



**EHESP**

**MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE**

**– 2018 –**

**L'ÉLABORATION DES PROJETS TERRITORIAUX  
DE SANTÉ MENTALE : LA PARTICIPATION DES  
ACTEURS AU DIAGNOSTIC TERRITORIAL**

**– Groupe n° 20 –**

- **Dina ABIDOS (D3S)**
- **Carla ALENDOURO SILVA (IES)**
- **François ALLEMAN (DS)**
- **Anne ANDRÉ (D3S)**
- **Guyène COMBE (D3S)**
- **Hugo LANGUILLER (AAH)**
- **Victoire LEFEBVRE (DH)**
- **Charlène ROBERT (AAH)**
- **Geneviève ROUAULT (DH)**
- **Marc SANCHIS-GAONACH (DH)**
- **Thierry ZANONE (DS)**

*Animatrices*

*– D<sup>r</sup> Nicole BOHIC, enseignante EHESP*

*– M<sup>me</sup> Isabelle MONNIER, enseignante EHESP,  
responsable de la formation Directeur des soins*





---

# S o m m a i r e

---

## Table des matières

Introduction.....	1
I. Un cadre juridique et méthodologique en cours d’appropriation par les acteurs.....	4
1. Un cadre juridique récent qui se précise au gré des décrets d’application.....	4
2. Le cadre méthodologique proposé par l’ANAP .....	7
a. Les étapes clés de l’élaboration du diagnostic territorial partagé .....	7
b. La préconisation de l’ANAP : la mise en place d’une démarche participative .....	9
II. Méthode de travail et observations sur les territoires .....	9
1. Une méthode dynamique et cadrée afin d’assurer le rendu d’un rapport sur une période restreinte .....	9
2. Une appropriation contrastée du projet dans sa phase de diagnostic territorial selon les territoires mais un volontarisme des acteurs.....	11
a. La Bretagne : départements du Finistère et Ille-et-Vilaine .....	11
b. Le Grand-Est : département du Bas-Rhin .....	14
c. L’Auvergne-Rhône-Alpes : Département du Rhône.....	15
d. La Nouvelle-Aquitaine : Gironde et Pyrénées-Atlantiques .....	16
III. Leviers d’action pour l’élaboration du diagnostic territorial partagé.....	19
1. L’avancement du diagnostic partagé varie fortement entre les territoires du fait des particularités locales ainsi que des modalités souples d’élaboration du PTSM .....	19
2. L’association la plus complète possible des acteurs de la santé mentale dans le diagnostic partagé est nécessaire pour développer les échanges et la réflexion sur les parcours de vie .....	21
3. L’importance d’une méthode de projet et de l’accompagnement des acteurs dans la réalisation du diagnostic partagé .....	23
Conclusion .....	25
Bibliographie .....	27
Liste des annexes.....	1
Annexe 1 : Grille d’entretien .....	2
Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés.....	3
Annexe 3 : Liste des réunions de travail.....	4
Annexe 4 : Cadre d’action partagé pour l’élaboration du PTSM, ARS Bretagne .....	5
Annexe 5 : « Parcours des personnes en psychiatrie et en santé mentale », <i>Les études de l’ARS Bretagne</i> , N°16, Octobre 2016.....	13

**Annexe 6 : Brève histoire de la psychiatrie .....25**

---

## **R e m e r c i e m e n t s**

---

Nous remercions chaleureusement Madame Nicole Bohic et Madame Isabelle Monnier, référentes de notre groupe de travail, pour leur précieux soutien, leurs conseils méthodologiques et leurs apports conceptuels, ainsi que pour leur disponibilité.

Nous tenons également à remercier vivement tous les interlocuteurs rencontrés dans le cadre des entretiens menés pour produire ce rapport, pour la richesse des échanges et pour avoir partagé avec nous leurs connaissances et leur expertise. De plus, nous remercions Madame Corinne Martinez, de l'ANAP, pour ses apports riches de son expérience et de son appréciation d'ensemble.

Enfin, nous adressons nos remerciements à l'EHESP pour son soutien méthodologique et logistique.



---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CLS : Conseil local de santé, ou contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale, ou contrat local de santé mentale

Copil : Comité de pilotage

CPT : Communauté psychiatrique de territoire

CSP : Code de la santé publique

CSSM : Commission spécialisée en santé mentale

CTS : Conseil territorial de santé

DAF : Dotation annuelle de financement

DGARS : Directeur général de l'agence régionale de santé

DTP : Diagnostic territorial partagé

EPS : Établissement public de santé

ESMS : Établissement social et médico-social

FIR : Fonds d'intervention régional

GCS : Groupement de coopération sanitaire

GEM : Groupement d'entraide mutuelle

GHT : Groupement hospitalier de territoire

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

LMSS : Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

MDPH : Maison départementale des personnes handicapées

PMP : Projet médical partagé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

PRS : Projet régional de santé

SNS : Stratégie nationale de santé



## Introduction

Lucien Bonnafé (1912-2003), psychiatre, a déclaré : « On juge du degré de civilisation d'une société à la manière dont elle traite ses fous ». L'évolution actuelle du monde de la santé mentale vers une bonne inclusion sociale et la déstigmatisation de ce public vulnérable dans la cité va dans ce sens. Elle est également liée à une évolution de la psychiatrie vers le concept de santé mentale.

Édouard Couty propose en 2009 une définition de la santé mentale dans le rapport « Mission et organisation mentale de la psychiatrie » comme un état d'équilibre résultant « d'interactions entre des facteurs de trois ordres : des facteurs biologiques, relatifs aux caractéristiques génétiques et physiologiques de la personne, des facteurs psychologiques, liés aux aspects cognitifs, affectifs et relationnels, et des facteurs contextuels, qui ont trait aux relations entre la personne et son environnement. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne ».

La santé mentale est une branche majeure de la santé publique. Elle est donc toujours liée à une politique publique propre à une société donnée dans laquelle la psychiatrie joue un rôle essentiel mais pas unique<sup>1</sup>. La psychiatrie est une branche de la médecine. La prise en charge de la maladie mentale déborde du secteur de la psychiatrie, que ce soit pour la prévention, le repérage précoce et l'insertion sociale des personnes souffrant d'une pathologie mentale.

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a introduit une définition de la politique de santé mentale, et de nouvelles modalités de déclinaison de celle-ci par la logique du parcours, notamment le projet territorial de santé mentale. La politique de santé mentale « comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Elle est mise en œuvre par des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion » (Art. L. 3221-1 CSP). Au-delà des professionnels, l'ensemble des citoyens, par leurs comportements, leurs attitudes et leurs conceptions, contribuent aussi au regard porté sur la santé mentale et sur les personnes concernées par ces pathologies.

---

<sup>1</sup> LAFORCADE Michel, *Rapport relatif à la santé mentale*, octobre 2016.  
EHESP – Module interprofessionnel de santé publique – 2018

L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a identifié 4 types d'acteurs :

- Institutionnels : agence régionale de santé (ARS), conseil départemental, assurance maladie, préfecture ;
- Opérateurs : établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, professionnels libéraux, services de soins et d'accompagnement à domicile, groupes d'entraide mutuelle (GEM) ;
- Associatifs et usagers ;
- Études et recherche : centres de recherche.

Les enjeux actuels du champ de la santé mentale sont majeurs. En effet, les troubles mentaux sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Le Haut Conseil de la santé publique « estime que les troubles psychiques et les maladies mentales tiennent une place importante dans la vie d'au moins un quart des français, compte tenu de leurs conséquences sur l'entourage immédiat des patients »<sup>2</sup>. Les estimations de l'ensemble des coûts directs et indirects liés aux troubles mentaux se situent à 107 milliards d'euros<sup>3</sup>, ce qui fait de la santé mentale un réel enjeu socio-économique.

Le rapport de l'IGAS sur le dispositif de soins psychiatriques<sup>4</sup> de novembre 2017 pointe l'inadaptation de l'organisation de la santé mentale aux besoins. Les principales difficultés observées sont les disparités territoriales, les évolutions divergentes de l'offre de soins entre un dispositif sectorisé offrant des soins de plus en plus diversifiés et implantés dans la cité, et un dispositif non sectorisé restant centré sur une hospitalisation indifférenciée et des consultations libérales avec une complémentarité faible entre ces deux segments. De plus, le secteur psychiatrique fait face actuellement à plusieurs autres défis :

- La « psychiatisation » des troubles liés au mal-être et aux difficultés sociales générant une augmentation de la demande de soins. Le syndicat des psychiatres d'exercice public (SPEP) fait état d'une tendance à exiger de la psychiatrie de « nommer comme pathologie ce qui est au départ un écart à une norme ou une souffrance sociale »<sup>5</sup> ;

---

<sup>2</sup> « Psychiatrie : mutations et perspectives - Actualités et dossier en santé publique », *Revue du Haut conseil de la santé publique*, n° 84, septembre 2013.

<sup>3</sup> « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie 2005-2010 », Cour des comptes, décembre 2010.

<sup>4</sup> Rapport « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, soixante ans après la circulaire du 15 mars 1960 », IGAS, novembre 2017.

<sup>5</sup> Rapport du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, contribution adressée à la mission d'information, 2017.



- Une démographie médicale insuffisante ;
- La reconnaissance du handicap psychique et du rôle joué par les acteurs du champ médico-social et social issue de la loi du 11 février 2005 ;
- Le besoin de sécurité légitime de la société vis-à-vis d'actes médiatisés impliquant des personnes atteintes de pathologies mentales ;
- Le respect des libertés des personnes porteuses de troubles psychiatriques.

L'objet du PTSM selon le décret d'application du 27 juillet 2017 est « l'organisation de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale. Il est construit à partir d'un diagnostic territorial partagé élaboré en démarche collaborative par les acteurs participant aux parcours des usagers dans le champ de la santé mentale, en articulant les différents parcours :

- **Parcours de soins** : accès aux consultations de 1<sup>er</sup> recours et, quand cela est nécessaire, aux autres lieux de soins ;
- **Parcours de santé** : articule soins et prévention en amont et accompagnement médico-social et social et maintien et le retour à domicile en aval ;
- **Parcours de vie** : envisage la personne dans son environnement (famille et entourage, école, prévention de la désinsertion professionnelle, réinsertion, logement...).

Notre travail interfilière fait écho à l'approche transversale et partenariale du diagnostic partagé, et nous semble être une anticipation de nos futures missions de coordination sur les territoires de santé. Notre groupe a donc travaillé sur la question suivante : **les modalités d'élaboration du diagnostic territorial partagé permettent-elles aux acteurs intervenant dans les parcours des usagers dans le champ de la santé mentale d'y prendre part ? Quel positionnement l'ARS peut-elle avoir pour soutenir cette démarche ?**

Après l'exposé de l'analyse du cadre juridique et méthodologique du PTSM (I), nous présenterons notre méthode de travail et les résultats observés sur plusieurs territoires (II), pour ensuite tenter d'identifier les freins et les leviers d'action (III).

## **I. Un cadre juridique et méthodologique en cours d'appropriation par les acteurs**

### **1. Un cadre juridique récent qui se précise au gré des décrets d'application**

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dite Loi Santé, marque la volonté de réformer le système de santé afin d'améliorer l'accès de tous à la santé et à des soins de qualité. Cette loi est organisée autour de 4 axes. Elle définit pour la première fois la politique de santé mentale, dans le cadre du deuxième axe : la facilitation au quotidien des parcours de santé.

Afin de répondre à une politique de santé mentale comprenant « des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale », la loi Santé introduit dans son article 69 le projet territorial de santé mentale (PTSM), dont l'objet est de garantir une offre de santé mentale accessible sur les territoires et une prise en charge de qualité et de proximité sans rupture.

Le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale explicite les modalités de conception des PTSM, donne des lignes directrices nécessaires à l'élaboration de celui-ci et identifie les acteurs concernés. La mise en place des PTSM a pour vocation d'améliorer l'accès à la santé par l'élaboration d'actions territorialisées définies par les acteurs de terrain et coordonnées par les agences régionales de santé. Nous étudierons ici spécifiquement le cadre juridique se rapportant à la phase de diagnostic territorial des PTSM.

#### **Améliorer l'accès à la santé**

Le PTSM doit, selon le décret du 27 juillet 2017 (article R.3224-1 du Code de la Santé Publique), favoriser la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, permettre la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social, déterminer le cadre de la coordination de second niveau et la décliner dans l'organisation des parcours de proximité.

Ce décret définit également les six grandes priorités qui doivent être prises en compte dans l'élaboration des PTSM (articles L.3224-5 à L.3224-10 CSP) :

1) Repérage précoce des troubles psychiques, diagnostic et accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux ;

- 2) Organisation 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 ;
- 3) Accès aux soins somatiques adaptés aux besoins des usagers ;
- 4) Prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- 5) Respect et promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
- 6) Organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

### **Une action territorialisée**

La réalisation d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale est imposée comme un préalable à la mise en place du PTSM (Article L. 3221-2-II CSP). Cette notion de diagnostic territorial partagé est développée par le décret du 27 juillet 2017. Il a pour objet de réaliser un état des lieux permettant d'identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et de préconiser des actions pour y remédier. Pour cela, le diagnostic territorial partagé prend en compte les éléments suivants (article R.3224-3 CSP) : accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; accueil et accompagnement par des ESMS ; situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ; continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements (dont passage à l'âge adulte et vieillissement) ; délais d'attente et problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ; accès aux droits ; accès aux soins somatiques et suivi ; prévention et organisation de la réponse aux situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ; organisation de la permanence des soins ; éducation à la santé et actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

### **Impliquer les acteurs de terrain**

Le diagnostic territorial partagé et le PTSM sont le fruit d'une démarche ascendante. En effet, l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 prévoit que « le diagnostic territorial et le PTSM sont à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale », laissant aux ARS un rôle de coordination.

L'article 69 de la loi prévoit également que l'échelle territoriale retenue pour l'élaboration des PTSM soit « un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de

l'ensemble des acteurs concernés et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. »

Les acteurs intervenant dans l'élaboration du PTSM sont indiqués dans l'article 69 et déclinés de manière précise pour chacune des six priorités définies dans le décret.

La question du rôle des Communautés Psychiatriques de Territoire (CPT), créées de façon facultative entre établissements publics de santé spécialisés en psychiatrie et signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, dans l'élaboration est un point important à soulever, étant donné que la législation peut paraître assez confuse sur ce sujet. Le décret du 26 octobre 2016 relatif aux Communautés Psychiatriques de Territoire définit leur rôle : elles doivent notamment contribuer à la définition du projet territorial de santé mentale. Mais l'article D. 6136-2 du CSP dispose que « sont membres de la communauté psychiatrique de territoire les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie signataires d'un même contrat territorial de santé mentale et volontaires pour la constituer ». Or, l'élaboration du PTSM est antérieure à la signature du contrat territorial de santé mentale, nécessaire à la création des CPT. En cela, le décret du 26 octobre 2016 paraît contradictoire : comment une CPT pourrait-elle participer à l'élaboration d'un PTSM qui est juridiquement antérieur à sa création ? L'interprétation juridique que l'on peut faire de cette situation est la possibilité de créer une CPT « préfiguratrice ». La CPT « préfiguratrice » peut participer au diagnostic territorial partagé, et sa convention constitutive est élaborée dans les mêmes conditions qu'une CPT ordinaire ; en revanche, cette convention constitutive ne deviendra définitive qu'avec la signature d'un contrat territorial de santé mentale.

### **Le rôle de coordination de l'Agence Régionale de Santé**

L'ARS anime la démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale initiée par les acteurs. Elle veille au respect des dispositions législatives et réglementaires, à l'association de tous les acteurs concernés, à la pertinence du choix du territoire retenu ainsi qu'au bon avancement des travaux dans un délai satisfaisant.

Les acteurs prenant l'initiative de l'élaboration d'un PTSM doivent adresser au directeur général de l'ARS un document précisant la délimitation du territoire de santé mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence (article R. 3224-2 CSP).

Le diagnostic territorial et le PTSM sont arrêtés par le directeur général de l'ARS. Le PTSM est arrêté pour une durée de 5 ans et peut être révisé ou complété à tout moment (article R. 3224-1-IV CSP).

En l'absence d'initiative des professionnels, selon l'article L. 3221-2.-I du CSP introduit par la loi Santé, le Directeur Général de l'ARS prend les dispositions nécessaires pour que l'ensemble du territoire de la région bénéficie d'un projet territorial de santé mentale. Le décret du 27 juillet 2017 a ensuite fixé un délai de 36 mois suite à sa publication pour constater le défaut d'élaboration d'un premier PTSM par les acteurs. Par conséquent, la date limite prévue pour l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale sur tout le territoire est le 27 juillet 2020. Au-delà de cette date, si des carences sont constatées sur des territoires, les ARS territorialement compétentes auront un rôle non plus de coordination mais d'élaboration des PTSM.

## **2. Le cadre méthodologique proposé par l'ANAP**

### **a. Les étapes clés de l'élaboration du diagnostic territorial partagé**

L'ANAP a édité un guide méthodologique proposant un démarche d'élaboration d'un parcours de psychiatrie et santé mentale, avec pour objectif l'amélioration des réponses aux besoins des adultes vivant avec des troubles psychiques sur un territoire. Elle permet de mettre en œuvre un diagnostic partagé par l'ensemble des intervenants, institutionnels, professionnels (sanitaire, médico-social, social), les usagers et leurs aidants. Elle aboutit à la rédaction d'un PTSM qui décrit une organisation graduée globale en réponse aux besoins des personnes vivant avec des troubles psychiques tout au long de leur parcours de vie (prévention, accompagnement, insertion sociale, soin<sup>6</sup>). Elle vise à créer une cohérence entre les différentes interventions des acteurs et propose une vision globale de l'utilisateur (perspective bio-psycho-sociale). L'ANAP met à disposition des outils (supports-types et boîte à outils) pour mettre en œuvre la méthode ascendante évoquée par la loi afin de la réaliser à partir des territoires de santé. Elle est issue de travaux d'expérimentation effectués par 6 ARS depuis 2013 et par la publication en 2014 et 2015 de retours d'expériences autour de l'accompagnement médico-social des personnes handicapées psychiques et les interventions à domicile des équipes de psychiatrie.

Cette méthode propose une dimension managériale et opérationnelle. Elle s'organise sur 12 mois environ, fournissant un cadre souple mais séquencé et institutionnalisé, afin de tenir compte des singularités de chaque territoire. C'est une démarche de concertation qui implique une participation, une adhésion et une confiance entre les acteurs<sup>7</sup>.

---

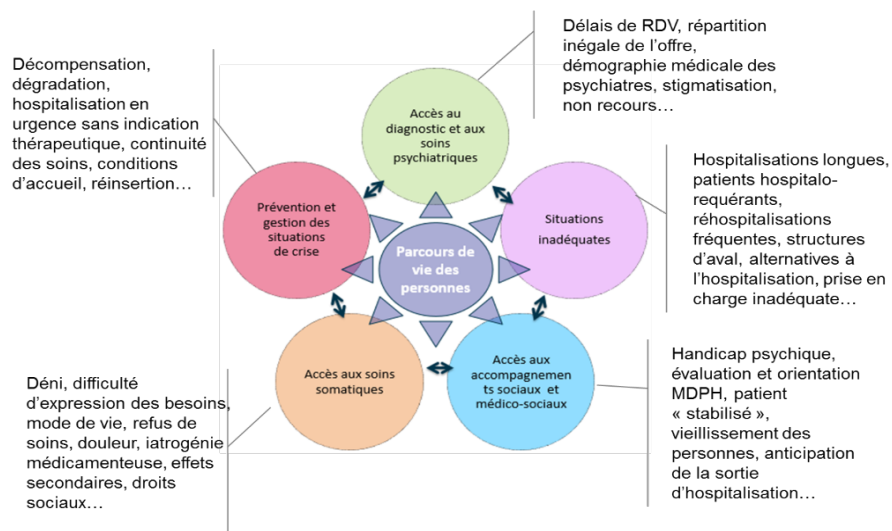
<sup>6</sup> LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 69.

<sup>7</sup> L'ANAP met à disposition de tous les acteurs une « boîte à outils » disponible sur son site internet et organisée autour de quatre phases : le cadrage, le diagnostic, l'élaboration de la feuille de route, la mise en œuvre de la feuille de route. « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie mentale, méthodes et outils pour les territoires », ANAP, p. 5, décembre 2016.

Chaque territoire peut créer un comité de pilotage territorial constitué d'acteurs institutionnels (ARS, association de patients/usagers, MDPH/conseil départemental, acteurs sociaux). Un chef de projet responsable de la mise en œuvre du diagnostic doit être désigné autour d'une équipe projet. Ce sont ensuite les groupes de travail qui sont chargés de la coordination des actions et de rédiger le plan. Les chefs de projet ont la responsabilité de programmer les COPIL et les réunions des groupes et de produire des propositions cohérentes grâce à une vision politique consensuelle, tant pour les usagers que pour les professionnels. Ils peuvent éventuellement demander à l'ARS des fonds dédiés permettant d'employer un chargé de mission qui assure la partie technique et logistique de ce travail de coopération et de coordination entre les nombreux acteurs identifiés (il existe une liste indicative).

L'ANAP propose une méthode participative d'élaboration de ce projet à partir d'un diagnostic territorial partagé, étayé par des indicateurs. Le « modèle de la rosace » est proposé afin d'aider les acteurs à construire le DTP autour de la notion de « parcours de vie ». Ainsi, ce modèle identifie cinq grands types de rupture à partir desquels les acteurs doivent s'interroger sur ces risques de discontinuité.

#### Les caractéristiques du parcours : le modèle de la rosace



*Source : ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie mentale, méthodes et outils pour les territoires, Décembre 2016.*

Les ARS délivrent en amont du diagnostic, des données statistiques qui aideront au diagnostic, lequel doit être complété par une analyse des besoins et de l'offre du territoire. La feuille de route issue du diagnostic territorial et son plan d'actions peuvent constituer la trame du contrat territorial de santé mentale. Les conseils territoriaux de santé donnent leur avis sur le diagnostic territorial de santé mentale. Le PTSM pérennise la feuille de route en lui appliquant des actions prioritaires et réalisables à mettre en œuvre.

Le PTSM doit s'appuyer sur les priorités et les actions énoncées dans le PRS. Ainsi, l'activité de psychiatrie doit transformer son offre territoriale pour qu'elle soit en cohérence avec l'intervention des autres acteurs dans le parcours (rôle et missions des GHT et CPT selon une approche gradation de l'offre). Le PTSM peut donc repositionner le secteur de psychiatrie au sein du parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale. Le but premier du PTSM étant de réduire les inégalités d'offre et de prise en charge des usagers selon les territoires et favoriser la non-rupture de leurs parcours de vie.

#### **b. La préconisation de l'ANAP : la mise en place d'une démarche participative**

La méthode de l'ANAP laisse les acteurs devenir auteurs de leur projet, veille à la mise en place d'actions cohérentes, maintien une veille sur l'avancée des réalisations. L'objectif de cette méthode est de rapprocher les secteurs sanitaire, social et médico-social et, ainsi, développer une culture commune. Celle-ci repose sur une démarche volontaire collective qui permet aux acteurs d'évaluer leurs pratiques organisationnelles et de préconiser des évolutions constructives sur leurs territoires en trouvant des synergies et des articulations communes. Surtout, elle place l'utilisateur et ses aidants au cœur du système grâce au passage d'une réponse structurelle à une réponse dynamique et flexible à leur service. De même, elle permet de connaître et reconnaître le cœur de métier de chacun, d'objectiver et d'évaluer les situations spécifiques à chaque territoire (contextes historiques, culturels et sociétaux).

Enfin, cette méthode s'inscrit également dans une démarche d'amélioration continue de la qualité grâce à la perspective d'une véritable évaluation des résultats de la démarche. Elle soutient une politique publique construite sur un dialogue qui impose un engagement dans le temps, un suivi par les régulateurs (les ARS) dont le corollaire est la transparence de la démarche et l'adhésion au projet. Elle doit être un projet transversal de l'ARS, qui doit garantir son animation sur toute sa durée.

## **II. Méthode de travail et observations sur les territoires**

### **1. Une méthode dynamique et cadrée afin d'assurer le rendu d'un rapport sur une période restreinte**

#### **Un cadre de travail précis élaboré en lien avec les responsables**

Le groupe est composé de onze élèves fonctionnaires de cinq filières différentes : ingénieur d'études sanitaires, attaché d'administration hospitalière, directeur des soins, directeur d'hôpital, directeur d'établissement sanitaire, social et médico-social. Ce format initie les futurs

professionnels à travailler ensemble et à développer les techniques de coopération et de coordination.

Le Module Interprofessionnel a débuté le 3 mai 2018 en présence des deux référentes du groupe, Madame Isabelle Monnier et Madame Nicole Bohic, et se termine le 25 mai 2018. Au regard de ce laps de temps très court, le groupe a débuté en amont un travail de lecture et de documentation.

Tous les participants ont lu les documents fournis par les responsables et en ont fait des résumés. Chaque résumé a fait l'objet d'une publication dans le cadre du « *sharepoint* » (espace de partage en ligne) afin que chacun puisse en prendre connaissance. Suite à la lecture des documents, le groupe a sélectionné une problématique en lien avec l'élaboration du diagnostic car cette phase concerne actuellement la majorité des départements. L'élaboration même du diagnostic dévoile des situations et des méthodes hétérogènes sur les territoires, renforçant parfois des inégalités territoriales dans l'analyse de l'offre de santé et d'accompagnement.

En accord avec nos responsables, nous avons retenu les territoires suivants : Bas-Rhin, Gironde, Pyrénées-Atlantiques, Rhône, Ille-et-Vilaine et Finistère. Après avoir listé les acteurs à rencontrer, chaque élève a proposé de rencontrer, sur chaque territoire identifié, des acteurs dont il a pu avoir le contact. Ainsi, une palette large d'acteurs a pu être sollicitée (institutionnels, usagers, professionnels de santé...), offrant un croisement de point de vue riche. Ces rencontres n'ont pas été exhaustives (une vingtaine environ)<sup>8</sup> et le groupe aurait souhaité échanger avec davantage d'acteurs.

La disponibilité, les conseils et le soutien des encadrantes ont participé à la dynamique du groupe. Plusieurs échanges de mails ont été faits entre le groupe et les référentes du MIP, ce même en amont du début officiel du MIP. Quatre réunions ont eu lieu avec elles et les membres du groupe. Une relecture du rapport a été faite par les deux référentes, et le lien avec les référentes a été conservé tout au long de ce travail. Le groupe a été à l'écoute des conseils et des pistes de travail soulevés par les encadrantes. Il a apprécié leur soutien et leur disponibilité.

### **La mise en place de supports de recherches : entretiens et questionnaires, tableau synthétique pour une vision transversale des analyses**

Deux grilles de questionnaires ont été constituées par le groupe : une destinée à l'ARS, l'autre destinée aux acteurs de la santé mentale. Une trame avec six items principaux a été créée, de façon à permettre une plus grande liberté de parole aux personnes consultées.

---

<sup>8</sup> Cf. Annexes pour le tableau récapitulatif des entretiens menés.



Afin de faciliter la retranscription des entretiens et des questionnaires, le groupe a créé un tableau synthétique relevant les éléments communs en les classant par thématique. Cette technique a également permis de dépister les singularités de chaque territoire. L'ensemble de ces données croisées a permis de comparer des approches territoriales hétérogènes pour la démarche du PTSM.

### **Une collaboration permanente à distance et des rencontres « physiques » régulières et incontournables**

Grâce à l'utilisation d'outils web (visioconférences et conférences téléphoniques, envois de mails, échange de document sur sharepoint, échanges téléphoniques quotidiens), le groupe a pu partager quotidiennement ses avancées et mettre à disposition les rédactions de chacun, assurant un travail continu à distance. Leur format institutionnel a également assuré un fonctionnement performant et une protection des données.

Le groupe s'est régulièrement rencontré et a travaillé au sein des salles de l'EHESP pour une mise en commun des apports de chacun. Ces rencontres ont été l'occasion d'effectuer des constats communs, des synthèses et de soulever de nouveaux questionnements. Enfin, un échéancier a été élaboré afin de pouvoir rendre notre rapport dans les délais impartis.

Un dialogue constructif a permis des avancées collectives riches et cohérentes, socle d'une confiance partagée. Cette expérience a dévoilé les prémices d'un « savoir travailler en inter filières », socle de nos vies professionnelles futures. Cela a représenté un travail intensif mais agréable, malgré des moyens et un temps restreint.

## **2. Une appropriation contrastée du projet dans sa phase de diagnostic territorial selon les territoires mais un volontarisme des acteurs**

### **a. La Bretagne : départements du Finistère et Ile-et-Vilaine**

#### **Présentation de la région Bretagne et de l'avancement en Ile-et-Vilaine**

La Bretagne comprend sept territoires de santé. Elle est l'une des régions qui semble avoir réussi sa dynamique de mise en œuvre de la phase diagnostic du PTSM. Même si quelques obstacles restent à lever dans les départements du Morbihan et du Finistère, la démarche est bien amorcée.

Il y a, d'une part, l'association de l'ARS Bretagne au projet expérimental sur les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale lancé en 2014 par l'ANAP. Seules trois régions ont participé à cette expérimentation (Auvergne, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais). L'ARS Bretagne a accueilli positivement cette collaboration dont l'approche et les objectifs étaient convergents avec ses orientations en matière de santé mentale. En effet, l'ARS Bretagne a, dès l'élaboration du PRS 2012-2018, entamé une approche transversale de la santé mentale.

Celle-ci se traduit dans l'organisation interne de l'ARS, qui combine une équipe projet transversale aux trois schémas du PRS, des modalités d'interactions avec les acteurs de la région par la constitution d'un groupe de concertation transversal et des orientations stratégiques s'agissant du volet santé mentale du PRS.

D'autre part, le constat d'un engagement fort des acteurs de la région est à souligner. L'Ille-et-Vilaine est le premier territoire qui s'est lancé dans la démarche PTSM. Dès la parution de la loi de modernisation de notre système de santé et de son article 69, les acteurs d'Ille-et-Vilaine avaient la volonté de travailler sur cette démarche sans attendre la parution du décret PTSM (publié en 2017). Ils ont souhaité tirer les leçons de l'expérimentation ANAP, aussi durant l'année 2016, des travaux de concertation ont eu lieu, ceux-ci ayant pour objectif d'entamer une réflexion sur l'article 69 afin avoir une vision des différents acteurs sur leur lecture de cette loi. Les CPT existantes en Ille-et-Vilaine et dans les Côtes-d'Armor n'ont pas été mises à contribution dans l'élaboration des PTSM.

C'est ainsi que l'issue de ces travaux de concertation a conduit à poser le cadre d'action régional partagé pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale (cf. annexe). En novembre 2016, l'ARS a organisé une réunion régionale avec près de 200 acteurs durant laquelle elle a présenté à l'ensemble des acteurs de la région le cadre d'action partagé et l'agenda de mise en œuvre. C'est par ce cadre d'actions partagé, validé par le Directeur général de l'ARS, que l'échelon départemental a été retenu pour l'élaboration des PTSM de la région Bretagne. Le cadre d'actions partagé prévoit un fonctionnement en mode projet :

- Un comité de pilotage départemental d'une vingtaine de personnes, comprenant des représentants des usagers et des aidants, des opérateurs, des institutions, des experts... ;
- Une modalité de pilotage qui se veut ouvert et équilibré. À cet effet, le choix d'un binôme de pilotes de formation et de culture professionnelle différente, proposé collégialement, apparaît fortement souhaitable. Il s'agit d'une chefferie de projet sous la forme d'un binôme chef de projet (un sanitaire/un médico-social) ;
- Des groupes de travail.

Au niveau de chaque Délégation Départementale de l'ARS, il existe un cadre référent PTSM. Ces cadres référents se réunissent avec la référente santé mentale du siège de l'ARS tous les mois et demi et font le point sur l'avancement des projets, les questions qui se posent et les problèmes éventuels.

Aujourd'hui, l'Ille-et-Vilaine a terminé sa phase diagnostic débutée en juin 2017, il s'agit du département le plus avancé. Le département des Côtes d'Armor a suivi en septembre 2017, et est actuellement dans la dernière phase des groupes de travail qui œuvrent sur le

diagnostic. La démarche est relancée par l'ARS dans les autres départements, avec un lancement en septembre 2018 dans le Morbihan et plus tard dans le Finistère.

À l'origine, l'ARS ne prévoyait pas de soutien financier. Cependant, elle a estimé par la suite qu'il pouvait être nécessaire. L'ARS étudie au cas par cas l'opportunité d'un appui financier ponctuel en support à l'ingénierie de projet dès lors que le binôme de pilotage (chefferie de projet) est identifié. Un budget de 50 000 € annuel est accordé de façon ponctuelle pour l'appui à l'ingénierie dans le cadre du PTSM. Les deux départements qui ont commencé la phase de diagnostic ont utilisé cet appui financier pour recruter un chargé de mission.

L'ARS est dans un positionnement ambivalent car elle se situe entre l'accompagnement et l'animation, dans une démarche participative des acteurs. Si la méthodologie a été cadrée, il reste une marge de manœuvre dans la chefferie de projet que chacun s'approprie et organise à sa manière.

### **Présentation du Finistère et avancement**

Le Finistère est composé de deux GHT (Union hospitalière de Cornouaille et Bretagne occidentale). Dix établissements sont autorisés en psychiatrie générale (cinq publics, un HIA, un ESPIC, et trois privés).

C'est un territoire attractif mais vieillissant connaissant un accroissement des pathologies chroniques et des personnes handicapées vieillissantes. Il existe des besoins soutenus en addictologie et en santé mentale. L'offre de santé y est plutôt favorable et les taux d'équipement en établissements médico-sociaux supérieurs aux moyennes nationales. En revanche, on dénombre moins de libéraux spécialistes et un vieillissement avancé des médecins. Le département soutient une politique en faveur des établissements pour les personnes âgées et les personnes en situation de handicap (1 141,3 M€). Il existe cinq Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM), dont quatre sont dédiés aux personnes handicapées psychiques. On dénombre un Conseil Local de Santé Mentale (CLSM).

La mise en œuvre du PTSM du Finistère Sud (Quimper/29) en est à ses prémices. Ce travail n'a pas été débuté pour plusieurs raisons. Il existe une crispation politique et professionnelle ancienne entre le Nord et le Sud qui n'a pas favorisé le début de ce travail. Assez récemment, les deux territoires de santé du Finistère ont été réunis mais il existe cependant deux GHT (Nord/Sud).

L'ARS Bretagne a présenté ce plan et a créé une dynamique pour solliciter les acteurs et mettre en place les porteurs du plan. Cette phase de candidature aura lieu à l'été 2018 pour un début des travaux à l'automne. Cependant, on peut noter que les acteurs rencontrés lors des entretiens trouvent un intérêt et pensent que ce projet est un outil d'amélioration pour le parcours

des usagers. Ils espèrent que ce projet sera opérationnel et ne sera pas un énième dispositif en millefeuille pour la santé.

Les acteurs du Finistère n'ont pas encore été formés à la méthode proposée par l'ANAP et seront rattachés à d'autres départements afin de recevoir cette formation, essentiellement pour les chefs de projet, qui seront identifiés. Le diagnostic partagé doit débiter à l'automne 2018. La CPT est en cours de finalisation avec une présentation de la convention constitutive à l'ARS. Cette phase est importante pour améliorer la coopération entre Finistère Nord et Sud, car les acteurs n'ont pas l'habitude de travailler ensemble.

### **b. Le Grand-Est : département du Bas-Rhin**

Le département du Bas-Rhin est le plus grand et le plus peuplé d'Alsace. Le département compte douze secteurs psychiatriques qui sont rattachés historiquement à trois structures hospitalières :

- L'Établissement Public de Santé de l'Alsace Nord (EPSAN) situé à Brumath ;
- Le pôle de psychiatrie et de santé mentale (PPSM) des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) ;
- Le Centre Hospitalier d'Erstein (CHE).

Ces trois établissements font partie du GHT 10. Par ailleurs, le département comporte huit conseils locaux de santé mentale (CLSM), partenaires stratégiques du PTSM.

À l'initiative des trois structures psychiatriques du Bas-Rhin, une communauté psychiatrique de territoire (CPT) préfiguratrice est en train de se constituer. L'ARS a confirmé en février 2017 le périmètre départemental de la CPT avec les partenaires indispensables du social et du médico-social. Ses travaux peuvent alimenter le PRS, les PTSM et les contrats qui en découlent. Le PRS 2 sera arrêté le 30 juin 2018.

Dans le Bas-Rhin, il existe une commission spécialisée en santé mentale (CSSM) qui émane du Conseil Territorial de Santé (CTS). À moyen terme, la CSSM prépare l'avis du CTS sur le diagnostic territorial partagé et le PTSM.

La CSSM est composée de treize membres, ce qui facilite l'avancée des travaux. La première réunion de cette commission a eu lieu le 26 septembre 2017. Les éléments du PRS devraient permettre de faire des propositions pour le PTSM, aussi bien pour sa phase diagnostique que pour les projets. Cependant, selon les acteurs, il semble que les éléments du diagnostic psychiatrique et de santé mentale soient « légers » et ne permettent pas l'élaboration d'un état des lieux. Il n'y a pas de référent PTSM dans la délégation départementale de l'ARS.

Autre élément qui freine le début de cette phase : l'obligation de tenir compte de la méthodologie de l'ANAP. Elle n'a, cependant pas, été présentée aux acteurs de la santé mentale mais devrait l'être prochainement. Malgré la volonté affirmée des acteurs (CPT, CSSM) de commencer le diagnostic du PTSM, ils n'ont pas pour le moment les outils pour le construire.

### **c. L'Auvergne-Rhône-Alpes : département du Rhône**

Le département du Rhône (69) connaît une densité de population variable entre la zone Lyon métropole (2568 habitants/km<sup>2</sup>) et le reste du département (166 habitants/km<sup>2</sup>) créant ainsi de fortes disparités. Il est découpé en douze secteurs de psychiatrie adultes et neuf secteurs de psychiatrie enfants et adolescents répartis entre deux centres hospitaliers publics (le Centre Hospitalier St Cyr au Mont d'Or et le Centre Hospitalier Le Vinatier) et un établissement de santé privé d'intérêt collectif (le Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu). Une CPT préfiguratrice du CTSM est initiée par ces trois établissements. Elle a vocation à intégrer l'ensemble des acteurs de la santé mentale sur le Rhône et à participer à la phase de rédaction du DTP.

L'ARS a nommé, depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, une responsable du service ambulatoire et premier recours en charge également du suivi du dossier PTSM sur la région. Un premier travail consiste à élaborer une base de données de l'ensemble des acteurs de la santé mentale dans le Rhône, incluant les acteurs des champs de la prévention (crise suicidaire), de la promotion de la santé (déstigmatisation), et du curatif (gestion de la crise).

Les différents acteurs du département du Rhône sont actuellement en phase d'attente vis-à-vis de l'ARS. Cette dernière souhaite se positionner dans l'aide et l'accompagnement. Elle s'appuie sur le CTS pour porter le PTSM. De plus, la méthodologie de l'ARS prévoit d'utiliser un document type pour la rédaction du diagnostic territorial. Ce document permettra une cohérence ensuite pour l'ensemble de la région. Les acteurs de la santé mentale du Rhône ne semblent pas connaître la méthode de l'ANAP qui ne leur a pas encore été présentée.

Le PRS étant pratiquement finalisé, il est actuellement en attente de validation par les instances. Les PTSM devront s'intégrer au PRS. De réelles problématiques d'enjeux de pouvoir et de territoire sont actuellement un frein à l'avancée du DTP sur le Rhône. Le travail de décloisonnement est amorcé mais reste fragile. La question de la re-ventilation des moyens inquiète les acteurs et les conduit à la prudence, notamment pour les hospitaliers.

#### **d. La Nouvelle-Aquitaine : départements de la Gironde et Pyrénées-Atlantiques**

##### **Présentation de la Gironde et avancement**

La Gironde est le plus vaste département de France métropolitaine, avec 1,5 million d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Sa population croît deux fois plus vite que celle de la région. Le département a été choisi comme territoire d'élaboration du PTSM 33 avec un comité de pilotage départemental. Des disparités démographiques et sociales marquent le territoire girondin. Le Médoc présente des difficultés économiques et sociales importantes et la région de l'Entre-deux-mers est à prédominance rurale. Certains territoires périurbains souffrent de carences en matière d'offre de soins. La Gironde possède deux établissements psychiatriques publics de taille importante : le CH Charles Perrens à Bordeaux et le CH de Cadillac sur Garonne ayant intégré le GHT Alliance de Gironde autour du CHU. Il existe une offre privée importante. Malgré ce maillage, l'ARS a identifié ses faiblesses : inégalités infradépartementales marquées ; taux d'équipement en SSR et psychiatrie, et ses forces : offre importante en établissements ; forte densité médicale ; fort recours aux soins hospitaliers (+10 à 20 % du national). L'offre en établissements et services médico-sociaux est inférieure à la densité nationale.

En collaboration avec l'ARS, le CTS de la Gironde et les GCS « Psychiatrie publique 33 » (CH Charles Perrens ; CH Libourne ; CH Cadillac sur Garonne) et « Santé Mentale, Handicap, Vieillesse & Précarité - Rives de Garonne » se sont engagés dans l'élaboration du PTSM 33. Le premier Copil s'est réuni le 6 février 2018 afin de lancer les groupes de travail sur le diagnostic territorial et de désigner leurs pilotes.

En Gironde, le DTP repose sur une méthodologie et des groupes volontaristes bénéficiant de l'implication du corps médical. La méthodologie est présentée aux acteurs par la coordinatrice du CLSM de la ville de Bordeaux. Les réunions ont pour but de faire converger des cultures de travail différentes. Ce travail collaboratif nécessite un dynamisme constant des groupes de travail avec des pilotes porteurs de projet afin de pouvoir donner un sens et une cohérence aux données collectées et de limiter les risques de « surcharge informationnelle<sup>9</sup> ».

L'analyse des documents de travail montre une volonté de protocoliser le recensement et de standardiser le recueil de données, une démarche saluée par l'ARS. Les axes identifiés couvrent de manière pluridimensionnelle les aspects d'un parcours continu

---

<sup>9</sup> Cf. GROSS Bertram M., *The Managing of Organizations: The Administrative Struggle*, vol. 2, The Free Press of Glencoe, 1964.

de l'usager. Des acteurs ont souligné l'inégale répartition de l'offre en Gironde mais aussi la multiplicité voire la redondance de certaines initiatives privées ou encore le fait que certains acteurs menant des projets similaires ne se connaissaient pas. Ce DTP a ainsi pour but de permettre une socialisation des acteurs fédérés autour d'un projet commun dépassant le cadre des CLS ou du GHT incluant des structures privées, associatives et complémentaires à une prise en charge strictement sanitaire qui est inadaptée en psychiatrie. Un acteur a cependant souligné le biais de privilégier les grandes agglomérations dans le recensement, malgré l'exigence de représentativité voulue par l'ARS.

L'ARS semble se tenir relativement à distance de l'élaboration de la phase de diagnostic afin de laisser l'autonomie la plus large possible aux acteurs. En effet, cette phase de diagnostic est primordiale car certains acteurs ont affirmé que « ni eux ni l'ARS ne pouvaient exactement dire quel était l'état de l'offre de soins en santé mentale aujourd'hui en Gironde ». L'ARS anime les groupes de travail répartis par priorité et suit attentivement les réunions de travail. Les Copil organisés par l'ARS réunissent un nombre restreint d'acteurs, représentant les pilotes des groupes de travail, dans un souci d'efficacité. L'ARS assure en outre une « fonction de décision si certains points nécessitent d'être revus » en permettant un « décalage des livrables », ainsi qu'une fonction de « validation des étapes clés en donnant son feu vert pour passer à la suivante ».

Certains acteurs rencontrés dans les territoires périurbains ou ruraux ont déclaré ne pas avoir connaissance du PTSM. Toutefois, les territoires supposément délaissés sont représentés notamment par les coordinateurs des CLS. Ceci peut être expliqué en partie par une mauvaise communication ou diffusion de l'information entre les acteurs. Les discours des acteurs peuvent sembler contradictoires car les porteurs de projets et organisateurs dans le cadre du PTSM affirment de leur côté que l'information est régulièrement diffusée aux différents partenaires. Un autre facteur pouvant expliquer une prise de distance vis-à-vis du PTSM dans certains territoires est lié à des raisons politiques, notamment un possible sous-investissement du champ de la santé mentale par les élus locaux qui y voient une prérogative des centres urbains. Un interlocuteur a également avancé l'inertie de certaines collectivités se traduisant par un inachèvement ou une absence de CLSM. En outre, certains acteurs publics et privés soulignent que plusieurs diagnostics ont déjà été réalisés et ne voient pas l'intérêt d'en faire un nouveau et d'une telle ampleur. Cependant, les diagnostics préexistants du CLS Médoc ne concernent pas exclusivement la santé mentale - et en sont parfois très éloignés - qui nécessiterait, dans la logique du PTSM, un traitement spécifique.

Certains interlocuteurs ont exprimé des réserves en qualifiant ce projet d'« énième gadget administratif » engendrant « plus de réunions entre les acteurs que de consultations pour les patients » (un médecin). D'autres ont eu des difficultés à appréhender le caractère pluridimensionnel du PTSM et à comprendre la finalité d'un tel projet débouchant *in fine* sur une contractualisation entre les ARS et les acteurs concernés. Le manque de moyens humains suffisants pour participer de manière assidue aux réunions a été soulevé. Ils ont exprimé leur volonté de s'appuyer sur des structures plus importantes afin de ne pas s'impliquer dans un projet qu'ils estiment ne pas être à leur portée ou redondant avec d'autres initiatives coopératives déjà menées. Ils se comportent ainsi comme des « passagers clandestins » (Mancur Olson). La sectorisation psychiatrique montre également certaines limites importantes en Gironde, du fait de l'accroissement démographique. Des acteurs institutionnels ont également souligné que les objectifs du PTSM étaient déjà identifiés dans le projet médical partagé du GHT et regrettent un empilement de dispositifs.

### **Présentation des Pyrénées-Atlantiques et avancement**

Les Pyrénées-Atlantiques comptaient deux territoires de santé (Béarn-Soule et Côte Basque-Navarre) qui ont été regroupés dans un seul territoire de démocratie sanitaire en octobre 2016.

L'ARS a identifié ses forces : territoire en développement économique, bonne démographie médicale, faible taux de mortalité prématurée ; et ses faiblesses : des territoires contrastés, des acteurs et des actions morcelés. L'offre de psychiatrie publique est constituée par le Centre hospitalier des Pyrénées pour la région de Pau et du Béarn-Soule et le service de psychiatrie Cam de Prats du centre hospitalier de la Côte basque à Bayonne pour la région de l'Adour. Il existe également plusieurs cliniques du secteur privé. La file active en ambulatoire est légèrement inférieure à la moyenne nationale et l'offre en établissements et services médico-sociaux est supérieure à la densité nationale.

Le Conseil territorial de santé mentale des Pyrénées-Atlantiques a élaboré une synthèse des travaux de sa commission spécialisée en santé mentale le 1<sup>er</sup> décembre 2017 en formalisant vingt-trois actions répondant à quatre objectifs :

- Organiser l'égal accès aux soins et à l'accompagnement en santé mentale sur les territoires de proximité ;
- Accentuer le décloisonnement des acteurs du champ de la santé mentale ;
- Adapter des dispositifs de soins et d'accompagnement aux populations présentant une vulnérabilité particulière ;
- Développer les prises en charge spécifiques.



Le PTSM des Pyrénées-Atlantiques est finalisé et doit être validé lors d'une présentation au Centre Hospitalier de la Côte Basque (CHCB) le 25 mai. L'élaboration est favorisée par une collaboration préexistante des acteurs de la santé mentale du territoire. Trois CLSM existent sur le département (Pays Basque-Adour-Landes, Pau-Lacq-Orthez-Béarn, Oloron-Haut Béarn) et une CPT préfiguratrice Béarn-Soule a été créée en septembre 2017. Un Réseau Santé Mentale Pays Basque a été créé en 2012 par le CHCB et le Conseil Général et regroupe de nombreux acteurs dans toutes les dimensions de la santé mentale. L'ARS n'est pas en première ligne mais apporte un soutien au groupe de travail par la visibilité d'inspectrices référentes. Il n'y a pas de financement si ce n'est ultérieurement sur des projets innovants.

Le Copil du PTSM a mené son diagnostic territorial en mesurant les écarts entre un premier diagnostic mené par l'ARS, un autre mené par le CLS Basse-Navarre, et la situation actuelle.

Néanmoins, les territoires de santé Béarn et Pays Basque n'ont fusionné qu'en octobre 2016 et communiquent peu. Il existe aussi un manque d'ancrage territorial dans quelques endroits isolés telle la région de Saint-Palais, au Pays Basque intérieur, où la densité de psychiatres libéraux est extrêmement faible et les CMP assez éloignés.

L'Hôpital Marin d'Hendaye, dépendant de l'AP-HP, n'a pas participé au diagnostic territorial. Cet hôpital atypique possède 300 lits de SSR dont 75 % accueillent au long cours des patients poly-handicapés et autistes. Ils correspondent plus dans les faits à une structure médico-sociale. Cet établissement dépend des ARS Nouvelle-Aquitaine et Île-de-France mais ces lits sont comptabilisés comme lits SSR des effectifs des Pyrénées-Atlantiques.

En Gironde, la méthode de l'ANAP est connue, mais de manière succincte. Les acteurs ont utilisé une méthode projet classique car ils ont l'habitude de travailler ensemble. Les acteurs travaillent en coopération depuis de nombreuses années et un outil de coordination de l'activité de psychiatrie existe sur le territoire, antérieurement à l'apparition des CPT, qui a été transformé en CPT. Il existe également une grande implication des acteurs du secteur privé.

### **III. Leviers d'action pour l'élaboration du diagnostic territorial partagé**

#### **1. L'avancement du diagnostic partagé varie fortement entre les territoires du fait des particularités locales ainsi que des modalités souples d'élaboration du PTSM**

Les modalités d'élaboration du projet territorial de santé mentale sont définies avec des marges de manœuvre – dans la définition du territoire, la méthode employée, la place de

chacun des acteurs concernés et le degré d'implication de l'ARS – pour que les acteurs de la santé mentale puissent s'en saisir et les adapter aux spécificités de leur territoire. Cette remarque implique donc une grande diversité dans l'élaboration des PTSM des territoires observés. Si l'on ne peut généraliser aucun constat, on peut néanmoins se pencher sur les éléments variants ou invariants, les leviers et les freins.

### **À chaque territoire ses spécificités**

Tout d'abord, il convient de souligner que chaque territoire a ses particularités, qu'elles soient historiques, organisationnelles, politiques... Les découpages retenus des dispositifs, souvent départementaux, notamment pour les PTSM, peuvent ne pas coïncider, par exemple entre territoires de démocratie sanitaire, GHT, PTSM, CPT et secteurs de psychiatrie, ce qui complexifie les relations entre acteurs et multiplie les interlocuteurs impliqués dans ces dispositifs. Ainsi, certains PTSM, comme celui du Finistère, devront être formulés en cohérence avec le volet santé mentale du PMP de deux GHT, sur deux départements (Quimperlé est rattaché au GHT du Morbihan). Les découpages des dispositifs posent donc la question d'un arbitrage entre pertinence et efficacité : si chaque dispositif peut être implanté d'une façon qui lui est propre dans chaque territoire, la solution d'une échelle départementale pour les différents dispositifs territoriaux a pu être retenue pour des raisons de cohérence entre dispositifs, de lisibilité et de simplification administrative (Grand Est, Auvergne-Rhône-Alpes). Enfin, des raisons historiques et politiques peuvent avoir pour conséquence d'avoir encouragé des coopérations de longue date entre certains acteurs ou territoires, ou au contraire d'avoir limité celles-ci, influant ainsi sur les coopérations et partenariats à venir. En outre, les acteurs des territoires peuvent percevoir la multiplication de dispositifs territoriaux divers comme un millefeuille peu lisible, leur donnant un sentiment de superposition de strates qui ne sont pas toujours pertinentes ou nécessaires, et connaître une forme d'épuisement du fait de leur sollicitation sur de nombreux projets. La question du sens donné au PTSM et de sa finalité est sont donc essentielle pour impliquer les acteurs dans la démarche.

### **La présence hétérogène de communautés psychiatriques de territoires constituées sur chaque territoire**

Par ailleurs, le PTSM doit impliquer les acteurs de la santé mentale, qui vont au-delà des acteurs de la psychiatrie. Si celle-ci connaît une dynamique de territorialisation relativement ancienne avec les secteurs de psychiatrie, elle ne doit pas éclipser les acteurs nouvellement impliqués, du champ social et médico-social. La notion de PTSM est d'ailleurs juridiquement concomitante d'un autre dispositif, les CPT. Ces coopérations entre établissements publics spécialisés en psychiatrie signataires d'un même PTSM posent la

question de la chronologie de la mise en place de ces deux dispositifs. Si la CPT est facultative et semble devoir être postérieure au PTSM (puisqu'elle est constituée par les établissements signataires du PTSM), elle est parfois préfiguratrice de celui-ci, comme c'est le cas en Rhône-Alpes et dans le Bas-Rhin. La CPT est alors pensée comme une base aux échanges entre acteurs et éventuellement un porteur du projet territorial de santé mentale et de son animation. Dans ces territoires, les travaux du PTSM ne peuvent débuter qu'une fois la convention constitutive de la CPT signée. À l'inverse, d'autres territoires, comme les Pyrénées-Atlantiques et la Gironde, ont débuté ou même finalisé leur PTSM sans créer de CPT. L'existence d'une CPT n'est ainsi pas nécessairement corrélée à l'avancement du PTSM, celui-ci étant un projet avec une démarche d'association large d'acteurs divers, tandis que la CPT est davantage un mode d'organisation entre acteurs hospitaliers.

### **L'accompagnement plus ou moins fort du PTSM par les ARS**

Un autre élément de variabilité entre les territoires étudiés est le niveau de portage par les ARS du PTSM. Si les acteurs concernés sont à l'initiative du PTSM, l'ARS peut les accompagner et leur fournir des éléments de méthodes, des données pour construire leur diagnostic ou encore des financements, notamment pour recruter un chargé de mission dédié. Ainsi, le rôle que l'ARS prend peut varier entre une implication minimale (Bas-Rhin, Rhône-Alpes) et un accompagnement fort des pilotes et groupes de travail (Bretagne). On peut également souligner l'importance des ARS dans la fourniture de données pour le diagnostic, permettant d'objectiver l'état des lieux, et des orientations retenues au niveau régional, liée à l'avancement inégal des PRS, attendus par les acteurs.

### **2. L'association la plus complète possible des acteurs de la santé mentale dans le diagnostic partagé est nécessaire pour développer les échanges et la réflexion sur les parcours de vie**

L'élaboration et la mise en œuvre d'un PTSM vise à organiser la coordination territoriale dans le champ de la santé mentale dans le but d'améliorer de façon continue l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Le PTSM doit donc aborder à la fois les problématiques liées aux parcours de santé (lien entre médecins généralistes et spécialistes, soins somatiques, prise en charge précoce, continuité des soins, collaboration entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, psychiatrie infanto-juvénile et psychiatrie du sujet âgé, prise en compte du handicap psychique, prise en charge des addictions) et les problématiques liées aux parcours de vie (logement et intervention à domicile, emploi)<sup>10</sup>. C'est ainsi qu'« *en raison du large spectre*

---

<sup>10</sup> Rapport Laforcade, *op. cit.*

*que recouvre la notion de santé mentale, de la complexité de nombreuses situations, de la diversité des intervenants concernés et du fait que chacun des acteurs ne peut, à lui seul, répondre à l'ensemble des besoins, la politique de santé mentale s'inscrit nécessairement dans un cadre coopératif large, incarné par un projet territorial de santé mentale (PTSM)* »<sup>11</sup>. L'élaboration du PTSM est pensée pour mettre en relation les acteurs impliqués dans le parcours de l'utilisateur, permettant d'éviter les ruptures.

### **Le diagnostic partagé, une étape clef pour dépister les ruptures de parcours**

Pour cela, l'étape du diagnostic partagé est essentielle, car elle dresse un état des lieux de l'offre de services, des besoins et des insuffisances de l'offre, permettant ensuite de comprendre les causes structurelles des ruptures de parcours, afin de décliner le diagnostic en un projet de façon opérationnelle, en définissant les actions correctrices nécessaires et en transformant les organisations et pratiques. Ce diagnostic territorial doit être :

- Partagé entre les différents acteurs, pour être au plus proche de la réalité et constituer une base commune à toute action ;
- Régulier, pour rester actualisé ;
- Précis, en confrontant les avis des acteurs ;
- Formalisé ;
- Élaboré en prenant en compte les facteurs environnementaux (soins, accompagnement, conditions de vie), qui jouent sur la situation des usagers concernés<sup>12</sup>.

### **Un diagnostic réellement partagé par de nombreux acteurs**

Pour que le diagnostic territorial soit véritablement partagé, tous les acteurs, professionnels et établissements, travaillant dans le champ de la santé mentale doivent être associés, de façon directe ou par représentation. En effet, la réflexion sur les parcours doit engager les professionnels libéraux aussi bien que les institutions. De plus, le raisonnement en parcours de vie implique les acteurs du social et du médico-social, sans oublier l'éducation, le logement et l'emploi. Les acteurs associatifs peuvent également être engagés dans la démarche. L'association la plus large permet d'éviter qu'un champ d'action soit privilégié sur les autres, et notamment que le parcours de santé ou de soins prenne le pas sur le parcours de vie. Il existe plusieurs manières d'associer l'ensemble des acteurs et d'assurer leur prise en compte dans le diagnostic. En Bretagne, il a ainsi été retenu pour garantir cette pluralité de voix dans la réalisation du diagnostic la désignation d'un binôme chef de projet

---

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> « Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (à l'attention des ARS et des conseils départementaux) », CNSA, avril 2016.

mêlant un acteur du sanitaire et un acteur du social ou du médico-social pour coordonner et piloter les travaux sur un territoire. La représentation des différents champs concourant à la santé mentale ne garantit cependant pas un diagnostic exhaustif, il faut qu'il y ait une vraie dynamique des acteurs pour prendre en compte l'intégralité des parcours de vie des usagers. Dans les Pyrénées Atlantiques, le PTSM a été initié par la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé, qui par sa large composition favorise la démarche partenariale et associe l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale.

### **3. L'importance d'une méthode de projet et de l'accompagnement des acteurs dans la réalisation du diagnostic partagé**

#### **La méthode ANAP comme outil de référence de la démarche projet du PTSM**

Un travail couvrant un large champ et associant un tel nombre d'acteurs nécessite la mise en place d'une méthodologie précise et partagée par tous les acteurs, qui définit les étapes d'élaboration du PTSM, les porteurs et les rôles dévolus à chacun dans ce processus. L'ANAP a édité un guide méthodologique de référence, qui sert d'appui dans de nombreux territoires engagés dans le PTSM. Il pose les bases d'une démarche projet, avec notamment la désignation d'un ou de plusieurs pilotes et la définition d'un calendrier et des modalités d'élaboration du PTSM (comité de pilotage, groupes de travail...). Cependant, le cadre méthodologique peut être adapté selon la dynamique de chaque territoire (implication des acteurs, structures motrices de collaboration, spécificités des territoires en termes de santé mentale...). C'est ainsi qu'en Bretagne a été rédigé un cadre d'action partagé, à la suite d'une concertation régionale, établissant les objectifs et la méthodologie pour l'élaboration des PTSM des différents territoires. Celui-ci a vocation à être décliné en une convention sociale dans chaque territoire, présentée lors d'une grande réunion de lancement des travaux, fixant le cap pour les acteurs de la santé mentale. L'animation territoriale mise en œuvre par les ARS joue un impact sur le choix des outils des acteurs.

#### **Un pilotage du projet responsable et dynamique**

L'animation du PTSM passe également par des porteurs de projet dynamiques et engagés, avec un rôle défini au préalable (pilotage, coordination et/ou animation des groupes de travail). Ici encore, les acteurs disposent d'une marge de manœuvre pour constituer la chefferie de projet. Plusieurs territoires ont mis en place un chargé de mission (Bretagne, Gironde), financé par l'ARS ou par les établissements de santé, souvent placé en appui des chefs de projet. Si la désignation d'un chargé de mission n'est pas nécessairement synonyme de réussite, il apparaît que le fait de dédier un poste peut permettre la prise de contact parfois chronophage avec tous les acteurs de la santé mentale pour leur expliquer la démarche et ses

enjeux, une animation constante des travaux, et une ressource méthodologique pour les participants, notamment pour soutenir les chefs de projet, le plus souvent des professionnels qui s'investissent dans le PTSM en plus d'autres activités.

### **Le positionnement de l'ARS en soutien des acteurs**

Un levier pour l'élaboration du PTSM est le positionnement de l'ARS, entre animation et accompagnement. Certes, l'ARS ne pilote pas le diagnostic territorial, qui doit rester l'initiative des acteurs pour être véritablement partagé, mais elle peut accompagner les acteurs dans la méthode, le pilotage et le contenu, ce qui apparaît comme un facteur significatif pour l'avancement du PTSM. Le dialogue entre chefs de projet sur le territoire et référent santé mentale en ARS (délégation territoriale et/ou siège) est l'occasion d'accompagner les acteurs de terrain et de résoudre les difficultés qui peuvent se présenter en cours de réalisation. La compétence au niveau de l'ARS est particulièrement utile pour organiser une concertation, outiller les acteurs à la fois sur la méthode et sur le fond (accès à des données statistiques et analyses), mettre en place des comités de pilotage et groupes de travail en veillant à l'exhaustivité et à la représentativité des acteurs, proposer d'éventuels moyens financiers, et garantir une cohérence avec les orientations retenues au niveau régional, notamment parce que le directeur général de l'ARS arrête le diagnostic territorial partagé et le PTSM avant de conclure un contrat territorial de santé mentale avec les acteurs engagés dans le PTSM.

### **Une démarche durable et évolutive**

Enfin, l'élaboration du diagnostic partagé puis du PTSM doit s'inscrire dans la durée, afin de contribuer à l'amélioration permanente de l'offre de services en santé mentale au service des usagers. Pour cela, une évaluation des effets du PTSM ainsi qu'une réévaluation régulière du diagnostic territorial doivent être prévues, pour en faire un outil évolutif et pertinent. Par ailleurs, il convient de s'interroger sur les effets de la contractualisation du PTSM entre acteurs de la santé mentale et ARS : quels seront les indicateurs retenus ? Quels résultats attendre ? Alors que les acteurs de la santé mentale font souvent état de craintes sur la diminution des ressources financières allouées à la santé mentale, les moyens et la façon de les attribuer aux acteurs seront-ils amenés à évoluer avec l'apparition du contrat territorial de santé mentale, dans un champ où les financeurs et les professionnels et établissements sont très divers ? Le contrat territorial de santé mentale pourra être le vecteur de transformations importantes de l'offre en santé mentale, à condition que les acteurs s'approprient pleinement la démarche et y trouvent une signification et un intérêt à atteindre les objectifs fixés.

## Conclusion

La phase de diagnostic territorial partagé est complexe à réaliser mais préalable à l'amélioration de l'offre de soins en santé mentale. Nous avons pu constater une appropriation de la gestion de projets différente selon les acteurs, s'expliquant par diverses raisons (spécificités des territoires, moyens humains et financiers limités, difficultés à travailler ensemble, résistance au changement). Certains acteurs de la santé mentale peuvent en outre se découvrir les uns les autres et ainsi entrevoir des opportunités de coopération. La majorité d'entre eux a souligné l'intérêt d'établir un langage et une méthode communs. L'implication des ARS a semblé également assez variable d'une région à l'autre car elle dépend du dynamisme des acteurs, du fait de la large autonomie qui leur est laissée.

La maturité des diagnostics territoriaux est ainsi apparue très variable d'un territoire à l'autre et certains acteurs en craignent des conséquences négatives, en termes de réduction de moyens. Malgré cela, la majorité des acteurs s'est accordée pour dire que la santé mentale nécessitait une meilleure coordination dans l'intérêt des usagers, qui pour certains, ou leurs proches, pouvaient être désarçonnés par une offre protéiforme et parfois inadaptée à leurs besoins.

Beaucoup d'acteurs ont enfin questionné les finalités du PTSM en s'interrogeant sur la lisibilité d'un dispositif pouvant aggraver une réalité déjà complexe. Étant donné que les phases de diagnostic territorial sont relativement récentes et dans des états d'avancement disparates, il est encore difficile d'avoir un recul suffisant pour les analyser en profondeur, même si le décryptage de la méthodologie adoptée est déjà un indicateur pertinent de la façon dont sont élaborés les PTSM. Les interlocuteurs sollicités ont formulé, dans l'ensemble, d'importantes attentes vis-à-vis des PTSM. Cette innovation organisationnelle peut préfigurer les évolutions de la santé mentale, en particulier au niveau de la recherche, que ce soit la recherche par les preuves ou la psychiatrie computationnelle issue des neurosciences.





---

## Bibliographie

---

### Lois et décrets

- *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*
- *Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire*

### Rapports et guides institutionnels

- « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie mentale, méthodes et outils pour les territoires », ANAP, décembre 2016.
- « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan psychiatrie 2005-2010 », Cour des comptes, décembre 2010.
- LAFORCADE Michel, *Rapport relatif à la santé mentale*, octobre 2016.
- LOPEZ Alain, TURAN-PELLETIER Gaëlle, « Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques – 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 », IGAS, novembre 2017.
- « Guide méthodologique pour construire un diagnostic territorial partagé (à l'attention des ARS et des CD) », CNSA, avril 2016.
- Rapport du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France, contribution adressée à la mission d'information, 2017.

### Ouvrages

- BLOC Marie-Aline, HÉNAULT Léonie, *Coordination et parcours La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Dunod, 2014.
- DEMAILLY Lise, AUTÈS Michel (dir.), *La politique de santé mentale en France. Acteurs, instruments, controverses*, Armand Colin, 2012.
- DEVREESE Emmanuel, *Droit de la santé et réformes hospitalières*, Demos, 2011.

### Articles et revues

- BARREYRE Jean-Yves, « Le handicap d'origine psychique : l'avenir d'une illusion », *Pratiques en santé mentale*, 2016/1, 62<sup>e</sup> année, p. 26-35.

- GUILÉ Jean-Marc, « Les Groupements Hospitaliers de Territoire, un projet pour les patients en psychiatrie ? », *Perspectives Psy*, vol. 55, p. 5-7, 2016.
- POURRAT Alain, « Loi de santé et psychiatrie. Et maintenant ? », *L'information psychiatrique*, vol. 92, p. 183-186., 2016.
- « Cahier juridique », *Actualités sociales hebdomadaires*, n° 3036, 1<sup>er</sup> décembre 2017.
- « Fiche de synthèse : des précisions sur les communautés psychiatriques de territoire », (Décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016), *Jurisanté*, 15 novembre 2016.
- « Psychiatrie : mutations et perspectives - Actualités et dossier en santé publique », *Revue du Haut conseil de la santé publique*, n° 84, septembre 2013.
- « Petite histoire de la prise en charge psychiatrique », *Gestions hospitalières*, n°572, janvier 2018.





---

## Liste des annexes

---

1. Grille d'entretien
2. Liste des entretiens réalisés
3. Liste des réunions de travail
4. Cadre d'action partagé pour l'élaboration du PTSM, ARS Bretagne
5. « Parcours des personnes en psychiatrie et en santé mentale », *Les études de l'ARS Bretagne*, N°16, octobre 2016
6. Brève histoire de la psychiatrie
7. Multiplicité des structures de réhabilitation psychosociale en Gironde

## Annexe 1 : Grille d'entretien

Madame, Monsieur,

Nous sommes un groupe d'élèves fonctionnaires de l'EHESP (directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, attachés d'administration hospitalière, directeurs des soins, ingénieurs d'études sanitaires) travaillant sur l'élaboration du diagnostic territorial dans le cadre des PTSM, dans plusieurs territoires (méthodologie employée, acteurs impliqués, articulation entre ARS et acteurs de la santé mentale, etc.)

Nous souhaiterions échanger avec vous sur votre rôle et place entre acteurs et vis-à-vis de l'ARS dans la phase de diagnostic ?

<b>Items entretiens ARS</b>	<b>Réponse</b>	<b>Commentaire</b>
Liens préexistants entre acteurs, dispositifs existants sur le(s) territoire(s)		
État d'avancement PTSM		
Positionnement ARS sur diagnostic PTSM / Dynamisme et appropriation des acteurs, porteurs		
Méthode de définition du territoire		
Accompagnement (outils, méthode, données, financement)		
Articulation avec PRS, GHT, CLS, CLSM si existants		

<b>Items entretiens acteurs</b>	<b>Réponse</b>	<b>Commentaire</b>
Partenariats et liens préexistants avec d'autres acteurs sur le territoire		
Connaissance et implication dans le diagnostic/PTSM / Avancement / Appréciation		
Méthode retenue, porteurs		
Accompagnement par l'ARS (outils, méthode, données, financement)		
Articulation avec PRS, GHT, CLS, CLSM si existants		

## Annexe 2 : Liste des entretiens réalisés

Institution	Fonction	RDV
ARS Bretagne	Conseillère technique médicale	9/05 à 14h
ARS DD 64	Directrice ARS 64	14/05 à 8h30
EPSAN Brumath 67	PCME	11/05 à 14h
CH Charles Perrens, Bordeaux	Cadre de santé Formatrice et coordinatrice du CLSM de la ville de Bordeaux	6/03 à 10h
CH de la Côte basque, Bayonne, site de Cam de Prats	Coordinatrice du Réseau santé Mentale Pays Basque	21/03 à 14h30
CH Charles Perrens, Bordeaux	Directrice des affaires médicales	04/18
CH Charles Perrens, Bordeaux	Psychiatre, pilote d'un groupe de travail	04/18
CH Charles Perrens, Bordeaux	Psychiatre, Président de la CME	04/18
CH Charles Perrens, Bordeaux	Psychiatre, pilote d'une thématique du projet médical 2018-2022	04/18
CH Charles Perrens, Bordeaux	Cadre de santé	13/04
EHPAD Terre-Nègre, Bordeaux	Directeur	12/04
CH d'Arcachon	Directrice affaires générales et qualité	11/04
ARS Bordeaux, Pôle animation territoriale et parcours de santé	Responsable du Pôle Ouest (Médoc - Bassin d'Arcachon et Métropole Nord-Ouest)	04/18
MDPH 35	Responsable service évaluation	02/05 à 14h
EPSM 29	Directeur	11/05 à 16h
DT ARS 29	Animatrice territoriale	7/05 à 11h
TGI Quimper	Magistrat	11/05 à 15h
EPSM Gourmelen	Représentant d'utilisateur	4/05 à 10h
EHPAD 29	Directrice	30/05 à 15h
D3S CHIC 29	Directrice PA	semaine 19
Mairie département 67	Adjointe au maire chargée de la santé	14/05
CH St Cyr au Mont d'or Lyon	DS	11/05 à 10h
Clinique addictologie LETRA	Cadre de santé	15/05
CSAPA centre Jonathan Addictologie	Responsable directrice	9/05
CH Saint Jean de Dieu	DS	15/05 à 17h30
Clinique Mon Repos	directeur	14/04
CH Vinatier	DS	14/05 à 13h30
ARS 69	Directeur adjoint	17/5 à 16h30
EPSAN 67	Directoire	14/05 à 9h
Conseil territorial de santé 4 (Bas-Rhin)	Titulaire à la CTS 4, président de la sous-commission en santé mentale, secrétaire général préfigurateur de la CPT DG EPSAN 67	15/05 à 17h
ANAP	Manager psychiatrie et santé mentale	22/05 à 14h

### Annexe 3 : Liste des réunions de travail

Réunion	Objet	Date
1	Première rencontre, modalités d'organisation	18/04
2	Entretien avec Isabelle Monnier, méthodologie	24/04
3	Méthodologie, identification des acteurs, exploitation de la bibliographie, organisation des entretiens	26/04
4	Entretien avec Isabelle Monnier et Nicole Bohic, problématique, grilles d'entretien	03/05
5	Point d'étape sur les entretiens menés	11/05
6	Retour sur les entretiens, analyse, régulation du travail écrit	15/05
7	Entretien avec Nicole Bohic, méthode, analyse, propositions, échéancier	16/05
8	Rédaction, relecture, mise en page	22/05
9	Relecture avec Isabelle Monnier et Nicole Bohic, fin de la mise en page	23/05



## Annexe 4 : Cadre d'action partagé pour l'élaboration du PTSM, ARS Bretagne



Service émetteur: Direction régionale de la stratégie en santé  
Direction adjointe Parcours

Affaire suivie par : Sylvie Dugas  
Courriel : [sylvie.dugas@ars.sante.fr](mailto:sylvie.dugas@ars.sante.fr)  
Téléphone : 02 22 06 73 35  
Date : 7/02/2017

### Cadre d'action partagé pour l'élaboration des projets territoriaux de santé mentale

**L'article 69 la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose les nouvelles bases de la politique de santé mentale et de l'organisation de la psychiatrie, en inscrivant :**

- La notion de politique de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées, enfants et adultes, à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.
- L'approche partenariale et territoriale de cette politique, associant l'ensemble des acteurs contribuant aux parcours de ces personnes à l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale établi sur la base d'un diagnostic partagé et donnant lieu à la conclusion d'un contrat territorial de santé mentale. La démarche proposée donne une large initiative aux opérateurs.
- La possibilité de constituer une communauté psychiatrique de territoire, regroupement des établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale.
- La mission de psychiatrie de secteur, réintroduite dans la loi comme une mission essentielle pour assurer des soins spécialisés de proximité, sous ensemble de l'activité de psychiatrie, elle-même sous ensemble de la politique de santé mentale.

L'article 69 propose une approche spécifique à la santé mentale, qu'il faut replacer dans la dynamique plus globale de promotion des soins primaires et de structuration des parcours de santé.

**En Bretagne, des travaux de concertations des acteurs concernés par la santé mentale se sont déroulés en 2016 pour envisager le déploiement de la démarche parcours en santé mentale, à partir du cadre proposé par l'article 69 et des enseignements issus du projet de développement d'une démarche parcours en psychiatrie et santé mentale, initié par l'ANAP et expérimenté dans la région. Les travaux de concertation des acteurs de santé mentale ont inclus les échanges au sein du projet ANAP et au sein du groupe technique régional (GTR), la mise en place d'un groupe de réflexion ad hoc, l'organisation d'une réunion dans chaque département avec les établissements publics et ESPIC autorisés en psychiatrie et l'organisation d'une rencontre régionale de l'ensemble des acteurs le 16 novembre.**

**Cette note vise à poser, sur la base de cette concertation, les principaux éléments du cadre d'action régional partagé pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale : le territoire, la démarche partenariale, le processus, le support méthodologique, le rôle de l'ARS et le calendrier.**

## 1. Le département, territoire privilégié d'élaboration du projet de santé mentale

La loi laisse à l'initiative des acteurs le choix du niveau territoire approprié pour le projet de santé mentale. Deux principes ont émergé du processus de concertation régional :

- La nécessité de différencier le territoire d'élaboration du projet de santé mentale, de taille suffisante pour porter la politique de santé mentale, et les territoires de sa mise en œuvre, en proximité des opérateurs.
- Le souhait collectif de privilégier une harmonisation régionale pour le territoire d'élaboration du PTSM.

**En Bretagne, le niveau territorial retenu pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale est le département**, considéré comme :

- Niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs concernés et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.
- Niveau territorial facilitateur pour coordonner les politiques de soin, d'accompagnement social et médicosocial, de logement, de scolarisation, d'insertion, d'emploi.
- Niveau actuel de l'organisation des soins sans consentement.
- Niveau pertinent pour capitaliser les expériences et les échanges.

La mise en œuvre du projet départemental de santé mentale pourra se décliner sur des échelles territoriales infra-départementales, territoires d'actions du projet utiles à la mise en œuvre du plan d'action. Elle s'appuiera pour cela sur des territoires existants et sur leur évolution et/ou convergence éventuelles : secteurs de psychiatrie, territoires d'action sociale, de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), de conseils locaux de santé mentale (CLSM), d'établissement public intercommunal (EPCI), de pays.

Elle prendra également en compte des territoires-projets parfois interdépartementaux, tels que ceux de certains groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de contrats locaux de santé (CLS). Dans ce cas, un avenant aux projets départementaux de santé mentale concernés pourra être établi.

## 2. La démarche partenariale, étape préalable et condition de réussite du projet

**Le développement de dynamiques partenariales associant sur chaque département l'ensemble des acteurs de la santé mentale constitue à la fois un enjeu et une condition de réussite de la mise en œuvre effective d'une politique de santé mentale capable de lever les difficultés rencontrées en matière de parcours de santé et de vie des personnes concernées.**

Afin de faciliter le partenariat, il convient de veiller à l'association des acteurs concernés, de proposer un cadre partenarial formalisé et de mettre en place une organisation en mode projet.

### 2.1 L'association des acteurs concernés

**La démarche veillera à associer les principaux acteurs concernés par la santé mentale sur le département :**

- Les personnes directement concernées et leur entourage,
- Les médecins traitants et équipes de soins primaires
- Les psychiatres et psychologues libéraux
- Les établissements de santé, en particulier ceux autorisés en psychiatrie
- Les services et établissements médico-sociaux
- Les acteurs du social : logement, hébergement, aides à domicile, insertion sociale et professionnelle.
- Les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention,
- Les maisons des adolescents



- | Les conseils locaux de santé mentale (CLSM)
- | Les acteurs impliqués dans des fonctions de coordination ou d'intégration
- | Les acteurs institutionnels (Maisons départementales des personnes handicapées, Conseils départementaux, Education nationale, Assurance maladie, services de l'Etat, ARS)

Les acteurs concernés par la santé mentale au niveau départemental sont nombreux. Or les travaux de diagnostic territorial partagé et d'élaboration du projet territorial nécessitent d'associer les principaux acteurs au sein d'un ou de plusieurs groupes de travail dont la taille reste de dimension opérationnelle.

**Il est en conséquence nécessaire de prévoir un mode de représentation des acteurs**, du moins pour les plus nombreux : représentation des usagers (FNAPSY, GEM) et de leur entourage (UNAFAM), représentation des acteurs libéraux, des acteurs sociaux et médicosociaux....

## 2.2 Un cadre partenarial formalisé par une convention constitutive

La définition d'un cadre partenarial formalisé est une condition indispensable à la démarche.

L'article 69 ne prescrit pas de cadre type. Le décret du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire prévoit cependant que ces dernières, dans une modalité élargie et préfiguratrice, puissent constituer un cadre partenarial, fédérateur des acteurs et porteur de la démarche.

**La proposition régionale est de ne pas retenir de modèle prescriptif** mais de laisser ouvertes plusieurs options pouvant inclure la communauté psychiatrique de territoire (CPT) dans un mode élargi, une association ad hoc, un groupement de coopération sanitaire (GCS) ou un groupement de coopération sociale et médicosociale (GCSMS).

**En revanche, quelle que soit l'option retenue, la convention constitutive entre les partenaires est le document-socle de la démarche partenariale, susceptible d'être complémentaire à d'autres conventions constitutives de groupements (Type GCS, CPT ....). Elle précise notamment :**

- L'objet de la convention et sa durée
- Le dimensionnement et la représentation des acteurs
- La structuration juridique du partenariat (Association ad hoc, GCS, GCSMS, CPT)
- Les engagements communs
- Les modalités de pilotage

→ **Il est donc attendu des acteurs de chaque département une proposition concertée quant au cadre partenarial retenu. Quelle que soit l'option retenue, la convention constitutive devra veiller à assurer les conditions d'un partenariat ouvert, équilibré et participatif.**

→ **Cette convention constitutive partenariale sera soumise à la validation du Directeur Général de l'ARS.**

## 2.3 Une organisation en mode projet

L'élaboration au niveau de chaque département d'un projet partenarial de santé mentale suppose la mise en place d'une « démarche projet » avec une organisation précisant le cadre partenarial, les modalités de portage et de pilotage de la démarche, les grandes étapes et les productions attendues ainsi que les principales échéances.

Compte tenu de l'importance du projet, un point d'attention doit être porté aux instances de gouvernance du projet, avec :

- Un **comité de pilotage départemental** d'une vingtaine de personnes, comprenant des représentants des usagers et des aidants, des opérateurs, des institutions, des experts...
- Une modalité de pilotage qui donne à voir la volonté d'un partenariat ouvert et équilibré. A cet effet, le choix d'un **binôme de pilotes de formation et de culture professionnelle différente**, proposé collégialement, apparaît fortement souhaitable.
- Des **groupes de travail**

### 3. Processus et livrables attendus

Les étapes de l'élaboration du projet territorial de santé mentale sont prévues par l'article 69 et incluent :

**La réalisation d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale** par les acteurs de santé du territoire, qui comprend :

Un état des ressources disponibles  
 L'identification des insuffisances en matière de parcours de santé et de vie, dans l'accessibilité, la coordination et la continuité des services d'offre de prévention, de soins, d'accompagnements sociaux et médicosociaux, en tenant compte des spécificités du handicap psychique rappelées dans la stratégie quinquennale à l'occasion de la conférence interministérielle du handicap du 02 Décembre 2016.  
 Les préconisations pour y remédier

**L'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM)** à l'initiative des professionnels et des établissements travaillant dans le champ de la santé mentale. Le PTSM organise la « coordination territoriale de second niveau » au sens de la coopération entre les acteurs et les institutions pour définir les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic partagé.

Il prend en compte les priorités du PTSM définies par décret.  
 Il organise l'accès de la population à un ensemble de dispositifs et de services nécessaires à l'amélioration des parcours.  
 Il précise les objectifs poursuivis, les évolutions de l'offre de soins et de services et des organisations nécessaires ainsi que les indicateurs de suivi du projet. Il s'appuie pour cela sur la transmission et le partage des savoirs acquis et des bonnes pratiques professionnelles, sur le développement professionnel continu et sur le développement de la recherche clinique.  
 Un programme relatif au maintien dans le logement et d'accès au logement et à l'hébergement accompagné est développé pour les personnes en souffrance psychique qui en ont besoin.

Diagnostic partagé et projet territorial de santé mentale :

- Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé ainsi que des mécanismes de coordination et d'intégration en place.
- Donnent lieu à la production d'un document de synthèse
- Sont arrêtés par le Directeur général de l'ARS, après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé.



**La conclusion d'un contrat territorial de santé mentale** entre l'agence régionale de santé et les acteurs pour la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale. Il définit l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.

## 4. Support méthodologique

### 4.1 Le guide méthodologique de l'ANAP

Le guide méthodologique publié en décembre 2016 par l'ANAP « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale - Méthodes et outils pour les territoires », est la méthode recommandée par la DGOS pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale. Il est accessible sur le site de l'ANAP :

<http://www.anap.fr/publications-et-outils/publications/detail/actualites/mettre-en-oeuvre-un-projet-de-parcours-en-psychiatrie-et-sante-mentale-methodes-et-outils-pour-les-territoires/>

#### Le guide méthodologique ANAP

La méthode a été élaborée à partir des travaux issus de deux vagues d'accompagnement par l'ANAP de projets de développement d'une démarche parcours en psychiatrie et santé mentale portés par 6 ARS dont l'ARS Bretagne.

La méthode est pragmatique, concrète et participative, invitant tous les acteurs concernés d'un territoire donné (financeurs, régulateurs, opérateurs, usagers et familles) à réfléchir et à agir ensemble pour améliorer les réponses aux besoins des personnes, notamment en améliorant la cohérence des interventions respectives d'acteurs œuvrant dans des champs d'actions différents (sanitaire, médico-social, social).

Le guide présente les éléments clés de la démarche et de ses quatre étapes et propose une boîte à outils sous la forme de fiches thématiques permettant d'approfondir certaines étapes (ex : fiche comité de pilotage territorial), de fiches outils (ex : carte d'identité du territoire et sa grille d'indicateurs), de supports type (ex : fiche action) et de documents types (ex : trame de lettre d'engagement).

**Ce guide, s'il est globalement adapté à la démarche du projet territorial de santé mentale tel que prévu dans l'article 69 de la loi, nécessitera cependant une adaptation** pour prendre en compte deux différences entre la démarche du projet ANAP et celle de l'article 69 :

- Le périmètre de la démarche. Les travaux de l'ANAP se sont ~~volontairement~~ concentrés sur la population adulte vivant avec des troubles psychiques. Le projet territorial de santé mentale s'adresse quant à lui à l'ensemble de la population, enfants, adolescents et adultes. Il conviendra d'adapter la démarche et les outils dans ce sens.
- Le pilotage de la démarche. Les travaux de l'ANAP ont placé les ARS comme pilote de la démarche. L'article 69 précise que le PTSM est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des opérateurs. Il convient donc d'adapter les modalités de pilotage à l'esprit de la loi, dans un cadre partenarial formalisé (Cf. chapitre 3).

### 4.2 Les autres documents de référence nationaux

Différents travaux récents dans le domaine de la santé mentale peuvent constituer des documents de référence pour les acteurs impliqués dans l'élaboration du projet départemental de santé mentale. Quelques-uns sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

#### Documents de référence nationaux

Le rapport de la mission Laforcade sur la santé mentale (2016)

Les évaluations par le Haut conseil de la santé publique des plans psychiatrie et santé mentale 2011-2015 et du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 (2016)

Les travaux en cours du Conseil national de santé mentale ainsi que des comités de pilotage « Psychiatrie » et « Handicap psychique »

Le rapport « Zéro sans solution » de D Piveteau et les travaux de la mission « Une réponse accompagnée pour tous » animés par MS Desaulle.

Le rapport « Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique » de Marie-Christine Hardy-Baylé, Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale (septembre 2015).

Les travaux en cours de la HAS (RBP Coopération médecin généraliste/psychiatre) et de l'ANESM (RBP Accompagnement des adultes handicapés psychiques)

## 5. Le rôle de l'ARS

L'ARS exerce deux types de fonctions en rapport avec le déploiement de projets territoriaux de santé mentale : des fonctions que l'on peut qualifier de réglementaires et des fonctions d'accompagnement de la démarche.

### 5.1 Les fonctions réglementaires

Elles sont précisées dans l'article 69 et concerne la fonction régulatrice du Directeur général de l'ARS :

- Garant de l'existence d'un projet territorial de santé mentale sur l'ensemble du territoire de la région. A ce titre, il doit prendre les dispositions nécessaires en l'absence d'initiative des professionnels.
- Arrête le diagnostic partagé et le projet départemental de santé mentale, après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé.
- Conclut avec les acteurs le contrat territorial de santé mentale pour la mise en œuvre du projet.
- Désigne les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement désigné une zone d'intervention. Il organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.
- Désigne, après avis du représentant de l'Etat dans le département concerné, un ou plusieurs établissements autorisés en psychiatrie chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

## 5.2 La fonction d'accompagnement de la démarche

Elles sont proposées suite à la concertation régionale et aux différents échanges nationaux et relèvent de l'action complémentaires des équipes du siège et de la délégation départementale :

- **Impulsion de la concertation:** organisation en 2016 des travaux de concertation et de la rencontre régionale du 16 novembre.
- **Appui méthodologique pour la phase préalable au lancement de la démarche,** incluant :
  - La production d'une note sur le cadre d'action partagé
  - La réalisation d'une rencontre départementale pour faciliter la mise en lien des acteurs et la réflexion sur le cadre d'action partagé
  - La préparation, en lien avec l'ANAP, de l'organisation d'une journée de transfert de compétences pour le déploiement de la démarche, à partir du guide méthodologique de l'ANAP
  - La préparation de la réunion de lancement dans chacun des départements
- **Fourniture des données utiles à l'étape du diagnostic départemental partagé.** La fourniture de données sera préparée par le pôle « Observation et statistiques » du siège, sur la base des propositions du guide méthodologique de l'ANAP et de l'Atlas santé mentale en préparation au niveau national (travaux DREES – IRDES – ARS PACA).
- **Participation du Directeur de la délégation départementale de l'ARS ou de son représentant au comité de pilotage départemental,** et selon les besoins aux groupes de travail mis en place par les pilotes.
- **Etude par l'ARS au cas par cas de l'opportunité d'un appui financier ponctuel en support à l'ingénierie de projet,** une fois le binôme de pilotage identifié.
- **Organisation de rencontres régionales régulières** afin de partager l'avancement des démarches, de faciliter les échanges et la capitalisation sur les expériences positives et les difficultés rencontrées, d'appuyer si besoin les pilotes sur la méthodologie de projet.

## 6. Principales échéances

### 6.1 La mise en cohérence de plusieurs démarches

L'article 69 ne prévoit pas d'échéances pour l'élaboration et la mise en œuvre du projet territorial de santé mentale afin de prendre en compte les degrés de maturité variable des dynamiques partenariales pour une démarche qui s'inscrit dans la durée.

La démarche doit cependant entrer en cohérence avec deux autres dynamiques importantes au cours de l'année 2017 :

- L'élaboration du prochain Projet régional de santé. La santé mentale fait partie des thématiques retenues pour le schéma régional de santé de Bretagne dont les principales orientations sont attendues pour fin mai 2017 afin d'être soumise à la concertation.
- L'élaboration du projet médical partagé (PMP) de chaque groupement hospitalier de territoire (GHT). En Bretagne, la psychiatrie fait partie des filières prioritaires retenues pour le PMP dont les orientations sont également attendues pour mai 2017 afin d'être proposées à l'avis des instances des établissements.

Les orientations du schéma régional de santé ont vocation à être déclinées au sein du projet territorial de santé mentale (PTSM), les orientations du PTSM ayant elles-mêmes vocation à être prises en compte au sein du projet de GHT, sous ensemble du PTSM.

Compte tenu des calendriers imposés pour le PRS et les GHT, et de la dynamique de démarrage plus tardive pour le PTSM, une approche réaliste peut viser à ce que :

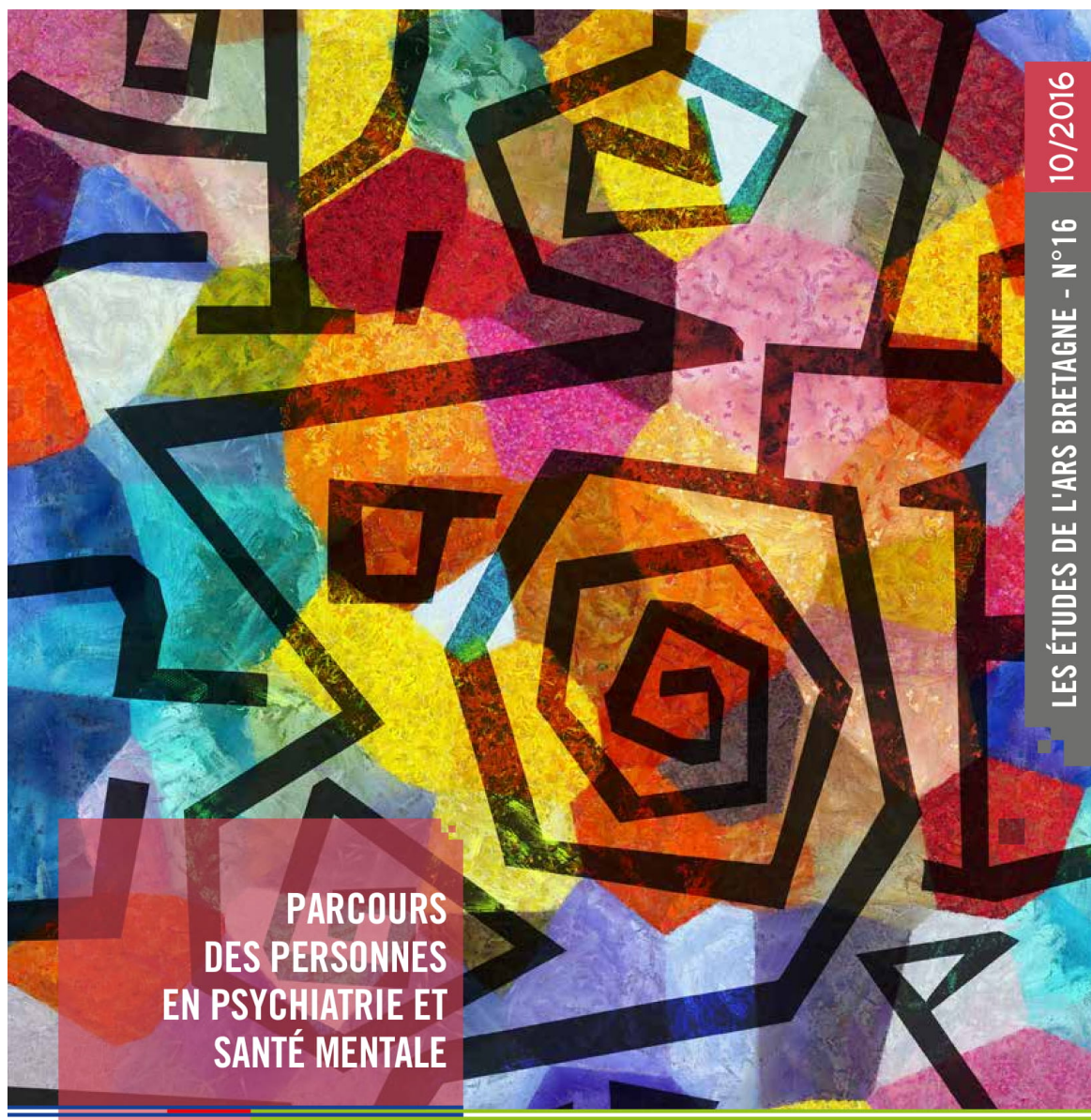
- L'ARS assure une mise en cohérence de ces trois niveaux de projets même s'ils ne se finalisent pas tous au même rythme, notamment en s'appuyant sur les priorités nationales du PTSM fixées par un décret attendu d'ici la fin mars.
- L'ensemble des acteurs s'engagent dans la démarche au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2017.

## 6.2 Calendrier prévisionnel 2017

QUAND	QUOI	QUI
<b>1<sup>er</sup> trimestre 2017 :</b> <b>Mise en œuvre de la phase préparatoire au lancement de la démarche</b>	Elaboration et diffusion de la note « Cadre d'action partagé » sur la base de la concertation régionale (2016) et des échanges nationaux	ARS
	Réalisation d'une rencontre départementale préalable au lancement de la démarche	ARS en lien avec les acteurs de santé mentale
	Préparation par les acteurs du cadre partenarial : choix de la modalité juridique retenue, contribution à l'élaboration et la mise en œuvre de la convention constitutive, désignation des pilotes, accompagnement financier	Acteurs de santé mentale au niveau de chaque département
	Préparation des données départementales utiles au diagnostic partagé, à partir du guide méthodologique ANAP	ARS en lien avec les acteurs
<b>2<sup>nd</sup> trimestre 2017 :</b> <b>Lancement de la démarche et démarrage du diagnostic départemental partagé</b>	Journée de lancement de la démarche dans chaque département	Pilotes et ARS
	Organisation d'une journée de transfert de compétences à l'attention des pilotes de PTSM	ANAP en lien avec l'ARS
	Démarrage du diagnostic départemental partagé : groupes de travail, copil	Pilotes, Copil et groupes de travail
	Organisation des échanges utiles entre les travaux du diagnostic, les travaux du GHT et du volet santé mentale du PRS	ARS
<b>2<sup>ème</sup> semestre 2017 :</b> <b>Finalisation du diagnostic et des orientations stratégiques, élaboration du projet territorial de santé mentale</b>	Finalisation du diagnostic partagé et rédaction du document de synthèse de présentation du diagnostic et des orientations stratégiques	Pilotes, Copil et groupes de travail
	Validation du diagnostic partagé et des orientations stratégiques par le DG ARS, après les avis réglementaires	ARS, conseils locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, conseils territoriaux de santé
	Elaboration du document Projet départemental de santé mentale	Au niveau de chaque département : Pilotes en lien avec le copil et les groupes de travail éventuels
	Validation du projet départemental de santé mentale par le DG ARS, après les avis réglementaires	ARS, conseils locaux de santé, conseils locaux de santé mentale, conseils territoriaux de santé



**Annexe 5 : « Parcours des personnes en psychiatrie et en santé mentale »,  
Les études de l'ARS Bretagne, N°16, octobre 2016**



10/2016

LES ÉTUDES DE L'ARS BRETAGNE - N°16

**PARCOURS  
DES PERSONNES  
EN PSYCHIATRIE ET  
SANTÉ MENTALE**

PREMIERS ENSEIGNEMENTS  
D'UNE DÉMARCHE EXPÉRIMENTALE  
MENÉE AVEC L'APPUI  
DE L'ANAP SUR  
UN TERRITOIRE BRETON

**ars**  
● Agence Régionale de Santé  
Bretagne



## Édito

La prise en charge des troubles psychiques constitue un enjeu majeur en termes de santé publique du fait de leurs conséquences multiples, pour les personnes concernées (conséquences en termes de santé psychique et physique, d'insertion familiale, sociale et professionnelle, conséquences économiques) et pour leur entourage. Une partie notable de ces pathologies relèvent de maladies chroniques dont l'évolution n'est pas forcément linéaire et prévisible.

Partant de ces constats, l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a considéré que l'approche parcours développée pour les personnes âgées (avec les PAERPA), était pertinente dans le domaine de la santé mentale, à condition de l'adapter aux spécificités des pathologies psychiatriques et du handicap psychique.

Un projet expérimental sur les Parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale a ainsi été développé, centré sur les adultes présentant une pathologie psychiatrique chronique avec ou sans handicap psychique. L'approche retenue est décloisonnée pour prendre en compte l'ensemble des dimensions constitutives de ces parcours de santé et de vie sur la durée (soins ambulatoires et hospitaliers, accompagnement social et médico-social, insertion sociale). Elle est aussi participative, associant aux professionnels les représentants des usagers et de leurs familles et entourage.

La mise en œuvre de cette phase expérimentale a associé trois agences régionales de santé (Auvergne, Bretagne et Nord-Pas-de-Calais).

L'ARS Bretagne a répondu positivement à cette collaboration dont l'approche et les objectifs étaient convergents avec ses orientations en matière de santé mentale.

L'ARS Bretagne a en effet opté, dès l'élaboration du Projet Régional de Santé (PRS) 2012-2016, pour une approche transversale de la santé mentale, traduite dans l'organisation interne de l'ARS (équipe projets transversale aux 3 schémas du PRS, sanitaire, médico-social et de prévention), dans ses modalités d'interaction avec les acteurs de la région (groupe de concertation transversal) ainsi que dans le choix des orientations stratégiques du volet santé mentale du PRS.

Dans ce volet, le manque de fluidité des parcours de santé et de vie était diagnostiqué comme le problème majeur de l'offre en santé mentale dans une région qui présente des spécificités sur le plan épidémiologique (importance du suicide et des addictions), sur le plan de l'offre (l'un des plus fort taux d'équipement de France en lits et places) et sur le plan du recours aux soins psychiatriques (l'un des plus fort taux de France pour les recours aux soins psychiatriques).

Les quatre orientations stratégiques proposées ont été centrées sur la coordination et les coopérations entre acteurs pour impulser une évolution de l'offre privilégiant l'autonomie des personnes, leur insertion sociale, éducative et professionnelle et limitant les ruptures de parcours :

- renforcer les modalités de coordination et de coopération entre acteurs de santé mentale ;
- favoriser les prises en charge ambulatoires et les accompagnements en milieu ordinaire ;
- adapter les dispositifs sanitaires, médico-sociaux et sociaux à l'évolution des besoins ;
- améliorer la continuité des prises en charge et la fluidité des parcours entre le sanitaire et le médico-social.

L'ARS a souhaité, par le présent document, présenter de façon synthétique la démarche et les principaux résultats de sa mise en œuvre sur le territoire projet retenu en Bretagne, ainsi que les leçons tirées de cette expérience engagée depuis début 2014, afin d'envisager les modalités d'essai d'une telle démarche qui contribue à l'élaboration des projets territoriaux en santé mentale tel qu'ils sont désormais prévus par l'article 69 de la loi du 26 Janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Je tiens à remercier tous les acteurs qui se sont mobilisés autour de cette démarche expérimentale pour en assurer le succès dans l'intérêt des usagers.

Olivier de Cadeville  
Directeur Général de l'ARS Bretagne

## Démarche et méthode

### Les objectifs du projet

Pour l'ANAP il s'agissait de mettre au point et de tester une démarche parcours dans le champ de la santé mentale dans trois régions, puis, par un travail de capitalisation de ces expériences, de mettre à disposition des acteurs une méthode, des outils et documents supports facilitant la mise en œuvre de ce type de démarche structurante pour les projets d'établissements et les projets territoriaux de santé.

Pour l'ARS Bretagne, le projet offrait l'opportunité de passer de la théorie à la pratique en matière de parcours et de coordination des acteurs, en expérimentant de façon très concrète, avec le soutien méthodologique et opérationnel de l'ANAP, une démarche Parcours en santé mentale sur un territoire défini.

### Le choix du territoire de projet

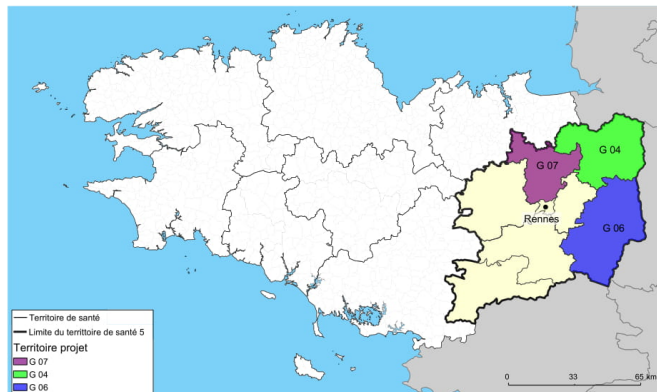
Le choix du territoire de projet s'est porté sur une partie du Territoire de Santé (TS) de Rennes - Vitré - Redon - Fougères (TS 5) dont un ensemble d'acteurs clés étaient ouverts et intéressés par ce type de démarche.

Le TS 5 étant le plus gros Territoire de Santé de la région, avec près de 900 000 habitants, il a été jugé nécessaire dans le cadre d'un projet expérimental d'identifier un territoire projet de taille plus limitée.

En l'absence de découpage infra territoire de santé formalisé au moment du démarrage de la démarche, le choix du territoire de projet s'est porté sur trois secteurs de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Guillaume Rognier (CHGR) (G04, 06 et 07). Il est important de noter que le découpage sectoriel du CHGR avait été revu en 2009, notamment de façon à prendre en compte les territoires d'action sociale du conseil départemental. Les secteurs ainsi redéfinis sont des territoires pertinents pour les professionnels de psychiatrie ainsi que pour les professionnels sociaux et médico-sociaux.

La population couverte est d'environ 280 000 habitants, à prédominance rurale pour deux secteurs qui correspondent à deux pays (G04/Pays de Fougères et G06/Pays de Vitré), mixte pour le troisième secteur en partie composé de communes appartenant à Rennes métropole (G07).

### Localisation du territoire de projet sur la carte des territoires de santé en Bretagne



Source : Enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014 - Réalisation ARS Bretagne, mai 2014  
Carte réalisée avec Cartes & Données. © Artique

### Une approche essentiellement qualitative et participative

Il s'agit d'un travail collectif associant l'ensemble des acteurs concernés du territoire de projet portant sur :

- un diagnostic partagé des principales difficultés rencontrées par les personnes souffrant de pathologies psychiatriques chroniques dans leur parcours de santé et de vie et des principales causes de rupture de parcours ;
- à partir de ce diagnostic, l'identification et la mise en œuvre d'actions prioritaires pour lever les obstacles et difficultés de parcours et mieux répondre aux attentes des personnes concernées vivant avec une pathologie psychiatrique chronique avec ou sans handicap psychique.

L'implication effective des acteurs concernés dans un travail collectif et décloisonné avec l'appui de l'ARS est une condition incontournable de réussite de la démarche. Les acteurs incluent les professionnels du soin et de l'action sociale et médico-sociale, les représentants des usagers et de leurs familles ainsi que les acteurs institutionnels (ARS, Conseil départemental, Maison départementale des personnes handicapées).

La démarche projet bretonne a choisi d'associer les acteurs du territoire de projet concernés par les parcours de santé mentale tout au long de la démarche de façon à faciliter l'interconnaissance, la co-construction et la coresponsabilité (Cf. Encadré ci-dessous).

### > Acteurs impliqués dans le groupe projet

- Représentant de l'UNAFAM (Mme Sarret) et de la FNAPSY (M. Thézé)
- Médecins traitants de MSP ou pôles de santé du territoire projet (Dr Toulet, Dr Ricono et Dr Percheron)
- Centre hospitalier Guillaume Rognier (Mme Jéhanno, Mme Genin, Dr Roubini, Dr Galinand, Dr Arésu, M. Buchoul, M. Laly, Mme Ledu)
- Clinique privée psychiatrique de l'Espérance (Mme Nicolle)
- Association Espoir 35 (Mme Le Corre)
- Association Convergence Bretagne (M. Biche)
- Association l'ADAPT (Mme Morin)
- FNARS (M. Mascle)
- NEOTOA (M. Sable)
- Service des Urgences du CHU (Dr Travers)
- CH de Vitré (Mme Ismail) et CH de Fougères (Dr Marchand)
- CREAI (Mme Le Duff)
- Direction de la MDPH 35 (Mme Ollivaux et Mme Aulnette)
- Conseil départemental de l'Ille et Vilaine (Dr Leguen et Mme Brossay)
- ANAP (Mrs Tajahamady et Servant)
- Agence Régionale de Santé (Mme Even, Dr Dugas, M. Boisseau)

3





### Un outil fédérateur pour l'analyse des parcours : le modèle de la rosace

Le modèle de la rosace, proposé par l'ANAP à partir d'un dialogue avec différents acteurs et les ARS retenues, identifie cinq principaux points de rupture potentiels en termes de continuité des parcours en santé mentale, constituant autant de portes d'entrées complémentaires et interdépendantes pour le diagnostic partagé. Ce support a fait consensus et s'est avéré très structurant pour les échanges.

### Une composante quantitative en support

La collecte d'un ensemble d'indicateurs utiles à la démarche a été menée pour caractériser la situation du territoire de projet et pour venir en support aux échanges concernant les différentes portes d'entrée du diagnostic partagé.

Dans ce projet expérimental, la collecte de données n'a pas été organisée comme un préalable au diagnostic mais comme un axe de travail qui a abouti à la sélection progressive d'un ensemble restreint d'indicateurs utiles à la démarche. Ce socle d'indicateurs est l'un des éléments de la boîte à outils constituée par l'ANAP à la fin de cette première phase d'expérimentation afin de faciliter l'essaiage de la démarche sur d'autres territoires.

### Modèle de la rosace



### Un pilotage à deux niveaux

**Au niveau régional**, le pilotage du projet a été assuré à l'ARS par la Direction adjointe des Parcours au sein de la Direction de la Stratégie régionale en Santé avec l'appui technique de l'ANAP. La conduite de projet a été assurée par un binôme de référents régional et départemental en santé mentale. Un comité de pilotage régional, présidé par la Direction de l'ARS, a été mis en place pour échanger et valider les travaux de chaque étape avec la Direction des différents organismes représentés dans le groupe projet.

**Au niveau national**, un comité de pilotage présidé par l'ANAP a réuni tous

les deux mois les pilotes des trois ARS, quelques membres du comité scientifique de l'ANAP ainsi que des représentants de plusieurs organismes nationaux (ANESM, HAS, ATIH, IRDES,...) afin d'échanger sur l'avancement des travaux, la construction des outils et la capitalisation. Trois séminaires interrégionaux permettant un partage plus large avec l'ensemble des acteurs des trois régions ont également été organisés afin de mettre en évidence les points communs des travaux engagés, les difficultés rencontrées et d'une manière générale, les capitalisations d'expérience sur certains sujets.

### > Une publication de l'ANAP

Anticiper et comprendre : Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche – Août 2015  
Le projet de l'ANAP « Parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale » a fait l'objet d'une première publication par l'ANAP sur les points clés issus du diagnostic ainsi que sur les voies de progrès envisagées.

4  
≡

### Étapes et calendrier du projet en Bretagne



Le projet s'est déroulé dans les trois régions selon un calendrier commun de fin 2013 à fin 2015, la Bretagne ayant fait le choix de maintenir l'organisation sous forme de projet jusqu'à fin mars 2016.

## Présentation du territoire de projet

### Le territoire de projet est en situation plutôt favorable en termes de précarité

Le pourcentage de chômeurs dans la population active du territoire de projet (respectivement 7,8%, 6,2% et 6,6% pour les populations des secteurs G04, G06 et G07) est inférieur à la fois à celui de l'ensemble du TS 5 (8,6%), de la Bretagne (9,7%) et du National (12,1%) (Source : INSEE - Recensement 2010 : emploi, familles, logements)

Le pourcentage de familles monoparentales du territoire de projet (respectivement 8,1%, 7,7% et 9,3% pour les populations des secteurs G04, G06 et G07) est inférieur à la fois à celui de l'ensemble du TS 5 (10,4%), de la Bretagne (11,2%) et du National (14,1%) (Source : INSEE - Recensement 2010 : emploi, familles, logements)

Le pourcentage de bénéficiaires du Revenu de Solidarité Active (RSA) du département de l'Ille et Vilaine est égal à celui de la Bretagne (46 personnes pour 1000 habitants) mais inférieur au niveau national (78 personnes pour 1000 habitants) (Source CNAF – DSER, 2013)

### Une offre de psychiatrie adulte concentrée sur Rennes

Le territoire de projet est également caractérisé par sa position en proximité de Rennes, métropole régionale où se trouve le plus gros centre hospitalier psychiatrique de la région, le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (CHGR), qui couvre l'essentiel du TS 5 et gère également plusieurs structures médico-sociales spécialisées dans le Handicap psychique. L'agglomération rennaise concentre l'offre d'hospitalisation de psychiatrie, l'offre du CHGR étant complétée de deux établissements privés (Cliniques de l'Espérance et Saint Laurent), d'un établissement de post-cure privé à intérêt collectif (Centre de la Thébaudais) et d'une unité de psychiatrie « soins-étude » de la fondation santé des étudiants de France (CMP Beaulieu).

Le CHGR a des sites d'hospitalisation à temps plein et à temps partiel en dehors de Rennes et notamment sur le territoire projet, sur Fougères et sur Vitré.

L'essentiel de l'activité de psychiatrie du CHGR est ambulatoire avec des centres médico-psychologiques (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATT) sur chacun des secteurs.

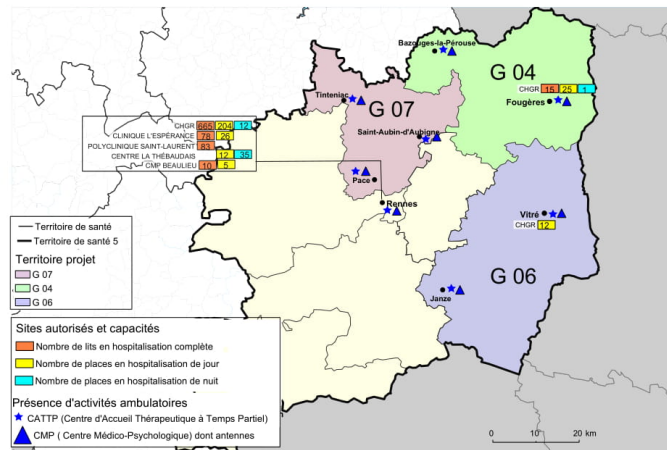
### Un panel d'offre sociale et médico-sociale pour adultes handicapés

La plupart des structures accueillent des personnes avec différents types de handicap. Certaines sont spécialisées dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap psychique, en particulier plusieurs structures gérées par le CHGR (MAS du CHGR, ESAT du Placis vert).

A noter l'absence d'offre de services d'accompagnement médico-social pour personnes handicapées (SAMSAH) spécialisés dans le handicap psychique sur le territoire de santé au début du projet.

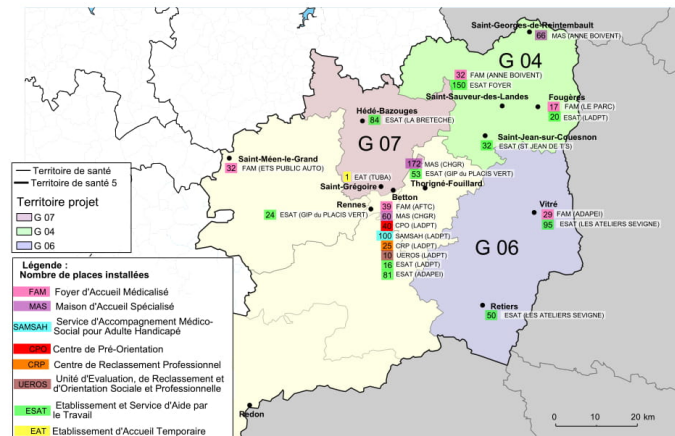
La cartographie ci-dessous présente l'ensemble de l'offre médico-sociale du territoire de projet, spécialisée et non spécialisée.

#### Territoire de projet : Offre de psychiatrie générale pour adulte - 2013



Sources : enquête ARS auprès des établissements psychiatriques 2014 - Réalisation ARS Bretagne, mai 2014  
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

#### Territoire de projet - Structures médico-sociales et ESAT pour adultes handicapés - 2013

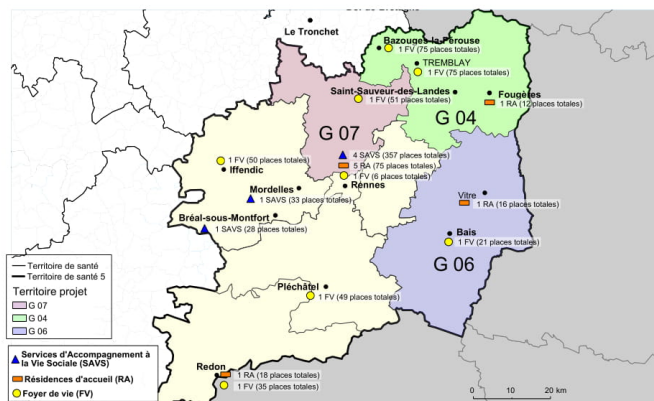


Sources : FINESS au 31/12/2012 - Réalisation ARS Bretagne, novembre 2013

Les structures sociales sont nombreuses, certaines accueillant des personnes avec différents types de handicap et certaines étant spécialisées.

La cartographie ci-contre présente l'ensemble des structures sociales du TS 5 accueillant des personnes en situation de handicap psychique et/ ou d'autisme.

#### ■ Territoire de santé n°5 : Structures sociales accueillant des personnes handicapées psychiques et autistes - 2013



Sources : DRJSCS, CG35 - Réalisation ARS Bretagne, mai 2014 - Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

## Un diagnostic spécifique par porte d'entrée

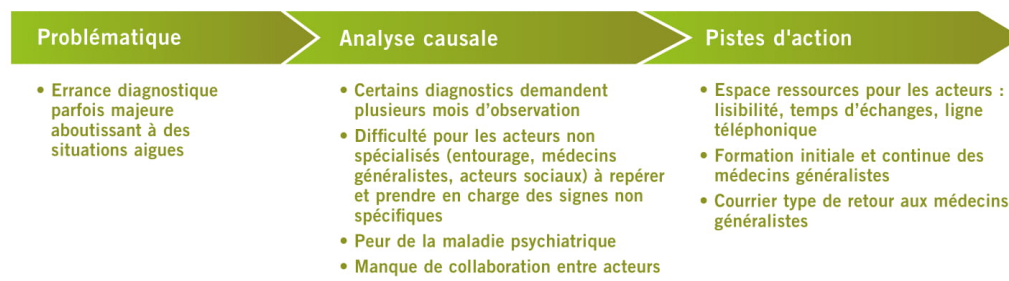
Une analyse qualitative appuyée de quelques indicateurs pertinents a été menée par le groupe projet pour chaque porte d'entrée de la

rosace, permettant d'identifier les principales problématiques rencontrées, d'en analyser les causes et de proposer des pistes d'action. Les

schémas ci-dessous illustrent, pour chaque porte d'entrée, la démarche suivie, à partir de l'une des problématiques identifiées.

### ■ Accès au diagnostic et aux soins de psychiatrie

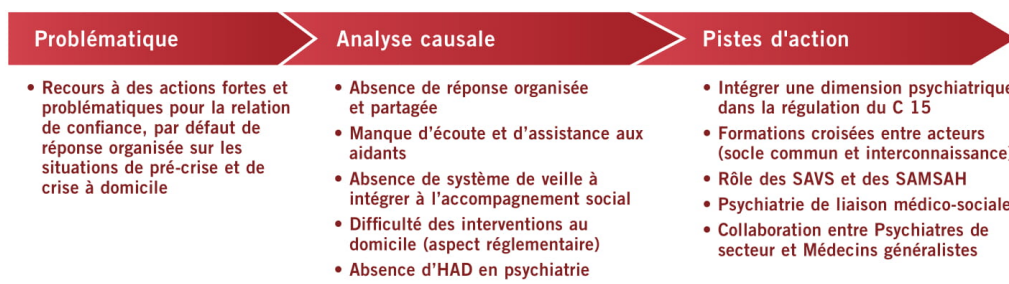
Ainsi pour la porte d'entrée « Accès au diagnostic et aux soins », 15 problématiques ont été identifiées qui ont chacune donné lieu à une analyse causale et à la recherche de pistes d'actions. Le schéma ci-dessous illustre cette démarche pour l'une de ces 15 problématiques : l'errance diagnostique parfois majeure aboutissant à des situations aiguës.



6

### ■ Prévention et gestion des situations de crise

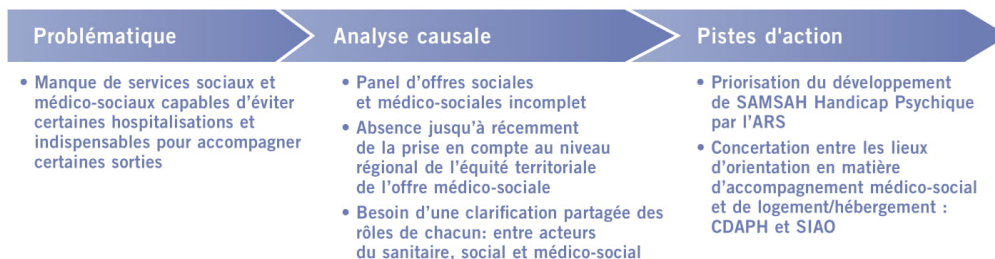
Pour la porte d'entrée « Prévention et gestion des situations de crise », 14 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous. Deux indicateurs supports pour cette porte d'entrée : en 2013, 17% des admissions en hospitalisation temps plein adulte au CHGR ont eu lieu suite à un passage aux urgences et 23% suite à une hospitalisation sans consentement (Source : RIM-P 20123).





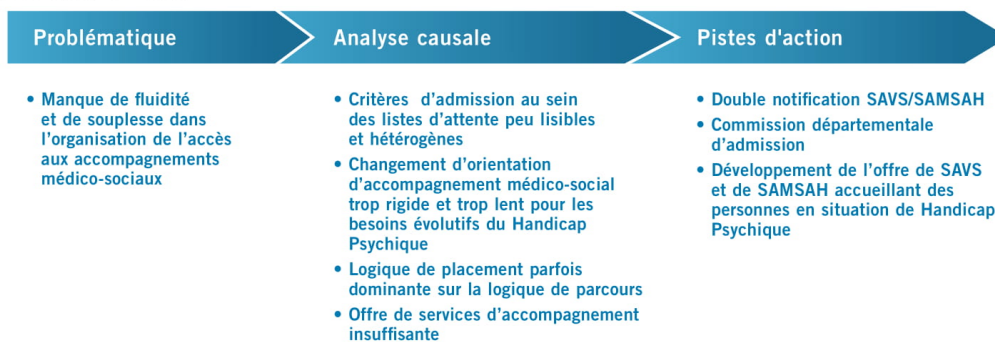
## Hospitalisations inadéquates

Pour la porte d'entrée « Hospitalisations inadéquates », 10 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous. Un indicateur support pour cette porte d'entrée : la mesure des hospitalisations au long cours (HLC : séjours de patients hospitalisés plus de 292 jours en hospitalisation temps plein sur une année calendaire), une part importante d'entre elles ne constituant pas la réponse optimale aux besoins de la personne. En 2013, les HLC pour le territoire projet représentent 4% des patients hospitalisés à temps plein mais 33% du total des journées d'hospitalisation temps plein (Source : RIM-P 2013).



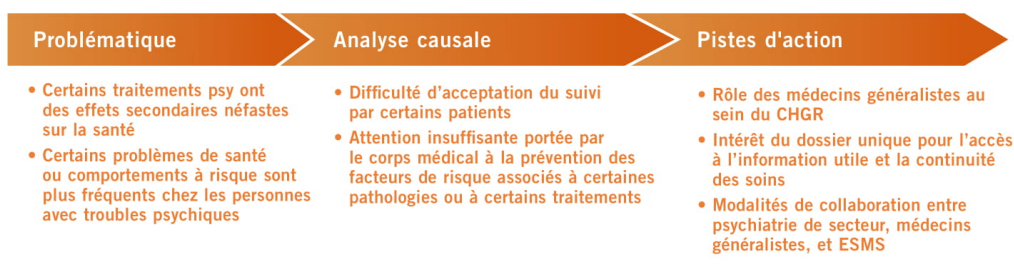
## Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux

Pour la porte d'entrée « Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux », 13 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous.



## Accès aux soins somatiques

Pour la porte d'entrée « Accès aux soins somatiques », 12 problématiques ont été identifiées, l'une d'entre elles étant illustrée ci-dessous.



7  
≡

## Un diagnostic plus global permettant d'orienter le plan d'action

Certains problèmes et causes ont émergé comme des sujets communs aux différentes portes d'entrée permettant de dégager un diagnostic plus global qui peut être synthétisé en deux principaux messages :

**Les ruptures de parcours en santé mentale sont pour partie liées à l'insuffisante prise en compte de spécificités inhérentes à la santé mentale** et de ce qu'elles

impliquent en termes d'organisation des réponses. La prise en compte de ces éléments suppose de mobiliser un partenariat institutionnel large ARS - Conseil Départemental - Etat, et une bonne représentativité des acteurs.

**4 constats principaux** ont été au cœur des discussions concernant les difficultés de parcours de personnes ayant des pathologies psychiatriques chroniques :

**Les inadéquations entre certaines prises en charge et les besoins des personnes sont une réalité.** Elles existent dans le champ sanitaire (hospitalisations évitables, hospitalisations prolongées non adaptées aux besoins) et dans le champ social et médico-social (accompagnement non adapté aux spécificités du handicap psychique).

**L'hétérogénéité des pratiques participe au manque de lisibilité et d'équité dans l'accès à une offre adaptée.** Elle s'observe là aussi, tant dans le champ sanitaire que dans le champ social et médico-social (hétérogénéité des politiques de secteur et des modalités d'accompagnement du handicap psychique en ESMS).

**La qualité des évaluations de situations et l'adaptation continue des accompagnements aux besoins sont des conditions déterminantes de la qualité**

### ■ Spécificités inhérentes à la santé mentale

Spécificités	Conséquences pour l'organisation des réponses
Variabilité de la situation clinique dans le temps	Adaptation des réponses dans le temps, donc évaluation des besoins, réactivité et souplesse du système
Pour le sous groupe des personnes en situation de handicap : coexistence de la maladie et du handicap	Nécessité d'articuler une double démarche de soins et d'accompagnement sur la durée
Effets importants des pathologies et des traitements sur la santé physique	Nécessité d'un suivi somatique organisé et articulé avec le suivi psychiatrique
Notion de déni, de non demande, de repli, de désocialisation	Question éthique : équilibre entre non assistance à personne en danger et respect de la liberté et de la vie privée Besoin d'un positionnement institutionnel
Notion de danger potentiel pour la personne ou pour autrui	Existence effective d'un dispositif organisé permettant de passer outre le consentement de la personne Question éthique : éviter les dérives

**du parcours de vie des personnes en situation de handicap psychique.** Or les constats indiquent que la situation n'est pas optimale dans ce domaine (logique de placement encore prédominante par rapport à la logique de parcours, lourdeur et rigidité des procédures d'orientation, insuffisante pratique d'évaluation multidimensionnelle et pluri professionnelle)

**Le manque d'interconnaissance et de collaboration entre acteurs est préjudiciable à la cohérence et la fluidité des parcours** (manque de reconnaissance du rôle de l'entourage, faibles interactions entre acteurs de la psychiatrie et acteurs du

premier recours, difficultés d'interaction entre acteurs de psychiatrie et acteurs sociaux ou médico-sociaux, articulation non optimale entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte).

L'action en réponse à ces constats suppose une amélioration du processus d'évaluation de situation pour améliorer l'adéquation entre besoins et offre, ainsi qu'une adaptation de l'offre sanitaire et médico-sociale visant à favoriser et faciliter le retour et le maintien dans la vie ordinaire tout en s'assurant de la continuité des soins, et visant à proposer plus de solutions modulaires. Ces constats supposent également une adaptation des pratiques professionnelles.



## Huit actions prioritées et des réalisations concrètes

À partir du diagnostic et des pistes d'action évoquées, des axes stratégiques et des objectifs opérationnels ont été identifiés puis, suite à une priorisation par étapes, un plan d'action resserré autour de huit actions a été retenu.

La phase de mise en œuvre s'est déroulée pour l'essentiel sur l'année 2015. Elle a demandé un degré d'engagement important aux acteurs : le pilotage de chacune des actions a été confié à un acteur chargé, avec l'appui d'un petit groupe projet, d'élaborer une fiche action (groupe projet, objectif, étapes, calendrier) et de la mettre en œuvre.

Des outils supports ont été fournis par l'ANAP et des réunions de l'ensemble des acteurs impliqués dans cette phase ont été organisées tous les deux mois par l'ARS et l'ANAP pour permettre un suivi collectif de l'avancement des actions et maintenir la dynamique-projet.

### ■ Les 8 actions prioritées

Les actions	Les réalisations
Concevoir et mettre en œuvre une formation croisée	Elaboration d'un cahier des charges suite à une analyse des besoins. Lancement d'un appel à candidatures et sélection d'un prestataire. <b>Mise en œuvre de la formation croisée en septembre-octobre 2016.</b>
Décrire et formaliser le processus d'évaluation du handicap psychique au niveau de la MDPH	<b>Amélioration du processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par :</b> - L'appropriation par les acteurs, avec l'appui du CREAI (Centre régional d'études, d'actions et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité), des travaux du CEDIAS (centre d'études, de documentation, d'information et d'actions sociales) sur la notion d'évaluation globale de la personne en situation de handicap d'origine psychique et identifications du tryptique d'expertise nécessaire : personnes – proches – professionnels. - L'adoption par la MDPH du nouveau processus d'évaluation et l'accompagnement des acteurs pour la mise en œuvre.
Décrire et formaliser les critères d'admission dans les ESMS	Elaboration de propositions pour la mise en place d'un comité technique départemental de priorisation des admissions (missions, composition, animation). <b>Intégration de ces propositions dans le cadre de la mise en œuvre de la Réponse accompagnée pour tous</b> (suite au rapport Piveteau), dans le département de l'Ille et Vilaine qui fait partie des 23 départements pionniers.
Analyser les organisations de l'activité des CMP des trois secteurs du projet en vue de leur harmonisation	Analyse partagée par les équipes des trois pôles du CHGR impliqués dans le projet, des modalités organisationnelles des CMP, et de leurs effets sur un ensemble d'indicateurs identifiés en lien avec l'ANAP. Identification des points forts et faibles des organisations actuelles et des indicateurs les plus pertinents. <b>Prise en compte de ces travaux par la direction du CHGR dans le cadre de son projet d'établissement.</b>
Examiner les situations d'hospitalisations au long cours (HLC) en lien avec la MDPH pour favoriser leur accès à un accompagnement adéquat	Analyse partagée entre le pôle G07 du CHGR et la MDPH des situations d'HLC relevant d'une orientation MDPH. Identification, en lien avec la MDPH et les acteurs sociaux et médico-sociaux, de réponses alternatives pour les personnes ne nécessitant pas une HLC pour raison de soin. <b>Organisation de la sortie de 18 patients sur la durée du projet, par la mobilisation de l'ensemble des acteurs.</b>
Développer des compétences psychiatriques au sein du C15 au travers de formation à destination des régulateurs publics et libéraux et des professionnels des SAMU/SMUR	Initiation de la démarche mais des difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de cette action.
Faciliter la création d'un GEM sur le territoire de Vitré	<b>Création d'un GEM sur le territoire de Vitré</b> suite à : - L'élaboration par les acteurs concernés d'un projet de GEM, en interaction avec l'ARS pour le respect du cahier des charges - Le financement par l'ARS d'une subvention de fonctionnement.
Elaborer de façon concertée des courriers types entre médecins de 1er recours et psychiatres concernant plusieurs types de situations	• Action non réalisée par manque de participation des équipes de premier recours sollicitées dans le cadre du projet.

9



**En support aux huit actions prioritaires, six actions inscrites dans le cadre d'autres programmes, schémas et projets (du Conseil Départemental, de la MDPH, du CHU, des élus locaux, de l'ARS), ont été inscrites dans la feuille de route :**

1. Expérimenter la double notification par la MDPH d'une orientation vers les services

d'accompagnement médico-social (SAMSAH) ou sociaux (SAVS), pour faciliter les passages de l'un à l'autre en fonction de l'évolution des besoins des personnes

2. Réaliser une enquête sur les dossiers MDPH  
3. Développer une liaison téléphonique directe entre le C15 et le psychiatre de garde du CHU  
4. Créer une offre de SAMSAH spécialisé « handicap psychique » sur le territoire de santé n°5

5. Organiser l'évolution de l'offre de SAVS spécialisé du TS n°5 (251 places) de façon à ce que les territoires de Vitry et Fougères soient couverts

6. Finaliser la préparation du Conseil local de santé mentale (CLSM) de Fougères et contribuer à sa mise en œuvre.

## Les leçons de l'expérience : un bilan globalement très positif

Si le développement de la démarche a bien sûr rencontré certaines limites ou difficultés, le bilan est globalement très positif et invite à envisager les modalités de son essai.

### Des tâtonnements inhérents au caractère expérimental du projet

Quelques difficultés méthodologiques : l'un des objectifs de la phase expérimentale était de construire une méthodologie et des outils adaptés, dans une approche pragmatique de co-construction. Ces outils ont donc pu faire défaut à certains moments de la démarche, tels le tableau de bord d'indicateurs clés au début de la phase de diagnostic ou les outils méthodologiques adéquats à la phase de priorisation des actions. Ces supports font maintenant partie de la boîte à outils issue du travail de capitalisation de l'ANAP disponible pour les acteurs souhaitant s'engager dans la démarche.

Le choix du territoire projet : il paraissait difficilement envisageable de développer un projet expérimental de ce type d'emblée sur la totalité d'un territoire de santé. La Bretagne ne disposant pas de découpage global infra-territoire de santé au moment du démarrage du projet, il a donc été décidé d'identifier un territoire projet sur une autre base, en l'occurrence trois secteurs de psychiatrie dont les limites étaient cohérentes avec celles des territoires d'action sociale. Ce territoire ne correspondant pas à un découpage formel et reconnu de l'action de l'ARS, la question du relai, en fin de projet, aux instances territoriales adéquates est importante.

Toutefois les nouvelles régions qui entrent dans la démarche retiennent le département comme territoire de référence.

### Une difficulté à impliquer quelques acteurs

Globalement, le degré d'adhésion et d'enga-

gement des acteurs a constitué un point fort du projet, à l'exception des équipes de soins de premier recours et des acteurs du champ du médico-social-handicap, non spécialisés dans le handicap psychique.

Conscient de la difficulté habituelle des acteurs libéraux à libérer du temps de travail pour ce type de démarche, certaines mesures facilitatrices ont été prises :

- associer dès le départ les trois maisons de santé pluridisciplinaire (MSP) du territoire projet à la démarche ;
- organiser au cours de la phase diagnostique et au cours de la phase d'élaboration du plan d'action une réunion ad hoc avec les acteurs des MSP en soirée au sein d'une des trois MSP ;
- prévoir une modalité de dédommagement pour la participation des professionnels libéraux aux réunions.

Ces mesures ont permis de bénéficier du regard très pertinent de ces acteurs sur le diagnostic des parcours en santé mentale et sur les éventuelles actions pertinentes à développer. Elles ont également permis de bénéficier de la contribution d'un médecin traitant pour la mise en œuvre de l'action sur la formation croisée. En revanche l'action sur les courriers types entre acteurs du 1er recours et acteurs de psychiatrie n'a malheureusement pas pu être réalisée par manque de l'engagement concret d'un médecin de premier recours.

Vis-à-vis des acteurs de l'action sociale et médico-sociale, le choix a été fait d'inviter l'ensemble des principaux acteurs du territoire de projet à participer à la démarche, qu'ils soient spécialisés ou non dans le domaine du handicap psychique. L'ensemble des acteurs médico-sociaux non spécialisés soulignent en effet l'importance croissante du nombre de personnes accompagnées en situation de handicap psychique comme handicap principal ou associé, et les difficultés liées à cette augmentation. Si les acteurs spécialisés ont été présents et actifs dans la démarche,

l'absence notable de quelques acteurs non spécialisés n'a pas permis de bien prendre en compte l'expression de leurs difficultés.

### La réalisation effective d'une démarche parcours sur un territoire

Le projet a permis de répondre à l'objectif de l'ARS de passer de la théorie à la pratique en matière de démarche parcours. Un travail collectif de diagnostic et d'élaboration d'un plan d'action a été réalisé et des actions concrètes ont été mises en œuvre : organisation par un travail partenarial de la sortie de 18 personnes hospitalisées au long cours, création d'un GEM, amélioration du processus d'évaluation et d'orientation des personnes en situation de handicap psychique par la MDPH, organisation d'une formation croisée.

### Un engagement fort des acteurs

Ces réalisations ont été sous tendues par un engagement fort de la plupart des acteurs qui s'est traduit par une présence aux différents temps de réunion nécessaires et par un degré d'implication croissant, de l'écoute réservée, à la discussion engagée, à l'implication dans la recherche de solutions et à la responsabilisation en tant que pilote pour la mise en œuvre de certaines actions.

La qualité de l'engagement sur les deux années de projet est le témoin indirect de l'adhésion des acteurs à la démarche parce qu'ils en ont vu l'intérêt concret.

### La construction d'un levier d'action puissant : l'interconnaissance et la confiance mutuelle

Si l'engagement des acteurs a constitué une condition de réussite du projet, la construction progressive au cours de la démarche d'une connaissance mutuelle puis d'une

confiance mutuelle en est le produit le plus intéressant car il constitue un levier d'action très puissant. Cette dynamique positive a concrètement :

- ouvert des perspectives nouvelles de coopérations. Le projet a ainsi transformé les relations entre le CHGR et la MDPH avec des perspectives concrètes sur la diminution des hospitalisations prolongées inadéquates ;
- donné une impulsion nouvelle à des projets dont la mise en œuvre était perçue comme

complexe. Le projet a ainsi très fortement contribué au développement de l'un des axes du projet d'établissement du CHGR, concernant la réorganisation de la filière des hospitalisations prolongées ;

- stimulé les liens entre différents projets.

Dans le contexte de la démarche parcours, la publication d'un appel à candidatures de l'ARS, dont l'un des axes visait la recherche à mettre en œuvre des accompagnements sociaux et médico-sociaux adaptés pour les

personnes hospitalisées au long cours, a stimulé le CHGR, en lien avec des partenaires du logement social et de l'accompagnement, à proposer deux projets d'habitats regroupés qui ont pu être mis en œuvre.

Ces quelques exemples illustrent le potentiel de la dynamique mise en place comme levier d'introduction de changement.

## Les perspectives d'essaimage

Le premier bilan de l'expérience met en évidence le potentiel de ce type de démarche et invite à son essaimage. Simultanément, la loi de modernisation du système de santé et plus particulièrement son titre II « Faciliter au quotidien les parcours de santé », propose un article (article 69) qui définit la politique de santé mentale et pose le principe d'une organisation spécifique pour sa mise en œuvre au service de parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture.

### La démarche Parcours ANAP : la constitution d'un outillage méthodologique et l'acquisition d'un savoir-faire

**Au niveau national**, l'ANAP poursuit ce projet expérimental avec le développement d'une seconde phase (2016-2017) avec trois nouvelles ARS, permettant de tester le déploiement de la démarche au niveau départemental et de construire la composante évaluation du projet.

Les travaux de capitalisation effectués sur les méthodes et outils testés au cours de la première phase du projet ont fait l'objet de **l'élaboration par l'ANAP d'une boîte à outils** actuellement utilisée par les trois nouvelles ARS.

On y retrouve l'ensemble des outils utiles pour un appui concret et opérationnel de chaque étape de la démarche (pré-requis ; élaboration du diagnostic partagé ; élaboration d'une feuille de route ; mise en œuvre de la feuille de route). On y retrouve aussi des rubriques plus thématiques

adaptées aux besoins des acteurs (concevoir et piloter ; penser parcours ; pratique-thèque ; repères pour se comprendre).

**Un guide méthodologique** à l'attention des acteurs devrait venir compléter la boîte à outils pour expliciter la démarche et sa mise en œuvre dans un territoire.

**Au niveau régional**, le fort engagement des acteurs dans un travail collectif conséquent sur deux années avec l'appui technique de l'ANAP a, de fait, construit **un savoir-faire collectif qui constitue une autre forme de capitalisation à diffuser et à partager à travers cette publication et à l'occasion de l'organisation d'une rencontre le 16 novembre 2016.**

Des relais ont été organisés pour le suivi des actions mises en œuvre sur le territoire de projet.

La poursuite et l'extension de la démarche parcours sur d'autres territoires est à envisager dans le cadre de l'article 69 de la Loi.

### L'article 69 de la loi de modernisation du système de santé : le support juridique à l'outillage méthodologique ainsi élaboré.

Dans le cadre du Titre II de la loi de modernisation du système de santé « Faciliter au quotidien les parcours de santé », l'article 69, consacré à la santé mentale, précise le périmètre d'une politique de santé mentale et pose le principe d'une

organisation spécifique pour sa mise en œuvre. L'organisation proposée repose sur :

- **un diagnostic territorial partagé** en santé mentale associant l'ensemble des acteurs concernés,

- **un projet territorial de santé mentale** au service de parcours de santé et de vie de qualité, sécurisées et sans rupture,

- **un contrat territorial de santé mentale** conclu entre l'ARS et les acteurs s'engageant dans la mise en œuvre,

- **la possibilité de regroupement**, pour les établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale, en **une communauté psychiatrique de territoire.**

Cet article donne une base légale à la démarche parcours dans le champ de la santé mentale.

**L'enjeu collectif pour l'année 2016 sera de mettre en synergie ce double outillage juridique et méthodologique au sein d'un cadre d'action régional pour le déploiement de la démarche parcours en santé mentale.**






**Directeur de la publication** : Olivier de Cadeville  
**Directeur de la rédaction** : Hervé Goby  
**Rédaction** : Sylvie Dugas  
**Contributeurs** : Anne-Yvonne Even, Claire Alliou  
**Conception graphique** : **YOUZ**  
**Crédits photo** : ARS Bretagne, Istock  
**Impression** : Groupe Edicolor  
**Dépôt légal** : à parution  
**N° ISSN** : 2256-7739

**AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE**

6 place des Colombes  
CS 14253  
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00  
[www.ars.bretagne.sante.fr](http://www.ars.bretagne.sante.fr)

 [www.facebook.com/arsbretagne](https://www.facebook.com/arsbretagne)



## Annexe 6 : Brève histoire de la psychiatrie

Pour analyser le contexte actuel de la santé mentale il est intéressant de remonter dans son histoire.

Les maladies mentales se sont d'abord expliquées par un déséquilibre des « humeurs » ou par une emprise démoniaque. Pendant plusieurs siècles les malades étaient gardés dans les familles ou exclus des communautés. A l'époque médiévale l'Eglise est la seule puissance capable d'organiser l'assistance à ceux qui souffrent<sup>13</sup>. Ainsi à partir du VIème siècle, avec l'avènement de la civilisation chrétienne en Occident les premiers hôpitaux accueillent les malheureux. Dans le courant du XIVème siècle on voit apparaître des asiles distincts, le plus souvent des salles réservées dans les institutions charitables d'assistance<sup>14</sup>. En 1656 Louis XIV crée l'Hôpital Général. Michel Foucault parle du « grand renfermement » dans son ouvrage *Histoire de la folie à l'âge classique*, car il y a peu de traitements des déséquilibrés mentaux parmi tous les miséreux accueillis mais plutôt une régulation sociale par leur enfermement.

Pinel (1745-1826) fut un médecin aliéniste précurseur qui a œuvré afin d'abolir l'entrave des malades mentaux par des chaînes et promouvoir l'humanisation de leurs traitements. On peut noter en 1785 la publication d'une circulaire « Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés ». Après Pinel, la prise en charge des fous ne peut passer que par la médecine. La psychiatrie, comme discipline à part entière, a vu le jour au début du XIXème siècle.

La loi du 30 juin 1838 sur la prise en charge des aliénés fait obligation à chaque département d'avoir un établissement spécialement dédié. Elle a été remplacée par celle du 27 juin 1990 qui en a gardé les dispositions essentielles puis par la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, où le concept de soins est mis en avant au détriment de l'hospitalisation.

Les asiles sont les principaux lieux de soins psychiatriques. Puis les mouvements anti-aliéniste, les deux guerres mondiales du XXème siècle apportent une nouvelle réflexion. L'efficacité des traitements (biologiques, électrochocs) et l'apparition des psychotropes commencent à permettre des prises en charges ambulatoires. C'est le mouvement de désaliénation et de la "psychothérapie institutionnelle" mettant l'accent sur la dynamique de

---

<sup>13</sup> DEVREESE Emmanuel, *Droit de la santé et réformes hospitalières*, Demos, 2011

<sup>14</sup> Petite histoire de la prise en charge psychiatrique », *Gestions hospitalières*, n°572, Janvier 2018.

groupe et la relation entre soignants et soignés. La sectorisation, mise en place en 1960 privilégie le placement libre et veut ouvrir la psychiatrie sur la cité en réintégrant le malade dans son environnement. Pour ce faire il est créé des équipes et des structures de soins ambulatoires. La couverture des territoires s'améliore mais génère des parcours transinstitutionnels complexes.

L'évolution continue du secteur de la santé mentale est illustrée par plusieurs rapports et plans récents dont la liste n'est pas exhaustive mais qui ont tous contribué à l'éclosion des PTSM :

- Rapport « De la psychiatrie vers la santé mentale » (2001) qui expose l'urgence d'intégrer la santé mentale dans la cité et demande à la société de s'adapter aux besoins des patients et non le contraire, préfigurant ainsi la logique de réseau.
- Plan psychiatrie et santé mentale (2005-2008)
- Rapport « Mission et organisation de la santé mentale » (2009) par Edouard Couty
- Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 avec 4 objectifs majeurs : un diagnostic plus précoce des pathologies, une prise en charge plus homogène sur tout le territoire et un suivi somatique, une meilleure prise en charge des besoins en santé mentale et une plus grande intégration des malades dans la société, notamment par l'intermédiaire du logement.

## **Annexe 6 : Multiplicité des structures de réhabilitation psychosociale en Gironde**

À titre d'illustration et afin de montrer la diversité des structures potentiellement concernées par le diagnostic territorial, un médecin travaillant dans un centre de réhabilitation psychosociale de l'agglomération bordelaise a commencé à recenser l'offre de réhabilitation psychosociale en identifiant plusieurs catégories d'entités ou dispositifs :

- appartement associatif ;
- appartement de coordination thérapeutique (ACT) ;
- centre d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) ;
- centre de reconversion professionnelle (CRP) ;
- centre hospitalier (CH) ;
- centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- dispositif d'emploi accompagné (DEA) ;
- dispositif « Un chez soi d'abord » ou équivalent ;
- dispositif proposant des activités durant la journée (associations, clubs, GEM) ;
- dispositif proposant des activités le soir ;
- école de reconversion professionnelle (ERP) ;
- entreprise adaptée (EA) ;
- établissement de service d'aide par le travail (ESAT) ;
- foyer d'accueil médicalisé (FAM) à orientation psychiatrique ;
- foyer hébergement de travailleurs handicapés (FHTH), unités d'hébergement (UH) ;
- foyer occupationnel (FO) / foyer de vie (FV) ;
- hébergement temporaire ;
- hôpital de jour (HdJ) ;
- maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ;
- maison relais - pension de famille ;
- mission locale ;
- service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ;
- service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) ;
- structure sanitaire spécialisée en réhabilitation psychosociale ;
- structures et associations de soutien et d'accompagnement aux proches et familles.





Thème n°20 Animé par : le Dr Nicole BOHIC, enseignante EHESP, et Mme Isabelle MONNIER, enseignante EHESP, responsable de la formation Directeur des soins.

## **L'ÉLABORATION DES PROJETS TERRITORIAUX DE SANTÉ MENTALE : LA PARTICIPATION DES ACTEURS AU DIAGNOSTIC TERRITORIAL**

*Dina ABIDOS (D3S) ; Carla ALENDOURO SILVA (IES) ; François ALLEMAN (DS) ; Anne ANDRÉ (D3S) ; Guylène COMBE (D3S) ; Hugo LANGUILLER (AAH) ; Victoire LEFEBVRE (DH) ; Charlène ROBERT (AAH) ; Geneviève ROUAULT (DH) ; Marc SANCHIS-GAONACH (DH) ; Thierry ZANONE (DS).*

**Résumé :** *La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a défini la politique de santé mentale et introduit des dispositifs pour la décliner sur les territoires. Les acteurs de la santé mentale ont été sollicités pour formaliser des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) nécessitant un diagnostic territorial partagé préalable. Les agences régionales de santé endossent un rôle d'animatrices pour soutenir les acteurs dans leur démarche de diagnostic. Elles doivent valider les PTSM au plus tard en 2020, ces derniers devant être en phase avec les projets régionaux de santé (2018-2022). L'enjeu de la mise en œuvre de ces PTSM réside dans la capacité des acteurs de la santé mentale à collaborer pour réaliser le diagnostic partagé. Afin d'appréhender ce travail collaboratif entre divers acteurs, nous avons souhaité enquêter sur ces démarches innovantes visant à faire converger des cultures de travail différentes afin de réaliser des diagnostics territoriaux les plus opérationnels possibles. Une approche comparative entre six territoires situés dans quatre régions de France a été adoptée pour réaliser un état des lieux des différents projets engagés à ce jour. En interrogeant les acteurs concernés, nous avons souhaité identifier les méthodologies employées, les freins et les leviers inhérents à la conduite de projets. Des facteurs clefs de réussite transposables devront alors émerger pour faciliter les démarches sur l'ensemble des territoires nationaux. Les diagnostics territoriaux devraient permettre de mieux appréhender les parcours de vie et de santé en santé mentale en incluant tous les acteurs concernés. Ils devraient se fonder sur une méthodologie commune et anticiper une évaluation du dispositif final afin de mesurer la satisfaction des besoins des usagers en santé mentale.*

**Mots clés :** *santé mentale ; psychiatrie ; projet territorial de santé mentale ; diagnostic partagé ; territoires*

*L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs*