précaires

Face à la fréquence des problèmes de santé mentale parmi les personnes en situation précaire, divers dispositifs de prise en charge se sont peu à peu développés et d'autres sont en projet.

Depuis 1989, dans les Bouches-du-Rhône, les bénéficiaires du RMI ont la possibilité de rencontrer un médecin du dispositif RMI. Face à l'importance des problématiques liées à la santé mentale, certains points d'accueil ont pu obtenir des vacations de spécialistes en psychiatrie en 1997, pour recevoir les bénéficiaires ayant besoin de ce type de prise en charge et apporter un soutien aux professionnels de l'insertion. Depuis, cette démarche s'est généralisée. En 2006, des conventions ont été passées entre le dispositif RMI et les 3 établissements gestionnaires des secteurs de psychiatrie générale de Marseille. En 2005-2006, grâce à un co-financement ARH-Conseil général des Bouches-du-Rhône, 26,5 vacations (de 3 heures environ) d'infirmières ou de psychologues ont été réalisées chaque semaine au sein du dispositif RMI.

A Marseille, le Centre d'accueil, de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde œuvre depuis 1987 pour améliorer l'accès à la prévention et aux soins des populations en situation précaire. Son équipe, composée de 120 bénévoles et 4 salariés dispense gratuitement aux personnes en situation de précarité un accueil social, des consultations de médecine générale et spécialisée (dont psychiatrie), des consultations paramédicales, de psychologues, des soins infirmiers, des consultations d'assistantes

sociales et des entretiens de prévention. Il travaille en partenariat avec les professionnels de la psychiatrie publique et privée et d'autres associations.

La mission auprès des personnes sans abri de Médecins du Monde, autonome depuis 2005, a pour objectif général de faciliter l'accès aux soins des personnes sans abri à Marseille. Dans la rue, son équipe de bénévoles (travailleurs pairs, médecins généralistes et psychiatres, infirmiers et infirmiers psychiatriques, psychologues, anthropologues...) établit un contact avec les personnes sans abri et tente de les orienter vers les dispositifs sociaux et médicaux adaptés. Elle travaille également « hors rue » pour échanger avec d'autres structures, organiser des formations, etc.

Depuis 1997, l'Equipe mobile de liaison psychiatrie-précarité (rattachée au CHS Edouard Toulouse) intervient auprès des publics précaires en se rendant sur les lieux sociaux, avec pour objectif d'améliorer l'accès aux soins de ces personnes. Elle assure également un soutien aux équipes sociales et réalise un travail d'articulation et de liaison entre les services sociaux et ceux de santé mentale. Son action concerne les secteurs de psychiatrie générale du nord de la commune.

Lors de la réalisation du tableau de bord sur la santé mentale à Marseille, Médecins du Monde, en partenariat avec l'APHM était en cours de montage d'un projet « santé mentale de proximité » visant à améliorer l'accès aux soins, la santé et la qualité de vie des personnes en grande précarité (celles vivant à la rue principalement) présentant des troubles psychiatriques.

4.7. Structures « interstitielles » : une offre variée

La plupart des structures interrogées lors de l'enquête « structures » a fait état d'activités et de missions variées. Les missions les plus fréquemment citées étaient l'accès aux droits et au logement, les activités éducatives et/ou culturelles, l'écoute, l'information et l'orientation. Près de 2/3 de ces structures ont déclaré s'adresser à un public particulier, par exemple, une classe d'âge spécifique, ou limiter ses activités aux résidents de certains quartiers ou arrondissements ou encore à des problématiques spécifiques.

Quatre structures sociales sur 10 environ ont déclaré accueillir les personnes sous conditions administratives (avoir des papiers d'identité ou un titre de séjour) et la même proportion sous conditions de ressources (être en-deçà d'un certain seuil de ressources, être allocataire RMI).

Les professions sociales sont représentées dans la majorité des structures, alors que les professions médicales et de santé mentale sont concentrées dans les structures médico-psychologiques. De plus, quand des professionnels de la santé mentale sont présents dans les structures sociales, ils le sont rarement à temps plein. Enfin, plus d'une structure sur 10 ne comprend aucune de ces professions et est composée principalement de bénévoles.

Certaines initiatives spécifiquement destinées aux personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale ont été prises par quelques structures ayant participé à l'enquête : groupes de parole, consultations de suivi de traitement, art thérapie ou encore suivi de jeunes suicidants.

4.8. Actions et soutiens sociaux : une dimension participant aussi du soin

La dimension de soin des actions et soutiens sociaux a été soulignée lors de l'enquête qualitative, revendiquée par les professionnels du social mais également reconnue par ceux du soin. Quant aux personnes interviewées, leur discours indique que « se soigner » va souvent bien au-delà de la sphère du soin et dans cette perspective, c'est ainsi une multitude d'objectifs qui sont poursuivis lesquels touchent des domaines difficilement accessibles à l'intervention publique.

De plus, la connaissance relative aux troubles à la fois par la personne qui expérimente les troubles comme par son entourage a aussi été mise en avant dans de nombreux entretiens comme essentielle.

5. PRISE EN CHARGE DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE A MARSEILLE : ANALYSE DU FONCTIONNEMENT

5.1. Adéquation de l'offre et de la demande

5.1.1. Une offre de prise en charge méconnue et parfois entachée d'images négatives

En analysant les trajectoires des personnes interviewées lors de l'enquête qualitative, une impression domine pour certaines d'entre elles, notamment celles qui ne sont pas entrées dans un circuit de prise en charge dans le secteur public via une hospitalisation : le caractère chaotique dans les ressources mobilisées pour la construction de leur prise en charge. Plusieurs éléments peuvent être avancés, à partir de ces entretiens, pour expliquer cela :

- Tout d'abord, des inégalités considérables existent dans les savoirs relatifs aux maladies mentales et aux différentes options thérapeutiques, savoirs pourtant essentiels pour mieux se repérer dans les différentes possibilités d'orientation.
- Un second élément en jeu dans la dynamique de recours aux soins réside dans la connaissance ou plutôt la méconnaissance de l'existant en matière de structures ou de professionnels. Certaines trajectoires montrent à quel point les ressources existantes peuvent être difficiles à identifier et notamment pour la prise en charge de troubles spécifiques. Le personnel des structures interstitielles a aussi largement témoigné du manque de connaissance de l'offre existante par les personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale.
- Les informations informelles plus ou moins accessibles selon les réseaux sociaux dans lesquels s'inscrivent les personnes sont aussi susceptibles d'introduire des inégalités dans la construction des trajectoires (par exemple, connaissance des praticiens libéraux qui acceptent la CMU...) ; les associations de patients peuvent aussi jouer un rôle important pour faciliter des contacts avec le système de soin.
- Les réunions de focus groupe et l'enquête auprès des structures indiquent que les acteurs de première ligne que sont les médecins généralistes ne connaissent pas bien les structures ressources et ne sont donc pas toujours en mesure d'orienter leurs patients de façon optimale.
- L'enquête qualitative a aussi montré qu'une image négative était parfois associée aux CMP. A côté de la difficulté que peut représenter le fait de consulter dans un CMP, cette perception semble engendrer des réticences à consulter dans ces structures. Il est ici d'abord question d'identité (ne pas aller dans une structure perçue comme étant dédiée aux pathologies psychiatriques perçues comme graves) mais aussi de la visibilité de la structure dans la cité

laquelle induit un risque de se voir « discrédité » si l'on est vu y entrer. A l'inverse, le nombre important de praticiens libéraux et la diversité de leurs pratiques participeraient à « désépécifier » le recours, l'éloignant de la sphère purement médicale. La consultation en libéral a en outre l'avantage de plus de discrétion.

5.1.2. Des problèmes d'accessibilité à l'offre existante

a) Des plages horaires pouvant limiter l'accès aux soins des personnes qui travaillent

Lors de l'enquête qualitative, un des problèmes exprimé par certaines personnes est de pouvoir disposer de plages horaires de soin conciliables avec une activité professionnelle, afin, comme c'est le cas pour une des personnes interviewées, de ne pas avoir à choisir entre se soigner ou travailler.

L'analyse des résultats d'une enquête réalisée par l'ARH et la CRAM suggère que l'accessibilité des CMP pourrait être améliorée. Les CMP situés sur la commune sont ouverts du lundi au vendredi de 9 heures à 17 heures pour la majorité. A partir de 17 heures, moins de la moitié des CMP sont ouverts. Certains CMP ont tenté d'élargir leurs plages d'heures ouvrables, mais ces tentatives se sont heurtées à un manque de moyens et à des problèmes de sécurité et n'ont pu être pérennisées. En dehors des heures d'ouverture, seuls deux CMP mettent à disposition un répondeur téléphonique dont un seul donne les renseignements nécessaires sur les structures accessibles en cas d'urgence.

Par ailleurs, l'enquête « structures » a montré que la moitié des structures sociales et médico-psychologiques reçoit uniquement sur rendez-vous. Les structures sont généralement ouvertes en journée et en semaine, mais très peu sont ouvertes les week-ends, jours fériés ou en soirée (3 sur 141). Le manque de moyens financiers et matériels est fréquemment cité dans cette enquête.

b) Des prises en charge souvent différées

Dans 1 structure interstitielle interrogée sur 2, la prise en charge n'est pas immédiate. Les délais d'attente sont en moyenne d'un mois, mais sont plus élevés dans les structures sociales que dans les structures médico-psychologiques. Un tiers des répondants a jugé ces délais excessifs. Une autre enquête indique que dans les CMP, le délai d'attente pour une première consultation est de l'ordre de 13 jours (\pm 11 jours) mais il peut être plus court en cas d'urgence (4 jours en moyenne).

c) Des services d'hospitalisation temps plein saturés

Dans les services de psychiatrie temps-plein, à Marseille comme en France, le taux d'occupation était de 86 % dans le secteur public en 2003 et plus élevé dans le secteur privé à but lucratif très représenté à Marseille (96 %). Ces taux d'occupation sont plus élevés que dans tous les autres services hospitaliers

(hors soins de longue durée). Selon différentes sources et professionnels, ils résultent d'un manque de moyens à la fois à l'extérieur et à l'intérieur.

A l'extérieur : près de 2 patients « long séjour » sur 3 à Marseille (selon une enquête réalisée dans le cadre du SROS 3) restent en hospitalisation complète en raison d'un déficit de solutions d'hébergement/logement et d'accompagnement en dehors de l'hôpital. Ceci souligne les besoins de « services ambulatoires de longue durée » sanitaires (appartements thérapeutiques, accueils familiaux thérapeutiques), médico-sociaux (maison d'accueil spécialisée...) et sociaux (appartements associatifs...).

A l'intérieur : le manque de moyens dont dispose la psychiatrie hospitalière a été martelé par les professionnels du soin (trop grande difficulté à hospitaliser les personnes en ayant besoin et durées d'hospitalisations considérées trop courtes) et semble aussi faire consensus parmi les professionnels du social.

La psychiatrie accueillant des soins programmés et non programmés, les taux d'occupation élevés ont des répercussions négatives sur la prise en charge des patients. Par exemple, certains professionnels des urgences psychiatriques témoignent que lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, le temps passé à chercher une place peut être plus important que celui dévolu à la personne elle-même. Celle-ci peut être obligée d'attendre plusieurs jours avant d'être hospitalisée, ce qui accroît les risques de « fugue ». Souvent, seules les personnes présentant des pathologies aiguës peuvent être hospitalisées, ce qui constitue un frein aux prises en charge précoces, à la prévention des situations de crise ou encore à l'utilisation de l'hôpital comme lieu « refuge » ou comme séjour de rupture par rapport à la vie quotidienne. Certains professionnels témoignent aussi du détournement de la procédure d'HDT, parfois utilisée pour faire hospitaliser des patients qui souhaitent être hospitalisés mais pour lesquels il n'y a pas de place dans les services.

d) Un manque de places dans les services ambulatoires de longue durée

L'enquête réalisée dans le cadre du SROS, citée précédemment, a estimé à environ 210 le nombre de places « d'hébergement/logement thérapeutique et social » supplémentaires (incluant des structures sanitaires, sociales et médico-sociales) nécessaires pour des patients ayant des maladies mentales à Marseille. Selon une autre enquête, réalisée uniquement auprès des établissements publics, le nombre de places nécessaires serait *a minima* de 140 à 210. Mais au-delà du nombre de places, il existe des besoins d'accompagnement, de services (avance de caution...), etc. qui n'ont pas été évalués.

e) Des barrières administratives et financières à l'accès et à la continuité des prises en charge

Certains professionnels et les usagers rencontrés lors de l'enquête qualitative ont dénoncé l'impossibilité d'accès à la CMUC pour les personnes percevant l'AAH, ce qui oblige celles-ci à devoir s'acquitter du forfait hospitalier lors d'hospitalisations souvent répétées et parfois longues. La conséquence de cet « effet de seuil » est un endettement chronique parfois important de ces personnes.

Un changement de situation administrative peut aussi entraîner une modification des cadres et conditions de prise en charge administrative et favoriser une discontinuité de la prise en charge sociale ou sanitaire.

Par ailleurs, le refus de certains psychiatres libéraux de suivre des personnes sous CMU – comme cela s'observe dans d'autres spécialités médicales – participe à creuser les inégalités en matière d'accès aux soins en santé mentale.

Le non remboursement par la sécurité sociale des consultations auprès de psychologues favorise les recours en psychiatrie pour des raisons économiques, même si le secteur public et le secteur associatif intègrent dans leur offre de soins la possibilité de consulter un psychologue.

5.1.3. De fortes disparités infra communales d'offre et de demande

L'offre en psychiatrie publique varie selon les secteurs. La densité de places en hôpitaux de jour et de nuit est plus élevée dans les secteurs du centre et du nord-ouest de la commune. C'est aussi dans ces secteurs que sont situés les CATTP et les ateliers thérapeutiques. Les appartements thérapeutiques et accueils familiaux thérapeutiques sont aussi concentrés dans le centre et le nord de la commune. Le personnel des secteurs varie en nombre d'équivalents temps plein mais aussi en termes de répartition entre les services : de 27 % à 76 % du personnel médical et 48 à 96 % du personnel infirmier exerçaient dans les unités d'hospitalisation temps plein en 2003. Des disparités entre secteurs sont aussi observées dans leur activité, en termes de volume -- le nombre de patients pris en charge varie de 400 à plus de 2 000 --, de type d'activité ou de mode de prise en charge. Toutefois, ces disparités reflètent probablement, au moins en partie, des différences infra communales de demande et de besoins de services de soins. Selon les témoignages de certains professionnels, des personnes relevant de certains secteurs de psychiatrie générale saturés sont parfois adressées à des secteurs moins saturés.

L'offre de soins sanitaire privée est très inégalement répartie sur le territoire communal : les cliniques et centres de post-cures sont concentrés dans l'est et le sud de la commune et les psychiatres libéraux dans le centre ville de Marseille (1^{er} et 6^{ème} arrondissements) et le 8^{ème} arrondissement. Pour certaines personnes peu mobiles (état de santé, raisons économiques, culturelles...), cette répartition pourrait, en conjonction avec d'autres facteurs, représenter un obstacle à l'accès aux soins. On observe d'ailleurs

que les habitants du centre ville et du sud sont plus nombreux à consulter un psychiatre libéral que les autres et que le taux de recours à ces professionnels est d'autant plus élevé que la densité de psychiatres libéraux et la part d'habitants en affection longue durée augmentent ; il est par contre plus faible dans les arrondissements les plus précaires.

5.1.4. Un besoin d'aller vers les personnes en difficulté dans leur lieu de vie

Un tiers des structures interstitielles interrogées lors de l'enquête « structures » a déclaré aller au contact de personnes. Pour les structures sociales, il s'agit principalement d'un travail de rue. Pour les structures médico-psychologiques, il s'agit plutôt d'interventions dans d'autres structures d'accueil (par exemple, l'équipe mobile de liaison psychiatrie-précarité). De plus, 1 structure sur 2 a déclaré intervenir ponctuellement au domicile des usagers, principalement lorsque ceux-ci ne pouvaient pas se déplacer (maladie invalidante, accident...).

De telles initiatives ne sont cependant pas jugées suffisantes lors du focus groupe réunissant des professionnels du social, ces derniers demandant aux psychiatres de se déplacer sur les lieux du social, d'« aller vers » les personnes ayant des troubles, en se rendant au plus près d'elles, là où elles vivent. Les résultats de l'enquête auprès des structures interstitielles vont dans le même sens.

5.1.5. Un manque d'acteurs formés dans le domaine de la santé mentale dans les structures interstitielles

Parmi les structures interstitielles ayant répondu à l'enquête, 9 sur 10 ont déclaré être parfois ou souvent en difficulté lors de la prise en charge de ce public. Les principales difficultés évoquées sont le manque de qualification et de formation des acteurs, les difficultés de communication dues à une trop grande souffrance psychologique, les comportements violents et les refus de prise en charge.

5.1.6. Une prise en compte parfois insuffisante du point de vue du patient dans la gestion des traitements

La prise en charge des personnes ayant une maladie mentale partage, d'une certaine façon, des caractéristiques avec celle des maladies chroniques. La prise en charge de celles-ci, selon Bury, demande « un travail sans fin », ponctué d'espoirs et de désespoirs. Malgré les efforts concédés, les patients sont souvent forcés de constater que la guérison reste un horizon inaccessible. En l'absence d'espoir de guérison, le découragement est fréquent dans les trajectoires de patients atteints de pathologie au long cours. Celui-ci peut se traduire par des arrêts dans le suivi ou le traitement. Compte tenu de l'importance des effets secondaires des médicaments, rapportés par les personnes ayant participé à l'enquête qualitative, le soin peut parfois être perçu comme apportant plus d'inconvénients que de bénéfices. Ces différents éléments coexistent avec une injonction forte à l'observance, laquelle laisse peu de place, dans certaines prises en charge, à l'expression des difficultés à être observant. La

gestion des affections au long cours nécessite que les expertises du patient et du médecin se rencontrent pour la mise au point du traitement le mieux adapté possible. Les récits de trajectoires réalisés dans le cadre de l'enquête qualitative semblent au contraire indiquer une prise en compte insuffisante du point de vue de la personne dans le choix de son traitement.

5.2. Relations entre les acteurs et besoins de coordination

5.2.1. Des difficultés dans la relation entre acteurs du soins et acteurs sociaux

Plusieurs points de friction sont apparus lors des focus groupes entre les acteurs du social et ceux du soin. Les professionnels du social ayant participé au focus groupe appellent fortement de leurs vœux la mise en place de collaborations avec la psychiatrie. Ils attendent de la psychiatrie qu'elle partage certaines informations sur la santé mentale des personnes qui leur posent problème afin de mieux déterminer les conduites à tenir. L'autre demande récurrente des acteurs sociaux du focus groupe à l'encontre des psychiatres est une meilleure reconnaissance et prise en compte de leur parole. Pour ces professionnels, reconnaître leur capacité à repérer et alerter des situations relevant au moins d'une intervention psychiatrique semble un enjeu important.

Du côté de la psychiatrie, le développement de collaborations avec les professionnels du social n'a pas été évoqué par les professionnels participant au focus groupe. Ces derniers ont par contre regretté que les services de soins soient « envahis » de personnes n'ayant pas de pathologie psychiatrique. Ils ont aussi témoigné de leur crainte de voir leur pratique se diluer dans la prise en charge de personnes n'ayant pas de véritable maladie psychiatrique et la régulation de problèmes d'ordre social. Il est difficile de déterminer, à partir de notre démarche la mesure dans laquelle ce point de vue est partagé. On peut cependant noter que certaines démarches sur le territoire de Marseille s'inscrivent dans une prise en charge globale médicale et sociale. Certains professionnels ont par ailleurs regretté l'absence de prise en charge sociale dans le secteur privé (praticiens libéraux ou cliniques).

5.2.2. Mais des collaborations et pratiques de réseau existent

Le CMP est reconnu comme un partenaire incontournable pour les structures sociales et médico-psychologiques : 8 structures interstitielles sur 10 déclarent travailler avec le CMP de secteur, notamment pour l'orientation des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale. Notre enquête ne permet cependant pas de déterminer si ces relations sont ponctuelles ou régulières.

Par ailleurs, un certain nombre de structures interstitielles sociales et médico-psychologiques travaillent en réseau : 2 sur 10 ont déclaré appartenir à un réseau de santé formalisé et la même proportion à un

réseau de réflexion, notamment avec le CMP de secteur. De plus, la moitié des structures a déclaré appartenir à une fédération d'associations.

Cependant, les structures médico-psychologiques travaillent relativement peu avec les structures sociales, mais plutôt avec les services de psychiatrie, les structures spécialisées dans la prise en charge de personnes toxicomanes ou de jeunes (Maison de l'adolescent, Imaje), ainsi que les psychiatres et psychologues libéraux. Les structures sociales, quant à elles, ont comme principaux interlocuteurs, en dehors du CMP, d'autres structures sociales et certaines institutions (CAF, Conseil Régional et Général...) ainsi que des psychiatres et psychologues libéraux. Très peu ont déclaré orienter vers les urgences psychiatriques.

5.2.3. Un besoin de coordination des urgences psychiatriques

Le SROS préconise une association des urgences psychiatriques aux sites d'urgences médico-chirurgicales ainsi qu'une structuration de l'amont et de l'aval de ces urgences. A Marseille, les consultations locales réalisées dans le cadre du Plan régional de santé publique ont souligné la nécessité d'une coordination centrale des urgences psychiatriques pour éviter que certains patients soient renvoyés d'un service à l'autre et lutter contre la discontinuité des soins. La création d'un centre 15 à orientation psychiatrique est également souhaitée par les acteurs. Une réflexion est actuellement en cours à Marseille pour organiser la prise en charge des urgences psychiatriques pour les personnes sans domicile fixe. Jusqu'à présent, le lieu d'hospitalisation dépendait souvent, pour ces personnes, du jour de la semaine (« tour de garde »), méthode ne permettant pas de garantir une continuité des soins.

6. PISTES DE REFLEXION SUR LES ACTIONS A MENER

6.1. Améliorer les connaissances sur la situation épidémiologique et les dispositifs de prise en charge existant

La collecte de données épidémiologiques en population à l'échelle territoriale par des enquêtes réalisées à intervalles réguliers (par exemple, sous la forme d'un baromètre) a un coût élevé mais pourrait être justifiée pour construire et suivre des indicateurs permettant d'évaluer l'impact d'une politique de santé publique. Sa mise en œuvre relève d'une volonté forte des pouvoirs publics.

Il paraît essentiel de suivre l'incidence des tentatives de suicide sur le territoire de Marseille et, dans cette perspective, de mettre en œuvre d'un travail de réflexion sur la faisabilité d'une surveillance de ces événements, en repartant des dispositifs existant.

Certaines données sont actuellement disponibles sur l'activité et le fonctionnement des établissements hospitaliers, via la Statistique annuelle des établissements de santé et, dans le domaine de la psychiatrie publique, via les rapports de secteurs. Néanmoins, ces données sont de qualité variable selon les établissements et les secteurs (problèmes liées aux données manquantes notamment) et l'exploitation des données de ces enquêtes s'en trouve du coup limitée. Un travail de plus forte sensibilisation et information sur l'intérêt de ces enquêtes est probablement nécessaire, ainsi qu'un retour d'information.

D'autres pistes méritent aussi réflexion même si elles relèvent plus d'une logique d'étude voire de recherche : il paraît fondamental d'améliorer les connaissances sur la santé globale des personnes souffrant de maladie mentale et notamment de mieux connaître leurs comportements de santé (habitudes alimentaires, usage de substances psychoactives, activité physique, vie sexuelle, ...) et leurs répercussions en termes de mortalité, de morbidité et de recours aux soins. Une étude réalisée en médecine générale de ville dans la région suggère en effet que la prévention est négligée chez les personnes souffrant d'un handicap que celui-ci soit lié à une maladie ou un traumatisme physique ou à une maladie mentale.

Par ailleurs, l'enquête de recensement des structures « interstitielles » répondait au besoin d'avoir une vision plus globale et complète de l'ensemble des dispositifs concourant à la prise en charge de personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale à Marseille. Le tableau de bord a aussi montré l'utilité d'un inventaire régulièrement mis à jour des services ambulatoires de longue durée. Les estimations obtenues de diverses sources dans le cadre de ce tableau de bord devraient être confirmées et précisées. En effet, alors que les besoins évoluent, elles ont été réalisées à un moment donné et ne tiennent pas compte des besoins des personnes qui ne sont pas prises en charge à temps-

plein mais pour qui ce type de dispositif représenterait une réponse adéquate. Elles ne prennent pas non plus en compte les personnes qui bénéficient déjà d'une place, par exemple en CHRS, mais pour qui une autre solution (appartement relais ou associatif) constituerait une réponse plus appropriée. Un groupe de suivi pourrait être mis en place pour cela.

6.2. Favoriser l'accès aux soins des personnes

Cet objectif passe par plusieurs axes de travail :

6.2.1. Améliorer l'accessibilité des soins ambulatoires

Une réflexion devrait être conduite dans le cadre du SROS, avec les CMP, afin d'examiner les conditions et possibilités d'un élargissement des plages horaires de consultation des CMP et du développement de l'offre de prise en charge de nuit, les week-ends et jours fériés.

De plus, la mise en place de répondeurs téléphoniques en dehors des heures d'ouverture renseignant les patients sur les services à contacter en cas d'urgence ou les renvoyant vers un standard hospitalier fonctionnant 24 h/24 h est une mesure qui devrait être mise en œuvre rapidement.

6.2.2. Désengorger les services d'hospitalisation temps-plein

Certains acteurs consultés appellent de leurs vœux une remise à plat de l'ensemble du dispositif de prise en charge psychiatrique. Il paraît raisonnable, au moins dans un premier temps, de faire une pause dans la baisse des lits d'hospitalisation en psychiatrie tout en renforçant le développement des alternatives à l'hospitalisation et le nombre de places dans les services ambulatoires de longue durée (cf. paragraphe 6.3).

6.2.3. Soutenir et développer les actions de proximité

L'amélioration de l'accès aux soins devrait aussi porter sur le développement de services de proximité (consultations de psychiatrie, accès aux médicaments psychotropes si nécessaire...) aux personnes en grande difficulté, comme par exemple les personnes vivant dans la rue, à l'instar de certaines initiatives existant déjà sur le territoire marseillais.

Les démarches « d'aller vers » doivent toutefois s'inscrire dans un système de prise en charge global performant permettant de répondre aux besoins/demandes de prise en charge des personnes rencontrées, alors qu'actuellement, les conditions dans lesquelles ces démarches s'effectuent sont extrêmement difficiles.

Le développement de services de proximité, plus généralistes, pouvant intervenir en urgence à domicile apparaît aussi nécessaire.

6.2.4. Mieux coordonner la prise en charge des urgences afin d'éviter, autant que faire se peut, les discontinuités très fréquentes (discontinuités géographiques, discontinuités entre hospitalisation et suivi post-hospitalisation)

Le problème se pose notamment pour les jeunes ayant fait une tentative de suicide : une proportion non négligeable sort de l'hôpital sans que des assurances aient pu être prises, souvent faute de temps et de moyens, pour qu'un suivi et une prise en charge soient enclenchés et coordonnés au décours de l'hospitalisation, à l'instar du travail effectué par l'Association de lutte contre le Suicide et le Mal être des Adolescents sur le territoire marseillais. Ce type de démarche devrait être soutenu et renforcé. Dans le cas particulier des personnes sans abri, ce type de suivi nécessiterait de se déplacer dans la rue, ce qui n'est la plupart du temps pas fait.

6.2.5. Mieux informer le public, les familles mais aussi les professionnels sur les maladies mentales et les ressources de soins

Améliorer la connaissance par le public des maladies mentales, des différentes modalités de leur prise en charge, des structures et professionnels ressources existants est un objectif à long terme prioritaire qui dépasse le niveau territorial. Il fait actuellement l'objet d'une campagne d'information de l'INPES centrée sur la dépression. Mais ce type de campagne n'est efficace que si elle s'inscrit dans la durée. Les relayer et les décliner au niveau local est donc aussi important. Une démarche a été entreprise par la DRASS PACA sur ce plan. Il conviendra de définir comment celle-ci pourrait être relayée au niveau territorial.

Il faut aussi veiller à ce que les supports d'information (sites Internet tel que www.psy13.com, annuaires de structures ressources, etc.) soient mis à jour régulièrement.

Il est enfin essentiel que des actions régulières soient conduites afin que les acteurs de première ligne et en particulier les médecins généralistes, mais aussi ceux des structures interstitielles, soient à la fois mieux formés au repérage des maladies mentales et à leur suivi et mieux informés sur les structures ressources existantes dans les domaines du soin et du social. Là encore, des démarches sont entreprises au niveau régional et des outils développés avec cet objectif.

6.3. Favoriser l'insertion sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale et soutenir les actions favorisant le lien social

Le développement de services ambulatoires de longue durée tels que des appartements thérapeutiques et des appartements associatifs est absolument essentiel : il nécessite une évaluation régulière,

rigoureuse et détaillée des besoins en la matière (nombre de places nécessaires, besoins spécifiques -- financement de cautions... cf. paragraphe 6.1).

Il paraît aussi indispensable de prendre en compte la dimension de soin des actions et soutiens sociaux : des initiatives visant à favoriser le lien social et la relation entre personnes existent déjà sur le territoire marseillais et méritent d'être soutenues et développées.

6.4. Améliorer la coordination des prises en charges sanitaires et sociales

6.4.1. Soutenir le travail en réseau existant et développer le « travailler ensemble »

Certaines collaborations spécifiques entre le social et le soin sur le territoire de Marseille ont montré qu'il est possible d'améliorer utilement le dialogue. Il conviendrait de réfléchir au développement de dispositifs afin de permettre aux professionnels du social d'exposer leurs inquiétudes sur certains cas ou situations rencontrés dans leurs structures, de les discuter de façon pluridisciplinaire, de les prendre en compte et de contribuer à trouver des solutions à des situations perçues comme inextricables.

Une meilleure coordination des prises en charge sanitaire et sociale paraît d'autant plus nécessaire que les personnes en souffrance psychique ou atteintes d'une maladie mentale cumulent souvent des problématiques médicales, psychologiques et sociales. Une prise en compte de la personne dans sa globalité devrait donc être plus optimale.

Certaines structures interstitielles sociales ont souligné la nécessité de renforcer en leur sein l'emploi de professionnels spécialisés dans le domaine de la santé mentale, ceux-ci étant peu présents dans les structures marseillaises et l'accès aux psychothérapies non remboursées en libéral.

6.4.2. Créer ou développer des lieux d'accueil et d'écoute, création de structures « relais », interfaces entre le social et le soin

Il conviendrait aussi de réfléchir à la mise en place de lieux d'écoute et d'accompagnement, notamment afin de favoriser l'expression des difficultés à suivre un traitement. Les professionnels ont largement évoqué la nécessité de proposer des structures relais, proposant une prise en charge moins formelle que les structures classiques. En amont, une réflexion est nécessaire pour définir plus précisément le cadre et les modalités de fonctionnement de telles structures, en s'appuyant sur les expériences passées.

6.5. Mieux prendre en compte le besoin d'écoute et de soutien des aidants... et des professionnels

Avoir dans son entourage une personne en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale peut être une épreuve. Proposer une écoute et un soutien à ces personnes est essentiel. Ceci est aussi vrai pour les professionnels certains, ayant largement évoqué les difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de la prise en charge des personnes en souffrance psychique ou ayant une maladie mentale et le besoin d'échanger et de s'exprimer sur ces difficultés.