



EHESP

DH

Promotion : 2019-2020

Date du Jury : 10-2020

**La communauté psychiatrique de
territoire et le projet territorial de santé
mentale, des outils au service d'un
management territorial stratégique et
opérationnel des acteurs de la santé
mentale, l'exemple du Loiret**

Camille MARTIN

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont eu la gentillesse de m'accorder du temps. Nos échanges ont en effet été un matériel riche pour rédiger ce mémoire. A ce titre, je remercie Jean-Marie Aurouze, Martine Aurus, Aurore Billet, Julie Beauvais, Marc Bétrémieux, Véronique Bly, Jean-Yves Boisson, Christian Burgi, Emmanuelle Carreau, Véronique Cornu, Jean-Luc Davigo, Céline Descamps, Emmanuel Farcy, Pascal Gaillard, René Girard, Julie Malaterre, Claire Monoury, Alice Perrain et Gilles Varin.

Je souhaite particulièrement remercier Aurore Billet, directrice des affaires générales, médicales et de la qualité au sein de l'EPSM Georges Daumézou, ma maitre de stage, pour le temps qu'elle m'a consacré, la qualité de nos échanges et sa guidance dans la réflexion qui a été la mienne au long de ce mémoire.

Je souhaite enfin remercier Michel Louazel, professeur à l'EHESP, pour la qualité de son accompagnement tout au long de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
1- La communauté psychiatrique de territoire pilotant le projet territorial de santé mentale constitue une des réponses aux difficultés identifiées au niveau national portant sur l'organisation de la santé mentale	5
1.1 - Le constat est partagé par tous, le dispositif de santé mentale est en passe de devenir illisible tant pour les professionnels que pour les usagers et cela a des conséquences sur la qualité des parcours proposés	5
1.1.1- L'organisation de la santé mentale est aujourd'hui constituée d'un enchevêtrement d'acteurs et d'outils de gouvernance	5
1.1.2- La construction de parcours de vie de qualité et sans rupture pour les patients appelle à la mise en place d'une coordination effective entre les professionnels	10
1.2 - La réponse apportée dans le Loiret est celle de la mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale	15
1.2.1- La création de la communauté psychiatrique de territoire répond à la fois à la volonté de ne pas voir la psychiatrie se diluer dans le GHT et à l'existence de spécificités de territoire	15
1.2.2- La co construction du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale permet de dégager une vision commune de l'avenir de la santé mentale sur le territoire pour faire avancer les professionnels ensemble sur des objectifs ciblés et concrets	19
2- La pérennisation du modèle de la communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale repose sur la création d'une identité commune et d'outils communs notamment d'évaluation	23
2.1 - La communauté psychiatrique de territoire doit créer un socle commun sur la base duquel les professionnels vont pouvoir capitaliser	23
2.1.1- La création d'un socle commun passe par la co construction d'un diagnostic et la définition d'objectifs partagés pour l'avenir	23
2.1.2- La création d'un socle commun passe par la construction d'une culture commune et d'outils communs.....	27
2.2- La communauté psychiatrique de territoire doit évaluer son action pour être en capacité de s'ajuster en continu	31

2.2.1- L'évaluation nécessite la définition collective d'indicateurs permettant de réduire les ruptures de parcours des patients.....	31
2.2.1- L'évaluation nécessite la mise en place d'outils communs de suivi des activités des différents acteurs	35
Conclusion.....	39
Bibliographie.....	40
Liste des annexes	43

Liste des sigles utilisés

ADESM : association des établissements participant au service public de santé mentale
ANAP : agence nationale d'appui à la performance
ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARS : agence régionale de santé
CATTP : centre d'activités thérapeutiques à temps partiel
CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé
CD : conseil départemental
CH : centre hospitalier
CHS : centre hospitalier spécialisé en psychiatrie
CHU : centre hospitalier universitaire
CLSM : conseil local de santé mentale
CMP : centre médico psychologique
COPIL : comité de pilotage
CPT : communauté psychiatrique de territoire
CPTS : communauté professionnelle territoriales de santé
CSAPA : centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CTS : conseil territorial de santé
DDCS : direction départementale de la cohésion sociale
DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRJSCS : direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPSM : établissement public de santé mentale
ESPIC : établissement de santé privés d'intérêt collectif
ESAT : établissements et services d'aide par le travail
ESP : équipe de soins primaires
ESMS : établissement social et médico-social
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FEHAP : fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne
GEM : groupe d'entraide mutuelle
GHT : groupement hospitalier de territoire
HAD : hospitalisation à domicile
HAS : haute autorité de santé
HDJ : hôpital de jour

IGAS : inspection générale des affaires sociales
IME : institut médico-éducatif
IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé
ITEP : institut thérapeutique, éducatif et pédagogique
MDA : maison des adolescents
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
MSP : maison de santé pluri professionnelle
PMP : projet médical partagé
PTA : plateforme territoriale d'appui
PTSM : projet territorial de santé mentale
RIM P : recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
SESSAD : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SMS : social et médico-social
UDAF : union départementale des associations familiales
UNAFAM : union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées
psychiques
URPS-ML : unions régionales de professionnels de santé-médecins libéraux

Introduction

La coordination dans le champ de la santé mentale est une politique ancienne qui peine à se rénover. Elle s'amorce avec la création du secteur psychiatrique par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales¹. Cette circulaire rappelle dans son préambule que les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont été sensiblement modifiées au cours des dernières années notamment en raison des thérapeutiques et des nouvelles méthodes mises au point et que cela a deux conséquences majeures : l'évolution du public admis au sein de l'hôpital psychiatrique et la modification du rôle joué par cet hôpital qui devient un établissement spécialisé pour les maladies mentales et non plus un asile où sont placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

La circulaire du 15 mars 1960 permet ainsi d'opérer un mouvement de désinstitutionalisation. L'hospitalisation de la personne ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement. La circulaire crée ainsi une nouvelle organisation des soins en santé mentale autour de la notion de secteur qui consiste à « *diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et enfin la surveillance post cure* ».

Ce mouvement de désinstitutionalisation s'accroît avec le développement du secteur médico-social dans les années 70 puis le positionnement de ce secteur comme un allié du champ sanitaire notamment avec la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Ce mouvement permet d'opérer un changement de paradigme de la psychiatrie vers la santé mentale qui amène les différents acteurs impliqués dans le suivi des personnes présentant des troubles psychiques à repenser leurs liens et la manière de coordonner les compétences de chacun.

Trente ans après la circulaire du 15 mars 1960 et face aux difficultés rencontrées par le secteur pour assurer la mission qui est la sienne, une nouvelle circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale remet à l'agenda la question de la coordination². Cette circulaire rappelle que « *le secteur psychiatrique doit se centrer sur les centres médico-*

¹ Ministère de la santé publique et de la population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non publiée au Journal officiel

² Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, Journal officiel du 3 avril 1990

psychologiques afin d'offrir des soins de santé primaire près de la population, faire contrepoids à l'hospitalocentrisme (...) et développer des liens avec les autres praticiens de santé, les acteurs sociaux, les établissements médico-sociaux et la population ».

Finalement, les constats qui sont formulés dans cette circulaire sont encore d'actualité à savoir l'inégal accès à des soins de qualité sur le territoire, un système de soins complexe et difficile à appréhender tant pour les professionnels que pour les usagers et une coordination insuffisante entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui a comme conséquence l'absence de fluidité des parcours des personnes présentant des troubles psychiques. Ainsi, même si depuis ces textes, d'autres formes de coordination ont vu le jour comme les réseaux de santé, cela n'a pas permis d'opérer un réel changement dans le fonctionnement partenarial des acteurs de la santé mentale.

La difficulté majeure est que la structuration de la coordination peine à se développer dans un contexte d'accroissement de la demande. En effet, comme le souligne la feuille de route santé mentale et psychiatrie du Ministère des affaires sociales et de santé, selon l'Organisation mondiale de la santé mentale, un européen sur quatre sera touché au cours de sa vie par des troubles psychiques. L'atlas de la santé mentale³ rappelle également qu'en 2017, on estime que plus de 7 millions d'individus ont eu une prise en charge spécialisée due à un trouble psychique diagnostiqué ou à un traitement psychotrope. D'ailleurs, sur ce point, la pandémie COVID a rappelé la nécessité pour les acteurs de mieux se coordonner.

La loi du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé⁴ tente d'apporter un nouveau souffle à l'organisation de la santé mentale sur le territoire en rappelant dans sa définition la logique de parcours et la nécessaire approche globale du patient « *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* » et en permettant à cette politique de santé mentale de s'appuyer sur des dispositifs spécifiques à cette prise en charge collective en santé mentale que sont le projet territorial de santé mentale, le diagnostic territorial partagé en santé mentale et le contrat territorial de santé mentale. La loi 24 janvier 2016 vient également clarifier les missions d'accessibilité et de continuité de la psychiatrie de secteur afin de renforcer la

³ IRDES, Atlas de la santé mentale en France, 2020

⁴ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel du 27 janvier 2016

responsabilité de chacun de ses professionnels mais aussi de l'ensemble des professionnels intervenant en santé mentale en articulation avec le secteur.

De plus, la loi 24 janvier 2016 vient consacrer deux dispositifs de coordination dont les territoires vont pouvoir s'emparer. Elle vient apporter une assise législative aux conseils locaux de santé mentale puis permet aux établissements de service public hospitalier signataires d'un même contrat territorial de santé mentale de constituer entre eux une communauté psychiatrique de territoire. Ces deux outils viennent bousculer les logiques de coordination existantes jusqu'à cette loi puisqu'ils intègrent l'intégralité des acteurs de la santé mentale sur un territoire, l'objectif étant de fédérer ces différents acteurs pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture. Le législateur reconnaît ainsi les spécificités de la prise en charge en santé mentale et des organisations qui les sous-tendent, sans renoncer toutefois à l'intégration des établissements psychiatriques dans un dispositif plus large de recomposition de l'offre hospitalière : les groupements hospitaliers de territoire.

La loi du 24 janvier 2016 offre ainsi une belle occasion aux différents acteurs intervenant en santé mentale sur un même territoire de rénover leur coordination et de penser la manière de faire de leur territoire un territoire de projet autour du patient afin d'assumer leur responsabilité populationnelle. Il est ainsi intéressant d'étudier de quelle manière, sur un territoire donné, celui du Loiret, les acteurs se sont emparés des outils de la loi mais aussi d'analyser de quelle manière la communauté psychiatrique de territoire et le projet territorial de santé mentale permettent de mettre en place un management territorial, stratégique et opérationnel des acteurs de la santé mentale sur un territoire.

Cette analyse reposera tout d'abord sur l'étude de la manière dont la mise en place dans le Loiret d'une communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale constitue une réponse aux difficultés identifiées au niveau national sur l'organisation de la santé mentale (I) puis sur l'étude de la manière de pérenniser le modèle de la communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale à travers la création d'une identité commune et d'outils communs notamment d'évaluation (II).

1- La communauté psychiatrique de territoire pilotant le projet territorial de santé mentale constitue une des réponses aux difficultés identifiées au niveau national portant sur l'organisation de la santé mentale

Les rapports récents sur l'organisation de la santé mentale⁵ mettent en exergue que les causes des dysfonctionnements dans cette organisation ainsi que les conséquences sur les parcours des patients sont connues de tous depuis longtemps. Les entretiens menés sur le territoire du Loiret font écho aux constats nationaux et l'analyse des outils mis en place pour répondre à ces dysfonctionnements, suite à la loi du 24 janvier 2016, permettent de dessiner dans le Loiret une ébauche de solution.

1.1 - Le constat est partagé par tous, le dispositif de santé mentale est en passe de devenir illisible tant pour les professionnels que pour les usagers et cela a des conséquences sur la qualité des parcours proposés

1.1.1- L'organisation de la santé mentale est aujourd'hui constituée d'un enchevêtrement d'acteurs et d'outils de gouvernance

Comme le souligne l'atlas de la santé mentale en France⁶, le système de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques est spécifique notamment parce qu'il repose sur une grande pluralité d'acteurs, d'organisations, de structures et de modalités d'accompagnement.

Le dispositif de soins psychiatriques est constitué, comme le précise le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) relatif à l'organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques⁷, de trois composantes :

- Une composante sectorisée qui est la plus importante et qui repose sur des établissements publics (établissements spécialisés en psychiatrie -EPSM et CHS- et

⁵ Laforcade M., Rapport relatif à la santé mentale, 2016 ; IGAS, Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017 ; Fiat C., Wonner M., Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, 2019

⁶ IRDES, Atlas de la santé mentale, 2020

⁷ IGAS, Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017

services de psychiatrie dans les hôpitaux généraux -CH et CHU-) et des établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC),

- Une composante non sectorisée avec des services dans les hôpitaux publics non sectorisés, des établissements privés à but lucratif et non lucratif hors secteur,
- Une composante libérale qui se compose d'une offre médicale non spécialisée avec les médecins généralistes complétée par une offre spécialisée non médicale assurée par les psychologues libéraux puis d'une offre médicale spécialisée avec les psychiatres libéraux.

Comme le souligne ce même rapport, alors que le dispositif privé lucratif reste centré sur l'hospitalisation, le dispositif sectorisé se caractérise par le développement d'une « palette de soins ». En effet, depuis la circulaire du 15 mars 1960⁸, l'organisation des soins de santé mentale a été construite selon une logique territoriale autour de la notion de secteur qui correspond à une aire populationnelle au sein de laquelle une équipe pluridisciplinaire dispense les soins nécessaires de proximité. Sur chaque secteur, un hôpital public dans la plupart des cas spécialisé en santé mentale est chargé d'organiser le parcours de soins du patient au travers :

- De l'intra hospitalier constitué par des lits d'hospitalisation à temps plein ou des places en appartement thérapeutique, en accueil familial thérapeutique, centre de post cure, centre de crise et d'urgence...,
- De l'extra hospitalier c'est-à-dire des soins « hors les murs » constitués par les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour (HDJ). Il est à noter que, comme le précise la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2018, 80% des adultes suivis en psychiatrie le sont exclusivement en ambulatoire.

A côté du versant sanitaire, la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques est également assurée par les établissements sociaux et médico-sociaux. Ces derniers assurent l'hébergement et l'accompagnement des personnes pour lesquelles les troubles psychiques rendent difficiles l'accès et/ou le maintien dans le logement, l'emploi ou les études. L'atlas de la santé mentale en donne la catégorisation suivante :

- Les services d'accompagnement dans la vie quotidienne et courante que sont le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et le service d'accompagnement médicosocial pour les adultes handicapés (SAMSAH),
- Les services d'accompagnement à l'emploi, à la formation et aux activités courantes au travers des dispositifs d'emploi accompagné créés par la loi du 8 août 2016, les

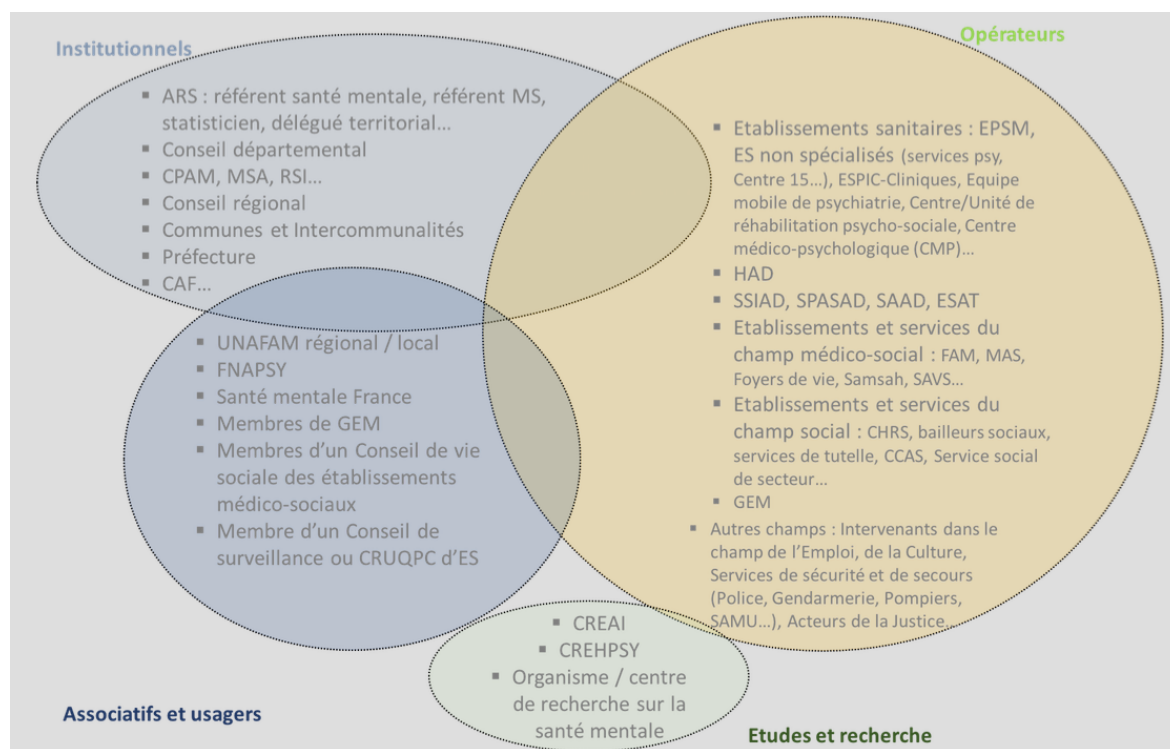
⁸ Ministère de la santé publique et de la population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP) ou médico-éducatif (IME), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)...

- Les structures d'hébergement que sont les foyers d'accueil médicalisés (FAM), les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les foyers de vie ou d'hébergement, les résidences accueil, les maisons relais, le logement accompagné ou encore le programme « un chez soi d'abord »,
- La pair aideance au travers notamment des groupes d'entraide mutuelle (GEM).

Si l'offre de soins et de services à destination des personnes souffrant de troubles psychiques peut paraître riche et diversifiée, cette offre s'avère sur le terrain complexe et difficilement lisible, d'autant plus qu'interviennent outre des acteurs différents, des financeurs (Agence régionale de santé (ARS), conseil départemental (CD), direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) ou direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS)...) et des décideurs (maison départementale des personnes handicapées (MDPH), conseils départementaux pour les minimas sociaux...) différents.

L'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a élaboré le schéma suivant qui permet de visualiser le très grand nombre d'acteurs intervenant en santé mentale sur le territoire :



Source : Présentation de l'ANAP lors de la journée du centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) de 2018

A cette pluralité d'acteurs et de logiques d'intervention, s'ajoute une pluralité d'outils de gouvernance et/ou de coordination. Comme le souligne le rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale⁹, jusqu'à la loi du 26 janvier 2016¹⁰, les organes et les mécanismes destinés à faciliter la mise en œuvre de la politique de la santé mentale sur les territoires étaient plutôt informels. La loi est venue les conforter et les développer.

Il a ainsi été mis en place au niveau du territoire de santé mentale, en général à l'échelon départemental, trois principaux outils de gouvernance :

- Le groupement hospitalier de territoire (GHT)¹¹ : la loi prévoit que, chaque établissement public de santé doit relever d'un GHT. Le GHT a pour objet de permettre à ses membres de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Un outil de planification est rattaché au GHT : le projet médical partagé (PMP) élaboré par ses membres,
- La communauté psychiatrique de territoire (CPT) : le décret du 26 octobre 2016¹² prévoit que sont membres de la CPT, les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie et que peuvent être associés les autres professionnels de la santé mentale sur le territoire. La CPT a pour objet de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnées et sans rupture. Un outil de planification peut être rattaché à la CPT si le territoire concerné en fait le choix : le projet territorial de santé mentale élaboré par ses membres (il peut aussi être piloté par une autre instance comme la commission santé mentale du conseil territorial de santé (CTS)¹³),
- La commission santé mentale du conseil territorial de santé (CTS) : la loi prévoit qu'elle est composée de professionnels et d'offres des services de santé dont les représentants des différents modes d'exercice coordonné et des organisations de coopération territoriale dont la CPT, de représentants des collectivités territoriales, de l'Etat et des usagers. Elle a notamment pour mission de donner un avis sur le PTSM.

⁹ Fiat C., Wonner M. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, 2019

¹⁰ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel n°0022 du 27 janvier 2016

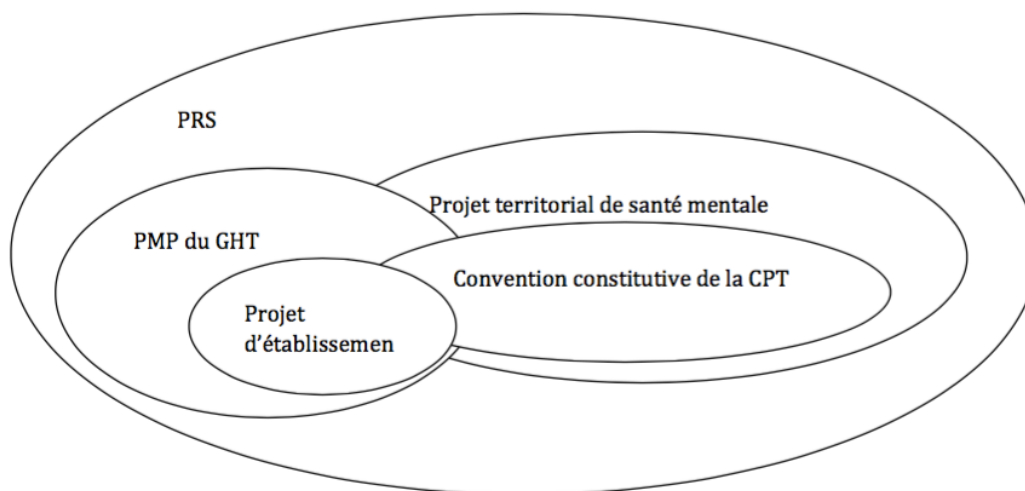
¹¹ Exception faite des établissements spécialisés en psychiatrie qui ont obtenu une dérogation de l'ARS. Selon le bilan d'étape des GHT de l'IGAS de 2019, 11 dérogations ont été accordées. Toutefois, il est proposé dans ce rapport de mettre fin à cette possibilité

¹² Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire, Journal officiel n°0252 du 28 octobre 2016

¹³ C'est le cas par exemple de la CPT haute Garonne où c'est le CTS qui porte le PTSM

Pour cette première strate, se posent des questions de coordination entre le GHT et la CPT notamment lorsque l'établissement spécialisé en santé mentale sur le territoire a obtenu une dérogation auprès de l'ARS. L'IGAS a élaboré, dans son rapport sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, le schéma suivant qui met en exergue les interdépendances entre les outils et donc la difficulté à trouver le bon degré de coordination au bon moment pour chaque structure :

Schéma 1 : Représentation schématique de l'enchevêtrement des outils de planification en psychiatrie



Source : mission

La seconde strate est constituée par l'existence, au niveau de la ville ou de l'agglomération, des conseils locaux de santé mentale dont la loi du 26 janvier 2016 a précisé qu'ils étaient associés, s'ils existent, à l'élaboration du PTSM. Les CLSM sont ainsi de nature à nourrir le PTSM s'ils sont déjà créés et ont pu avoir un cycle de vie suffisant mais aussi à décliner au niveau local les objectifs du PTSM.

Ainsi, dans l'hypothèse où le PTSM serait élaboré par les membres de la CPT, cela signifierait en termes de coordination à prévoir, une première coordination du PTSM avec le PMP du GHT et les projets de la commission santé mentale du CTS et des CLSM s'ils sont déjà existants.

Puis, l'objectif principal du PTSM fixé par la loi du 26 janvier 2016 étant l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, une coordination serait à prévoir entre le PTSM et si elles ont été constituées et que les projets ont été élaborés :

- Des équipes de soins primaires (dont les centres de santé et les maisons de santé pluri-professionnelle),
- Des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS),
- Des fonctions d'appui notamment les plateformes territoriales d'appui (PTA).

Il est donc aisé d'observer que les coordinations à opérer sont nombreuses et complexes puisqu'elles concernent des acteurs avec des cultures, des principes d'intervention et des missions différentes mais aussi parce que les territoires d'intervention de ces différents acteurs en sont pas toujours les mêmes.

Ainsi, comme le souligne le rapport de l'IGAS et le rapport des députés Mmes Fiat et Wonner, le risque est qu'à défaut d'une simplification du cadre territorial et d'une méthode d'articulation de ces différents outils, les démarches engagées se déroulent de façon confuse et que les risques conséquents soient l'apparition de discordances entre ces outils, le découragement des professionnels qui sont engagés dans un ou plusieurs de ces outils voire l'enlèvement généralisé.

1.1.2- La construction de parcours de vie de qualité et sans rupture pour les patients appelle à la mise en place d'une coordination effective entre les professionnels

Les dysfonctionnements sont identifiés depuis longtemps. Un essai de diagnostic a été fait dans l'ouvrage « coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social »¹⁴ :

	Besoins de coordination	Dysfonctionnements du système de santé
Pour les personnes et les aidants	Savoir à qui s'adresser Avoir accès à la prévention, au dépistage, aux soins spécifiques et primaires, aux droits, à l'information, à l'accompagnement social Sortir de l'isolement Développer la participation sociale Rester à domicile Besoins de soins très complexes nécessitant des arbitrages difficiles Assurer l'organisation des soins et des aides pour la personne en incapacité de le faire ou sans aidant familial Soulager les aidants	Errance diagnostique Multiplicité des intervenants et des évaluateurs et répétition des évaluations Evaluations partielles ne prenant pas en compte tous les besoins de la personne Problème de sécurité et de qualité de la prise en charge : inadaptée, trop longue, trop segmentée Ruptures de parcours (à l'entrée et à la sortie de l'hôpital par exemple) Délais entre les différentes phases Coûts pour la personne et sa famille Déficit de coordination si aidant inexistant Coordination trop lourde pour aidant épuisé ou débordé

¹⁴ Bloch M.-A., Hénault L., Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, DUNOD, 2014

Pour les structures et les professionnels

<p>Ajuster les intervenants et interventions entre structures pour tous les types d'aide, notamment à domicile</p> <p>Organiser l'entrée et la sortie des personnes dans les établissements et services sanitaires et médico-sociaux</p> <p>Partage d'informations sur les personnes accueillies par les différents professionnels et les différents établissements et services</p>	<p>Multiplicité des structures</p> <p>Difficulté à impliquer suffisamment les médecins traitants dans les parcours de soins</p> <p>Professionnels spécialisés qui ont du mal à collaborer</p> <p>Décalage des cultures et des objectifs professionnels</p> <p>Frontières floues entre les champs d'activité des professionnels</p> <p>Manque de personnel et de temps pour la coordination</p> <p>Manque d'articulation des différents dispositifs de coordination</p> <p>Séparation du sanitaire et du médico-social</p> <p>Segmentation du système hospitalier</p>
---	--

Pour les décideurs, financeurs, pouvoirs publics

<p>Connaître les besoins pour adapter la programmation de l'offre</p> <p>Simplification du système</p> <p>Maitrise des dépenses</p>	<p>Multiplicité des décideurs, financeurs et planificateurs</p> <p>Coût de la prise en charge des personnes pour l'Etat, l'Assurance maladie et pour les conseils départementaux (redondance, offre inadéquate et plus couteuse que l'offre nécessaire, coûts des situations complexes)</p> <p>Coordinations partielles</p> <p>Manque de coordination entre administrations centrales</p> <p>Séparation du sanitaire et du médico-social</p> <p>Répartition inégale des dispositifs de coordination selon les territoires</p> <p>Non mise en place des mesures préconisées ou non pérennisation des structures, notamment pour mise en place de correspondants uniques, d'intégration des services</p>
---	--

Les rapports récents (rapport de l'IGAS, rapport des députés Mmes Fiat et Wonner, rapport de M. Laforcade¹⁵) relèvent les mêmes types de dysfonctionnement. Les entretiens menés sur le territoire du Loiret ont mis en exergue les mêmes difficultés. Pour certains de ces dysfonctionnements liés par exemple à une insuffisance des solutions alternatives à l'hospitalisation (notamment le manque de place dans le champ médico-social) ou encore à une prise en charge hétérogène sur les territoires due notamment à l'inégale répartition des professionnels médicaux, c'est une intervention au niveau national qui serait nécessaire pour faire évoluer les schémas actuels (dotation pour le médico-social et l'ambulatoire, encadrement des installations des libéraux...).

Toutefois, il semble que les territoires puissent à moyens constants se saisir de la logique du PTSM pour agir sur le décloisonnement du système et par conséquent pour offrir aux patients un parcours de soins et de vie de meilleure qualité et avec moins de rupture. Le parcours de soins impliquant une bonne coordination des dispositifs de soins entre eux (médecine générale, médecine somatique, psychiatrie, acteurs sociaux et médico-sociaux...), les rapports récents identifient des leviers d'amélioration :

- Le développement des relations entre médecin traitant et psychiatrie¹⁶ pour améliorer le repérage des troubles psychiques par les généralistes et le taux d'adressage actuellement faible des généralistes vers les psychiatres qui peut s'expliquer selon le rapport de M. Laforcade notamment par la difficulté à déterminer les circonstances dans lesquelles un généraliste doit se tourner vers un psychiatre pour un avis ou le suivi d'une personne et à identifier le bon interlocuteur au sein des hôpitaux,
- L'amélioration entre soins somatiques et soins psychiatriques notamment parce que la prévalence est forte¹⁷,
- Le renforcement de la collaboration entre les secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui repose, comme le souligne le rapport de M. Laforcade, en général davantage sur la bonne volonté des acteurs que sur une organisation rationnelle bâtie par tous.

Les pistes d'évolution envisagées par ces rapports reposent principalement sur un travail d'inter connaissances des acteurs entre eux, de leurs périmètres d'intervention et donc de leur articulation qui peut être travaillé dans le cadre de la CPT et du PTSM.

¹⁵ Laforcade M., Rapport relatif à la santé mentale, 2016

¹⁶ Selon la DREES, 20 à 30% des consultations des médecins généralistes seraient liées aux troubles psychiques

¹⁷ Selon le rapport « charges et produits » de 2018 de la Caisse nationale d'assurance maladie, la réduction de l'espérance de vie des personnes suivies pour des troubles psychiques est quatre fois supérieure à la moyenne (16 ans pour les hommes et 13 ans pour les femmes)

D'ailleurs, la pandémie COVID a permis de développer la coordination entre les différents acteurs de la santé mentale sur le territoire, développement sur lequel il pourrait être opportun que chaque territoire capitalise dans le cadre des PTSM. Les conclusions du Ségur de la santé¹⁸ mettent ainsi en exergue que « la crise liée à l'épidémie covid-19 (...) a montré la capacité de résilience des organisations territoriales de la psychiatrie (renforcement d'une offre ambulatoire alternative, ouverture de nombreuses unités COVID, actions de prévention et de suivi à distance des patients...) », que « la dynamique des PTSM initiée dans les territoires a montré toute sa richesse (...) [et sera] l'occasion de marquer une nouvelle étape dans la structuration territoriale de la psychiatrie et de la santé mentale » mais aussi que « la logique partenariale de l'élaboration des PTSM doit être consolidée afin de compléter les parcours de soins, avec notamment le développement des articulations avec les autres acteurs des soins de proximité (CPTS, MSP, hôpitaux de proximité, EHPAD...) ».

En effet, certaines bonnes pratiques¹⁹ ont été mises en avant telles que :

- Le développement de l'aller vers les patients au travers de l'intensification des interventions à domicile et des interventions des équipes mobiles et d'une stratégie de rappel systématique de la file active par les CMP via des outils numériques et téléphoniques pour maintenir le lien thérapeutique,
- La mise en place d'une plateforme téléphonique pour les usagers, les familles d'usagers et les professionnels pour accueillir et orienter les demandes de soins et ainsi éviter les passages aux urgences,
- Des échanges plus fournis pour se coordonner avec la médecine de ville et les acteurs sociaux et médico-sociaux qui ont permis de mieux se connaître, de développer des outils communs de communication pour partager les indicateurs d'activités, les statistiques et les protocoles notamment sur les sorties d'hospitalisation mais aussi de préfigurer des nouvelles manières de travailler ensemble.

La pandémie COVID a également permis de s'interroger sur la gradation des soins en santé mentale. La loi du 26 janvier 2016 a opéré un changement important en définissant la santé mentale comme une « politique de santé mentale [qui] 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 ». Elle a rappelé la

¹⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé, Dossier de presse le Ségur de la santé, les conclusions, 2020

¹⁹ Hospimédia, Le ministère souhaite pérenniser des innovations en santé mentale liées au COVID, 2020

responsabilité populationnelle des différents acteurs intervenant en santé mentale. Elle est également venue définir les missions du secteur à savoir garantir au bassin de population qui y est rattaché :

- Un recours de proximité en soins psychiatriques, notamment par l'organisation de soins ambulatoires de proximité, y compris sous forme d'intervention à domicile, assuré par des équipes pluri professionnelles, en coopération avec les ESP et les CPTS,
- L'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques,
- La continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes, y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur.

Ces deux définitions de la loi du 26 janvier 2016 peuvent être dans le cadre du PTSM un levier pour dessiner, au vu des forces sur le territoire et afin que les acteurs de la santé mentale s'articulent mieux, une approche certes globale mais en même temps graduée de l'accès aux soins en santé mentale. L'ANAP a réalisé le schéma suivant qui traduit cette double démarche, schéma auquel pourrait être ajouté un schéma pyramidal plus particulier sur le parcours de soins pour mettre en exergue la gradation partant des soins primaires et de l'ambulatoire (notamment des CMP) vers l'hôpital (pour les soins aigus) :

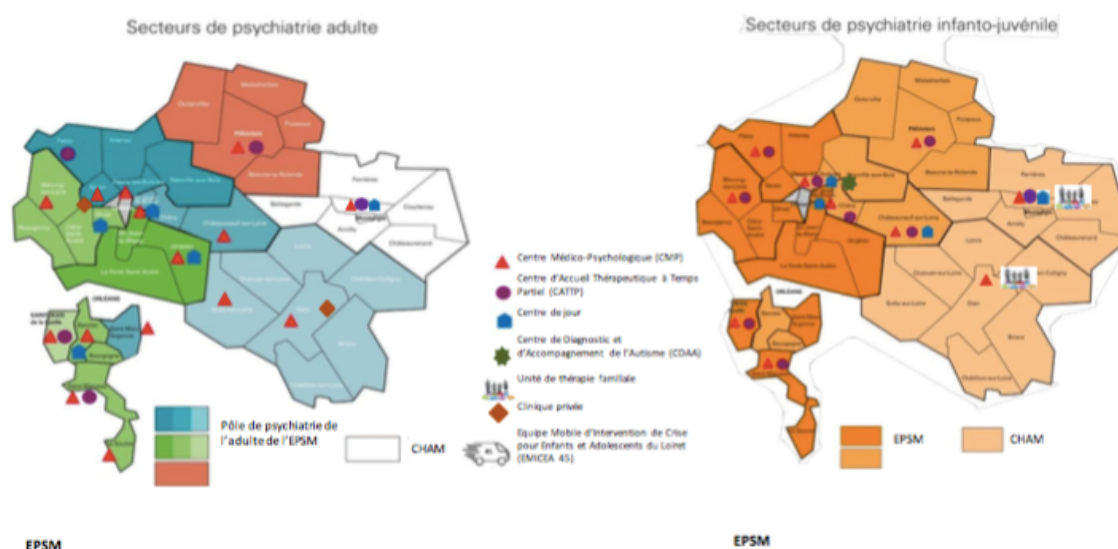


Source : Présentation de l'ANAP lors de la journée CCOMS de 2018

1.2 - La réponse apportée dans le Loiret est celle de la mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale

1.2.1- La création de la communauté psychiatrique de territoire répond à la fois à la volonté de ne pas voir la psychiatrie se diluer dans le GHT et à l'existence de spécificités de territoire

Si la loi du 26 janvier 2016 a créé de nouveaux dispositifs d'organisation des soins en santé mentale, il appartient ensuite à chaque territoire de s'en emparer et de les adapter à leurs spécificités. Dans le département du Loiret, sept secteurs pour adulte sur huit et deux inter secteurs pour enfants et adolescents sur trois sont rattachés à l'EPSM Daumézon, les autres le sont au CH de l'agglomération montargoise (CH généraliste avec un service de psychiatrie). L'EPSM se trouve donc en position de quasi monopole dans le département puisque la majorité des secteurs lui sont rattachés.



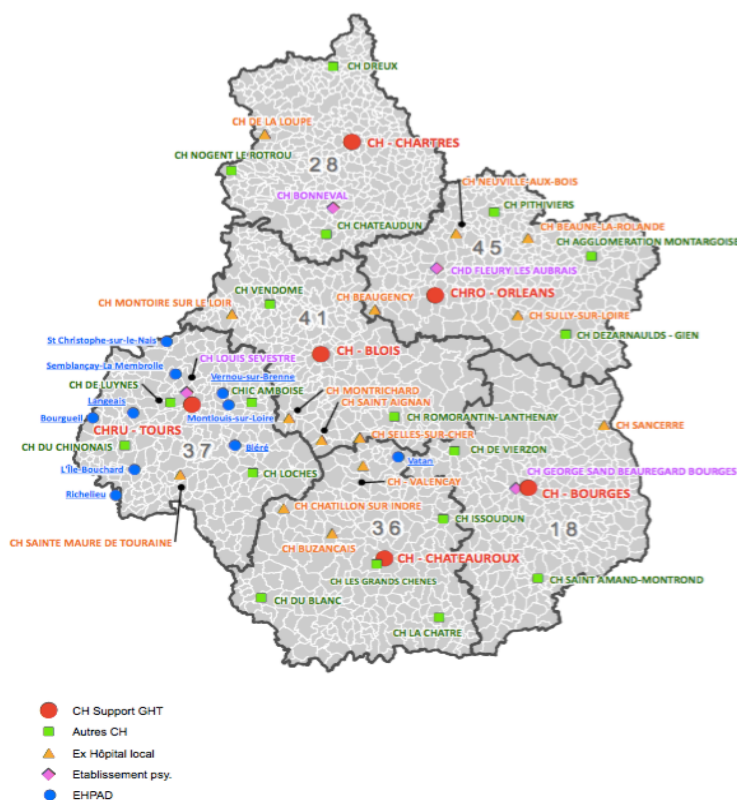
Source : livret d'accueil de l'EPSM, 2016

Deux autres établissements privés spécialisés en psychiatrie (Chaingy pour l'hospitalisation de crise et Gien pour la réhabilitation) sont également présents sur le territoire.

Du côté des CH généraux, ils sont au nombre de huit sur le département dont quatre anciens hôpitaux locaux (Neuville aux bois, Beaune la Rolande, Sully sur Loire, Beaugency), trois autres CH (Pithiviers, de l'agglomération montargoise, Dezarnaulds-Giens) et un CH régional : Orléans (qui exerce la psychiatrie de liaison). Ces huit CH se sont regroupés au sein d'un GHT en 2016, dont le CH régional d'Orléans est l'établissement support. L'EPSM a fait le choix de

devenir membre du GHT quelques mois après sa création sous réserve que la convention constitutive du GHT soit modifiée sur les quatre points suivants afin de préserver l'EPSM :

- L'impossibilité pour le GHT d'équilibrer son budget à l'aide de la dotation globale de fonctionnement de l'EPSM,
- La conservation d'un système d'information spécifique,
- La conservation d'un médecin responsable du département de l'information médicale spécifique,
- La conservation de la compétence de l'EPSM pour passer les marchés publics de travaux.



Source : ARS Centre-Val-de-Loire, Cartographie des GHT, 2018

En intégrant le GHT, le souhait de l'EPSM, dont le directeur est délégué régional de l'ADESM, était non seulement d'être présent pour rappeler aux établissements généraux les spécificités de la psychiatrie mais aussi de travailler sur les interfaces possibles entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales (psychiatrie de liaison, soins des personnes âgées pour traiter notamment les situations de démence, lien entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie...).

Or, le PMP qui a été rédigé pour la période 2017-2021 comprend un axe somatique et un axe santé mentale qui ont été travaillés séparément. De plus, le GHT Centre-Val-de-Loire éprouve, comme le précise le directeur du GHT, des difficultés pour fédérer les différents CH généraux du GHT entre eux. Ces difficultés s'expliquent par le fait qu'historiquement le CH régional d'Orléans avait l'habitude de travailler avec le CHU de Tours et peu avec les autres CH de son

département. Cela a notamment comme conséquence la faible prise en compte de la psychiatrie au sein du GHT.

Ainsi, face aux limites de l'adhésion de l'EPSM au GHT, l'EPSM a fait le choix de s'investir en 2019 dans la création d'un outil de gouvernance spécifique à la psychiatrie, la CPT, et de lui confier le pilotage du PTSM. Il existait en effet au sein du territoire une vraie nécessité de fédérer l'ensemble des acteurs de la santé mentale. Tout d'abord, aucune coordination comprenant l'ensemble de ces acteurs n'existait sur le territoire, le CTS ne comprenant pas en tant que membre l'EPSM et le GHT étant exclusivement composé de membres sanitaires. De plus, comme le met en exergue le diagnostic territorial du PTSM de 2020, de nombreux acteurs sanitaires, sociaux et médico sociaux sont concernés par la santé mentale sur le territoire ce qui nécessite une articulation pour une prise en charge coordonnée. En effet, le Loiret compte 200 établissements ou dispositifs d'accompagnement du handicap et de l'insertion. Le réseau des acteurs de la santé mentale comprend également deux CLSM pilotés par l'EPSM (un portant sur la gestion des situations complexes, l'autre portant sur l'accès au logement), huit CPTS dont certaines ne sont encore que des projets et une PTA.

Conformément aux textes et notamment le décret du 26 octobre 2016 relatif aux CPT, la convention constitutive de la CPT préfiguratrice a prévu que l'EPSM et le CH de l'agglomération montargoise en sont les membres fondateurs. Le choix a ensuite été fait par l'EPSM d'associer les représentants de tous les acteurs de la santé mentale sur le territoire sous la forme de six collèges :

- Les établissements de santé publics ou fédération représentant les établissements de santé publics comprenant outre les deux membres fondateurs, le GHT,
- Les associations représentant les usagers comprenant l'UNAFAM et l'UDAF,
- Les établissements de santé privés ou fédération représentant les établissements de santé privés comprenant l'unique clinique psychiatrique privée,
- Les établissements sociaux ou médico-sociaux publics, privés ou associatifs ou fédération représentative comprenant des établissements prenant en charge les enfants et adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap ou encore les personnes en situation de précarité,
- Les professions de santé libérale comprenant la CPTS orléanaise,
- Les représentants des collectivités territoriales comprenant la vice-présidente du CLSM.

La convention constitutive de la CPT préfiguratrice a également prévu une gouvernance à deux niveaux : une assemblée générale avec tous les membres et un bureau où chaque collège est représenté avec une ou plusieurs personnes suivant les collèges. Dans la pratique,

la gouvernance est plutôt souple. Le règlement intérieur prévoit que chaque membre du bureau et de l'assemblée générale dispose d'une voix ce qui permet d'assurer une gouvernance équilibrée. Par pragmatisme, il a été prévu que le représentant de la CPT qui est le directeur de l'EPSM dispose au sein du bureau d'une voix qui compte double en cas de ballottage. Dans ce même esprit de recherche d'une gouvernance équilibrée sur le territoire, il est intéressant de noter que si le représentant de la CPT est le directeur de l'EPSM, la représentante de la commission santé mentale du CTS est la directrice de la clinique psychiatrique privée.

La volonté d'association la plus large possible des acteurs intervenant en santé mentale et la volonté de faire porter le PTSM par la CPT se retrouvent dans d'autres CPT comme celle Artois-Audomarois (une des deux CPT ayant créé la coordination nationale des CPT) ou celle du Rhône (qui comprend notamment le CH du Vinatier dont le directeur est président de l'ADESM). Le choix d'une gouvernance partenariale, collaborative et égalitaire avec tous les acteurs de la santé mentale est également un marqueur fort au sein de la CPT du Rhône.

D'autres CPT ont fait des choix stratégiques différents comme par exemple la CPT Haute Garonne (une des deux CPT ayant créé la coordination nationale des CPT) qui a choisi de fédérer les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie sur le territoire départemental et comprend ainsi trois CH spécialisés en psychiatrie. L'esprit semble davantage avoir été, comme l'indique leur site Internet, de consolider la psychiatrie publique de territoire certainement parce que la CPT Haute Garonne ne porte pas le PTSM mais que c'est le CTS qui a cette mission et donc que les objectifs de la CPT peuvent être davantage centrés sur des problématiques purement sanitaires.

Les choix organisationnels et de gouvernance faits par le Loiret, c'est-à-dire le fait que la CPT porte le PTSM, que l'on peut également observer dans les CPT d'Artois-Audomarois, du Rhône ou du Haut-Rhin²⁰ paraissent être, lorsque cela correspond aux caractéristiques du territoire, ceux qui permettent le plus d'opérationnalité et cela à plusieurs titres :

- La loi prévoit l'articulation entre le GHT et la CPT et entre leurs textes fondateurs ce qui permet une meilleure articulation entre ces deux dispositifs et donc une meilleure lisibilité,
- A terme, tous les EPSM feront partie d'un GHT et participeront à l'élaboration du PMP ce qui permettra une articulation entre PMP et PTSM afin de mieux travailler les interfaces entre le somatique et le psychiatrique,
- La CPT est un organe à part entière alors que le CTS offre simplement l'espace d'une

²⁰ Revue hospitalière de France, Communautés psychiatriques de territoire, quatre ans après la loi de 2016, quel bilan ?, Juillet-Août 2020

commission santé mentale en son sein et sa gouvernance est souple et adaptable à chaque territoire,

- La loi reconnaît à la CPT la mission de fédérer les acteurs en santé mentale autour de la notion de parcours et lui donne pour ce faire des possibilités d'associations multiples au regard des caractéristiques de territoire ce qui permet de mettre autour de la table tous les acteurs qui comptent sur le territoire dans le domaine de la santé mentale et de réfléchir ensemble.

Il serait intéressant qu'un état des lieux des CPT au niveau national soit réalisé. C'est semblait-il une des missions de la coordination nationale des CPT. Cela permettrait en effet de disposer d'une compilation des différentes logiques suivies en fonction de l'histoire et des spécificités du territoire et ainsi d'inspirer chacun.

1.2.2- La co construction du diagnostic territorial partagé et du projet territorial de santé mentale permet de dégager une vision commune de l'avenir de la santé mentale sur le territoire pour faire avancer les professionnels ensemble sur des objectifs ciblés et concrets

La loi du 26 janvier 2016 prévoit que le PTSM est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé mentale du territoire et que le PTSM définit ensuite les actions à entreprendre afin de répondre aux besoins identifiés par le diagnostic territorial partagé.

Un diagnostic partagé de territoire avait été établi par les acteurs de la santé mentale lors de la rédaction du PMP. Ce diagnostic a ainsi constitué une base à celui du PTSM que les membres de la CPT ont enrichi. Les membres de la CPT se sont appuyés pour enrichir ce diagnostic sur les outils de l'ANAP²¹ et notamment sur le modèle de la rosace. L'ANAP, faute de référentiel, a en effet sur la base de remontées des acteurs de terrain, identifié les cinq principaux risques de ruptures de parcours et les a modélisés sous la forme d'une rosace afin que sur cette base, les acteurs questionnent leur organisation territoriale. L'EPSM a repris et adapté ce modèle non seulement à ses réalités de territoire mais aussi aux six objectifs du décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM²² à savoir :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux

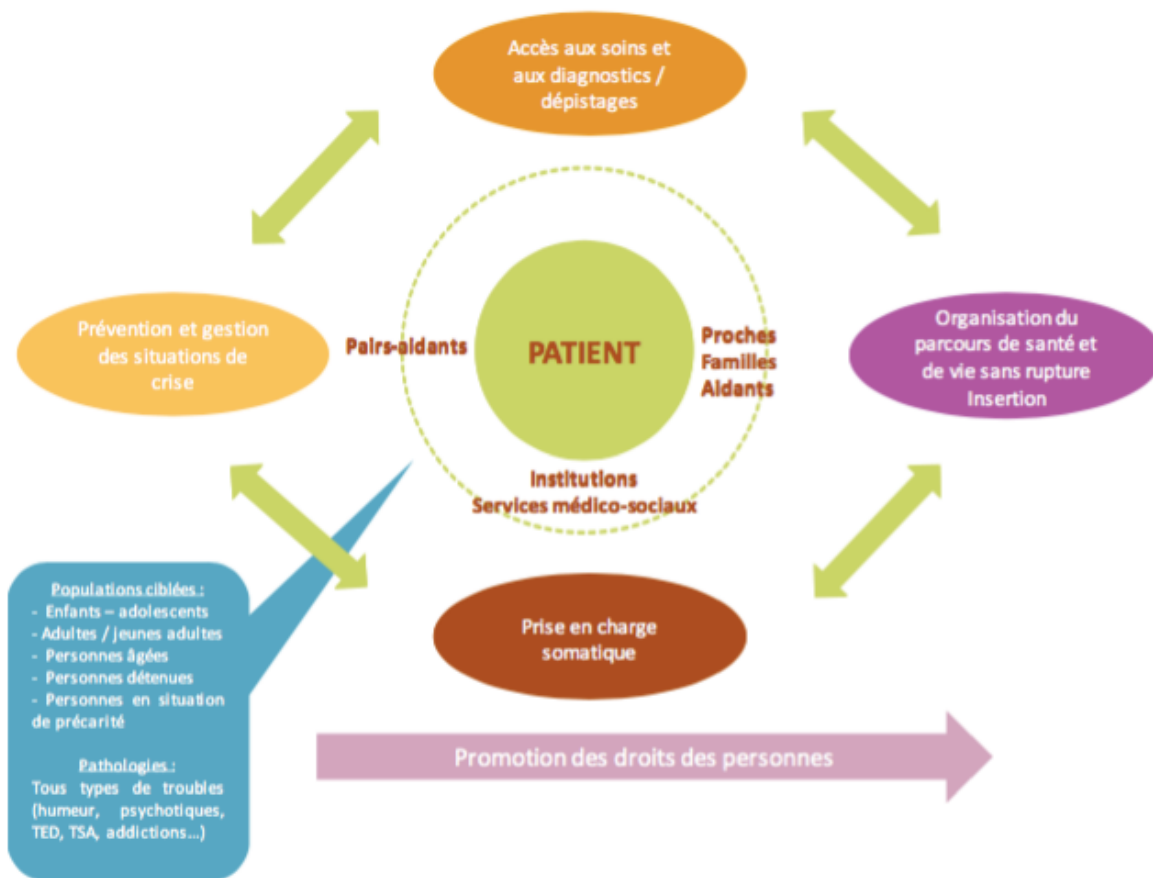
²¹ ANAP, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche, 2015

²² Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, Journal officiel n°0176 du 29 juillet 2017

bonnes pratiques professionnelles,

- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture,
- L'accès à des soins somatiques adaptés aux besoins,
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence,
- Le respect et la promotion des droits des personnes, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques,
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

La rosace ci-après a ainsi permis de structurer la réflexion :



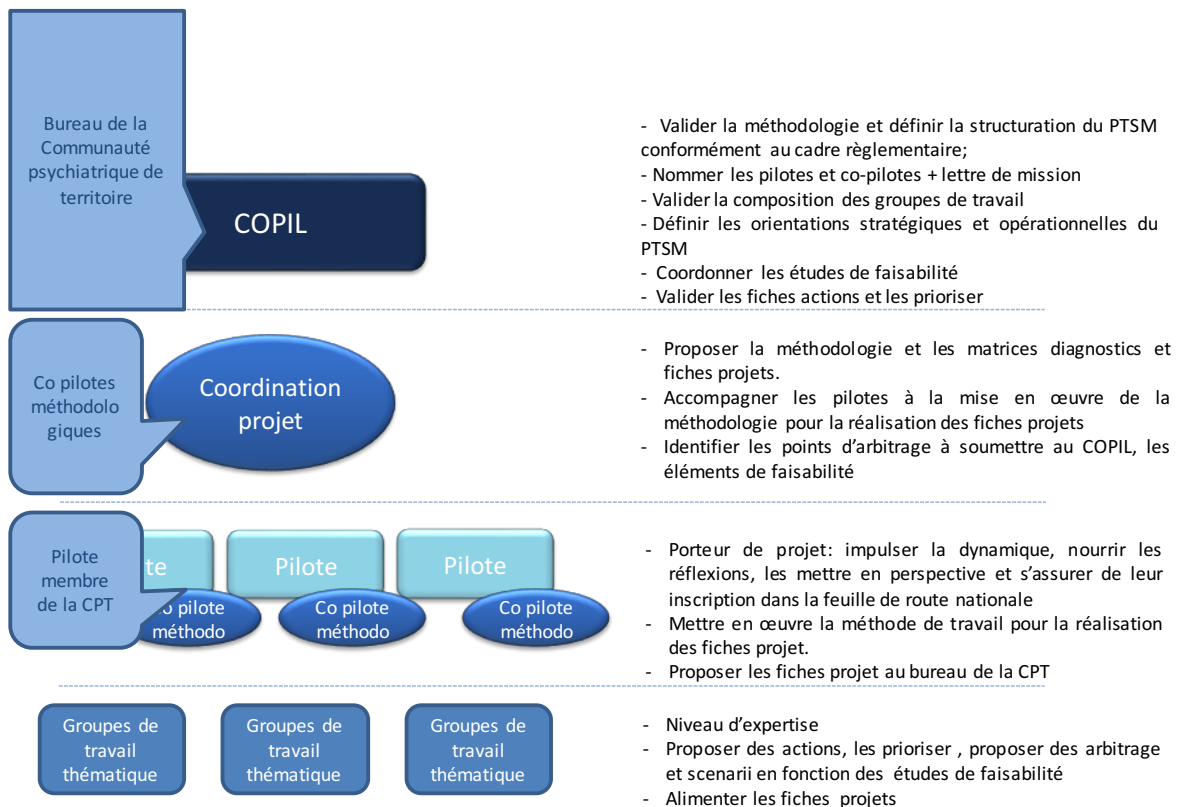
Source : diagnostic partagé du PTSM du Loiret

La rosace repose sur une double logique : celle d'une centration sur les besoins du patient avec une prise en charge globale par tous les acteurs pouvant intervenir à son profit et celle conséquente d'une approche en termes de parcours. C'est dans cette logique que les membres de la CPT ont co construit leur diagnostic de territoire. Cette démarche fédératrice et inclusive a fait l'objet d'un vote au sein des instances de la CPT par ses membres (tant sur la méthodologie utilisée que sur les constats faits). Elle a permis, en synthèse de dresser les constats suivants :

Constats	Causes
L'entrée dans les soins se fait souvent en situation de crise et d'urgence, notamment pour les patients non connus de la file active d'où la nécessité de positionner les acteurs sur la prévention et les interventions précoces	<p>Un développement de « l'aller-vers » insuffisamment développé en amont de l'entrée dans les soins</p> <p>Des difficultés de repérage et d'adressage des acteurs de première attention en raison du manque de formation, de visibilité de l'offre de soins et des points d'entrée du parcours et de la densité des acteurs de la santé mentale</p>
Un accès aux soins hétérogène sur le Loiret liés à ses délais d'accès prolongés et au manque d'accessibilité de certains territoires aux dispositifs ressources et au panier d'offre de soins	<p>Une démographie médicale contrainte et une attractivité hétérogène du territoire</p> <p>Une organisation des soins hétérogène</p> <p>Une accessibilité difficile à des soins spécialisés et de recours sur les territoires éloignés d'Orléans</p>
La prise en compte globale de la personne à son entrée dans les soins psychiatriques est encore insuffisamment développée afin de favoriser le rétablissement et l'inclusion	L'évaluation et l'action sociale en tout début de parcours afin d'anticiper l'accès aux droits et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux est insuffisamment développée
L'inclusion et l'accès aux services médico sociaux et sociaux des personnes en situation de handicap psychique qui se chronicisent en milieu hospitalier est à développer	<p>L'inclusion par le logement est difficile dans un territoire où il y a des ressources</p> <p>L'employabilité des personnes est peu prise en compte par les dispositifs d'insertion par le travail</p> <p>Le partage et la transformation d'informations nécessaires à une prise en charge coordonnée tout au long du parcours entre acteurs est hétérogène</p>
La culture commune, comme facteur d'inclusion et d'accès aux soins efficaces aux travers d'une transmission d'informations adaptées et la formation des acteurs sur les spécificités de la prise en charge de la personne en santé mentale, est à développer	

Source : diagnostic partagé du PTSM du Loiret

Ce diagnostic partagé a ensuite permis aux membres de la CPT de co construire le PTSM. De la même manière, la méthodologie et le contenu du PTSM ont été votés ou vont être votés au sein des instances de la CPT et l'ensemble des acteurs intervenant en santé mentale sur le territoire y ont été associés. Pour le PTSM, la méthodologie suivante a été retenue :



Source : méthodologie d'élaboration du PTSM du Loiret

Cette méthodologie a permis de définir des objectifs stratégiques et des objectifs opérationnels au sein du PTSM mais aussi d'identifier les sujets pour lesquels un groupe de travail était nécessaire pour pousser la réflexion. L'objectif final était de disposer pour chaque objectif opérationnel d'une fiche projet contenant notamment les actions concrètes à engager, les pilotes et l'échéancier.

Les actions innovantes suivantes notamment ont ainsi pu être pensées collectivement et seront prochainement mises en œuvre sur le terrain au bénéfice du parcours patient :

- Une formation premiers secours en santé mentale des acteurs de première ligne et des établissements sociaux et médico-sociaux,
- La mise en place d'accompagnateurs de parcours appelés les « case manager » au sein du parcours patient,
- Un dispositif d'accueil et d'orientation pour le département avec un numéro de téléphone unique et un annuaire des acteurs intervenants sur le territoire en santé mentale,

- La définition de modalités de transmission d'informations entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

2- La pérennisation du modèle de la communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale repose sur la création d'une identité commune et d'outils communs notamment d'évaluation

Le modèle de la communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale mis en place dans le Loiret n'est pas encore finalisé puisque la communauté psychiatrique de territoire est créée depuis peu et que le projet territorial de santé mentale est en cours d'écriture. Il est toutefois possible de mener une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour pérenniser un tel modèle. Sur ce point, les entretiens menés auprès des membres de la communauté psychiatrique de territoire du Loiret ont permis de dégager les facteurs de réussite permettant de développer un tel modèle mais aussi les écueils à éviter.

2.1 - La communauté psychiatrique de territoire doit créer un socle commun sur la base duquel les professionnels vont pouvoir capitaliser

2.1.1- La création d'un socle commun passe par la co construction d'un diagnostic et la définition d'objectifs partagés pour l'avenir

Les entretiens menés auprès des membres de la CPT du Loiret ont mis en exergue que les différents acteurs de la santé mentale sur le territoire :

- Sont déjà présents dans de nombreux réseaux et disposent donc de peu de temps à consacrer effectivement à un nouveau réseau,
- Ont déjà travaillé dans de nombreux groupes de réflexion qui n'ont pas forcément eu les impacts attendus et sont donc en attente de voir le caractère réellement opérationnel et non pas seulement institutionnel de la CPT,
- Soulignent la logique historiquement davantage concurrente que partenariale entre les acteurs de la santé mentale mais aussi que les partenariats conclus sur le territoire entre ces différents acteurs sont souvent basés sur la volonté de personnes déterminées et sont donc peu formalisés et inscrits dans la durée,

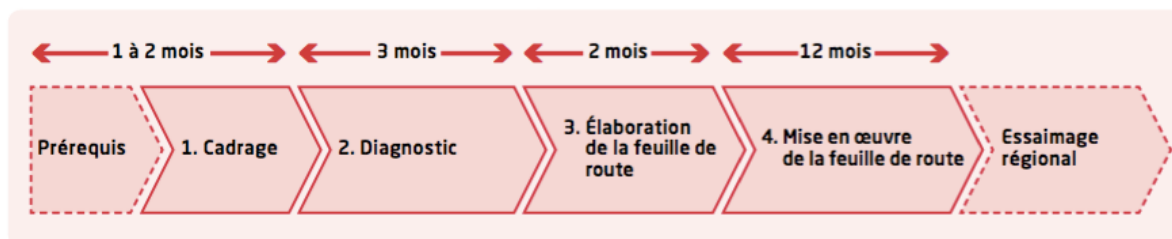
- N'ont pas toujours l'impression que leurs spécificités sont prises en compte et souhaitent que la CPT ne soit pas seulement le lieu de l'expression des spécificités hospitalières.

La présente partie repose ainsi sur les facteurs de réussite dégagés par les membres de la CPT lors de ces entretiens à savoir :

- La nécessité de miser sur une méthodologie de projet inclusive et participative basée sur l'empowerment des acteurs,
- La définition d'une ligne directrice commune : la nécessité de dégager des objectifs concrets et réalisables qui auront un impact réel tant sur la coordination des acteurs entre eux que sur les parcours des patients.

Sur ce point, le guide de l'ANAP « mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, méthodes et outils pour les territoires »²³ qui définit les différentes étapes de la démarche de diagnostic territorial des parcours en santé mentale, peut être une source d'inspiration puisque chaque étape est pensée collectivement :

Figure 3 : Les étapes de la démarche « diagnostic territorial des parcours en psychiatrie et santé mentale »



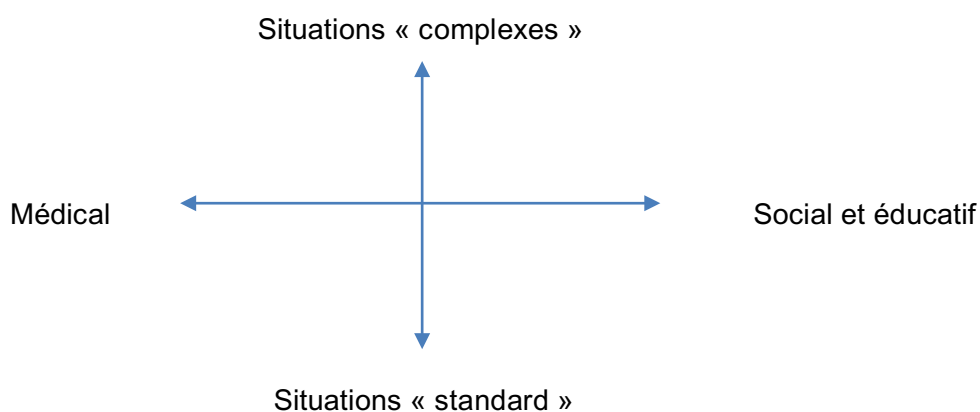
La première étape est celle de se préparer à entrer dans la démarche de diagnostic territorial. L'ANAP donne ainsi les prérequis suivants :

- S'accorder ensemble sur les conditions de fond c'est-à-dire une approche parcours comme prisme d'analyse de la pertinence du système de prise en charge des patients sur la base du modèle de la rosace précédemment décrit et une approche managériale impliquant tous les acteurs de la santé mentale intervenant sur le territoire mais aussi les usagers et les associations d'usagers,
- S'accorder sur les moyens du pilotage de la démarche (constitution d'une équipe projet et désignation d'un chef de projet) et sur le recensement des principales problématiques de territoire (appropriation du cadre législatif et réglementaire, recensement des documents cadres et des éléments de diagnostic déjà disponibles sur le territoire mais aussi vérification du degré d'engagement de chaque acteur).

²³ ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, méthodes et outils pour les territoires, 2016

La seconde étape est celle de la conception et de la préparation du projet. Elle comprend :

- L'installation de la gouvernance de la démarche : cela suppose d'avoir une gouvernance identifiée c'est-à-dire un pilote ou des pilotes de la démarche ainsi qu'une méthodologie d'élaboration du diagnostic territorial et du PTSM claire pour tous avec notamment un calendrier de projet (par exemple en utilisant l'outil GANTT). Cette phase va supposer un important travail de contacts avec les différents acteurs de la démarche voire la création soit d'un annuaire des acteurs soit d'une cartographie de ces acteurs. Cette étape peut être également l'occasion de recenser les démarches locales inspirantes. Pour la cartographie des acteurs, l'ouvrage « coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social »²⁴ propose la schématisation suivante qui peut être intéressante pour mener une réflexion collective sur le positionnement des différents acteurs :



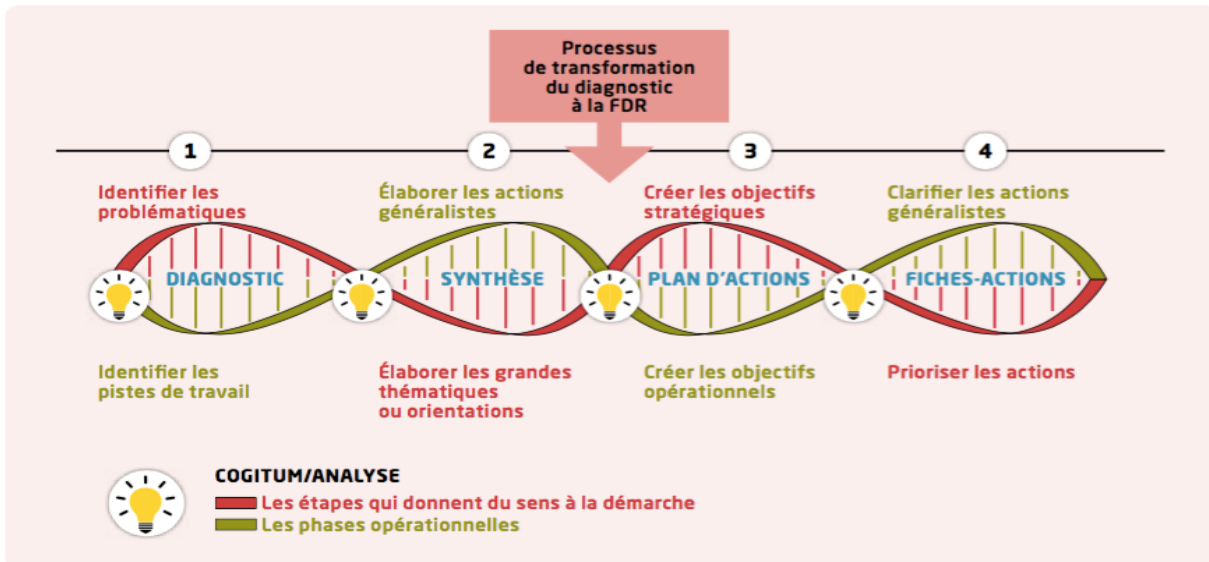
- Le choix du territoire d'action (lieu d'ancrage d'une dynamique représentative des différents acteurs) et la réalisation de la cartographie du territoire (contenant notamment les caractéristiques géographiques, les données démographiques, le contexte socio-économique et le contexte territorial c'est-à-dire les acteurs présents) qui peut être l'occasion de mener une réflexion sur les caractéristiques du parcours c'est-à-dire pour chaque axe de la rosace de décrire la manière dont l'organisation est structurée mais aussi d'identifier les forces et les axes d'amélioration des différents parcours (dans l'esprit de la matrice SWOT).

La troisième étape est de construire un diagnostic partagé afin de formaliser une appréciation partagée de la situation territoriale. A ce stade, des groupes de travail peuvent être constitués pour obtenir une analyse particulière sur chacun des axes de la rosace ou bien pour collectivement identifier les problèmes clés et les dysfonctionnements, rechercher leurs causes, dégager le diagnostic ainsi que les pistes d'amélioration.

²⁴ Bloch M.-A., Hénault L., Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, DUNOD, 2014

La quatrième étape est d'élaborer le PTSM sur la base des conclusions du diagnostic partagé selon le processus de transformation suivant :

Figure 8 : Processus de transformation du diagnostic en feuille de route



L'ANAP retient trois phases d'élaboration du plan d'actions :

- Elaborer une synthèse des pistes de travail issues du diagnostic pour faire ressortir les acteurs pilotes des actions et ceux pouvant être associés à la réalisation de l'action ainsi que pour regrouper les actions par grandes orientations ou thématiques,
- Réaliser le plan d'actions en définissant pour chaque action des objectifs stratégiques et opérationnels. Cette étape permet de prioriser les actions réalisables (mise en œuvre facile, ressources existantes, impact sur la structuration du parcours...),
- Rédiger pour chaque action des fiches actions (dont l'ANAP donne une modèle) avec des objectifs « SMART » c'est-à-dire simples, mesurables (par la définition d'indicateurs d'évaluation), atteignables et réalistes temporellement.

La dernière étape est la mise en œuvre de la feuille de route (ou PTSM) à travers la réunion des pilotes d'actions tous les deux mois en les outillant pour qu'ils puissent assurer le suivi des actions (tableau de bord par exemple) mais aussi à travers la restitution de l'avancée des actions à l'issue de six mois de mise en œuvre puis tous les ans sous la forme d'un bilan pour faire évoluer, le cas échéant, certaines actions.

Finalement, si le guide de l'ANAP est utile en ce qu'il définit les grandes étapes de la conduite de projet territoriale et partenariale, le plus important semble constituer par la manière d'opérer, les principes d'actions mis en œuvre. Les acteurs sont en effet en attente d'une

démarche qui repose sur la prise en compte des intérêts et des spécificités de chacun, qui pense collectif et qui le met en œuvre c'est-à-dire qui repose sur l'intelligence collective mais aussi qui permet d'améliorer le quotidien de travail de chacun et donc de faciliter le travail avec les usagers.

2.1.2- La création d'un socle commun passe par la construction d'une culture commune et d'outils communs

C'est l'attente la plus forte des membres de la CPT du Loiret, exprimée lors des entretiens menés, qui ont tous pointé comme un facteur de réussite le fait de développer l'interconnaissances pour créer une culture partagée ainsi que des outils communs pour permettre de penser et d'organiser la prise en charge à plusieurs. Les membres de la CPT ont en effet insisté sur la nécessité de faire évoluer les constats suivants :

- L'existence d'une forte culture de secteur et d'un fonctionnement en silo des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- Une difficulté à identifier qui fait quoi et notamment pour ce qui est de l'organisation des soins hospitaliers,
- Le caractère très oral de la psychiatrie et donc la difficile structuration du partage d'informations sur les usagers/patients entre les différents acteurs,
- La solitude des différents acteurs extra hospitaliers face à la complexité de la matière et à la rareté de la mise à disposition de l'expertise hospitalière.

D'ailleurs, dans le guide « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, retour d'expériences » de l'ANAP²⁵, l'analyse des feuilles de route des territoires pilotes fait ressortir les mêmes thématiques prioritaires et modélise leurs interactions :

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

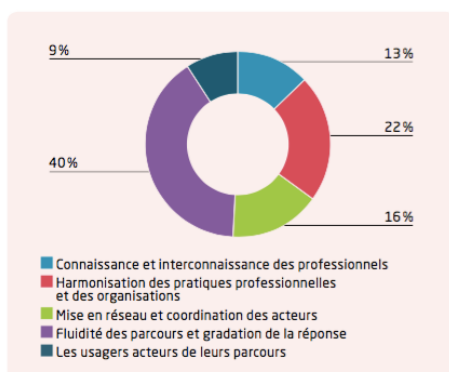
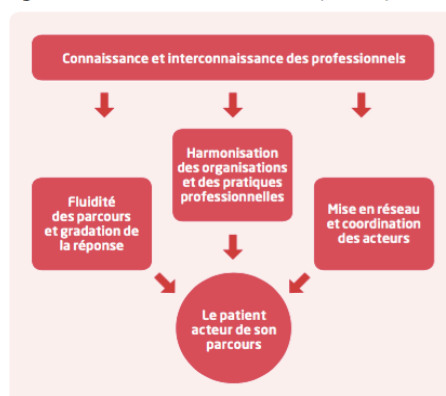


Figure 11 : Articulation et interaction des cinq thématiques



²⁵ ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, retours d'expériences, 2016

L'ANAP met également en évidence les actions mises en œuvre et les outils construits par les acteurs dans le cadre de ces feuilles de route, qui constituent une source d'inspiration, dont voici les principaux :

Thématiques	Actions mises en œuvre ou outils développés	Territoires innovants
Connaissances et inter connaissances des professionnels	<p>Organiser des opérations de communication sur les dispositifs existants</p> <p>Mettre en place des formations croisées</p> <p>Mettre en place une cartographie des acteurs et un annuaire des ressources du territoire</p> <p>Organiser des journées d'informations grand public et des campagnes d'information ciblées en direction d'opérateurs peu informés</p>	Cahier des charges en cours au sein de l'ARS Bretagne
Harmonisation des pratiques professionnelles et des organisations	<p>Définir des conditions d'un partage d'informations entre professionnels</p> <p>Définir des protocoles communs</p> <p>Améliorer l'organisation et le pilotage des CMP sur un territoire</p>	Charte de fonctionnement des CMP de Corrèze
Fluidité des parcours et gradation de la réponse	<p>Développer les équipes mobiles</p> <p>Créer des possibilités de séjours de rupture et augmenter le nombre de places d'accueil temporaire dans le secteur médico-social</p>	

	<p>Clarifier les parcours notamment avec les professionnels de ville et les différents acteurs de l'ambulatoire</p> <p>Mettre en place une commission de sortie des patients hospitalisés en psychiatrie</p> <p>Expérimentation de dispositifs de prise en charge novateurs</p>	<p>Dispositif expérimental « relayage » à la Réunion (baluchonnage canadien)</p>
Mise en réseau et coordination des métiers	<p>Formaliser les partenariats notamment avec les acteurs SMS</p> <p>Structurer la coordination (synthèses partenariales, veille partenariale des perdus de vue, numéro unique...)</p> <p>Instituer une commission de gestion des cas complexes au sein du CLSM</p>	<p>CLSM d'Orléans ou de Brive</p>
Les usagers acteurs de leur parcours	<p>Mettre en place les coordinations avec les dispositifs de l'insertion professionnelle</p> <p>Favoriser l'accès et le maintien dans le logement</p> <p>Développer les GEM</p> <p>Former les usagers à participer aux instances</p>	<p>GEM de Vitré</p>

Sur l'articulation entre la médecine de ville et la psychiatrie, des outils intéressants ont également été développés. Le guide de la HAS²⁶ sur ce thème met en valeur cinq grandes catégories d'expériences :

²⁶ HAS, La coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, état des lieux, repères et outils pour une amélioration, 2018

- L'amélioration de la communication c'est-à-dire l'échange d'informations avec par exemple des lignes téléphoniques dédiées ou bien l'utilisation d'une messagerie sécurisée mais aussi la création de processus d'adressage vers les soins spécialisés,
- Les lieux d'exercice communs entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale comme par exemple les MSP, les centres de santé couplés à un CMP, les consultations spécialisées en psychiatrie au cabinet de soins de premier recours ou de médecine générale en CMP,
- Les dispositifs de soins partagés à l'instar de ceux de Toulouse ou Versailles, qui permettent sur demande du médecin généraliste une consultation d'évaluation d'un patient par les professionnels spécialisés en psychiatrie, un diagnostic et des conseils sur la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre et le suivi du patient et la mise en œuvre de cette stratégie par le médecin généraliste,
- La coordination de parcours de santé avec la fonction de case manager pour faciliter les interactions entre acteurs,
- Les dispositifs intégrés avec des interventions type « collaborative care » qui permettent de développer des relations de travail plus étroites entre les médecins généralistes et les psychiatres selon le modèle évolutif ci-après :

Continuum – Collaboration/intégration - Psychiatrie/Soins Primaires				
MINIMALE	Basique A distance	Basique Site d'exercice partagé	Partiellement intégré	INTEGRÉE
Sites d'exercice séparés	Sites d'exercice séparés	Même lieu d'exercice	Même lieu d'exercice	Même lieu d'exercice
Dossier médicaux séparés	Dossier médicaux séparés	Dossier médicaux séparés	Eléments du dossier médical mutualisés	Même dossier médical
Rares contacts, non formalisés	Contacts irréguliers non formalisés concernant les prises en charge communes (courrier, téléphone)	Contacts réguliers non formalisés favorisés par la proximité	Contacts réguliers formalisés, favorisés par la proximité / modalités d'échanges spécifique	Contacts réguliers formalisés ; une seule équipe clinique ; un seul réseau de soin
Cultures médicales distincts Psychiatrique/ Soins primaires	Cultures médicales distincts Psychiatrique/ Soins primaires	Cultures médicales distincts Psychiatrique/Soins primaires Sensibilisation / réflexions sur culture commune	Début d'intégration des soins psychiatriques aux soins primaires	Les soins psychiatriques sont totalement intégrés aux soins primaires

Source : fiche projet de la CPTS Indre et Loire

Sur ces différents points soulevés par la HAS, une initiative semble particulièrement intéressante, celle de la CPTS d'Indre et Loire, projet co porté par le CHU de Tours et les 6 CPTS du département. En effet, la CPTS a notamment mis en place :

- Un dispositif spécifique, par secteur, pour que le médecin généraliste puisse obtenir un avis et une évaluation psychiatrique dans un délai réduit,
- Des outils mutualisés de diffusion et de partage de l'information médicale (MS-santé et e-CPTS),
- Des modalités d'exercice partagé entre psychiatrie et soins primaires notamment un dispositif de prise en charge en psychothérapie de groupe avec des binômes constitués de professionnels du dispositif de psychiatrie et de psychologues libéraux.

Finalement, si la mise en place d'une culture commune demande du temps, il est possible à court terme de développer des outils pour améliorer la coordination entre les acteurs, outils dont la nécessité a été rappelée lors de la pandémie COVID.

2.2- La communauté psychiatrique de territoire doit évaluer son action pour être en capacité de s'ajuster en continu

2.2.1- L'évaluation nécessite la définition collective d'indicateurs permettant de réduire les ruptures de parcours des patients

Les entretiens menés auprès des membres de la CPT du Loiret ont permis de souligner la nécessité à terme de disposer d'un système d'évaluation. Toutefois, les recherches menées tant dans le Loiret que dans les autres départements de France auprès des CPT ou bien des GHT psychiatriques n'ont pas permis de disposer de lignes directrices sur ce point. En effet, la thématique de l'évaluation semble peu développée dans le domaine de la santé mentale. Ainsi, cette partie propose la définition de grandes étapes pour construire un système d'évaluation.

Il semble, avant d'être en capacité de définir des indicateurs, que plusieurs étapes doivent être suivies. La première étape consiste à formaliser collectivement les parcours des différents publics suivis (personnes âgées, enfants et adolescents, personnes en situation de précarité...). Sur ce point, la démarche qualité de la norme ISO 9001 peut être une source d'inspiration et notamment l'un de ses outils, le logigramme, qui est un outil pour analyser et décrire un processus. L'objectif est d'identifier les différentes composantes d'un processus (ou d'un parcours de santé) pour qu'elles deviennent claires et logiques ainsi que les pistes d'amélioration de ces processus. La co construction des processus permet également de développer une compréhension commune de chaque parcours. Les étapes de construction d'un processus sont les suivantes :

- Déterminer la nature des processus, la typologie des parcours à écrire,

- Démarrer chaque processus avec un évènement déclencheur,
- Continuer le processus en détaillant les actions successives jusqu'à la conclusion en utilisant les symboles standards qui sont l'ovale pour un évènement qui intervient en début ou en fin de processus, le rectangle pour un évènement qui intervient en cours de processus et le losange pour une prise de décision ou un choix dans le processus.

Cette même logique a notamment été utilisée par la HAS pour la prise en charge de malades atteints de certaines maladies chroniques dont voici un exemple ci-dessous. Dans le même esprit, l'ANAP dans son guide « Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, retour d'expériences » a réalisé le schéma ci-dessous représentant le parcours des jeunes de 11 à 21 ans en souffrance psychique.

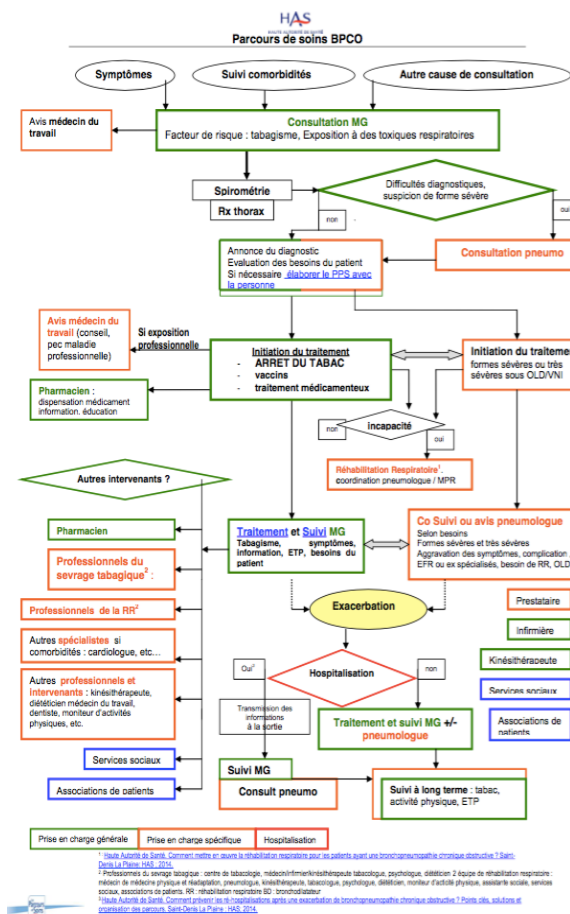
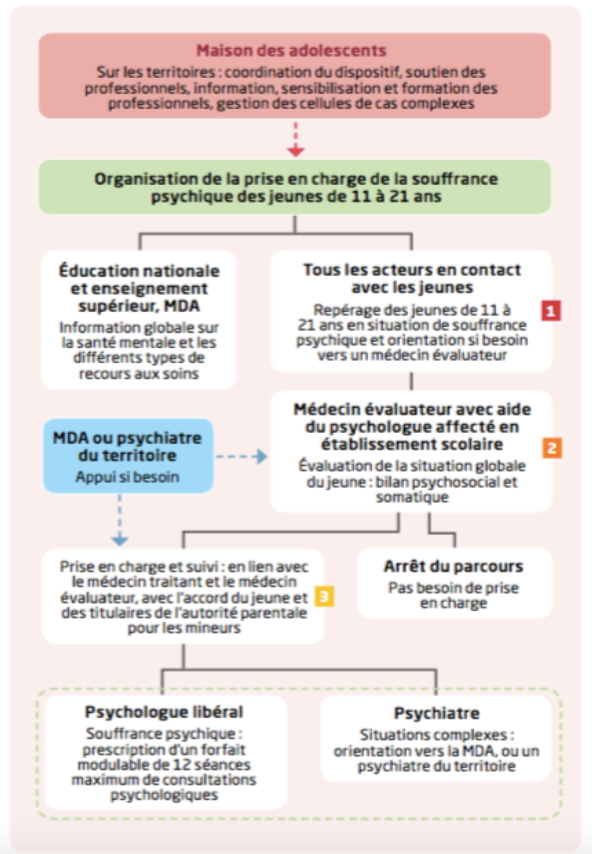
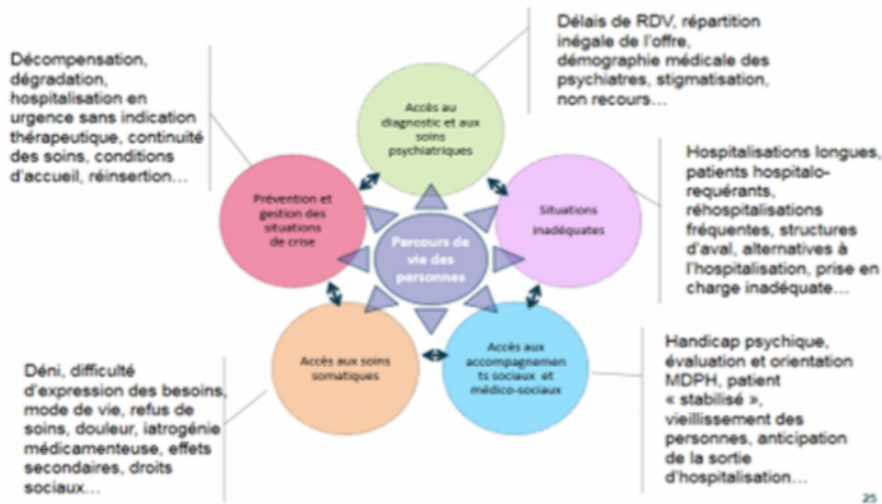


Figure 5 : Exemple d'un parcours pour les jeunes de 11 à 21 ans en souffrance psychique



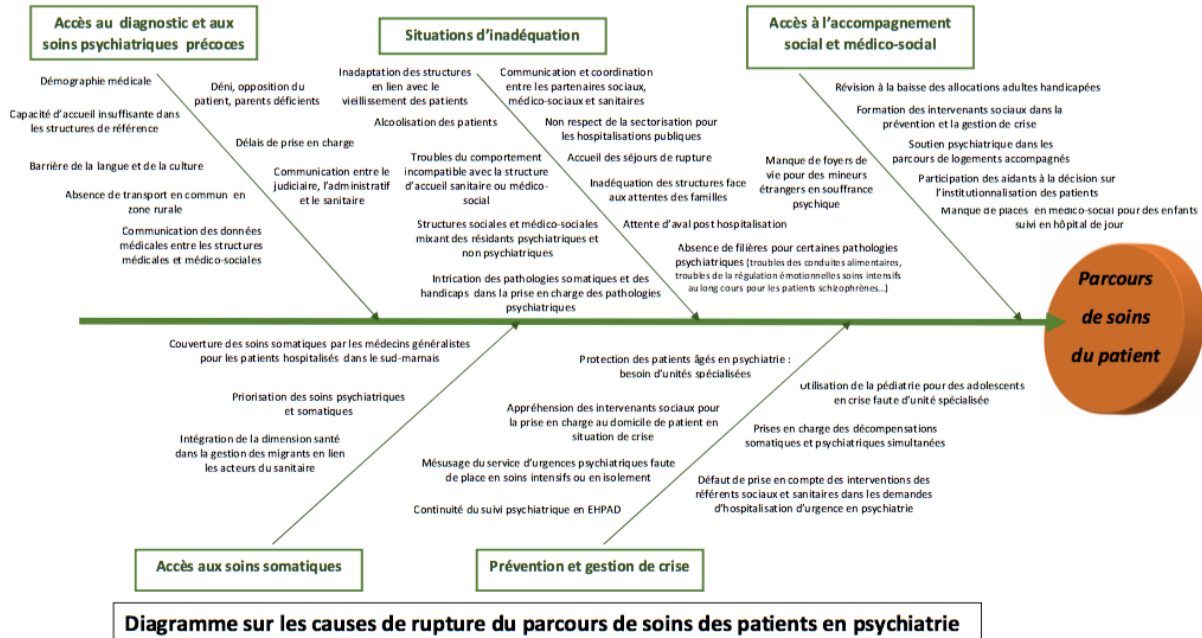
La seconde étape préalable à la définition d'indicateurs semble résider dans l'identification des ruptures de parcours. Ce travail d'identification a, a priori, été réalisé lors du diagnostic territorial avec l'aide des cinq axes de la rosace. Sur ce point, la CPT du Grand Est s'est appropriée la rosace d'une façon intéressante en précisant chacun des axes :



Adaptation de la démarche sur le territoire-02

Source : diagnostic partagé et PTSM de la CPT du Grand est

La CPT du Grand Est a également réalisé un travail inspirant à travers la réalisation d'un diagramme des causes de rupture de soins des patients en psychiatrie, travail réalisé sur la base des remontées des différents membres de la CPT :



Source : diagnostic partagé et PTSM de la CPT du Grand est

Sur la base de ces deux premières étapes, il semble ensuite possible de définir les indicateurs adéquats d'évaluation. La première question à se poser est celle du périmètre de l'évaluation. Certaines coordinations, comme celle des réseaux de santé, ont mis en place une grille d'auto évaluation portant sur les quatre axes suivants : intégration des usagers et des professionnels

dans le réseau, fonctionnement du réseau, qualité de la prise en charge, économique²⁷. Ce système d'évaluation semble toutefois assez lourd. Pour conserver une CPT dynamique avec des membres motivés, le choix peut être fait de s'orienter vers un système d'évaluation dans un premier temps axé sur un item qui est le cœur du PTSM et qui rassemble tous les membres de la CPT : la qualité de la prise en charge des patients. Puis, une fois cette première vague d'évaluation intégrée, une extension du système d'évaluation peut être envisagée.

La seconde question à se poser est celle de la nature des indicateurs à utiliser. Selon la même logique que pour le périmètre de l'évaluation, il semble que le nombre d'indicateurs doit être réduit et facilement mesurable. On pourrait imaginer par exemple de retenir trois indicateurs par axe de la rosace :

- Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques : délais d'attente auprès d'un CMP/d'un psychologue/d'un psychiatre libéral, taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres, outils communs développés entre médecins généralistes et psychiatres pour aider au repérage des troubles psychiques,
- Situations inadéquates : taux de ré hospitalisation, alternatives à l'hospitalisation développées ou taux de recours à ces alternatives, outils développés pour une meilleure coordination entre acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux,
- Accès aux accompagnements sociaux et médico sociaux : délais d'attente auprès des accompagnements sociaux et médico-sociaux/pour une entrée en ESMS, délais de réponse de la MDPH, outils et/ou démarches mis en œuvre pour anticiper la sortie d'hospitalisation,
- Accès aux soins somatiques : taux de recours aux urgences générales, nombre de patients ayant un médecin traitant, taux d'adressage des médecins généralistes vers les médecins spécialistes (autre que les psychiatres),
- Prévention et gestion des situations de crise : taux de recours aux urgences psychiatriques, nombre de formations croisées organisées et/ou de formations de premiers secours en santé mentale dispensées, taux de patients « perdus de vue ».

Quelque soit le système d'évaluation choisi, la pertinence d'un tel système réside certes dans le contenu des indicateurs mais aussi dans les conditions de sa mise en œuvre. Il importe en effet que la démarche d'évaluation soit :

- Ouverte c'est-à-dire à la fois co construite par les acteurs concernés pour prendre en compte les réalités de chacun et appropriée par chacun d'eux puisqu'elle va avoir des conséquences sur leurs pratiques professionnelles,

²⁷ ANAES, Réseaux de santé, grille d'évaluation, 2004

- Qualitative dans le sens où elle doit permettre d'évaluer l'impact effectif des actions de la CPT sur le parcours des patients,
- Evolutive puisqu'elle doit elle-même être réévaluée régulièrement par ses concepteurs,
- En lien avec le terrain c'est-à-dire qu'elle doit prendre en compte l'empowerment. Il semble ainsi important que les usagers et les familles d'usagers et/ou aidants soient associés à la démarche d'évaluation pour que la CPT puisse bénéficier d'un retour expérientiel.

2.2.1- L'évaluation nécessite la mise en place d'outils communs de suivi des activités des différents acteurs

A l'instar de la partie supérieure, faute d'outils existants au sein des CPT ou des GHT psychiatriques existants, cette partie propose la définition de grandes étapes pour construire des outils de suivi.

Il semble, afin de pouvoir être en capacité d'évaluer l'activité de la CPT au travers des indicateurs définis, qu'il est nécessaire de se demander où trouver l'information à-même de nourrir ces indicateurs. Pour l'hôpital psychiatrique, les sources principales d'informations sont le recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM P) et le dossier patient informatisé. Le recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge sanitaires en établissement de santé. Le RIM P comporte deux supports : le résumé par séquence anonymisé (RPSA) pour les prises en charge à temps complet ou à temps partiel et le résumé d'activité ambulatoire anonymisé (R3A) pour les actes ambulatoires. Pour décrire l'activité, le RIM P utilise les notions de séjours et/ou séquences pour les temps complet et partiel (un séjour pouvant comprendre plusieurs séquences) et d'actes pour l'ambulatoire enregistrés selon la grille EDGAR qui signifie entretien, démarche, groupe, accompagnement et réunion. L'ensemble de ces informations doit être conforme au dossier patient dont elles constituent un extrait.

T 1 Natures de prise en charge et formes d'activité dans le Rim-P

Natures de prise en charge et formes d'activité	Type de recueil
Temps complet	
Hospitalisation à temps plein (FA01)	RPSA
Séjour thérapeutique (FA02)	
Hospitalisation à domicile (FA03)	
Placement familial thérapeutique (FA04)	
Prise en charge en appartement thérapeutique (FA05)	
Prise en charge en centre de postcure psychiatrique (FA06)	
Prise en charge en centre de crise (incluant centre d'accueil permanent et centre d'accueil et de crise) (FA07)	
Temps partiel	
Hospitalisation de jour (FA20)	RPSA
Hospitalisation de nuit (FA21)	
Prise en charge en CATT et atelier thérapeutique (FA22)	
Ambulatoire	
Pas de formes d'activité détaillées (excepté CMP/ hors CMP)	
Description selon le type d'actes, le lieu et le type et nombre d'intervenants. Utilisation de la grille EDGAR pour le type d'actes.	
Actes en présence du patient :	
- Entretien (code E)	R3A
- Groupe (code G)	
- Accompagnement (code A)	
Actes en l'absence du patient :	
- Démarche (code D)	
- Réunion (code R)	

Source : Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie, IRDES, 12

L'étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie²⁸ met en exergue plusieurs limites au RIM P notamment une limite liée aux données disponibles dans ce recueil d'informations. En effet, les deux grandes difficultés rencontrées sont l'exhaustivité et la qualité du codage. Une autre limite est celle du champ couvert par le RIM P. Ainsi, le RIM P est un recueil de l'activité hospitalière et ne prend pas en compte notamment les consultations de ville auprès des psychiatres, médecins généralistes et psychologues. De même, les prises en charge psychiatrique réalisées en établissement de santé MCO comme les passages aux urgences pour les patients non vus par un psychiatre de liaison et/ou non transférés en hôpital psychiatrique ne sont pas comptabilisées.

Il manque donc dans le champ sanitaire des chainages entre le RIM P et le programme de médicalisation des systèmes d'information. Cette difficulté se pose encore avec plus d'acuité pour l'absence de chainage entre les différents systèmes d'informations des champs sanitaire, social et médico social dès lors qu'il est envisagé de réfléchir en termes de parcours patient et de prise en charge globale du patient.

Il semble donc que des moyens intermédiaires doivent être trouvés pour permettre un suivi de l'activité de chacun des membres de la CPT et donc un pilotage effectif par ses membres. Dans un premier temps, il serait opportun de recenser la typologie des outils de suivi (système

²⁸ IRDES, Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie, 12

d'information, tableau de bord...) et des données d'activités recueillies par chaque acteur de la CPT. Dans un second temps, il conviendrait de déterminer collectivement parmi ces différentes données d'activités détenues par les membres de la CPT lesquelles il est utile de faire remonter en routine pour, dans un dernier temps, élaborer un tableau de bord commun aux membres de la CPT des données d'activités utiles à l'évaluation de leur action.

Pour le champ sanitaire, la pandémie COVID a sur ce point permis de développer une bonne pratique, celle d'un suivi resserré de la file active par les CMP, sur laquelle il est possible de capitaliser. Les recommandations nationales applicables aux prises en charge en ambulatoire²⁹ proposaient ainsi :

- La réalisation d'un état des lieux de la file active de chaque structure afin de permettre d'identifier les patients les plus à risque et le niveau de prise en charge à mettre en place pour chaque patient. L'idée est de qualifier le risque de faible, normal, fort ou majeur à partir de la prise en compte du niveau de stabilité sur le plan psychiatrique, d'adhésion aux soins, d'autonomie, de la situation au regard des accompagnements sociaux ou médico-sociaux ou encore de la présence d'un soutien de l'entourage,
- Le rappel téléphonique de tous les patients de la file active, en commençant par les patients les plus à risque,
- Une coordination entre les professionnels (médecins généralistes, psychiatres libéraux...) pour organiser la répartition des tâches et répondre à l'évolutivité des situations, notamment par des réunions régulières de revue des situations individuelles permettant un partage des informations, des alertes et une actualisation des plans d'intervention,
- Le lien avec les acteurs sociaux et médico-sociaux, dans une logique de partage d'informations au service de la continuité du parcours de santé des personnes suivies.

Ces recommandations font écho au guide de l'organisation des CMP³⁰ qui relève que parmi les indicateurs mis à disposition des CMP il ne figure la plupart du temps que des indicateurs de production issus du recueil des actes et qu'aucun indicateur ne permet un pilotage qualitatif de l'organisation du CMP centrée sur la prise en charge des patients. Ce guide recommande aussi à chaque CMP de mettre en place un tableau de bord de suivi de leurs activités afin notamment de produire des informations permettant de connaître à un

²⁹ Ministère des affaires sociales et de la santé, Recommandations COVID applicables à l'organisation des prises en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie, 2020

³⁰ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, L'organisation des centres médico-psychologiques, bonnes pratiques organisationnelles & retours d'expériences, 2008

niveau agrégé la qualité du service produit pour la partager au sein du CMP mais aussi avec les partenaires sur le territoire.

Le travail autour du CMP sur le recueil d'activité est important puisqu'il a un rôle de pivot dans l'organisation du parcours des patients. En effet, la loi du 24 janvier 2016 qui est venue définir les missions des CMP a notamment précisé que la mission de psychiatrie de secteur consiste à garantir à l'ensemble de la population la continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes. Ce travail semble ainsi pouvoir constituer un bon point de départ et une bonne source d'informations pour une partie significative des indicateurs d'évaluation définis.

Conclusion

L'étude de la mise en place d'une communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale dans le Loiret a permis de voir qu'il est possible de répondre aux écueils constatés tant au niveau national qu'au niveau des territoires par une démarche partenariale, territorialisée et opérationnelle. L'enjeu pour le territoire du Loiret est désormais de pérenniser ce modèle de la communauté psychiatrique de territoire portant le projet territorial de santé mentale. Les membres de la communauté psychiatrique de territoire ont exprimé lors des entretiens menés de fortes attentes face à cette conduite de projet et ont exprimé les facteurs de réussite qui reposent sur la construction d'une culture partagée et d'outils communs notamment d'évaluation.

L'étude de cette conduite de projet a été, pour mon futur métier de directrice d'hôpital, une source d'enseignements précieuse et cela à deux titres. Elle m'a tout d'abord permis d'appréhender l'ampleur des évolutions qui ont été celles du secteur de la psychiatrie puis du champ de la santé mentale pour permettre de penser aujourd'hui collectivement la prise en charge globale de la personne présentant des troubles psychiques. D'ailleurs, sur ce point se sont développées, pendant la pandémie COVID sur les territoires, des démarches inspirantes en termes d'organisation de la santé mentale et de coordination de ses différents acteurs qui seront des sources d'inspiration sur lesquelles capitaliser pour l'avenir.

Elle m'a ensuite permis d'appréhender le rôle de management inter professionnel et d'animation de territoire que le directeur d'hôpital est amené à jouer dans ce type de conduite de projet mais aussi l'importance de miser sur la force du collectif. C'est en effet le travail en équipe qui donne du sens à un projet, le nourrit à travers l'intelligence collective et lui permet de voir le jour de manière concrète et adaptée sur le terrain. « *Aucun de nous seul ne sait ce que nous savons tous ensemble* (Euripide) ».

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Ministère de la santé publique et de la population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non publiée au Journal officiel

Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, Journal officiel du 3 avril 1990

Ministère de la santé, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Journal officiel du 3 janvier 2002

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, Journal officiel du 27 janvier 2016

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Décret n°2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire, Journal officiel du 28 octobre 2016

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, Journal officiel du 29 juillet 2017

Documents institutionnels

ANAES, Réseaux de santé, grille d'évaluation, 2004

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, L'organisation des centres médico-psychologiques, bonnes pratiques organisationnelles & retours d'expériences, 2008

IRDES, Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie, 2012

ANAP, Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale, première approche, 2015

ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, méthodes et outils pour les territoires, 2016

ANAP, Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale, retours d'expériences, 2016

ANAP, Présentation lors de la journée CCOMS, 2018

HAS, La coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, état des lieux, repères et outils pour une amélioration, 2018

Ministère des affaires sociales et de la santé, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, 2018

IRDES, Atlas de la santé mentale en France, 2020

Ministère des affaires sociales et de la santé, Recommandations COVID applicables à l'organisation des prises en charge en ambulatoire dans les services de psychiatrie et les établissements sanitaires autorisés en psychiatrie, 2020

Ministère des affaires sociales et de la santé, Dossier de presse le Ségur de la santé, les conclusions, 2020

Ouvrage et articles

Bloch A., Hénaut L., Coordination et parcours, la dynamique du monde sanitaire, social et médico-social, DUNOD, 2014

Hospimédia, Le ministère souhaite pérenniser des innovations en santé mentale liées au COVID, 2020

Revue hospitalière de France, Communautés psychiatriques de territoire, quatre ans après la loi de 2016, quel bilan ?, Juillet-Août 2020

Rapports

Laforcade M., Rapport relatif à la santé mentale, 2016

IGAS, Rapport sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, 2017

Fiat C., Wonner M., Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, 2019

IGAS, Bilan d'étape des GHT, 2019

Documents du GHT 45

GHT 45, Projet médical partagé du GHT du Loiret, 2017

Documents de la CPT du Loiret

CPT du Loiret, Convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice du Loiret, 2019

CPT du Loiret, Règlement intérieur de la communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice du Loiret, 2019

CPT du Loiret, Diagnostic territorial partagé du projet territorial de santé mentale, 2020

CPT du Loiret, Document de définition des objectifs stratégiques et opérationnels en vue de l'élaboration du projet territorial de santé mentale, 2020

CPT du Loiret, Méthodologie d'élaboration du projet territorial de santé mentale, 2020

Documents de l'EPSM Daumézou

EPSM Daumézou, Livret d'accueil, 2016

Démarches territoriales

CPTS d'Indre et Loire, Fiche projet, 2019

CPT du Grand est, Diagnostic partagé et PTSM, 2019

Mémoire

Du Bois de Meyrignac V., La pertinence de l'émergence d'une communauté psychiatrique de territoire, nouvel outil de coopération en santé mentale, EHESP, 2017

Site Internet

ADESM, Journée d'étude sur les nouvelles territorialités en psychiatrie et santé mentale, 2017 : <http://www.adesm.fr/journee-detude-nouvelles-territorialites-en-psychiatrie-et-sante-mentale/>

ARS Centre Val de Loire, cartographie des GHT, 2019 : https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/system/files/2018-03/GHT_R24_2018_03.pdf

CPT haute Garonne, Présentation du GHT et de la CPT, 2017 : https://www.ch-marchant.fr/web/Gerard_Marchant/212-le-ght-et-la-cpt.php

Liste des annexes

Annexe n°1 : liste des membres de la CPT du Loiret

Annexe n°2 : liste des personnes auditionnées pour la réalisation du mémoire

Annexe n°1 : liste des membres de la CPT du Loiret

Collège 1 : établissements de santé publics ou fédération représentant les établissements de santé publics

- EPSM Daumézon
- CH de l'agglomération montargoise
- GHT 45

Collège 2 : associations représentant les usagers

- UNAFAM
- UDAF du Loiret

Collège 3 : établissements de santé privés ou fédération représentant les établissements de santé privés

- Cliniques spécialisées en psychiatrie

Collège 4 : établissements sociaux ou médico-sociaux publics, privés ou associatifs ou fédération représentative

- Association APLEAT (CSAPA) et AMARA 45 (MDA)
- CH Paul Cabanis, personnalité qualifiée représentant les EHPAD publics
- Association APAJH 45 (foyer, ESAT, FAM, SAVS)
- Association AIDAPHI (secteurs de la protection de l'enfance et de la cohésion sociale notamment)
- Association PASSERELLE 45 (SAVS, SAMSAH, GEM)
- Association la Sainte Famille (EHPAD), personne représentant la FEHAP
- Institut les Cents Arpents (foyer, ESAT, SAVS)
- Association Anaïs (FAM)

Collège 5 : profession de santé libérale

- CPTS d'Orléans, personne représentant l'URPS-ML Centre Val de Loire

Collège 6 : représentant des collectivités territoriales

- Vice-président du CLSM

Annexe n°2 : liste des personnes auditionnées pour la réalisation du mémoire

Nom et prénom	Fonctions
Niveau national	
Marc Bétrémieux	Chef de pôle de psychiatrie au CH d'Hénin-Beaumont, vice-président de la CPT Artois-Audomarois et coordinateur national des CPT
Christian Burgi	Directeur de l'EPSM Val de Lys-Artois à Saint-Venant, président de la CPT Artois-Audomarois et secrétaire général adjoint de la coordination nationale des CPT
Céline Descamps	Secrétaire générale de la CPT Rhône métropole et membre du bureau national de l'ADESM
Julie Malaterre	Chargée de mission au sein de la direction des affaires générales du CH Gérard-Marchant, dont le directeur est président du COFIL de la CPT de la Haute-Garonne et du Tarn-Ouest et coordinateur national des CPT
Niveau régional	
Emmanuelle Carreau	Cheffe de projet régionale santé mentale au sein de l'ARS Centre-Val-de-Loire
Niveau départemental ou infra départemental	
Jean-Marie Aurouze	Président de l'UNAFAM, membre de la CPT
Martine Aurus	Responsable du service départemental de l'ASE
Aurore Billet	Directrice adjointe des affaires générales, médicales et de la qualité au sein de l'EPSM Daumezon en charge de la mise en place de la CPT et de l'élaboration du PTSM
Julie Beauvais	Coordnatrice du CLSM de la métropole orléanaise
Véronique Bly	Directrice de la clinique belle allée et de la clinique du Pont de Gien, membre de la CPT
Jean-Yves Boisson	Directeur de l'EPSM Daumezon, représentant de la CPT du Loiret et délégué régional de l'ADESM

Véronique Cornu	Directrice adjointe de l'Institut les Cents Arpents, membre de la CPT
Jean-Luc Davigo	Directeur du CH de l'agglomération Montargoise, membre de la CPT
Emmanuel Farcy	Directeur activité cohésion sociale de l'association interdépartementale pour le développement des actions en faveur des personnes handicapées et inadaptées (AIDAPHI), membre de la CPT
Pascal Gaillard	Directeur des soins à l'EPSM Daumézon, membre de la CPT et en charge du pilotage des CLSM
René Girard	Directeur de l'association passerelle 45, membre de la CPT
Claire Monoury	Directrice de l'association la sainte famille, membre de la CPT
Alice Perrain	Présidente de la CPTS d'Indre et Loire
Gilles Varin	Directeur du GHT 45

MARTIN	Camille	10-2020
DH Promotion 2019-2020		
La communauté psychiatrique de territoire et le projet territorial de santé mentale, des outils au service d'un management territorial stratégique et opérationnel des acteurs de la santé mentale, l'exemple du Loiret		
PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :		
<p>Résumé : La coordination dans le champ de la santé mentale est une politique ancienne qui peine à se rénover dans un contexte d'accroissement de la demande. Les constats sont connus de tous à savoir l'inégal accès à des soins de qualité sur le territoire, un système de soins complexe et difficile à appréhender tant pour les professionnels que pour les usagers et une coordination insuffisante entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux qui a comme conséquence l'absence de fluidité des parcours des personnes présentant des troubles psychiques. La loi du 24 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé tente d'apporter un nouveau souffle à l'organisation de la santé mentale sur le territoire en rappelant dans sa définition la logique de parcours et la nécessaire approche globale du patient mais aussi en créant un nouveau dispositif de coordination, la communauté psychiatrique de territoire, et son corollaire, le projet territorial de santé mentale. La loi du 24 janvier 2016 offre ainsi une belle occasion aux différents acteurs intervenant en santé mentale sur un même territoire de rénover leur coordination et de penser la manière de faire de leur territoire un territoire de projet autour du patient afin d'assumer leur responsabilité populationnelle. Ce mémoire propose d'étudier de quelle manière, sur un territoire donné, celui du Loiret, les acteurs se sont emparés des outils de la loi et ont fait de la communauté psychiatrique de territoire et du projet territorial de santé mentale des outils permettant de mettre en place un management territorial, stratégique et opérationnel des acteurs de la santé mentale sur un territoire.</p>		

Mots clés : communauté psychiatrique de territoire, projet territorial de santé mentale, santé mentale, management

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.