

Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale

METTRE
EN ŒUVRE
ET PARTAGER

Tome 2 : retour d'expériences



Les publications de l'ANAP s'inscrivent dans 3 collections pour transmettre aux professionnels de santé les clés pour :

ANTICIPER ET COMPRENDRE une thématique avant de s'engager dans une démarche de transformation et d'amélioration de leur performance,

DIAGNOSTIQUER et comparer leurs performances, afin de bénéficier d'un éclairage indispensable à l'initiation de leur projet,

METTRE EN ŒUVRE ET PARTAGER leurs expériences avec leurs pairs en s'inspirant de conseils méthodologiques et de pratiques organisationnelles.



+ d'infos ?

contact@anap.fr

Résumé

Cette troisième publication¹ sur les parcours en psychiatrie et santé mentale pour les adultes vivant avec des troubles psychiques a pour objectifs de tirer les grands enseignements des travaux réalisés dans les six territoires accompagnés depuis 2013. Elle propose aussi des préconisations destinées aux différentes parties prenantes dans le cadre de la généralisation de l'élaboration des projets territoriaux en santé mentale.

Ce retour d'expérience se fonde sur une double approche :

- ▶ L'analyse thématique des plans d'action mis en œuvre dans les six territoires accompagnés ;
- ▶ L'évaluation de la méthode au travers des résultats atteints dans les territoires accompagnés mais également une mise à l'épreuve de son utilisation dans le cadre d'un pilotage directement issu de l'initiative des acteurs².

Abstract

This third publication on care pathways in psychiatry and mental health for adults living with mental illness aims to draw the main lessons from the work that has been carried out in the six supported regions since 2013. It also proposes recommendations for the various stakeholders as part of the general development of regional projects in mental health.

This review is based on a dual approach:

- ▶ A thematic analysis of the action plans implemented in the six supported territories ;
- ▶ An assessment of the method through results achieved in the supported territories as well as a test of its use as part of a pilot project directly initiated by those involved.

1 - Cf. publications de l'ANAP « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : Première approche » août 2015 et « Mettre en œuvre un parcours en psychiatrie et santé mentale : méthode et outils au service des territoires », décembre 2016.

2 - Conformément aux termes de l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et de son décret d'application.

Préface

La publication que vous tenez en main arrive à point nommé, et l'Agence nationale d'Appui à la Performance peut se féliciter d'être ainsi au cœur de l'actualité dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Les enseignements tirés des retours d'expériences présentés ici trouvent un champ d'application dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM). L'échéance du 27 juillet 2020, date prévue de déploiement des PTSM en France est en effet dans tous les esprits. Elle symbolise le défi majeur qu'ont à relever les acteurs concernés des domaines sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Cette publication fait un certain nombre de constats tels que la grande hétérogénéité des situations locales et des degrés de maturité de « l'interconnaissance » des acteurs. Elle fait part également d'une connaissance encore peu partagée des notions de pathologie psychiatrique ou de handicap psychique, d'une harmonisation très perfectible des pratiques professionnelles et des organisations et enfin de ressources territoriales insuffisamment identifiées.

Pour autant, l'ANAP fournit quelques clés de réussite, dans une démarche pédagogique et pragmatique. Les outils proposés permettent de structurer une méthode de travail, sans avoir pourtant la prétention de constituer une référence unique.

Quelques principes forts que nous enseignent ces retours d'expérience méritent d'être rappelés ici :

- ▶ La démarche d'élaboration ne vaut que si elle est collective, et qu'elle mobilise le plus tôt possible les acteurs de façon exhaustive dans un esprit de co-construction;
- ▶ La phase de diagnostic est un temps précieux pour la collecte d'informations objectives;
- ▶ Le pilotage du projet (ou mieux son co-pilotage) doit pouvoir bénéficier d'une ingénierie de projet et donc de moyens ad hoc. La guidance stratégique doit être renforcée dès la définition des actions;
- ▶ Le rôle d'animation de la part des ARS est essentiel, ainsi que celui de soutien du comité territorial de santé et de sa commission psychiatrie santé mentale;
- ▶ Le mieux est l'ennemi du bien : la modestie est de mise pour la feuille de route d'un premier PTSM et la transition délicate entre la définition des actions et leur formalisation;
- ▶ La place des usagers auteurs de leurs parcours et leur implication dans la démarche reste à favoriser.

L'occasion est donnée aux acteurs de terrain d'être à l'initiative des projets territoriaux comme le prévoit la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016. Ce tome 2 doit leur permettre de se saisir de cette opportunité, qui s'inscrit dans la continuité des principes de la politique de secteur : La psychiatrie pionnière de la territorialisation ne peut que se reconnaître dans le concept de responsabilité populationnelle issu du domaine de la santé publique. Les communautés psychiatriques de territoire encore naissantes et les futures plateformes territoriales d'appui sont autant d'outils dont il faudra suivre la mise en place avec attention.

L'échéance de juillet 2020 est toute proche et l'élaboration collective demande du temps. Nous disposons d'outils d'organisation des parcours de soins et de vie pour la psychiatrie et la santé mentale pour en réduire les risques de rupture. L'ANAP nous propose des pistes méthodologiques, un mode d'emploi qu'il faut considérer comme une invitation à se mettre à l'ouvrage en bénéficiant d'expériences régionales. À nous de nous en emparer sans tarder, il y va de la crédibilité de chacun des acteurs concernés au bénéfice des usagers.

Christian Müller

Président de la Conférence Nationale des Présidents de CME/CHS
Président de la CME de l'EPSM de l'Agglomération Lilloise

Préface

Il est désormais manifeste que la psychiatrie est confrontée à un phénomène de mutation, dont on perçoit de façon de plus en plus nette qu'elle va affecter progressivement l'ensemble de ses paramètres de fonctionnement et d'organisation. Les causalités sont multiples et croisées. Les décrire et les analyser apparaît évidemment essentiel à l'émergence de solutions, cohérentes entre elles. Parmi ces causes, les facteurs d'environnement, leur complexité et leurs interactions prennent une place majeure, qui obligent finalement à transformer l'existant. Et qui surtout nous obligent, puisque nous sommes à la fois décideurs et acteurs.

Par ailleurs, la définition d'une politique de santé mentale a considérablement progressé depuis la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, et a ainsi permis d'engager l'action à travers les projets territoriaux de santé mentale, même si leur impulsion reste encore inégale et donc un point de vigilance. Pourtant, alors même que la mutation propre à la psychiatrie sera manifestement ici déterminante pour atteindre les objectifs fixés, les politiques publiques, et de santé publique, peinent encore à émerger clairement vis-à-vis justement de la psychiatrie, notamment les objectifs généraux et les principales voies pour les satisfaire. Il nous faut alors souligner que définir une politique de santé mentale ne saurait nous soustraire à la nécessité de procéder de même pour la psychiatrie, en particulier de service public.

Il peut dès lors paraître paradoxal que dans un État au système de santé fortement centralisé, les éléments de guidance dont disposent les acteurs et les institutions en charge de l'offre de soins restent si parcellaires, et notamment en comparaison de nos voisins européens. Certes les sociétés savantes ont aussi leur part à cet enjeu, que la psychiatrie française affronte souvent avec difficulté.

Quoi qu'il en soit, cela amplifie encore l'importance de l'initiative des acteurs et de leur capacité d'action sur les territoires. Tout comme l'initiative précoce et continue de l'ANAP apparaît déterminante, en support et en éclairage de la définition de parcours territoriaux centrés sur les personnes, car déterminés à partir de leurs besoins réels exprimés; et non pas de leur projection médiatisée *a priori* par les institutions et leurs professionnels, aussi compétents et légitimes soient-ils. C'est donc à l'honneur de l'ANAP de persévérer à leur faire confiance pour co élaborer les outils et les référentiels des projets puis de l'action territoriale. Et c'est bien pourquoi l'ADESM s'investit dans cette démarche logique; pour que la psychiatrie engage et réussisse le nécessaire virage inclusif, parachevant le chemin tracé par tous ceux qui ont su en leur temps prendre le risque de briser les murs de l'asile.

Pascal Mariotti

Président de l'ADESM (Association des établissements du service public de santé mentale)
DG du CH du Vinatier (Bron)

Sommaire

Introduction	p. 7
1 - Les grands enseignements	p. 8
1. Le choix du territoire : territoire de concertation et territoire d'action	p. 9
2. La gouvernance de la démarche	p. 11
3. L'importance du diagnostic	p. 13
4. Adaptation de la méthode à la mise en œuvre de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016	p. 14
5. Pérennisation de la démarche	p. 18
2 - Le retour d'expériences	p. 19
1. L'analyse des feuilles de route	p. 20
2. La mise à l'épreuve de la méthode dans un contexte différent	p. 27
3 - En résumé : maintenir la dynamique	p. 30
1. Comment maintenir la dynamique ?	p. 31
2. Les illustrations	p. 31
Fiches complémentaires	p. 33
Glossaire	p. 34
Remerciements	p. 37
Bibliographie	p. 38

Introduction

Le projet d'élaboration du parcours en psychiatrie et santé mentale proposé par l'ANAP a donné lieu à une première publication en août 2015 : « Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale : première approche ». Cette publication recense huit points clés qui caractérisent la situation générale de l'organisation de la santé mentale et propose un outil original de description du parcours à partir de cinq portes d'entrée où sont constatés les plus grands risques de rupture, la Rosace.

Il ressort de ces points clés que les acteurs doivent s'organiser autour des personnes concernées à partir de modalités de travail communes et de repères partagés pour fonder une approche territoriale globale. Pour structurer et modéliser cette méthode de travail en commun, il était nécessaire de se rapprocher des acteurs de terrain. L'ANAP a ainsi accompagné six Agences régionales de santé (ARS) qui souhaitaient réfléchir sur ces questions et mettre en œuvre la démarche expérimentale dans un de leurs territoires.

Ces travaux se sont traduits par une publication sur la méthode et les outils permettant l'élaboration de ces parcours³ en décembre 2016. L'actuel Tome 2 est un retour d'expérience réalisé à partir du contenu des projets élaborés dans les 6 territoires accompagnés.

Cette publication s'appuie également sur le retour des sessions de déploiement de la méthode auprès de nouvelles ARS⁴ dans le cadre de l'application de l'article 69 de la loi du 26 janvier

2016, permettant de mieux s'aligner sur les nouveaux éléments législatifs et réglementaires parus entre les dates de publication des deux tomes. Cherchant encore plus loin à éprouver sa robustesse, la méthode a encore été mise à l'épreuve dans des contextes différents :

- ▶ Passage d'un projet d'établissement à un projet territorial de santé mentale ;
- ▶ Passage d'un projet médical partagé de groupement hospitalier de territoire à un projet territorial de santé mentale ;
- ▶ Élaboration du projet territorial de santé mentale à l'initiative directe des acteurs.

Une des premières évidences issues de cette logique monographique est l'extrême hétérogénéité des situations locales rencontrées.


La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans son article 69, a proposé une nouvelle organisation territoriale de la réponse aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques fondée sur les projets territoriaux de santé mentale. Son décret d'application en date du 27 juillet 2017 ainsi que l'instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale sont venus légitimer la démarche de l'ANAP⁵.

Les grands enseignements qui suivent témoignent de l'adéquation de la méthode aux exigences de l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale.

3 - « Élaborer un parcours en psychiatrie et santé mentale : méthode et outils au service des territoires ».

4 - À date d'écriture du document, le déploiement est intervenu auprès de cinq ARS supplémentaires : Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Île-de-France et Normandie. Une assistance à distance a été organisée avec la Guyane, autant que de besoin.

5 - Instruction du 5 juin 2018 point 2.6 : [...] « Pour l'ensemble de ces étapes et en particulier pour la réalisation du diagnostic territorial partagé, les outils construits par l'ANAP dans le cadre du projet « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires » (publication en décembre 2016) pourront utilement être mobilisés par les acteurs, ainsi que le guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (CNSA-ANCREA17, avril 2016) ».



1

Les grands
enseignements

Chapitre 1

Les grands enseignements

Le projet territorial de santé mentale a pour objectif de « favoriser l'émergence de réponses centrées sur les besoins et aspirations des personnes, intégrant les objectifs de prévention, notamment du suicide, et de promotion de la santé, de maintien dans le milieu de vie ordinaire, de prise en compte des bonnes pratiques et de progrès des connaissances » pour in fine « améliorer concrètement les parcours des personnes concernées »⁶.

Pour y parvenir, les acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale doivent se réunir et trouver un terrain d'entente pour co-construire leur projet. À cet effet, ils doivent s'accorder sur l'appréciation de la situation de leur territoire. Au-delà, ils doivent partager les priorités qu'il convient de mettre en œuvre pour améliorer la qualité globale du service rendu à la population dont ils répondent. Nous sommes entrés dans la logique de la responsabilité populationnelle⁷.

Un des premiers enseignements qu'il convient de mettre en évidence est l'extrême hétérogénéité des situations locales à tout point de vue : diversité géographique⁸, dimension des territoires, diversité des types de ressources mobilisables mais également les différents degrés de maturité des acteurs prêts à s'engager dans une telle démarche.

Dans ce contexte, plusieurs points d'attention sont à souligner concernant :

- ▶ Le choix du territoire ;
- ▶ La gouvernance de la démarche ;
- ▶ L'élaboration du diagnostic ;
- ▶ Le respect des préconisations législatives et réglementaires ;
- ▶ La pérennisation de la démarche.

1. Le choix du territoire : territoire de concertation et territoire d'action

La question de l'aire territoriale est récurrente. Pour y répondre, la diversité des situations ne facilite pas les choses. Plusieurs strates s'imbriquent correspondant à des objectifs ou à des projets de structuration différente :

- ▶ Les territoires des Groupements hospitaliers de territoire (GHT), très différents d'une ARS à l'autre, sont majoritairement assis sur les départements ;
- ▶ Les communautés psychiatriques de territoire, encore trop peu nombreuses pour pouvoir observer des modèles/formes d'aires prépondérantes ;
- ▶ Les territoires des Plateformes territoriales d'appui (PTA) émergent, alors qu'une assise départementale semble à terme se dessiner dans plusieurs régions ;
- ▶ Les secteurs de psychiatrie, eux aussi, aux périmètres très hétérogènes, et qui peuvent avoir pour conséquence une organisation clivante en certaines circonstances. Par exemple, en zone urbaine, une même rue assure une ligne de démarcation entre deux secteurs ;
- ▶ Les bassins de vie⁹ qui correspondent davantage au maillage à partir duquel s'organise la permanence des soins ambulatoires, bien souvent retenus par les conseils départementaux pour déployer leur stratégie.

À noter que dans certaines situations extrêmes, les territoires peuvent chevaucher plusieurs départements. Pour autant, les projets doivent tous viser l'amélioration du système au service de l'usager et doivent pouvoir s'appuyer sur un diagnostic territorial partagé.

C'est pourquoi, le diagnostic territorial partagé considéré doit pouvoir irriguer l'ensemble des projets structurels qui vont œuvrer à l'organisation de la santé mentale.

Les territoires retenus lors de la première vague d'accompagnement correspondaient aux aires d'intervention d'établissements psychiatriques et parfois même une partie seulement de cette aire. Il est très vite apparu que le territoire représenté était trop petit pour mobiliser tous les acteurs concernés, en particulier, le conseil départemental ou la Maison

6 - Instruction N° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale.

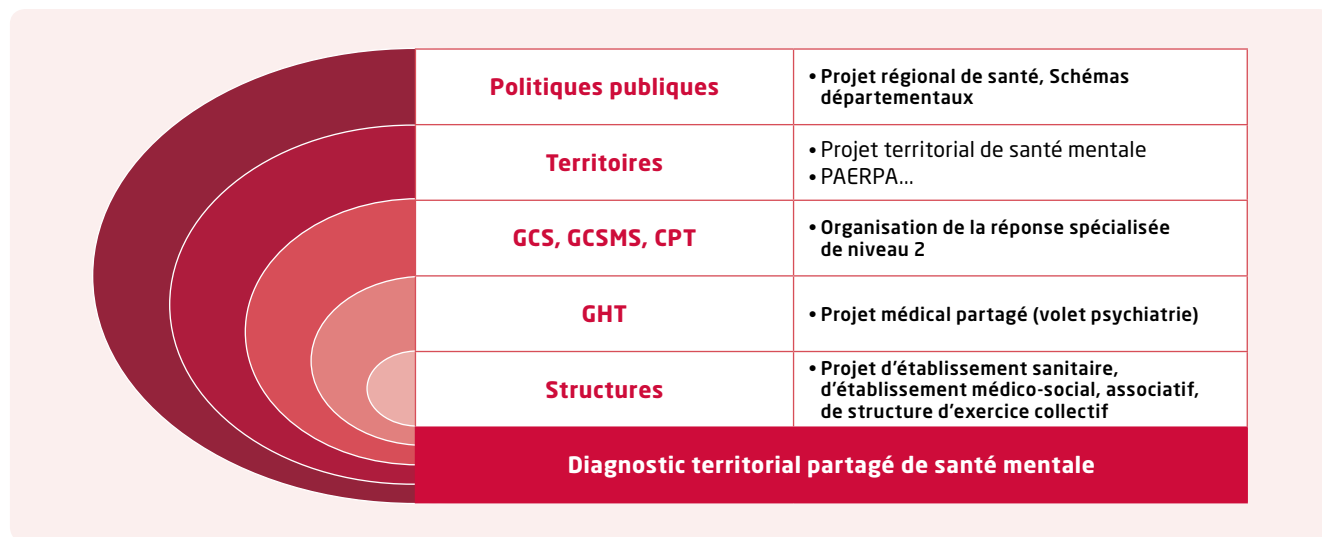
7 - Concept apparu au Québec à l'occasion de la réforme du système de santé entamée en 2002 et en France dans la Stratégie nationale en Santé (Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022) Cf. Fiche n°1 : la responsabilité populationnelle.

8 - Zone rurale, urbaine, accessible...

9 - Selon la définition de l'INSEE : Le bassin de vie constitue le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Chapitre 1 Les grands enseignements

Figure 1 : Les différents projets territoriaux



10

départementale pour les personnes handicapées (MDPH) à la table de la concertation. C'est pourquoi la vague 2 a retenu le niveau du département.

Malgré cette complexité réelle et quelles que soient les spécificités locales, la notion de territoire ne doit pas être perçue comme une difficulté mais au contraire comme un périmètre d'action qui devra prendre en compte deux dimensions :

- ▶ **Le territoire de concertation** : il s'agit du lieu où se construisent les organisations, et la gradation de la réponse selon une approche populationnelle. Il permet de réunir l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale. Le niveau départemental en raison des compétences exercées par le conseil départemental et le préfet pour les soins sans consentement peut s'envisager naturellement comme le territoire de concertation.
- ▶ **Le territoire d'action** : il concerne les bassins de vie, niveau de la proximité où les personnes doivent trouver le maximum de réponses pour mieux vivre leur quotidien et sur lequel se déclineront les actions issues de la concertation.

Pour aider au choix du territoire, certains éléments peuvent être pris en compte :

- ▶ Le fait que des travaux ou projets sur la psychiatrie et la santé mentale ont déjà été réalisés ou sont en cours de développement ;
- ▶ La taille du territoire : il doit être assez grand pour mobiliser un nombre suffisant d'acteurs et correspondre à une réalité socio-économique. Il doit aussi satisfaire à une réalité opérationnelle qui permet d'organiser les flux d'activités et les relations entre les acteurs dans le cadre de la vie quotidienne des personnes ;
- ▶ Ses caractéristiques, comme sa composante urbaine ou rurale (densité démographique) ;
- ▶ L'implication du conseil départemental dans la démarche. Dans l'idéal, le territoire devrait être choisi avec lui.

Quel que soit le périmètre territorial retenu, les acteurs devront vérifier que la continuité de l'action est sécurisée dans les zones « frontières » et établir les liens nécessaires inter-territoires.

Chapitre 1

Les grands enseignements

2. La gouvernance de la démarche

La démarche s'inscrit dans une procédure de gestion de projet classique. Compte tenu du nombre d'acteurs à mobiliser, sa gouvernance doit être solide et légitime, avec deux niveaux d'intervention :

- ▶ Le niveau décisionnel ou stratégique;
- ▶ Le niveau opérationnel.

2.1 Le comité de pilotage

Le niveau décisionnel ou stratégique s'exerce dans le cadre d'un comité de pilotage permettant la représentation institutionnelle des acteurs impliqués dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale. Les personnes présentes doivent pouvoir engager les institutions qu'elles représentent. Au-delà de la définition de la stratégie globale du projet, les membres du comité doivent définir une communication à destination des acteurs et des usagers présents dans les territoires. Chacun de ses membres est donc investi d'une mission particulière de communication à titre individuel.

Le niveau opérationnel est pris en charge par le pilote de la démarche.

2.2 Un pilote légitime

Le pilote de la démarche joue un rôle essentiel dans son bon déroulement opérationnel :

- ▶ Il prépare les décisions du COPIL et propose les questions à arbitrer;
- ▶ Il est le garant de la cohérence de la démarche : il réalise la synthèse de chacune des étapes;
- ▶ Il est le garant du respect du calendrier;
- ▶ Il organise la diffusion de l'information autour du projet;
- ▶ Il procède à la mise en cohérence et au tri des pistes de travail issues du diagnostic;
- ▶ Il assure le suivi et la coordination des actions lors de la mise en œuvre de la feuille de route;

Compte tenu de la lourdeur de la démarche, il est indispensable qu'il puisse disposer d'un appui logistique avec la mobilisation autour de lui de compétences en matière d'ingénierie de projet.

La loi du 26 janvier 2016 précise dans son article 69 que l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale relève de l'initiative des acteurs. Pourtant, à l'occasion de nos déplacements dans les régions, les futurs pilotes ont exprimé la difficulté

qu'ils rencontraient pour initier la démarche et mobiliser l'ensemble des acteurs du territoire, dont les acteurs institutionnels. Pour beaucoup, ils ne s'estimaient pas légitimes.

Plusieurs solutions ont été rencontrées :

- ▶ La structure juridique de coopération territoriale, si elle pré-existe, désigne officiellement le pilote et le missionne;
- ▶ Le comité territorial de santé (démocratie sanitaire), désigne officiellement le pilote et le missionne dans le cadre de la commission de santé mentale. Afin de lever la question relative au rôle consultatif que joue cette commission dans la validation du projet territorial de santé mentale, il peut s'agir d'une émanation de cette commission, ou d'une commission élargie;
- ▶ Le directeur général de l'ARS missionne officiellement le pilote, par exemple dans le cadre de l'arrêté instituant le groupement hospitalier de territoire ou la communauté psychiatrique de territoire;
- ▶ Le directeur général de l'ARS organise des réunions départementales d'information sur la mise en œuvre de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016, réunissant l'ensemble des acteurs concernés. À cette occasion, un appel à candidature lancé préalablement, permet de désigner en séance le ou les pilotes¹⁰ et ainsi, d'officialiser leurs missions.

Pour bien respecter l'exigence de participation exhaustive à la démarche, un co-pilotage est fortement conseillé. C'est aussi une opportunité d'impliquer les usagers et/ou leurs représentants dans la démarche, en tant que co-pilotes.

Par ailleurs, d'autres démarches concomitantes se déploient dans les territoires, fondées sur des problématiques très proches. À titre d'exemple, on peut citer PAERPA à destination des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, Réponse accompagnées pour tous¹¹, plus récemment la mise en place des Plateformes territoriales d'appui (PTA), sans oublier l'élaboration des PRS. Autant de démarches qui comportent un volet santé mentale et qui peuvent mobiliser les mêmes acteurs, mais sur des périmètres différents. Cette situation est souvent mal comprise, voire mal vécue par les acteurs : « on s'y perd »¹².

Quelques principes pragmatiques permettent de RELATIVISER.

10 - Procédure utilisée par plusieurs ARS : Pays de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne...

11 - Dispositif territorial issu de la mise en œuvre du rapport Piveteau « Zéro sans solution » publié le 20/06/2014 et mis à jour le 18/12/2015 : <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/annee-2014/article/remise-du-rapport-de-denis-piveteau-a-marisol-touraine-et-segolene-neuville>

12 - Cette exclamation a souvent été formulée, lors des sessions de déploiement par des acteurs d'horizons très divers : représentants des usagers, professionnels du soin, institutionnels des champs sanitaire, social et médico-social.

Chapitre 1

Les grands enseignements

2.3 Quelques principes pour réussir

2.3.1 Premier principe : bien comprendre la cible du projet

La mise en œuvre des parcours en psychiatrie et santé mentale, telle que prévue par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé et son décret d'application, s'inscrit dans une nouvelle approche des politiques publiques en matière de santé. La stratégie nationale de santé vise l'organisation d'une **réponse globale tout au long de la vie**, axée sur la satisfaction des besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Au même titre qu'une maladie chronique somatique au long cours, il est nécessaire de mettre en œuvre un suivi organisé entre les acteurs du soin, de l'accompagnement et de l'intégration sociale, quel que soit l'âge de la personne au moment du repérage, apparition ou traitement de ses troubles. L'objectif poursuivi est bien celui du parcours de vie, tel que formalisé dans la figure 2.

12

Il existe aujourd'hui deux approches du système de santé :

- ▶ L'approche structurelle à partir des acteurs et des structures : elle s'apparente à une approche métiers, par nature limitative (compétences de chacun);
- ▶ L'approche systémique qui vise à organiser la bonne réponse au bon moment aux besoins des usagers pour éviter les ruptures de parcours et la mise en lien nécessaire des différentes compétences mobilisées.

C'est bien cette seconde approche qui est privilégiée dans le nouveau cadre législatif et réglementaire. Il incombe aux projets territoriaux de santé mentale de bien décrire la mise en lien des acteurs pour contribuer à l'organisation d'une réponse globale et graduée, au bénéfice des usagers.

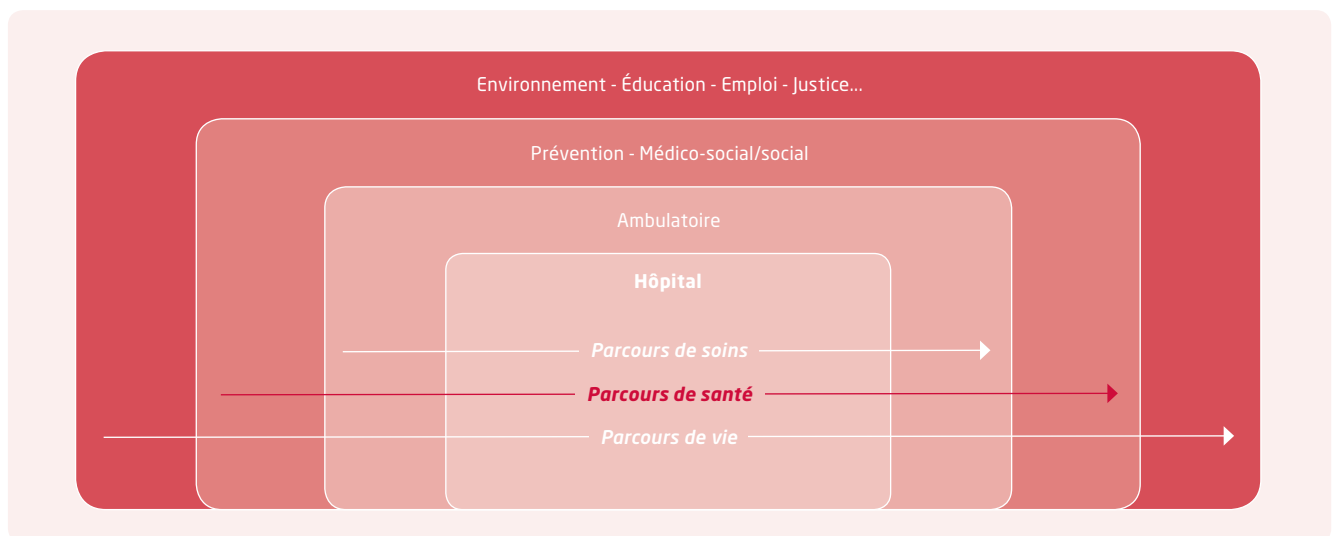
.....
Toutes les démarches précitées visent le même objectif : mettre les concepts de santé publique à l'œuvre dans le système de santé. Elles ont aussi en commun de s'inscrire dans une approche de « responsabilité populationnelle », telle qu'elle s'est déployée à l'occasion de la réforme du système de santé canadien entamée en 2002¹³.

2.3.2 Deuxième principe : s'appuyer sur l'existant

Selon les territoires, la maturité des acteurs à travailler ensemble est très variable. Pour certains, l'habitude de co-construction est déjà ancienne et ils ont pu ressentir la nécessité de mettre en commun leurs actions dans le cadre d'une structure juridique *ad hoc*.

Plusieurs exemples existent : réseaux, associations, Groupements de coopération sanitaire (GCS), Groupements de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS), Communautés psychiatriques de territoire (CPT)...

Figure 2 : Représentation des parcours (sources CNSA)



13 - Pour aller plus loin, cf. la fiche n°1 : la responsabilité populationnelle.

Chapitre 1

Les grands enseignements

Cela ne doit constituer en aucun cas, un préalable, notamment concernant la constitution d'une communauté psychiatrique de territoire. Au contraire, pour limiter les effets de dispersion entre les différentes démarches territoriales, il faut s'appuyer sur l'existant.

Dans ce contexte comment constituer un comité de pilotage ? Plusieurs solutions sont disponibles :

- ▶ Création d'un comité *ad hoc*;
- ▶ Utilisation de l'assemblée générale de la structure de coopération lorsqu'elle préexiste;
- ▶ Recours au lieu d'expression de la démocratie sanitaire dans le territoire, tout particulièrement la commission santé mentale du conseil territorial de santé.

Dans tous les cas, la seule condition requise réside dans la représentativité exhaustive des acteurs locaux. Dans la mesure où plusieurs démarches se déploient sur un même territoire, des liens d'information entre les différents comités doivent être programmés.

2.3.3 Troisième principe : une ARS vigilante et partenariale

Si l'initiative de la démarche appartient aux acteurs, les régulateurs ont néanmoins un rôle majeur à jouer et particulièrement les ARS. Le décret et l'instruction rappellent quel est leur rôle tout au long de la démarche jusqu'à la validation des projets territoriaux de santé mentale et la négociation des contrats territoriaux de santé mentale.

Tout particulièrement pour ce premier exercice il est indispensable de mettre en place un appui auprès des différents pilotes. Quelles qu'en soient les modalités, il appartient au régulateur de :

- ▶ Fixer le cadre des priorités dans le Projet régional de santé (PRS);
- ▶ Fournir les données utiles à l'élaboration du diagnostic, particulièrement dans le champ de l'offre existante sur le territoire et les caractéristiques de prises en charge qu'on y constate;
- ▶ Organiser un partage d'expérience entre les différents territoires en réunissant les pilotes, au moins une fois tous les deux mois;
- ▶ Veiller à la mise en congruence des différentes démarches existantes sur un même territoire (PAERPA, PTSM, RAPT, PTA ...) en organisant des réunions régulières entre les pilotes

ou en facilitant la circulation d'information entre les différents projets.

Cela suppose que l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale, comme les autres démarches, soit conçue comme un projet transversal y compris dans l'organisation interne des ARS.

Réunir régulièrement les pilotes permet de soutenir la dynamique, de mettre en cohérence toutes les initiatives et de contribuer à l'élaboration collective d'une nouvelle approche du système de santé.

3. L'importance du diagnostic

À l'occasion des sessions de déploiement auprès de nouvelles ARS, un point d'attention a été mis en évidence : les acteurs ont témoigné de leur difficulté à problématiser les situations, écrire et formaliser les dysfonctionnements constatés dans les parcours. La tendance est de penser « solutions » avant même de rechercher les causes des difficultés constatées dans le territoire.

La première intention est, même, de vouloir tout résumer autour du manque de moyens d'action en termes d'offre et de ressources disponibles, sans s'interroger sur la perfectibilité des organisations des structures et encore moins sur l'absence ou la faiblesse des dispositifs de coordination entre les acteurs. En prolongement, il a été constaté que les diagnostics fondés sur de la création de moyens d'action supplémentaires se traduisent par l'édition de très nombreuses pistes de travail. Celles-ci évoquent plutôt l'addition des souhaits et des ressentis des uns et des autres plutôt que la traduction d'un véritable projet collectif. Le plus souvent, un grand nombre de pistes ne se concrétisent pas.

La démarche doit avoir, au contraire, pour effet vertueux de se réinterroger sur les organisations et les coordinations présentes... ou le plus souvent absentes.

Malgré de nombreux outils disponibles¹⁴, les diagnostics demeurent encore trop rarement étayés par des données objectives.

14 - Cf. le Tome 1, chapitre consacré au cadrage de la démarche.

Chapitre 1 Les grands enseignements

Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- ▶ La culture de l'évaluation tarde à se déployer dans les établissements sanitaires et commence dans le champ du médico-social;
- ▶ Les MDPH ont beaucoup de difficultés à produire des données d'activité et leur diffusion reste limitée : nombre de dossiers dédiés au handicap psychique, délais de traitement...;
- ▶ L'impossibilité actuelle de pouvoir disposer d'une vision d'ensemble sur la consommation des ressources dédiées à la santé mentale sur un territoire en raison d'une fragmentation des financements entre les différentes autorités compétentes;
- ▶ De façon plus générale, l'absence, le manque de fiabilité ou de disponibilités de données épidémiologiques dans le champ de la santé mentale.

Quelques perspectives d'amélioration se dessinent :

- ▶ **Le déploiement à court terme du système d'information national au bénéfice des MDPH;**
- ▶ **Le déploiement des soins de réhabilitation psychosociale qui induisent des processus d'évaluation pluridisciplinaire de la situation des personnes et un fonctionnement naturel en réseau. De plus, selon les organisations retenues dans les territoires, les centres référents organisent un suivi en cohorte, ce qui devrait permettre de développer la connaissance épidémiologique et clinique autour des troubles et du handicap psychiques¹⁵;**
- ▶ **Le déploiement des plateformes territoriales d'appui qui organiseront la coordination des acteurs autour des situations complexes. Celles-ci sont le plus souvent liées à des problèmes sociaux conjugués à des troubles psychiques. Pour contribuer à répondre à ces situations, les acteurs de la santé mentale devront se faire connaître (COMMUNIQUER) et s'organiser pour remplir leurs missions partenariales auprès des Plateformes territoriales d'appui (PTA).**

14

4. Adaptation de la méthode à la mise en œuvre de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016

Le décret du 27 juillet 2017 et l'instruction du 5 juin 2018 sont venus préciser les thématiques prioritaires auxquelles les projets territoriaux de santé mentale doivent répondre. Ces textes sont postérieurs aux travaux réalisés par l'ANAP et ne remettent pas en question la méthode proposée. Son objectif est d'aider les acteurs à trouver leurs propres solutions, sans les orienter, mais en trouvant le bon niveau de questionnement. C'est ce qui ressort de la grille de concordance avec les priorités réglementaires (voir figure 3 page 16).

Pour une ouverture plus large à chacun des items listés par le décret, l'instruction du 5 juin 2018, propose une boîte à outils¹⁶.

Concernant les travaux de l'ANAP, pour aller plus loin et répondre aux demandes des utilisateurs, une adaptation des outils associés à la méthode a été réalisée.

4.1 L'adaptation de la rosace pour la phase diagnostic¹⁷

Afin de prendre en compte la spécificité de certains publics, particulièrement les enfants, les adolescents et les personnes âgées, un travail d'adaptation de la Rosace a été réalisé ainsi qu'une mise à jour de la liste des acteurs incontournables. Des fiches spécifiques ont été constituées pour chacun des deux publics¹⁸.

Toutes les préconisations du Tome 1, relatives à la méthode d'élaboration du diagnostic et de la feuille de route demeurent valables, particulièrement le caractère adaptable de la méthode aux spécificités locales.

16 - La boîte à outils est consultable sur : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>. Par ailleurs, plusieurs nouvelles publications sont disponibles et peuvent alimenter la réflexion des acteurs pour déterminer les actions à mettre en œuvre dans leur territoire. Il s'agit des dernières publications de l'ANESM et de la HAS détaillées dans la bibliographie.

17 - Ces propositions adaptées aux mineurs et aux sujets âgés ont été élaborées par Magali Prévot, élève D3S à l'EHESP, à l'occasion de son stage à l'ANAP en 2017.

18 - Fiche N°2 : la méthode adaptée aux parcours des enfants et des adolescents. Fiche N°3 : la méthode adaptée aux personnes âgées. Fiche outil N°1 : la liste des acteurs incontournables. Fiche outil N°2 : la grille des indicateurs.

15 - Cf. Publication ANAP sur le déploiement des soins de réhabilitation psychosociale.

Chapitre 1

Les grands enseignements

Figure 3 : Tableau de correspondance entre les thématiques du décret et celles traitées par l'ANAP, au travers de ce retour d'expérience et autres institutions (provisoire)

Les priorités du décret	Les réponses ANAP
Du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.	La Rosace : <ul style="list-style-type: none"> • L'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; • L'accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ; • Les situations inadéquates. Recommandations ANESM : <ul style="list-style-type: none"> • « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap » http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?page=news&id_article=1243 • Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires (publication ANAP à paraître). Cf. boîte à outils de l'instruction du 5 juin 2018.
Du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.	La Rosace : <ul style="list-style-type: none"> • L'accès aux soins somatiques. Recommandations ANESM : <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de vie : Handicap, les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux - Avril 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833768/fr/qualite-de-vie-handicap-les-problemes-somatiques-et-les-phenomenes-douloureux
De l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.	La Rosace : <ul style="list-style-type: none"> • La prévention et la gestion de crise.
De la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.	La Rosace : <ul style="list-style-type: none"> • La prévention et la gestion de crise.
Du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation.	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche n° 8 du Tome 1 : L'implication des usagers • La pair-aidance, la réhabilitation psychosociale (Fiche n° 6 : Zoom sur le dispositif Relayage à la Réunion)
De l'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.	Cf. boîte à outils de l'instruction du 5 juin 2018 http://solidarites-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mentale

15

4.1.1 L'adaptation de la Rosace pour le parcours des mineurs et des jeunes adultes

Pour les mineurs, l'important est de repérer et de mettre en œuvre les prises en charge et les accompagnements le plus en amont possible. C'est pourquoi, la Rosace propose d'en faire le point d'entrée principal dans leur parcours.

Pour ce public, les parents sont parties prenantes du parcours. C'est donc la cellule familiale qui est au cœur de la détermination des besoins, avec une attention de plus en plus importante à l'expression du mineur au fur et à mesure de son

avancée en âge. Cette situation emporte avec elle plusieurs questions spécifiques :

- ▶ Question du déni du trouble de l'enfant (problème de l'accès aux soins) ;
- ▶ Question du refus de la qualification de handicap par la MDPH (problème de l'accès aux accompagnements) ;
- ▶ Question de la maltraitance et de son impact sur le développement affectif et comportemental de l'enfant dans le futur.

Chapitre 1 Les grands enseignements

Sans pour autant minimiser l'importance de la prise en charge somatique, celle-ci est organisée pour les jeunes enfants de façon légale. C'est dans le cadre du suivi des soins et des accompagnements que cette prise en charge peut s'avérer plus problématique, notamment au moment du passage de la pédiatrie à la médecine pour adulte.

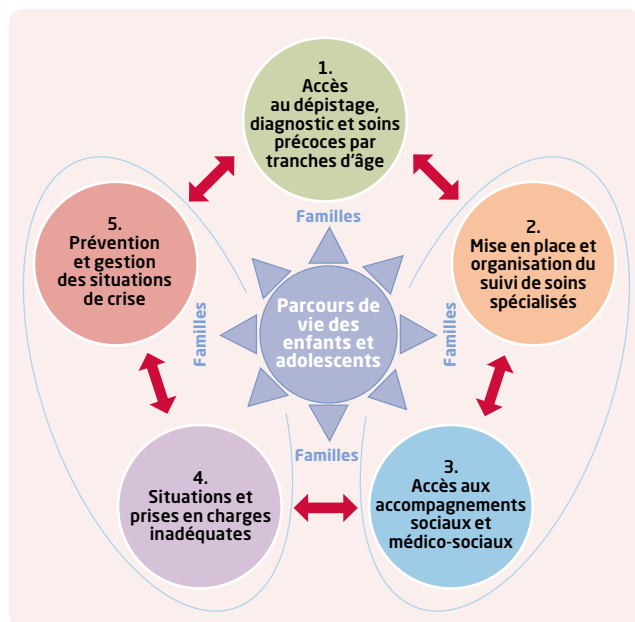
Il est aussi à souligner tout l'intérêt que peut constituer une prise en charge en soins de réhabilitation psychosociale le plus en amont possible dans l'entrée dans la maladie psychiatrique. L'éducation nationale est un acteur incontournable pour cette population, avec un rôle important dans le repérage, mais également dans l'inclusion scolaire.

Enfin, il est indispensable de tenir compte de la justice, à la fois dans son rôle de protection des mineurs et dans celui des sanctions à leur endroit.

« Il est peu de problèmes aussi graves que ceux qui concernent la protection de l'enfance, et parmi eux, ceux qui ont trait au sort de l'enfance traduite en Justice. La France n'est pas assez riche d'enfants pour qu'elle ait le droit de négliger tout ce qui peut en faire des êtres sains. »¹⁹

16

Figure 4 : Rosace pour les parcours des mineurs et jeunes adultes

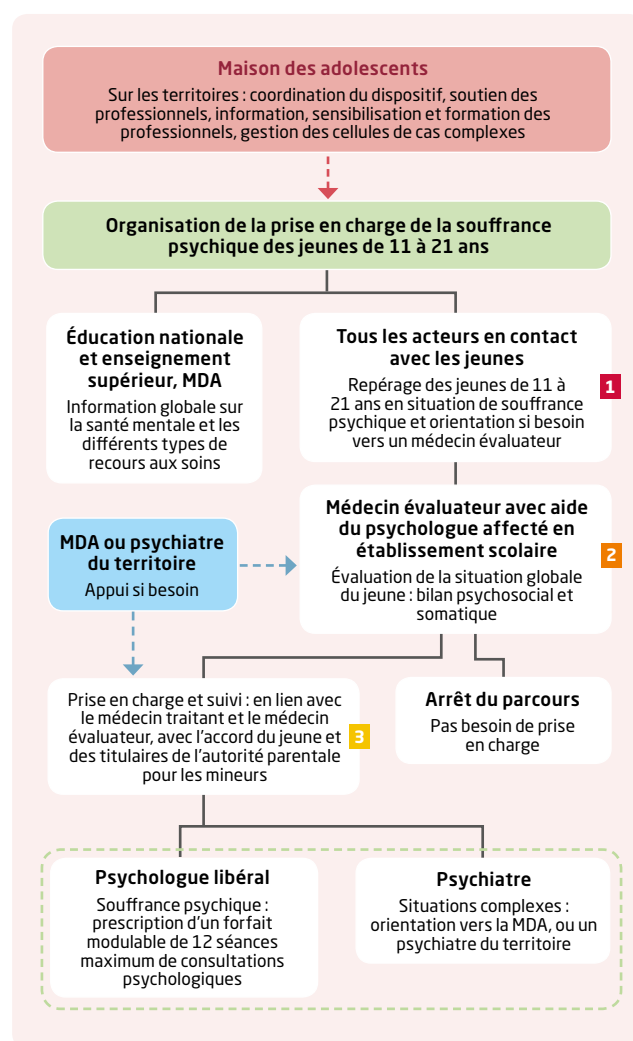


Pour être complet sur le sujet, il est nécessaire de rappeler les travaux réalisés par la Direction générale de la Santé sur la prise en charge précoce des jeunes à l'occasion des expérimentations issues de l'article 68 de la loi de financement de la

19 - Extrait de l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 2 février 1945.

Sécurité Sociale pour 2017 et de ses décrets d'application. Leur objectif est d'ouvrir, soutenir et évaluer des expérimentations visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes. La figure 5 illustre un tel schéma²⁰.

Figure 5 : Exemple d'un parcours pour les jeunes de 11 à 21 ans en souffrance psychique



20 - Sources DGS dans le cadre des expérimentations issues de l'article 68 de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2017 et de ses décrets d'application.

Chapitre 1

Les grands enseignements

4.1.2 L'adaptation de la Rosace pour le parcours des personnes âgées

Il n'est pas question, ici, de prendre parti sur la caractérisation du public concerné, caractérisation qui soulève encore de nombreux débats entre neurologues, gériatres et psychiatres. Néanmoins, la santé mentale du sujet âgé repose sur trois problématiques générales²¹:

- ▶ La prévalence des troubles psychiques;
- ▶ L'élévation de l'incidence du suicide avec l'âge²²;
- ▶ La prévalence des processus de détérioration cognitive et comportementale de type Alzheimer.

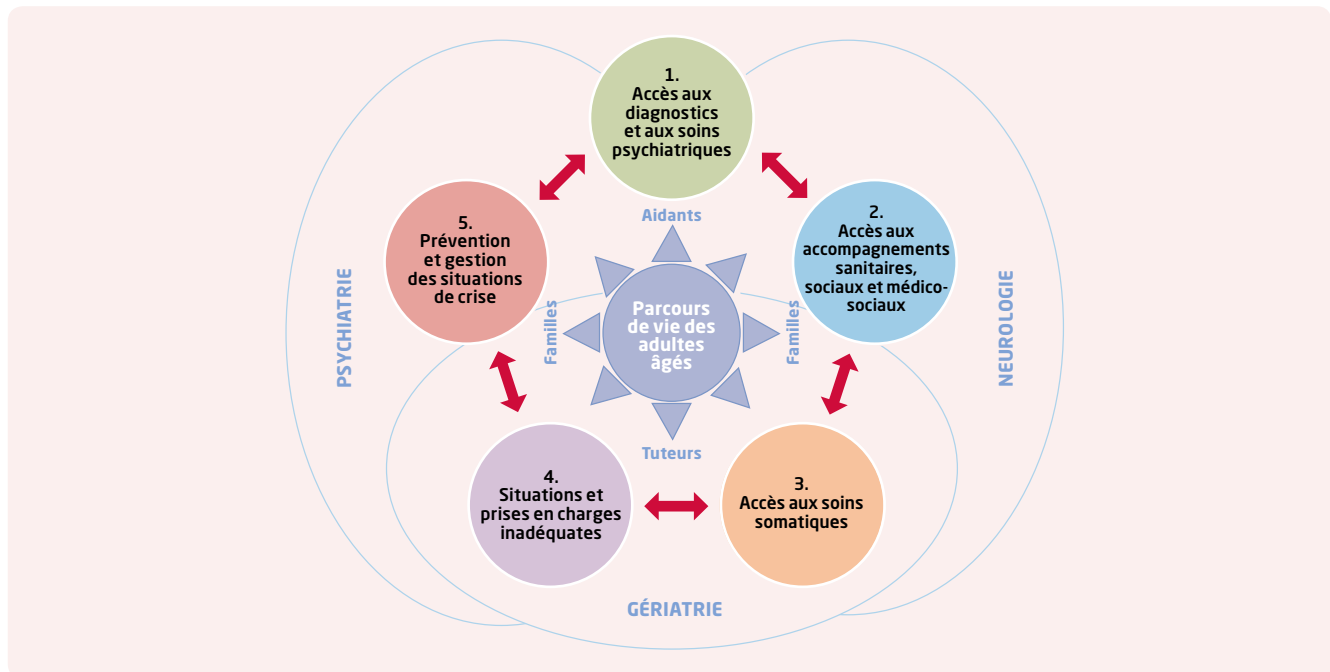
Enfin, les personnes porteuses de troubles mentaux sévères et chroniques, vieillissent aussi, qu'elles vivent chez elles ou dans des établissements médico-sociaux. Elles bénéficient encore moins que les autres publics des dispositifs dont elles auraient besoin, la stigmatisation des usagers de la psychiatrie traversant les âges. Dans tous les cas, l'approche thérapeutique

via les soins de réhabilitation psychosociale permet de proposer une synthèse entre les différentes spécialités et surtout une prise en compte globale de la situation de la personne et de ses aidants.

Pour aboutir à cette mise en adéquation, une analyse croisée a été conduite avec les chefs de projet PAERPA. Cette mise en commun a permis d'aboutir au constat que les portes d'entrée de la Rosace pour les adultes peuvent s'adapter à la problématique des personnes âgées. Par conséquent, l'élaboration du diagnostic pourra se faire selon le même mode que pour les adultes et en même temps, sauf si les acteurs décident de préciser quelques réflexions particulières en raison des spécificités locales.

Le schéma de la Rosace, figure 6, propose de sérier les compétences spécialisées nécessaires en fonction des portes d'entrées²³.

Figure 6 : Rosace pour les parcours des mineurs et jeunes adultes



21 - NdR: les données épidémiologiques ne sont pas stabilisées et les taux de prévalence sont différents en fonction des hypothèses de sélection des publics concernés (âge, lieu de vie, état somatique...). L'article référencé présente différentes études et leurs résultats : Schuster et al, Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée, Geriatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013; 11 (2), pp182.

22 - État des lieux du suicide en France par le ministère des Solidarités et de la Santé publié le 28/07/2014 : « le taux de suicide augmente avec l'âge. Pour 100 000 habitants, l'incidence du suicide est [...] de 20,6 pour les 65-74 ans, 29,6 pour les 75-84 ans et de 40,3 pour les 85-94 ans ».

23 - Cf. Fiche N° 3 : la méthode adaptée aux personnes âgées.

Chapitre 1 Les grands enseignements

Pour conclure sur l'adaptation de la méthode à ces publics, il est nécessaire de souligner l'émergence des soins de réhabilitation psychosociale qui insufflent une nouvelle philosophie du soin en santé mentale :

« La réhabilitation psychosociale désigne des pratiques et une posture qui promeuvent les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères »²⁴.

« Les préconisations portent sur un parcours personnalisé intégrant un accompagnement social et des soins globaux et de réhabilitation spécifiques »²⁵.

~~~~~  
**Cette conception des soins et des organisations est en complète cohérence avec les objectifs du projet territorial de santé mentale.**  
~~~~~

4.2 La prévention et les déterminants de santé

18

Dans les territoires expérimentateurs, le projet territorial de santé mentale a mobilisé les acteurs du champ de l'éducation, de la famille, du logement, du travail, des transports, de la justice (notamment les professionnels pénitentiaires) ou encore de la protection sociale, autant de professionnels qui interviennent dans le champ de la prévention. Pourtant, au travers des retours de terrain, il a été constaté que leur expression s'est focalisée sur l'absence ressentie des acteurs du soin, cette absence constituant une entrave majeure à l'exercice de leur rôle d'insertion des personnes qu'ils accompagnent.

Il est donc possible d'affirmer, à l'instar des enseignements tirés de l'évaluation de PAERPA en cours de réalisation par l'IRDES²⁶, que les acteurs se sont mobilisés en première intention sur le règlement des difficultés très concrètes qu'ils rencontrent dans leur quotidien, la question de la prévention n'intervenant qu'ensuite. C'est assez logique dans le contexte actuel du système de santé national encore très ancré dans le curatif, avec une propension à ne considérer que le champ de la prévention secondaire. Une inscription forte de cette thématique dans les PRS permettra de faire levier.

5. Pérennisation de la démarche

Les acteurs des territoires de France métropolitaine et d'outre-mer doivent s'engager dans la démarche depuis la parution du décret du 27 juillet 2017. Ce dernier précise notamment les délais d'élaboration des projets territoriaux de santé mentale avec un terme fixé à fin juillet 2020.

C'est donc un travail de longue haleine qui s'engage partout et qu'il faut soutenir dans la durée, d'autant plus qu'il est fortement mobilisateur et donc très fragile.

En effet, lors de l'accompagnement des six territoires, des temps de latence ont pu être observés, en raison de plusieurs motifs :

- Changement de pilote, du fait de la mobilité des acteurs ou de changement de stratégie²⁷ ;
- Changement des référents en ARS : la fusion des grandes régions a ainsi marqué un coup d'arrêt très significatif dans des travaux déjà entamés, le temps que les nouveaux référents et les nouvelles stratégies régionales se mettent en place.

Cela met en évidence que la démarche doit être régulièrement stimulée pour que le projet voit le jour et se développe selon une approche collective. À défaut, la tentation est grande de laisser s'installer la seule vision de l'acteur principal du territoire, le plus souvent le centre hospitalier spécialisé. Au pire, à défaut de pilotage opérationnel, la lassitude des acteurs aidant, le projet peut s'arrêter définitivement.

~~~~~  
**De tous les enseignements recueillis à partir des travaux sur le terrain, la pérennisation de la démarche est celui qui paraît le plus critique en termes d'impact attendu. Cela nécessite que la cible affichée soit soutenue et stimulée de façon constante pendant toute la durée d'élaboration des projets.**  
~~~~~

24 - « Traité de réhabilitation psychosociale » sous la direction de Nicolas Franck, juin 2018, p.1.

25 - « Traité de réhabilitation psychosociale » sous la direction de Nicolas Franck, juin 2018 - Suivi socio-sanitaire précoce dans le cadre du parcours des personnes vivant avec un trouble schizophrénique, Nadia Younés et Christine Passerieux p.174.

26 - DT n°74 de juin 2018 « Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (PAERPA) » Bricard D., Or Z., Penneau A.

27 - Cf. EPSM de la Sarthe qui n'a pas souhaité utiliser les travaux réalisés pendant l'accompagnement de l'ANAP.



—

2

—

Le retour
d'expériences

—

Chapitre 2 Le retour d'expériences

1. L'analyse des feuilles de route

À l'issue du diagnostic, l'élaboration des feuilles de route représente une étape charnière dans la mesure où elle correspond au support de mise en œuvre du PTSM tout au long de sa durée de vie et constituera le socle de son évaluation. Son opérationnalité est sous-tendue par les principes suivants :

- ▶ La convergence des actions portées à la feuille de route avec les points de difficulté mis en exergue lors de la phase de diagnostic ;
- ▶ La définition d'actions réalisables, priorisées et définies dans le temps ;
- ▶ L'identification des pilotes d'actions soutenus par des contributeurs chargés de la mise en œuvre de chaque étape de réalisation.

L'analyse des feuilles de route vise à évaluer l'avancée des actions et à dégager des éléments d'explication sur l'atteinte des objectifs et les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre. Plus globalement elle permet d'identifier les leviers à mobiliser et les freins à anticiper à cette étape.

Elle s'appuie sur une démarche d'évaluation qui combine une revue des actions réalisées en séances plénières lors de réunions de clôture avec les équipes projets d'une part, et sur des entretiens individuels conduits avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PTSM (membres du COPIL territorial et pilotes d'action) d'autre part.

1.1 Bilans des territoires pilotes

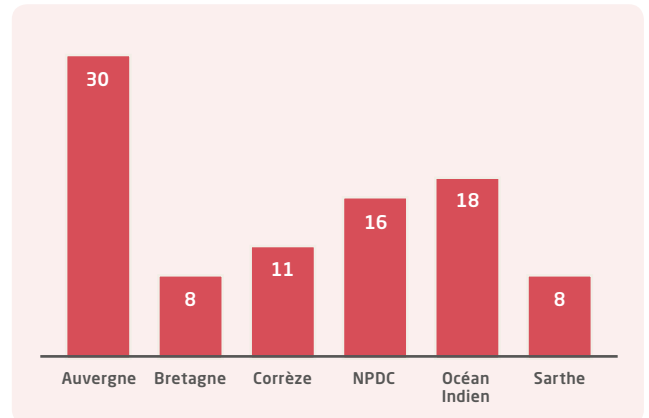
1.1.1 L'inventaire des actions

Le nombre d'actions inscrites sur les différentes feuilles de route varie sensiblement d'un territoire à l'autre (de huit pour les territoires de la Bretagne et de la Sarthe à trente pour le territoire de l'Auvergne).

En dehors des disparités propres à chaque territoire en termes d'offre de prise en charge, de connaissance mutuelle des acteurs et de dynamiques pré-existantes, la phase initiale de diagnostic peut s'avérer déconcertante en raison du nombre et de la diversité des acteurs impliqués dans l'identification des problématiques et de la difficulté à faire converger les points de vue autour d'un consensus satisfaisant pour l'ensemble des parties prenantes.

À l'issue des phases de diagnostic, le nombre de pistes d'action identifiées par porte d'entrée variait de quarante à deux-cents

Figure 7 : Nombre d'actions contenues dans la feuille de route par territoires pilotes

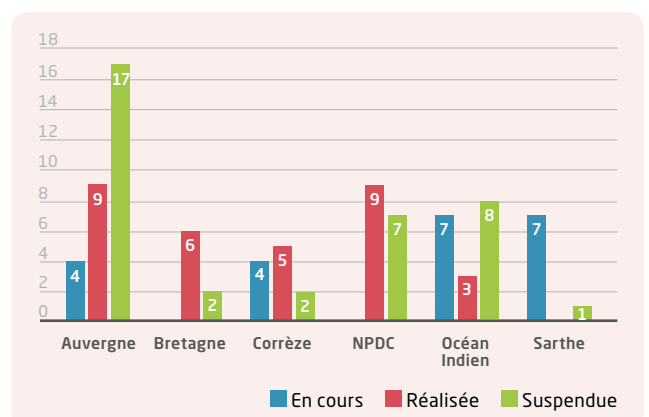


selon les territoires, ce qui a complexifié leur priorisation et conduit à l'élaboration de feuilles de route particulièrement ambitieuses.

En pratique, les feuilles de route les plus denses recensent également le plus grand nombre d'actions arrêtées, suspendues ou encore, celles pour lesquelles un certain nombre d'actions restent en cours de réalisation (voir figure 8).

Plusieurs facteurs expliquent l'existence d'actions suspendues. La plupart d'entre elles concernaient l'adaptation structurelle de l'offre sanitaire et médico-sociale ou nécessitaient des mesures supplétives de la part des tutelles en réponse à des problèmes de démographie médicale, par exemple. Peu centrées sur l'organisation des prises en charge, de la coopération et de la complémentarité entre les opérateurs territoriaux, ces

Figure 8 : Statut des actions par territoires pilotes



Chapitre 2

Le retour d'expériences

actions n'étaient pas aux mains des acteurs et relevaient davantage du déploiement de moyens supplémentaires ou d'une régulation au niveau national. Elles ont rapidement trouvé leur limite :

- ▶ Les échéances de temps ont pu conduire à aller un peu trop vite sur la phase de priorisation et de rédaction des fiches action ce qui a amené les opérateurs à négliger l'évaluation de leur faisabilité;
- ▶ Certains éléments des diagnostics n'ont pas pris en compte les actions pré-existantes au démarrage du PTSM, créant ainsi des doublons et des redondances avec l'existant.

La phase de description du territoire est précieuse. Elle met en jeu la pluridisciplinarité et les regards croisés. Elle doit de ce fait s'attacher à prendre en compte les projets en cours sur le territoire. Il est également conseillé d'y revenir pour recentrer les problématiques lors des arbitrages ultérieurs.

Pour un premier PTSM, la feuille de route peut être relativement modeste et s'en tenir à une dizaine d'actions afin d'être réalisable. Du point de vue des acteurs, le premier effet de la dynamique PTSM est indiscutablement l'interconnaissance résultant des échanges élargis lors de la phase de diagnostic qui ont permis de consolider le socle des constats communs. Cette dynamique a permis d'activer des projets existants et de faciliter des projets ultérieurs. En ce sens, cette première étape pourrait être le préalable à l'atteinte des objectifs à un niveau plus global incluant l'ensemble des opérateurs et des usagers du territoire.

La définition des actions nécessite une phase de reprise en main par le COPIL. Le nombre d'acteurs impliqués dans la phase de diagnostic rend parfois difficile la convergence des objectifs individuels. La mise en commun des pistes d'action, leur tri et leur priorisation doivent être recentrés au sein d'une instance disposant d'une vue d'ensemble des problématiques remontées. La difficulté à faire consensus doit être prise en compte et compensée par des actions de communication autour des choix effectués pour la feuille de route finale. Le PTSM s'inscrit dans une dynamique d'amélioration continue qui trouve sa logique de fonctionnement dans la durée et la continuité. Les actions qui n'ont pas été retenues pourront être reprises ultérieurement et parfois même facilitées par la mise en œuvre des premières actions inscrites à la feuille de route.

Le passage de la définition des actions à la formalisation de la feuille de route requiert une vigilance et un accompagnement. Si les plans d'actions répondent aux constats

faits lors de la phase de diagnostic, une marge d'amélioration persiste au niveau de la priorisation et de la faisabilité des actions retenues. Il ne s'agit pas d'exclure d'emblée les actions portant sur une adaptation structurelle de l'offre ou le recours à des moyens supplémentaires, mais cela pose la question de la vision stratégique liée à la définition des actions : le contexte est pris en compte mais les évolutions à venir ou les moyens (humains et financiers) mobilisables ne sont pas forcément perçus. Ainsi des actions jugées adaptées lors du passage à la feuille de route s'avèrent inapplicables en raison d'évolutions structurelles ou faute de moyens. En vue d'une réelle opérationnalité des feuilles de route, une guidance stratégique renforcée est à prévoir lors de la définition des actions.

1.1.2 Les axes prioritaires des feuilles de route

L'analyse des feuilles de route fait ressortir cinq thématiques prioritaires dans le choix des actions :

La connaissance et l'interconnaissance des professionnels

Il s'agit d'actions visant à améliorer la situation informationnelle des acteurs :

- ▶ Connaissance des dispositifs, des rôles et missions de chacun au sein du territoire;
- ▶ Des réglementations spécifiques à chaque champ qui peuvent constituer des contraintes particulières;
- ▶ Amélioration de la connaissance de certains phénomènes. Elles s'attachent ainsi à mettre en synergie les acteurs des champs sanitaires, médico-social et social afin de poser les bases d'une intervention concertée et coordonnée au bénéfice des personnes vivant avec des troubles psychiques.

L'harmonisation des pratiques professionnelles et des organisations

Ces actions permettent de structurer les organisations et les pratiques professionnelles dans un objectif d'harmonisation afin d'améliorer l'offre et la réponse apportée aux personnes en situation de maladie psychique et de garantir une égalité d'accès à l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale. Elles prennent en compte l'évolution des besoins, des demandes, et les évolutions législatives afin de proposer une réponse homogène à l'échelle du territoire.

La fluidité des parcours et la gradation de la réponse

Ces actions ont pour ambition de proposer une réponse territoriale organisée, articulée entre les différents acteurs, dans le but d'établir ou de rétablir une continuité dans le parcours

Chapitre 2

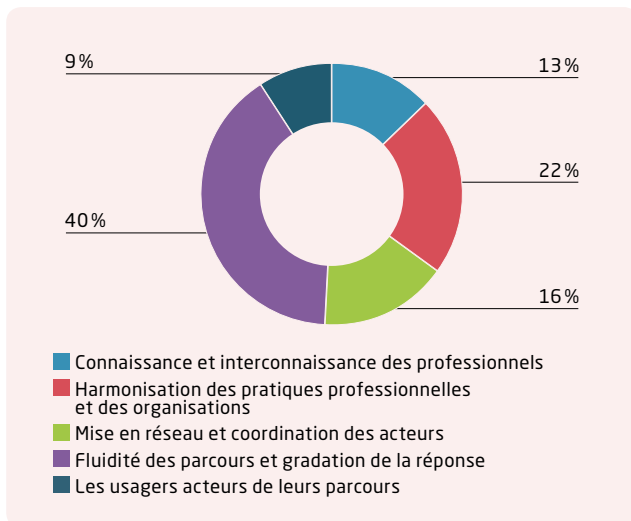
Le retour d'expériences

des personnes en situation de handicap psychique. Elles interrogent l'offre existante et l'organisation des acteurs entre eux afin de proposer un maillage adéquat, dans un objectif de sécurité des soins et de juste utilisation des ressources.

La mise en réseau et la coordination des acteurs

Ces actions permettent d'établir des relations, voire des partenariats entre les acteurs du territoire. La perspective est celle d'une mise en réseau des acteurs au sens large, les dispositifs de coordination en étant la forme la plus aboutie.

Figure 9 : Répartition des thématiques d'action dans les feuilles de route des territoires pilotes



La place des usagers, acteurs de leurs parcours

Ces actions visent à promouvoir l'implication des patients-usagers dans leur prise en charge et à les positionner en tant que partenaires au sein des parcours des personnes en situation de handicap psychique.

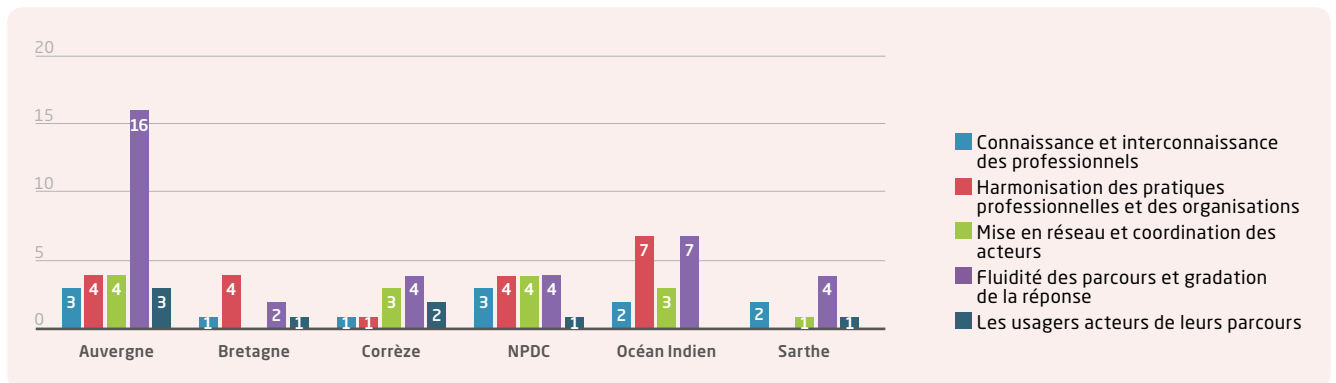
Le premier constat est que les actions se rattachant à cette dernière thématique sont nettement minoritaires (9%) tandis que les actions s'inscrivant dans la thématique de la fluidité des parcours et de la gradation de la réponse dominent nettement (40%).

Par ailleurs, les thématiques d'action se répartissent globalement de manière assez équitable au niveau de chaque territoire. À cet égard, il semble difficile d'établir une corrélation entre l'organisation de l'offre et les sujets traités.

En revanche, il est possible d'établir une hiérarchie dans le choix des actions, hiérarchie dépendante de la maturité des relations entre les professionnels et de leur capacité à articuler leurs interventions sur les sujets traités pour converger vers une dynamique de parcours. Trois niveaux de maturité sont identifiés :

- Un premier niveau : la connaissance et l'interconnaissance des professionnels sont un prérequis à toute autre action, sans lesquelles il n'est pas possible d'aller plus loin. Elles constituent un socle de base aux actions à mettre en œuvre ;
- Un deuxième niveau : il s'agit d'engager la mise en œuvre des coopérations et de les organiser à l'échelle du territoire ;
- Un troisième niveau : le degré de maturité entre les acteurs est suffisant pour permettre à l'utilisateur de trouver sa place et de se positionner comme partenaire des opérateurs.

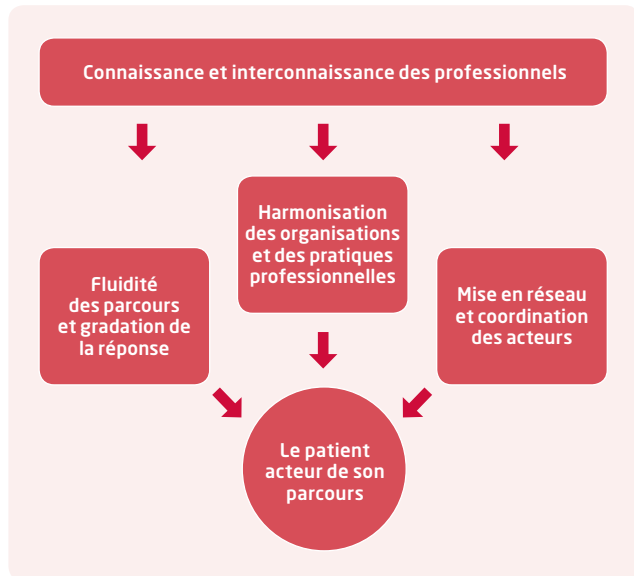
Figure 10 : Répartition des thématiques par territoire pilote



Chapitre 2

Le retour d'expériences

Figure 11 : Articulation et interaction des cinq thématiques



Le niveau de connaissance et de concertation des acteurs sur le territoire permet d'orienter les actions. À cet égard, il semble intéressant d'investiguer le degré de maturité existant dans ce domaine lors de la phase de diagnostic afin de cibler les actions prioritaires et d'évaluer la faisabilité des actions rattachées aux autres thématiques.

Issue de ces axes prioritaires, l'analyse thématique des plans d'action permet d'identifier les constats auxquels se rattachent les actions entreprises et de proposer des illustrations concrètes d'actions conduites dans les territoires pilotes pour chaque thématique.

1.2 Analyse thématique des plans d'actions

1.2.1 Connaissance et interconnaissance des professionnels

Éléments du diagnostic répondant à cette catégorie d'actions

L'un des principaux constats réalisés lors de la conduite des phases de diagnostics dans l'ensemble des six territoires expérimentateurs est la mise en lumière d'un manque global de connaissance et d'interconnaissance des acteurs.

En creux, ce sont deux réalités distinctes qui s'abritent derrière ce constat identifié comme cause majeure de rupture dans les parcours des personnes :

- ▶ La connaissance des troubles psychiques et du handicap psychique par le public et les professionnels est insuffisante.

Les répercussions de ce manque de connaissance s'illustrent à différents niveaux : l'entrée dans le parcours est retardée en raison de difficultés de dépistage et de repérage, le manque d'information sur le handicap psychique produit des risques de stigmatisation et entrave l'orientation des personnes au sein de différents dispositifs de prise en charge ou d'accompagnement, l'écoute et l'assistance aux aidants est assez peu mise en œuvre et la détection des problèmes somatiques reste minorée.

Cette prise en compte insuffisante de la personne dans sa globalité ne permet pas de mettre en œuvre « l'aller vers » ni de franchir la barrière de la non-demande.

- ▶ Les missions des différents opérateurs, leurs collaborations et les ressources du territoire sont peu connues ou mal identifiées par les acteurs.

La méconnaissance des uns et des autres entrave la fluidité des parcours et génère des situations qui ne sont pas pertinentes par manque d'information et de connaissance des capacités et limites des dispositifs existants et plus généralement, du système dans sa globalité.

Objectifs poursuivis

Le groupe d'actions contenues dans cette thématique a pour but de développer un socle commun de connaissances dans le domaine du handicap psychique et de sa prise en charge.

Il s'agit ainsi de faire connaître et d'informer sur les troubles psychiques et le handicap psychique d'une part et de faire progresser la connaissance mutuelle des acteurs du territoire afin de favoriser la construction d'une culture commune d'autre part. *In fine*, elles doivent permettre d'améliorer l'accès aux différents dispositifs quelle que soit la porte d'entrée en favorisant :

- ▶ La montée en compétences des acteurs des différents champs ;
- ▶ La mise en place d'un préalable à la coordination entre acteurs ;
- ▶ Le repérage des personnes souffrant de troubles psychiques et de handicap psychique.

Typologies d'actions mises en place dans les feuilles de route

Les actions de cette catégorie constituent un préalable à la mise en place des PTSM. Il s'agit de :

- ▶ Organiser des opérations de communication sur les dispositifs existants ;
- ▶ Mettre en place des formations croisées théoriques et pratiques à destination des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social, des familles et des aidants ;
- ▶ Organiser des journées d'information sur le handicap psychique ;
- ▶ Organiser des semaines d'information en santé mentale ;
- ▶ Mettre en place une cartographie des acteurs ;
- ▶ Créer un annuaire des ressources du territoire ;

Chapitre 2

Le retour d'expériences

- Organiser des campagnes d'information ciblées en direction d'opérateurs « isolés » (ou peu informés) dans le champ de la santé mentale : médecins généralistes, agents des services sociaux...

D'un niveau de mise en œuvre et de réalisation relativement aisé, les retombées constatées par les acteurs interviennent de manière assez rapide.

ZOOM SUR

- **Fiche n°4 : Zoom sur les formations croisées - ARS Bretagne**

1.2.2 Harmonisation des pratiques professionnelles et des organisations

Éléments du diagnostic répondant à cette catégorie d'actions

Les différents diagnostics territoriaux révèlent des écarts organisationnels et de pratiques qui impactent à la fois la réponse apportée aux personnes en situation de handicap psychique, mais aussi la lisibilité du système par les acteurs et les personnes elles-mêmes.

Ces écarts, qui rendent difficile l'adressage des patients entre professionnels et la mesure objective des dysfonctionnements constatés sur un territoire, affectent particulièrement la fluidité des parcours et l'identification des interfaces. Ils entravent également les efforts de coordination.

Ces constats se sont concentrés plus spécifiquement sur certaines étapes de prise en charge, jugées charnières dans les parcours :

- La sortie d'hospitalisation souvent identifiée comme mal formalisée et peu organisée;
- Les situations inadéquates, mal mesurées;
- L'organisation du parcours ambulatoire;
- Le processus d'évaluation du handicap psychique;
- Le processus d'orientation vers les établissements médico-sociaux avec des critères d'admission au sein des listes d'attente peu lisibles et hétérogènes;
- L'identification et le suivi des personnes « perdues de vue »;
- Les contenus des bilans somatiques variables d'un établissement à l'autre qui constituent un frein pour assurer les transferts entre établissements puisque certains d'entre eux font de ce bilan un préalable à l'accueil;
- Les transmissions des informations entre l'hôpital et les professionnels des soins de ville dont les informations ne sont pas stabilisées.

Objectifs poursuivis

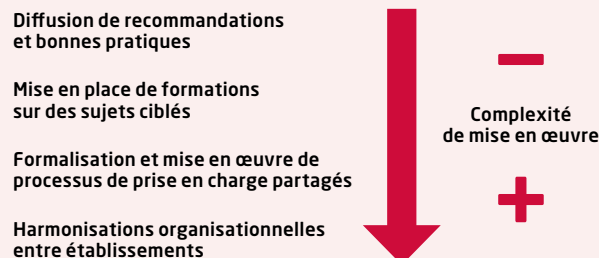
Grâce à la mise en place de pratiques organisationnelles partagées permettant de répondre efficacement à la demande, ces actions visent à formaliser et à adapter :

- Les processus d'orientation;
- L'accès aux soins et aux prises en charge et aux accompagnements;
- La cohérence et la complémentarité des interventions.

Typologies d'actions mises en place dans les feuilles de route

Les actions de cette catégorie nécessitent une bonne connaissance des acteurs du territoire et de leur fonctionnement. Elles s'initient sur la base d'un diagnostic organisationnel confronté aux besoins identifiés par les acteurs et les personnes, et aux évolutions législatives.

Figure 12 : Les typologies d'actions prennent différentes formes dont le niveau d'exécution peut varier de simple à complexe.



Dans les institutions qui souhaitent s'engager vers une harmonisation des organisations, une volonté institutionnelle de changement forte et l'implication des acteurs au plus près de la prise en charge seront nécessaires.

À titre d'exemple, voici des actions relevant de cette thématique mises en œuvre dans les territoires accompagnés :

- Développer les connaissances sur le dépistage de la douleur chez les personnes avec troubles psychiques;
- Développer les connaissances sur la réhabilitation psychosociale;
- Définir des conditions d'un partage d'informations entre professionnels de statuts différents;
- Consolider des modalités d'intervention entre services d'addictologie, services de psychiatrie et établissements médico-sociaux;
- Adapter les processus d'orientation aux situations de handicap psychique;
- Décrire et formaliser un processus d'évaluation et d'admission en ESMS;

Chapitre 2

Le retour d'expériences

- ▶ Définir des protocoles communs autour du bilan somatique pour l'entrée ou le transfert en psychiatrie pour l'ensemble des structures du territoire;
- ▶ Évaluer les modalités d'intervention des acteurs dans les situations de crise et de refus de soins;
- ▶ Améliorer l'organisation et le pilotage des CMP sur un territoire.

ZOOM SUR

- **Fiche n°5 : Zoom sur la charte de fonctionnement des CMP - Corrèze**

1.2.3 Fluidité des parcours et gradation de la réponse

Éléments du diagnostic répondant à cette catégorie d'actions

L'organisation de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale au sein d'un territoire de santé mentale fait partie des éléments questionnés dans les diagnostics territoriaux.

Souvent abordé sous l'angle du manque ou de l'insuffisance, ce sujet cristallise différentes catégories de difficultés structurelles, causes de ruptures dans les parcours.

Les constats ont porté plus particulièrement sur les axes suivants :

- ▶ **Les difficultés d'accès aux soins**
L'arrivée aux soins psychiatriques estimée encore trop tardive, les errances de diagnostic parfois majeures aboutissant à des situations aiguës et l'éloignement de certaines parties de la population des dispositifs de prise en charge, notamment dans le champ de la précarité, questionnent l'organisation de l'offre.
- ▶ **Le défaut de places et/ou le manque de structures adaptées**
Ces carences concernent autant l'offre médico-sociale, que l'insuffisance d'alternatives à l'hospitalisation complète ou encore le manque de dispositifs d'accompagnement en milieu ordinaire permettant d'éviter des hospitalisations. Elles sont identifiées comme les principales causes d'inadéquation en hospitalisation, au domicile ou en établissement médico-social. Dans certains cas, ces situations conduisent les familles à recourir à des solutions extra-territoriales (en Belgique, par exemple).
- ▶ **Le manque de personnels**
La très faible densité de psychiatres et de psychologues sur certains territoires est compensée en partie par les personnels non médicaux.

▶ La gestion de la crise

Le défaut de réponse organisée sur les situations de pré-crise et de crise occasionne le recours à des actions fortes et inadéquates. Le suivi des personnes sur leur lieu de vie après un épisode de crise est également à aménager afin d'éviter les passages aux urgences, les ré-hospitalisations et soutenir les professionnels et aidants intervenant auprès des personnes en situation de handicap psychique sur leur lieu de vie.

Objectifs poursuivis

Les actions rattachées à cette thématique visent à compenser un manque identifié afin :

- ▶ De valider avec les autorités de tutelle les champs respectifs d'intervention sur l'ensemble du territoire;
- ▶ D'optimiser la prise en charge des patients pour répondre aux recommandations réglementaires et garantir la sécurité et la qualité des soins;
- ▶ D'assurer la continuité de la prise en charge en réfléchissant à la répartition des ressources de l'environnement, à leur organisation et à leur complémentarité;
- ▶ De gérer en commun les ressources et les expertises rares sur un territoire.

Typologie des actions mises en place dans les feuilles de route

On distingue différents types d'actions :

- ▶ **Les mesures d'ajustement capacitaire, d'autorisation et d'agrément d'établissements :**
 - Développer les équipes mobiles de psychiatrie;
 - Créer des possibilités de séjours de rupture et augmenter le nombre de places d'accueil temporaire dans le secteur médico-social.
- ▶ **Le travail sur ces circuits spécifiques, segments du parcours global en psychiatrie et santé mentale :**
 - Clarifier le parcours du patient en ambulatoire : articulation entre HDJ, CMP, SAMSAH;
 - Mettre en place une commission de sortie des patients hospitalisés en psychiatrie;
 - Organiser le parcours entre la psychiatrie et les professionnels de ville;
 - Optimiser le circuit et l'accueil des personnes aux urgences;
 - Identifier des modalités d'expérimentation de relais par les psychologues libéraux pour les personnes suivies en CMP;
 - Développer des soins de réhabilitation psychosociale.

Chapitre 2

Le retour d'expériences

► L'organisation d'une réponse partenariale, organisée entre les acteurs :

- Construire un tableau de bord partagé pour l'analyse des situations des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie;
- Mettre en place un système de liste d'attente en ESMS. Ce dernier type d'actions peut donner lieu à l'expérimentation de dispositifs de prise en charge novateurs issus d'une réflexion et d'une co-construction par les acteurs de terrain.

ZOOM SUR

- **Fiche n°6** : Zoom sur «Relayage» à la Réunion

1.2.4 Mise en réseau et coordination des métiers Éléments du diagnostic répondant à cette catégorie d'actions

Si la question de la coordination est considérée comme essentielle en santé mentale et dans les parcours de manière générale, certains constats issus des diagnostics territoriaux mettent en lumière la difficulté que les acteurs rencontrent quand il s'agit de fonctionner en réseau.

La fragmentation institutionnelle des champs d'intervention des professionnels rend difficile l'abord de la notion de parcours, les échanges et la transmission d'information entre partenaires en étant un point focal.

Le dialogue existe mais il repose davantage sur les acteurs que sur des dispositifs identifiés et spécifiques ce qui ne permet de garantir ni la pérennité des partenariats, ni l'homogénéité et la réactivité dans les prises en charge.

L'ensemble de ces éléments constitue des facteurs de fragilité dans la gestion des situations complexes et la mise en place d'une veille efficace (repérage, perdus de vue, anticipation des situations de crise notamment).

Objectifs poursuivis

- Formaliser les partenariats, les modalités de collaboration et les évaluer régulièrement;
- Favoriser la mise en place de dispositifs de concertation et d'intégration des acteurs de proximité;
- Améliorer le dialogue et la coordination entre les acteurs de terrain;
- Élaborer et mettre en œuvre des projets communs sur le plan sanitaire et social;

- Instaurer un pilotage territorial institutionnel de la coordination.

Typologies d'actions mises en place dans les feuilles de route

Les actions des feuilles de route qui s'inscrivent dans cette thématique répondent à différents niveaux de mise en œuvre de la coordination. Selon la maturité des acteurs du territoire, les pratiques de coopération déjà engagées et le degré d'interconnaissance préexistant, elles peuvent aller de l'initiation de la mise en réseau jusqu'à la mise en place de dispositifs de coordination.

► La formalisation et l'organisation des partenariats

- Mettre en place des coopérations formalisées entre ESMS et établissements sanitaires;
- Établir des conventions entre les établissements hospitaliers et les structures médico-sociales pour l'accès aux soins somatiques des personnes en établissement médico-social.

► La coordination de la veille et des interventions entre partenaires :

- Structurer la coordination entre les acteurs concernés *via* la création d'une commission départementale au sein du GCS pré-existant;
 - Développer des synthèses partenariales, formaliser les échanges et le soutien aux équipes, avoir une porte d'entrée unique, un numéro unique;
 - Mettre en place des synthèses partenariales sanitaires, sociales et médico-sociales face aux situations complexes;
 - Organiser une veille partenariale des personnes perdues de vue en CMP;
 - Systématiser le recours aux réunions de synthèse ouvertes aux partenaires extérieurs suivant également la personne pour évaluer et ajuster la prise en charge des cas «difficiles»;
 - Instituer et faire vivre la commission de gestion des cas complexes au sein du CLSM;
 - Créer une instance de régulation des orientations et des admissions dans les ESMS suite aux notifications MDPH;
- #### ► La mise en place de dispositifs de coordination dédiés.

ZOOM SUR

- **Fiche n°7** : Zoom sur la mise en place d'un CLSM à Brive

Chapitre 2

Le retour d'expériences

1.2.5 Les usagers, acteurs de leurs parcours

Éléments du diagnostic répondant à cette catégorie d'actions

Les actions de cette catégorie répondent à deux constats issus des diagnostics territoriaux :

- ▶ La représentation des usagers au sein des différents dispositifs est encore faible : ils rencontrent d'importantes difficultés à s'y impliquer par méconnaissance du territoire, des politiques de santé, des structures existantes et des offres de service qu'elles proposent ;
- ▶ Les dispositifs susceptibles de favoriser le maintien du lien social et de prévenir l'isolement des malades sont encore peu développés. Pourtant, les personnes atteintes de troubles psychiques, sous traitement stabilisé et prêtes à sortir du soin institutionnel, ont besoin de se réinsérer dans la vie sociale, d'accéder au logement, d'accéder à l'emploi et à la formation, avec des étayages plus ou moins importants. Ce besoin de socialisation est aujourd'hui mal reconnu et mal appréhendé en termes de solutions.

Objectifs poursuivis

Il s'agit de favoriser la place de l'utilisateur en mobilisant différents leviers :

- ▶ Agir sur les vecteurs d'insertion et d'intégration que sont notamment l'emploi et le logement ;
- ▶ Proposer un soutien entre la vie à domicile et la démarche en soins ;
- ▶ S'appuyer sur des structures dédiées pour développer la participation des usagers et mobiliser leur expertise.

Typologies d'actions mises en place dans les feuilles de route

- ▶ Améliorer l'accessibilité aux accompagnements et mettre en place les coordinations avec les dispositifs de l'insertion professionnelle ;
- ▶ Favoriser l'accès et le maintien dans le logement au niveau du parc locatif public ;
- ▶ Mettre en place / développer les GEM ;
- ▶ Former les usagers à participer aux différentes commissions et instances territoriales.

ZOOM SUR

- **Fiche n°8** : Zoom sur la création du GEM de Vitré - ARS Bretagne

2. La mise à l'épreuve de la méthode dans un contexte différent

Alors que l'accompagnement se poursuivait dans les territoires expérimentateurs entre 2016 et 2018, en parallèle, trois établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie ont témoigné d'un intérêt particulier pour s'inscrire dans une démarche « parcours » alors qu'ils se projetaient dans une étape particulière de leur vie institutionnelle :

- ▶ Le CH de Rouffach dans le département du Haut-Rhin, région Grand-Est, à l'occasion de l'élaboration de son projet d'établissement ;
- ▶ Le CH Théophile Roussel, dans le département des Yvelines, région Île-de-France, alors qu'il s'inscrivait dans l'élaboration de la filière psychiatrique du Projet médical partagé (PMP) de son Groupement hospitalier de territoire (GHT) ;
- ▶ Le CH de Thuir dans les Pyrénées Orientales, région Occitanie, en tant que pilote de l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

C'est ainsi qu'un outil supplémentaire a été utilisé pour faciliter la réalisation d'un diagnostic sur la trajectoire du patient au sein de l'établissement. Cette grille d'indicateurs constitue une avancée très positive, en termes de questionnement des pratiques, entre les pôles, les secteurs ou les équipes²⁸.

2.1 Passer d'un projet de pôle dans un établissement de santé en psychiatrie à un Projet territorial de santé mentale (PTSM) : l'exemple du CH de Rouffach

Le centre hospitalier de Rouffach a fait appel à l'ANAP en 2017 pour un accompagnement à l'élaboration de son nouveau projet d'établissement. Le point de départ était le projet d'un pôle très orienté vers la psychiatrie communautaire. L'hypothèse a été posée selon laquelle la notion de parcours devait être inscrite le plus en amont possible dans les organisations des établissements pour qu'elles puissent, à leur tour, diffuser naturellement dans le projet territorial de santé mentale.

28 - Tout simplement les indicateurs de la MEAH (cf. Fiche outil 3, La grille des indicateurs, internes aux établissements de santé). Pour les indicateurs internes aux ESMS, cf. le tableau de bord de la performance dans le secteur médico-social ou les publications de l'ANESM précitées.

Chapitre 2

Le retour d'expériences

Retour d'expériences de l'établissement :

« Les outils proposés par l'ANAP sont structurants pour la démarche. L'approche par les portes d'entrée permet de balayer toutes les dimensions du parcours de soins et de vie de l'usager. L'autodiagnostic permet, en séance pluri-professionnelle de partager les regards de chacun. Il contribue à l'identification de certaines problématiques. Cela permet aussi d'admettre que nous avons une part de subjectivité dans nos réponses (peut-être une des limites de ce questionnaire).

La méthodologie proposée par l'ANAP est d'une grande aide pour structurer une démarche de diagnostic et définir des priorités sur un territoire donné. Le CH Rouffach a appris à utiliser cette méthodologie pour la réalisation du projet du pôle 8/9. Aujourd'hui, plusieurs professionnels du CH de Rouffach sont des ambassadeurs de l'ANAP pour l'élaboration du diagnostic territorial en santé mentale du Haut-Rhin. Le 2 juillet, la CPT du Haut-Rhin s'est réunie pour la validation des principales orientations du futur projet territorial en santé mentale. »

2.2 Passer d'un projet médical partagé d'un Groupement hospitalier de territoire (GHT) à un Projet territorial de santé mentale (PTSM) : l'exemple du GHT des Yvelines-Nord

Le centre hospitalier Théophile Roussel, situé à Montesson dans le département des Yvelines, est un établissement spécialisé en psychiatrie implanté dans deux territoires :

- ▶ le nord des Yvelines (78) pour la psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile;
- ▶ le Nord des Hauts de Seine (92) pour la seule psychiatrie infanto-juvénile.

Il est membre du GHT Yvelines Nord et a piloté le projet médical partagé de psychiatrie.

Compte tenu de son aire d'intervention, il est partie prenante de l'élaboration des PTSM sur les deux territoires d'implantation. Il a souhaité acquérir les compétences méthodologiques qui lui permettent d'assurer cette mission et de se préparer à l'élaboration des deux PTSM.

Pour se faire, il s'est engagé dans une démarche de diagnostic parcours patient au sein de l'établissement qui lui permet d'élaborer son projet d'établissement en cohérence avec celui du GHT Yvelines Nord.

Après un diagnostic interne sur la trajectoire du patient²⁹, la méthode a permis d'aboutir rapidement à un diagnostic partagé

et à une feuille de route adaptée aux besoins émanant du territoire d'action, qui est particulièrement complexe. L'établissement doit, en effet, s'investir dans des cercles d'acteurs différents et des problématiques correspondants aux deux départements.

À ce stade, le diagnostic est réalisé, la feuille de route est en cours de réalisation avec l'élaboration de projets qui disposent d'une assise objectivée par les besoins du territoire.

Retour d'expériences de l'établissement :

« 1- La méthode a répondu aux attentes. Elle a pu être mise à l'épreuve dans un contexte bien défini et bien clair. Elle a permis de réaliser en un temps record un diagnostic parcours au sein de l'établissement, car l'ensemble des acteurs concernés sont sur place, et ont été mobilisés rapidement. C'est plus long et plus difficile dans le cadre du territoire.

2- Elle a permis aux acteurs et aux animateurs du projet interne d'acquérir une expérience transférable.

3- Elle a permis à travers cette compétence au centre hospitalier Théophile Roussel de se positionner au niveau de la coordination des groupes de travail pour le PTSM 92 et le PTSM 78. »

2.3 L'élaboration d'un PTSM à l'initiative des acteurs : le PTSM des Pyrénées Orientales par le CH de Thuir

Le centre hospitalier de Thuir est un établissement qui a obtenu une dérogation à l'obligation d'être partie d'un groupement hospitalier de territoire. Les considérants de l'arrêté soulignent que l'établissement a développé une forte culture du partenariat et qu'il souhaitait piloter le projet territorial de santé mentale. C'est donc dans ce contexte, qu'il a lancé le 12 mai 2017 le travail sur le diagnostic partagé et l'élaboration du plan d'action territorial.

En Occitanie, les territoires de démocratie sanitaire correspondent aux départements. Ainsi, la déclinaison de la politique régionale est organisée au niveau départemental. En outre, l'ensemble des acteurs intervenant dans le champ du soin ont une sectorisation départementale. C'est donc naturellement que le territoire du PTSM est celui du département des Pyrénées Orientales.

29 - Cf. la fiche outil N°5 : Indicateurs trajectoire interne - ES.

Chapitre 2

Le retour d'expériences

Compte tenu de l'expérience déjà ancienne de travail en commun des acteurs dans le département, le processus d'élaboration du PTSM a pu être achevé en un an, sous le pilotage du centre hospitalier de Thuir, *via* un processus simplifié portant sur :

- ▶ L'utilisation du mode de gouvernance;
- ▶ L'utilisation des indicateurs permettant de cartographier le territoire et certains indicateurs de la Rosace;
- ▶ La réduction significative du nombre de réunions, grâce à une compréhension partagée préexistante des objectifs du PTSM, entre les acteurs.

Il est à noter que le CH de Thuir a déployé la réhabilitation psychosociale dans ses pratiques professionnelles ce qui sous-tend un fonctionnement en réseau des acteurs autour de la personne.

Le projet territorial a immédiatement pris en compte les six objectifs prioritaires du décret du 27 juillet 2017, plutôt que les portes d'entrées de la Rosace.

Mais, il en ressort *in fine* que les axes du plan d'action se rapprochent fortement des cinq thématiques principales issues des travaux réalisés dans les six territoires accompagnés par l'ANAP :

- ▶ Développer un dispositif de formation territorial (connaissance et interconnaissance);
- ▶ Adapter l'offre de soins et l'offre de service sur le territoire (fluidité des parcours et gradation de la réponse);
- ▶ Promouvoir l'accessibilité aux soins (le patient acteur de son parcours);
- ▶ Coordonner les parcours de soins et de vie entre les structures et les acteurs (coordination des acteurs).

Retour d'expériences de l'établissement :

« 1 - **Le schéma de gouvernance** proposé par l'ANAP a été utilisé parce qu'il intègre une exhaustivité des acteurs du territoire. Toutefois, l'organisation de la gouvernance a été simplifiée, notamment pour le comité de pilotage. En outre, comme le PTSM était piloté par le centre hospitalier de Thuir, un directeur adjoint était présent pour aider à la rédaction des conclusions et des analyses.

2 - **La carte d'identité du territoire** a été utilisée dans le diagnostic. D'autres sources ont été trouvées notamment grâce à l'élaboration conjointe du projet régional de santé (qui a également mené une étude des indicateurs par département) et du schéma des solidarités (qui a commandé une étude au CREA-LR)

3 - **La Rosace** n'a pas été utilisée car les groupes de travail correspondaient aux thèmes du décret.

4 - Nous trouvons qu'**Autodiag** est plus adapté à la réalisation d'un projet d'établissement et c'est la raison pour laquelle il n'a pas été formellement utilisé. Toutefois, les questions ont servi pour l'élaboration du diagnostic territorial.

5 - Les indicateurs de la carte d'identité du territoire ont été utilisés.

6 - Certaines fiches ont largement été utilisées :

- ▶ La fiche n°5 du Tome 1 : la liste des acteurs incontournables;
- ▶ Le document-type n°3 du Tome 1 : la trame de la feuille de route;
- ▶ Le support 4 du Tome 1 : les fiches-actions.





3

En résumé :
maintenir la dynamique

Chapitre 3

En résumé : maintenir la dynamique

1. Comment maintenir la dynamique ?

L'élaboration des projets territoriaux de santé mentale s'inscrit dans une nouvelle conception du rôle et des missions des acteurs intervenant dans le champ de la santé mentale. Ce qui leur est demandé constitue parfois une rupture dans leur positionnement habituel : ils ne peuvent plus travailler seuls.

Comme dans toute dynamique de changement, il est nécessaire de mobiliser les énergies sur une période qui permettra aux uns et aux autres de s'adapter et d'intégrer les nouveaux paradigmes. Cela signifie qu'il faut savoir accepter le coût de cette démarche, à plusieurs niveaux.

► Le temps :

Certes, la maturité des acteurs à travailler en collectif dans leur territoire est un facteur d'accélération pour l'élaboration du projet. Quand ce n'est pas le cas, il faut accepter le temps de l'adaptation et de l'acceptation du nouveau contexte. À très juste titre, le décret du 27 juillet 2017 a prévu un délai de trois ans pour la généralisation des projets territoriaux de santé mentale. Encore faut-il considérer que ce délai permettra d'engager la dynamique et les premières mesures. Il faudra encore plus de temps pour que les premiers impacts significatifs se manifestent pour atteindre la cible attendue : l'amélioration du parcours des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Néanmoins et très rapidement, des effets positifs interviennent liés au développement de l'interconnaissance que suscite le projet. C'est là un des premiers bénéfices de la démarche.

► La mobilisation des ressources³⁰ :

Cet exercice est le premier, la mobilisation des ressources est donc particulièrement importante. Elle intègre, peu ou prou, une phase d'apprentissage du travail en collectif. Mais que représente-t-elle, concrètement ?

Une évaluation des jours-hommes consommés a été tentée, en se fondant sur les données moyennes constatées dans les six territoires accompagnés. La période d'élaboration observée est de deux ans, des pré-requis à la négociation du contrat territorial de santé mentale. Le détail de la méthode de calcul est disponible dans la fiche n° 9 : La mobilisation des acteurs et dans la fiche outil n° 4 : La mobilisation des acteurs.

Pour chacun des territoires, le décompte est conséquent (voir figure 13).

Figure 13 : Mobilisation des ressources

Phases	Acteurs mobilisés	
	Pilote et son équipe	Contributeurs
Cadrage	45	30
Diagnostic	53	235
Élaboration de la FDR	33	85
Mise en œuvre de la FDR	16	210
TOTAL j/h	147	560

Dès lors, comment asseoir le projet dans une dynamique active ?

2. Les illustrations

Plusieurs exemples peuvent illustrer la manière dont ces dynamiques locales peuvent être entretenues.

2.1 L'ARS Bretagne : restitution de l'accompagnement réalisé par l'ANAP

L'ARS Bretagne a initié une restitution de l'accompagnement de l'ANAP, en décembre 2016³¹ devant l'ensemble des acteurs régionaux de la santé mentale.

Son retour témoigne d'une évaluation très objective et très positive. Elle s'est d'ailleurs appuyée sur ce bilan pour étayer le cadrage de sa politique d'accompagnement, en mettant en convergence cette expérimentation avec celle de PAERPA, et son projet de PRS. La manifestation a aussi marqué le coup d'envoi de la généralisation des projets territoriaux de santé mentale à l'ensemble des territoires de la région. Les bénéficiaires de l'accompagnement ont pu se transformer en ambassadeurs de la méthode vis-à-vis des autres territoires.

30 - Cf. fiche n°9 : La mobilisation des acteurs et fiche outil n° 4 : La mobilisation des acteurs.

31 - Parcours en psychiatrie et santé mentale « Premiers enseignements d'une démarche expérimentale menée avec l'appui de l'ANAP sur un territoire breton » n°10/2016 des études de l'ARS Bretagne (octobre 2016).

Chapitre 3

En résumé : maintenir la dynamique

2.2 Les perspectives envisagées par les acteurs de La Réunion

Le projet territorial de La Réunion est certainement le plus abouti des six projets accompagnés. Malgré le départ du référent santé mentale, la vigilance de l'ARS s'est maintenue et la dynamique n'a pas faibli. C'est aussi sans doute dû au pilotage très collaboratif que l'Établissement public de santé mentale de La Réunion (EPSMR) a mis en place pour aboutir à la création d'une communauté psychiatrique de territoire, où, naturellement, chacun des acteurs a trouvé sa place et son aire d'expression dans la poursuite des actions collectives.

Ici, la dynamique du projet a entraîné les acteurs dans une volonté de rendre le processus de co-construction irréversible.

2.3 Les perspectives issues du déploiement

Si les pouvoirs publics souhaitent donner foi aux bénéfices attendus du déploiement des projets territoriaux, et ainsi encourager les acteurs à s'impliquer et à persévérer, seule une évaluation dans la durée peut y répondre. Celle-ci devra s'appuyer sur deux niveaux d'observation :

- ▶ La réalité de la mise en place des démarches dans tous les territoires, *via* une enquête annuelle succincte à renouveler jusqu'en 2020 qui est le terme de la production des premiers projets territoriaux de santé mentale ;
- ▶ La mesure de l'impact de la démarche dans le territoire.

Sur le premier point, le suivi de quelques indicateurs simples par les ARS peut suffire :

- ▶ Nombre de réunions organisées dans le cadre de l'élaboration du PTSM par territoire ;
- ▶ Nombre de collègues représentés dans les groupes de travail (selon la fiche 5 du kit outils du Tome 1) ;
- ▶ Nombre de territoires engagés dans la démarche ;
- ▶ Nombre de diagnostics élaborés et validés ;
- ▶ Nombre de PTSM validés et arrêtés ;
- ▶ Nombre de contrats signés.

Concernant le second point, des indicateurs permettant d'évaluer les avancées constatées dans les territoires pour améliorer la situation, au regard des items du décret du 27 juillet 2017. L'impact positif global de la démarche sera long à se manifester dans les territoires, pour toutes les raisons déjà évoquées. Il faut toutefois commencer, même modestement, à partir des indicateurs de la Rosace pour pouvoir disposer d'une situation de départ. Leur suivi en dynamique permettra très vite de vérifier la réduction des dysfonctionnements dans les parcours

des personnes et par voie de conséquence l'amélioration de leur qualité de vie. Un tel suivi devrait être obligatoirement intégré dans les contrats territoriaux de santé mentale. Les évolutions positives même partielles constitueront le meilleur argument de la poursuite de l'effort collectif.

C'est pourquoi, les résultats de ces évaluations pluriannuelles doivent faire l'objet d'une communication, tout particulièrement, au sein des instances de démocratie sanitaire. La meilleure façon de communiquer serait d'ailleurs de donner la parole aux personnes elles-mêmes et à leurs aidants. Ils ont tellement à dire et à nous apprendre³².

³² - Pour en savoir plus, téléchargez les actes des Universités de la performance de l'ANAP les 7 et 8 septembre 2018 à Bordeaux.

Fiches complémentaires

- **Fiche n° 1** : La responsabilité populationnelle
- **Fiche n° 2** : La méthode adaptée aux enfants et aux adolescents
- **Fiche n° 3** : La méthode adaptée aux personnes âgées
- **Fiche n° 4** : Zoom sur les formations croisées - ARS Bretagne
- **Fiche n° 5** : Zoom sur la charte de fonctionnement des CMP - Corrèze
- **Fiche n° 6** : Zoom sur «Relayage» à La Réunion
- **Fiche n° 7** : Zoom sur la mise en place d'un CLSM à Brive
- **Fiche n° 8** : Zoom sur la création du GEM de Vitré - ARS Bretagne
- **Fiche n° 9** : La mobilisation des acteurs
- **Fiche outil n°1** : La liste des acteurs incontournables
- **Fiche outil n°2** : La grille des indicateurs
- **Fiche outil n°3** : Support de diagnostic organisationnel des CMP
- **Fiche outil n°4** : La mobilisation des acteurs
- **Fiche outil n°5** : Indicateurs de trajectoire interne - ES



Les outils sont disponibles
au téléchargement sur
le site de l'ANAP :

anap.fr

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
ADESM	Association des directeurs d'établissements de santé mentale
AESH	Accompagnant des élèves en situation de handicap (EN)
AFDS	Association française des directeurs de soins
ANPCME	Association nationale des présidents de CME (d'établissements psychiatriques)
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
ARS	Agence régionale de santé
ASE	Aide sociale à l'enfance
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AVS	Auxiliaire de vie scolaire (EN)
CA	Conseil d'administration
CAF	Caisse d'allocations familiales
CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce (ESMS)
CARRUD	Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour les usagers de drogue
CCAS	Centre communal d'action sociale
CCOMS	Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé
CD	Conseil départemental
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CEDIAS	Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociale
CEF	Centre d'éducation fermé (PJJ)
CHRS	Centre d'hébergement de réinsertion sociale
CLSM	Conseil local de santé mentale
CME	Commission médicale d'établissement
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CNAMTS	Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNPCME	Conférence nationale des présidents de CME (d'établissements psychiatriques)
CODERPA	Comité départemental des retraités et personnes âgées
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
CSAPA	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CRA	Centre régional autisme
CREAI	Centre régional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
CREHPSY	Centre ressource handicap psychique
CRSA	Conférence régionale de la santé et l'autonomie
CPAM	Caisse primaire d'Assurance maladie
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CVS	Conseil de vie sociale (ESMS et social)
DGARS	Directeur général de l'agence régionale de santé
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DD	Délégation départementale ou délégué départemental
DTPSM	Diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale
EDAS	Espaces départementaux d'actions sociales
EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ELSA	Équipe de soin et de liaison en addictologie
EN	Éducation nationale
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
EPE/EPEI	Établissements de Placement Éducatifs/Établissements de Placement Éducatifs et d'Insertion (PJJ)
EPM	Établissement pénitentiaire pour mineurs (Justice)
EPSM	Établissement public de santé mentale
ES	Établissement de santé
ESJ	Espace santé jeunes (collectivités locales - social)
ESMS	Établissement et service social ou médico-social
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP	Équivalent temps plein
ETP	Éducation thérapeutique
FAM	Foyer d'accueil médicalisé
FDR	Feuille de route
FH	Foyer d'hébergement
FHF	Fédération hospitalière de France
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
FHP	Fédération de l'hospitalisation privée
FNAPSY	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie
FNEHAD	Fédération nationale des établissements d'aide à domicile
FO	Foyer occupationnel
GEM	Groupe d'entraide mutuelle
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sanitaire et médicosocial
IDE	Infirmier diplômé d'état
IME	Institut médico-éducatif (ESMS)
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRIS	« Îlots regroupés pour l'information statistique » (INSEE)
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
ITEP	Institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ESMS)
HAD	Hospitalisation à domicile
HAS	Haute autorité en santé
MAS	Maison d'accueil spécialisé (ESMS)
MDA	Maison des adolescents
MDA	Maison de l'autonomie (CD)
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MECS	Maisons d'enfants à caractère social (médicosocial ou social)
MNASM	Mission nationale d'appui en santé mentale
MAS	Maison d'accueil spécialisé
MS	Médico-social
MSA	Mutualité sociale agricole
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional en santé
PAEJ	Point d'accueil et d'écoute « jeunes » (social)
PAERPA	Parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PEP	Centre ressource « Psycho Éducatif Profile » (voir CRA)
PJJ	Protection judiciaire de la jeunesse
PMI	Protection maternelle et infantile
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRS	Projet régional de santé
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial en santé mentale
RASED	Réseaux d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (EN)

Glossaire

Sigle / Acronyme	Libellé
RME psy	Restitutions médico-économique en psychiatrie
RIMP	Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RSI	Régime social des indépendants
SAAD	Service d'aide à domicile (ESMS)
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS	Service d'aide à la vie sociale
SAVS	Service d'aide à la vie sociale
SD	Schéma départemental de l'autonomie et du handicap
SESSAD	Service d'éducation spéciale et d'aide à domicile (ESMS)
SISM	Semaine d'information en santé mentale
SGMAS	Secrétariat général du ministère des Affaires sociales
SMF	Santé mentale France
SPASAD	Service polyvalent d'aide et de soins à domicile
SSIAD	Service de soins infirmier à domicile
SUMPPS	Service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé
TCA	Troubles du comportement alimentaire
TSA	Troubles du spectre de l'autisme
UCA	Unité clinique pour adolescents
ULIS	Unité localisée pour l'inclusion scolaire (EN)
URPS	Union régionale des professionnels de santé
UNAFAM	Union nationale des amis et des familles des malades mentaux
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux

Remerciements

L'équipe santé mentale de l'ANAP remercie tout particulièrement les personnes qui par leur implication volontariste ont permis d'écrire ce document :

En premier lieu les équipes des 6 ARS qui ont porté et suivi la démarche dans la durée :

- ▶ **Dr Francine Van Hee** et le **Dr Isabelle Loens**, Hauts de France, (ex-Nord-Pas-de-Calais)
- ▶ **Dr Sylvie Dugas, Anne-Yvonne Even** et **Luc Boisseau**, Bretagne
- ▶ **Roselyne Robiolle** et **Thierry Monnat**, Auvergne - Rhône-Alpes, (ex-Auvergne)
- ▶ **Dr Marie-Hélène Desbordes** et **Romain Alexandre**, Nouvelle Aquitaine, (ex-Limousin)
- ▶ **Dr Bruno Meslet** et **Gilles Vignon**, Océan Indien
- ▶ **Dr Alain Charpentier, Odile Doucet** et **Isabelle Monnier**, Pays-de-la-Loire

Les quelque 300 personnes qui par leur présence assidue dans les six territoires ont donné matière à ce document et tout particulièrement les usagers et leurs représentants.

Les membres du comité de pilotage national qui ont accompagné le projet sur toute sa durée :

- ▶ **Pascal Mariotti**, ADESM
- ▶ **Dr Christian Müller**, CNPCME
- ▶ **Dr Marie-Noëlle Petit**, ANPCME
- ▶ **Magali Coldefy**, DREES-IRDES
- ▶ **Dr. Anis Ellini** et le **Dr. Axelle Menu**, ATIH
- ▶ **Christiane Jean-Bart**, ex-ANESM
- ▶ **Amélie Prigent**, HAS
- ▶ **Patricia Fiacre**, ANCREAI - CEDIAS
- ▶ **Patrick Risselin**, SGMAS
- ▶ **Odile Maurice** et **Céline Descamps**, DGOS
- ▶ **Dr Sylvia Guyot**, DGCS
- ▶ **Dr Fritsch** et **Marie-Hélène Dechaux**, DGS
- ▶ **Fanny Bouharec**, CNSA
- ▶ **Lise Burgade** et **Mme Daphné Borel**, CNSA
- ▶ **Dr Gabrielle Peyre-Lanquart** et le **Dr Jean-Luc Touret**, CNAMTS
- ▶ **Francis Montgeonjean**, AFDS

Les référents en santé mentale qui se sont joints à la réflexion en 2017 :

- ▶ **Dr Cécile Bonnefoy**, ARS Normandie
- ▶ **Emmanuelle Carreau**, ARS Centre Val de Loire
- ▶ **Marie-Lou Darchez**, ARS Guyane
- ▶ **Vincent Fortin**, ARS Grand-Est
- ▶ **Philippe Guinard**, ARS Île-de-France
- ▶ **Mme Anne-Sophie Lavaud**, ARS Nouvelle-Aquitaine
- ▶ **Mme Edith Puglierini**, ARS Bourgogne Franche Comté

Les « testeurs » de la méthode :

- ▶ Pour le CH Théophile Roussel : **Jacques Lahély, Amale Hazael-Massieux, Undraa Enk-Amgalan** et toute la communauté de l'établissement
- ▶ Pour le CH de Rouffach : **François Courtot, Christian Uhrig** et toute la communauté de l'établissement
- ▶ Pour le CH de Thuir : **Philippe Banyols, Carole Gleyzes** et toute la communauté de l'établissement

Et enfin, tous les anciens de l'équipe santé mentale : **Marie-Aude Poisson, Dr Ayden Tajahmady, Leslie Vallon, Benoît Servent** et **Élise Prout**.



 AUTEURS DE LA PUBLICATION :
Corinne Martinez
Valérie Reznikoff
Benoît Servant

Bibliographie

38

- ▶ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé
- ▶ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale
- ▶ Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale et sa boîte à outils : <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
- ▶ Ordonnance du 2 février 1945
- ▶ Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022
- ▶ Rapport Piveteau « Zéro sans solution » publié le 20/06/2014 et mis à jour le 18/12/2015 : <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/annee-2014/article/remise-du-rapport-de-denis-piveteau-a-marisol-touraine-et-segolene-neuville>
- ▶ Institut national de santé publique du Québec : Cet institut produit des études pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. En tant que centre d'expertise et de référence en santé publique : <https://www.inspq.qc.ca/>
- ▶ Recommandations ANESM : « Pratiques de coopération et de coordination du parcours de la personne en situation de handicap », mars 2018 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2839995/fr/pratiques-de-cooperation-et-de-coordination-du-parcours-de-la-personne-en-situation-de-handicap
- ▶ Recommandations ANESM : « Guide sur les problèmes somatiques et les phénomènes douloureux », mai 2017 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2833767/fr/qualite-de-vie-handicap-les-problemes-somatiques-et-les-phenomenes-douloureux-guide
- ▶ Note de cadrage HAS : « Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux - Note de cadrage » https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032151/fr/note-de-cadrage-ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux
- ▶ Recommandations ANESM : « Les comportements problèmes, prévention et réponses », décembre 2016 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2834964/fr/les-comportements-problemes-au-sein-des-etablissements-et-services-accueillant-des-enfants-et-adultes-handicapes-prevention-et-reponses
- ▶ 2018 « Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux », septembre 2018 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
- ▶ Les publications de la CNSA
- ▶ Tableau de bord médico-social de l'ANAP
- ▶ Rapport d'information de l'Assemblée Nationale sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, Robiliard D., Décembre 2013, p. 55-56
- ▶ Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée, Schuster et al, Geriatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil 2013; 11 (2), pp 182
- ▶ Rapport Laforcade sur la santé mentale, 2016
- ▶ DT n°74 de juin 2018 « Méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (PAERPA) » Bricard D., Or Z., Penneau A.
- ▶ Traité de réhabilitation psychosociale sous la direction de Nicolas Franck, juin 2018 p 1
- ▶ Mémoire de DES en psychiatrie de M. Adrian Melac en octobre 2018 « Réhabilitation psychosociale et rétablissement : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie »
- ▶ CCOMS sur la constitution des CLSM : <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=CLSM>
- ▶ Parcours en psychiatrie et santé mentale « Premiers enseignements d'une démarche expérimentale menée avec l'appui de l'ANAP sur un territoire breton » n°10/2016 des études de l'ARS Bretagne (octobre 2016)



Mentions légales

Financement : les contenus publiés par l'ANAP sont le résultat du travail de ses salariés et de sociétés de conseil dont les prestations sont exécutées dans le cadre de marchés publics et financées par le budget de l'ANAP. Conflits d'intérêts : les contenus et conclusions de l'ANAP sont indépendants de toute relation commerciale. L'ANAP n'approuve ni ne recommande aucun produit, procédé ou service commercial particulier. Usage : l'ANAP garantit la validité des informations à la date de leur publication. Les contenus sujets à évolution particulière sont susceptibles d'être actualisés. Propriété intellectuelle : les contenus sont la propriété intellectuelle de l'ANAP. Toute utilisation à caractère commercial est formellement interdite. Toute utilisation ou reproduction même partielle doit mentionner impérativement : « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Tome 2 : retour d'expériences © ANAP 2019 » et respecter l'intégrité du contenu.



Conception et réalisation : Agence Efil 02 47 47 03 20 - www.efil.fr

Crédit photos: ANAP

Imprimé sur papier PEFC

Mars 2019

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de société. Elle est reconnue comme indispensable à la santé, au bien-être et à la qualité de vie des personnes.

Cette publication propose un retour d'expériences sur des actions mises en place dans les projets territoriaux de santé mentale.

