



Le projet territorial de santé mentale du Rhône (69)

DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE

Adopté en Assemblée générale le 26/09/2019

SOMMAIRE :

- 1/ Introduction**
- 2/ Portrait de territoire(s)**
- 3/ Constats et ambitions pour le PTSM 69**
- 4/ Axes de progrès priorités**
- 5/ Perspectives pour l'élaboration de la feuille de route**

ANNEXES :

- 1/Liste des sigles**
- 2/ Propositions du collectif des personnes concernées**
- 3/ Propositions issues des Etats généraux des personnes concernées vivant ou ayant vécu des troubles psychiques**
- 4/ Note de cadrage destinée aux groupes de travail**
- 5/ Grilles de synthèse des groupes de travail**
- 6/ Notes complémentaires des groupes de travail**
- 7/ Contributions des territoires de proximité**
- 8/ Grille de priorisation complète (séminaire du 14 juin)**
- 9/ Lettre de cadrage et avenant**

1/ INTRODUCTION

Le diagnostic territorial partagé du Rhône est le fruit d'une démarche partenariale initiée par les membres de la Communauté psychiatrique de territoire Rhône-Métropole¹ et conduite pendant près de 10 mois sur la base de la lettre de cadrage adoptée lors de l'Assemblée générale inaugurale du 19 novembre 2018, en cohérence avec le cadrage défini par le Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, qui confère un rôle central à la Commission spécialisée en santé mentale du Conseil territorial de santé, sur laquelle est assise l'Assemblée générale.

L'élaboration du diagnostic territorial s'est faite conformément aux choix arrêtés collectivement dans la lettre de cadrage, à savoir :

- Une place centrale conférée au sein de la gouvernance et des travaux aux personnes directement concernées par des troubles psychiques
- Une participation large des acteurs des différents territoires constitutifs de la circonscription du Rhône (constituée de la Métropole de Lyon et du département du Rhône)
- Une inscription du PTSM en tant que soutien et accélérateur de la démarche globale de transformation en cours dans tous les domaines de la santé mentale, dont le dénominateur commun est l'approche par le rétablissement

La priorité donnée au pragmatisme et à l'efficacité et le choix subséquent de se concentrer sur les leviers de progrès susceptibles d'apporter le plus de bénéfices aux personnes concernées, s'est traduite par l'adoption lors de l'Assemblée générale de novembre 2018 de trois orientations prioritaires : la prévention, la précocité des interventions et le développement des pratiques orientées rétablissement.

La concertation régulière des grandes parties prenantes du territoire, régulateurs et financeurs de la santé mentale, dont l'ARS, le Département du Rhône, la Métropole de Lyon, la MDMPH, la DDCS, à l'occasion des réunions du Comité de pilotage mais aussi lors de rencontres individuelles, a permis de s'assurer en permanence de la convergence des visions stratégiques et tactiques au regard des politiques existantes² et des modalités de conduite du projet.

¹ Composée des CH Le Vinatier, Saint Jean de Dieu et Saint Cyr au Mont d'Or, de la FNAPSY, de l'UNAFAM et de la Coordination 69 Soins psychiques et réinsertions.

² En référence notamment aux documents programmatiques existants : Projet régional de santé 2018-2028, Projet Métropolitain des Solidarités 2017-2022 de la Métropole de Lyon, Schéma des Solidarités 2016-2021 du Département du Rhône, et aux démarches engagées (Logement d'abord...)

Le pari de faire des personnes concernées un acteur déterminant de la dynamique du PTSM a été réussi, grâce à la constitution d'un Collectif des personnes concernées d'une dizaine de personnes très actif au sein du Comité de pilotage comme des groupes de travail et à la co-présidence du Comité de pilotage par un membre de ce Collectif³. Par ailleurs, des Etats généraux des personnes vivant ou ayant vécu des troubles psychiques⁴ se sont tenus à Lyon les 4 et 5 avril 2019. Leurs conclusions ont été intégrées dans le diagnostic du PTSM.

De l'avis de tous, la place prise par les personnes concernées au sein du PTSM du Rhône et leurs propositions contribuent à changer les postures et les regards pour une meilleure prise en compte des besoins et des attentes des usagers et une évolution plus pertinente des services offerts en santé mentale. En conséquence, il est admis que cette dynamique doit être poursuivie, amplifiée et doit essaimer largement.

La mobilisation des territoires de proximité, qui constituait une étape à part entière du diagnostic, a été menée grâce à l'investissement fort des coordonnateurs des CLSM, ASV et CCAS sur la Métropole et des chefs de service autonomie des territoires d'action de solidarité sur le Département.

La démarche consistant à relier étroitement la conduite globale du PTSM et les acteurs de terrain sera approfondie dans la phase d'élaboration de la feuille de route. Elle est en effet cruciale pour s'assurer que l'ensemble des leviers retenus au sein du diagnostic seront déclinés conformément aux attentes, aux spécificités populationnelles et aux ressources des territoires. Elle est également indispensable pour que les pratiques dont la diffusion est jugée souhaitable pour améliorer les parcours des personnes concernées puissent être effectivement appropriées par l'ensemble des acteurs. Ainsi les effets systémiques du projet, son adaptation aux réalités locales, la mobilisation des acteurs opérant sur le terrain seront renforcés.

Au total, ce diagnostic est volontairement peu descriptif. Il s'inscrit dans une logique de mobilisation et de contribution des acteurs⁵, de conjugaison de leurs expertises, puis de convergence et d'arbitrage transparent en fonction d'abord de l'intérêt des personnes concernées, puis de la faisabilité. De ce fait, il se présente sous la forme d'un bref portrait des territoires et de la formulation de 5 grands constats et 6 grandes ambitions qui font référence aux principaux axes de progrès prioritaires par le Comité de pilotage et l'Assemblée générale.

Par souci de lisibilité, les axes de progrès retenus sont ensuite regroupés au sein de 7 grandes thématiques. Ces axes ont vocation à être déclinés concrètement en actions dans la feuille de route qui sera élaborée à partir de l'automne 2019, à l'issue de la validation du diagnostic territorial partagé par le Directeur général de l'ARS.

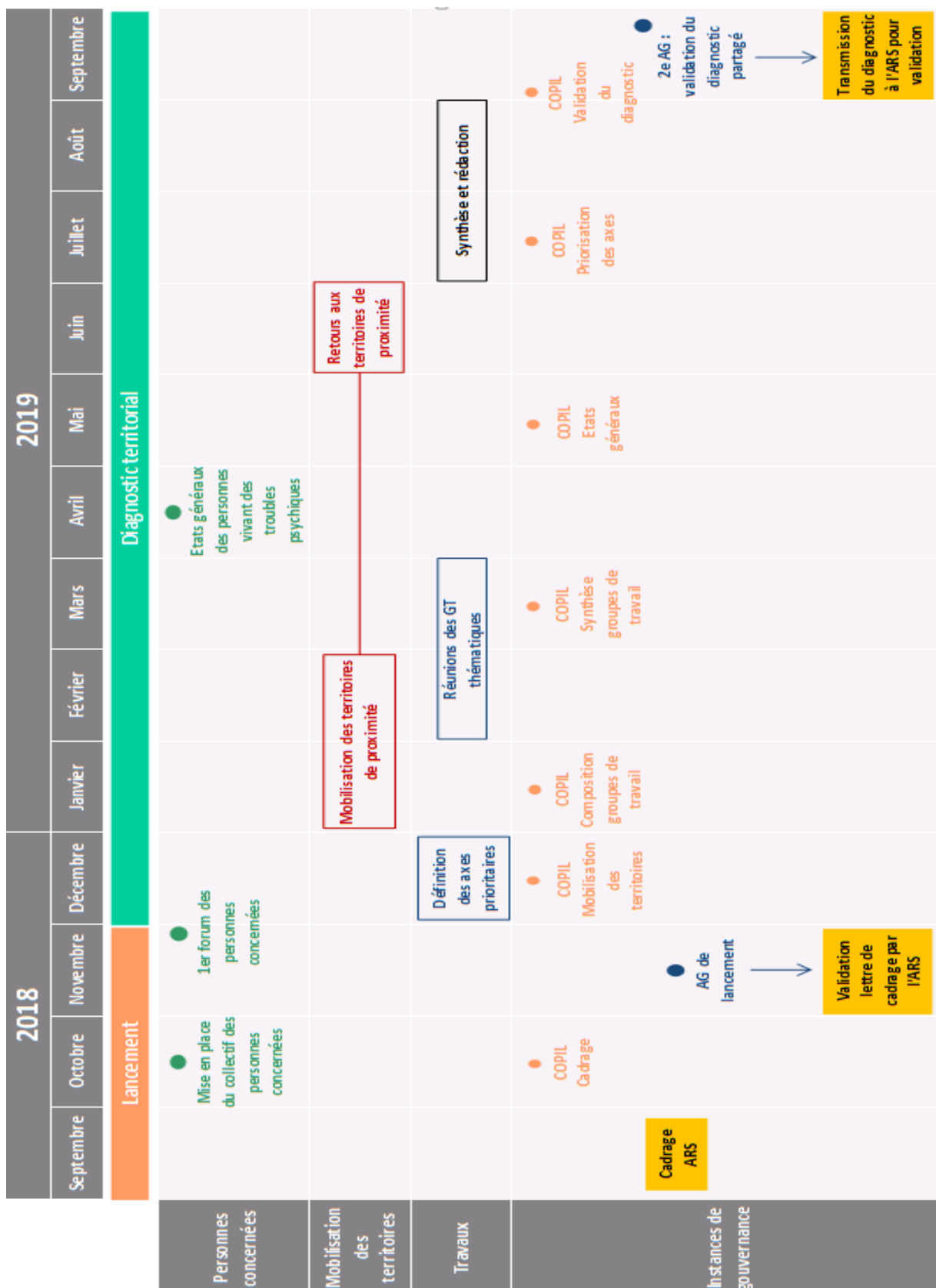
³ Il convient à ce titre de souligner que cette co-présidence, non prévue initialement dans la Lettre de cadrage, a été permise grâce à la revendication portée par un membre du Collectif lors du premier Comité de pilotage.

⁴ Cette manifestation co-organisée par la Coordination 69, AMAHC et les conseils locaux de santé mentale a réuni près de 200 personnes concernées issues de tout le territoire du Rhône.

⁵ Environ 200 personnes, professionnels, personnes concernées, aidants, ont participé aux groupes de travail.

L'ensemble des travaux ayant permis d'aboutir aux axes de progrès prioritaires, dont les travaux des groupes de travail, les propositions formulées par le Collectif des personnes concernées et les conclusions des Etats généraux, figurent en annexes de ce document.

Schéma récapitulatif des différentes étapes clef de la phase de diagnostic



Focus sur les modalités de priorisation des axes de progrès :

Il convient de rappeler que ces modalités de priorisation s'inscrivent dans la démarche de convergence et de participation du PTSM en faveur d'une vision globale : rencontre avec les acteurs, Comité de pilotage, décision en Assemblée générale. Cette convergence s'est traduite, notamment, par une méthodologie et le choix de 3 orientations prioritaires.

Les axes issus des travaux du diagnostic, au nombre initial de 150, ont fait l'objet d'un travail de priorisation préparé au cours d'un séminaire ayant rassemblé en juin 2019 les membres de l'équipe projet et du groupe de contact⁶, les critères de priorisation ayant été arrêtés en Comité de pilotage. Les résultats ont ensuite été présentés et discutés lors du Comité de pilotage du 2 juillet 2019.

Chaque axe a été coté de 1 à 4* en fonction de **l'importance du sujet pour les personnes concernées**, en prenant en compte les sous-critères suivants :

- Le bénéfice attendu pour les personnes concernées, entendu comme l'impact global de l'axe de progrès sur la qualité de vie tout au long de la vie
- L'étendue du besoin, entendu comme le nombre de personnes ciblées par l'axe de progrès sur le total de personnes concernées
- Le potentiel d'entraînement, entendu comme la capacité de l'axe de progrès à susciter des effets vertueux « en cascade »
- La conformité aux orientations prioritaires du PTSM 69 (prévention, précocité des interventions, développement des pratiques orientées rétablissement).

A l'issue de ce processus, les axes classés en 4 ont été cotés en fonction de leur **faisabilité**, appréciée au regard des sous-critères suivants :

- L'existence de bonnes pratiques et/ou pratiques mises en œuvre avec succès ailleurs
- La faisabilité juridique
- La faisabilité économique, y compris par des coûts évités

**4 : bénéfice majeur*

3 : bénéfice important

2 : bénéfice moyen

1 : bénéfice insuffisant

⁶ Composé du président de l'Assemblée générale, des trois coprésidentes du Comité de pilotage, incluant une représentante des personnes concernées, des directeurs des établissements de service public en psychiatrie, d'un responsable du secteur médico-social et de la cheffe de projet.

Focus sur les modalités de présentation des axes de progrès prioritaires :

Les axes de progrès prioritaires sont présentés dans ce diagnostic selon une double logique :

- Dans la partie 3/, ils illustrent et déclinent les 6 ambitions définies pour le PTSM, qui sont à vocation globale et systémique.
- Dans la partie 4/, ils sont versés dans l'une des 7 thématiques retenues pour constituer les groupes de travail qui seront en charge de proposer une opérationnalisation des axes en fiches action dans le cadre de la feuille de route.

2/ PORTRAIT DE TERRITOIRE(S)

Considération liminaire : en raison de la complexité du territoire, il a été décidé de ne pas réaliser de recensement de l'ensemble des offres et ressources présentes, cette étape n'apparaissant pas comme un préalable indispensable à l'élaboration du diagnostic.

Composé sur le plan du découpage territorial de la Métropole de Lyon et du Département du Rhône, le territoire du PTSM se singularise par un dynamisme important reflété par ses indicateurs globaux de population et de ressources, mais aussi par de très forts contrastes en termes tant géographiques que socio-économiques.

	POPULATION PAR DEPARTEMENT au 1 ^{er} janvier 2016	TAUX BRUT DE NATALITE (‰) au 1 ^{er} janvier 2015	INDICE DE VIEILLISSEMENT au 1er janvier 2014, nombre de plus de 65 ans pour 100 jeunes de moins de 20 ans
Ain	640 400	11	61,5
Allier	343 000	8.7	118,0
Ardèche	325 400	10	98.7
Cantal	145 800	7.7	134
Drôme	506 200	11.4	81
Isère	1 261 000	11.9	64.6
Loire	762 100	11.9	85
Haute-Loire	227 400	9.6	93.9
Puy-de-Dôme	649 800	10.2	88.7
Rhône	1 840 800	14.5	61.8
Savoie	431 800	10.8	78
Haute-Savoie	807 200	12.5	60.7
AuRA	7 941 000	11.9	74.1

Source : PRS AuRA 2018-2028

POPULATION	Rhône	AuRA	France
Densité (hab/km ²) 2013	547.8	113	104
Evolution 2008-2013 (%)	+ 5,3 %	+ 4%	+2,8 %

Source : Atlas santé mentale

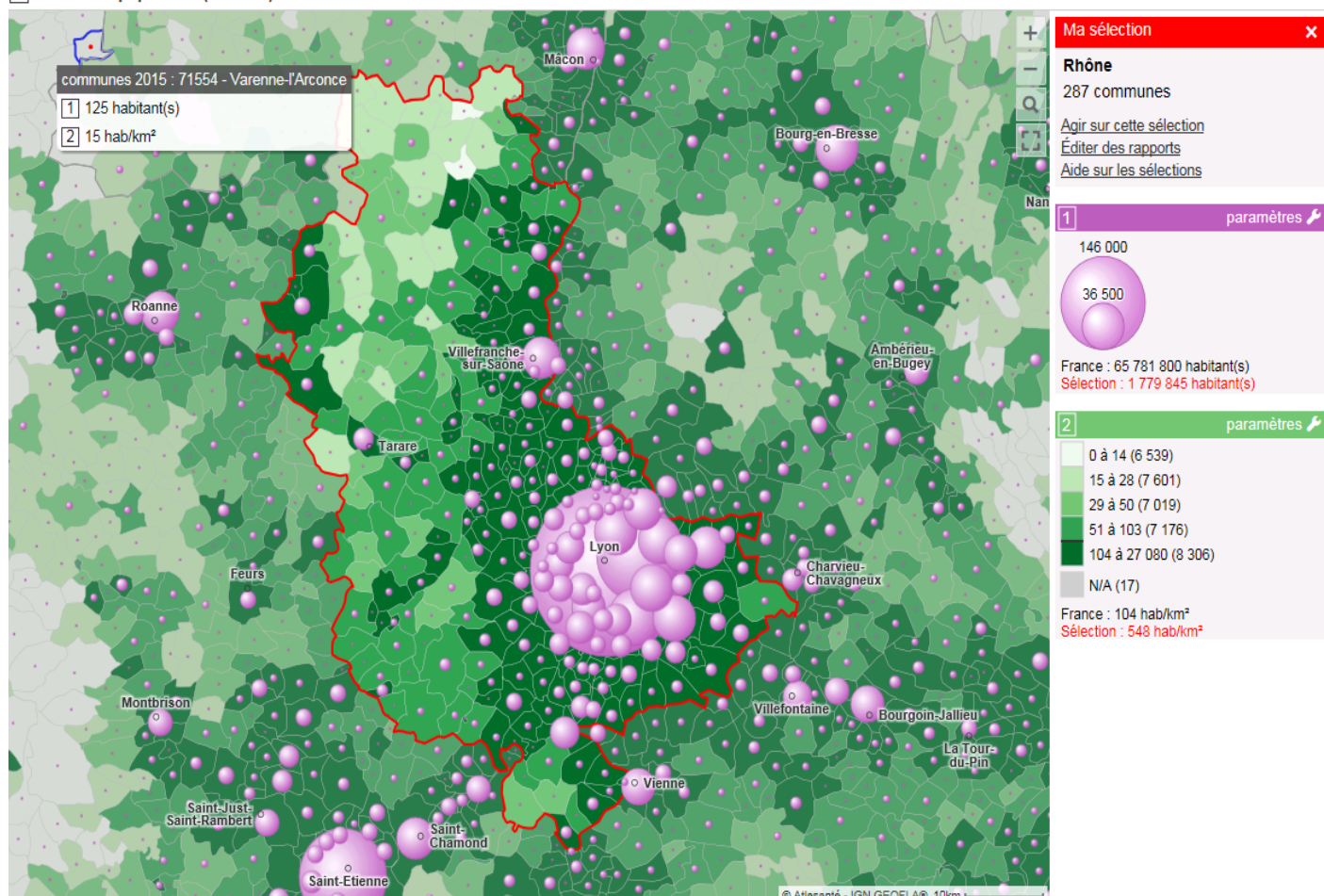
Le territoire du Rhône se caractérise globalement :

- Par des zones urbaines et ultra-urbaines (Lyon et les communes avoisinantes, Villefranche-sur-Saône) caractérisées par une forte densité de population, des revenus en moyenne plus élevés (avec de forts contrastes internes), des facilités de déplacement notamment en transports en commun
- Des zones péri-urbaines et semi-rurales, en Métropole de Lyon et sur le Département du Rhône, parfois marquées par la présence de zones en quartier politique de la ville (Tarare notamment)
- Des zones très rurales, situées en particulier sur le territoire du Département du Rhône (nord, ouest et sud-ouest), caractérisées par une faible densité de population, un faible réseau de transports en commun, un vieillissement de la population, un isolement social important.

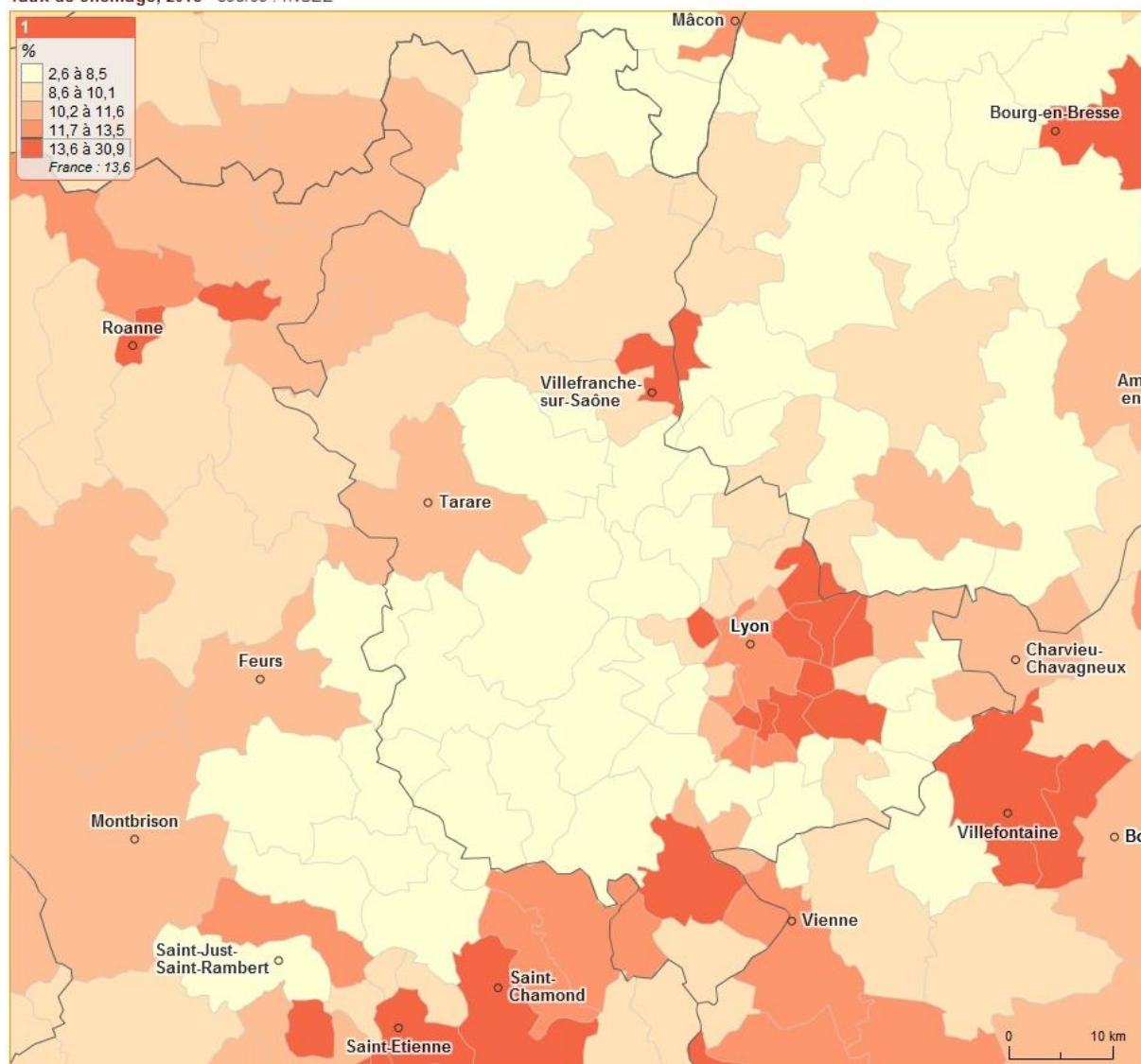
Les cartes ci-après donnent un exemple des disparités infra-territoriales pouvant être constatées (effectif et densité de population ; taux de chômage).

- 1 Effectif de population générale (habitant(s)) 2013
- 2 Densité de population (hab/km²) 2013

ACTIONS ⚙



Taux de chômage, 2013 - source : INSEE



Les indicateurs d'offre sanitaire présentent la même ambiguïté : s'ils sont relativement bons en termes globaux, ces chiffres masquent en réalité d'importantes inégalités à l'intérieur des territoires. Ainsi si le site Les pages jaunes⁷ recense 205 psychiatres pour la ville de Lyon, Villefranche-sur-Saône n'en compte que 10 et Tarare un seul.

⁷ Consulté le 29/07/2019

OFFRE SANITAIRE	Rhône 69	Auvergne-Rhône-Alpes	France
Densité de médecins généralistes	176,9	157,8	155,2
Densité de lits de psychiatrie à temps complet (pour 100 000 hab)	146,5	110,6	105,8
Dont % lits en secteur privé lucratif	33,5	24,1	23,2
Densité de CMP (pour 100 000 hab)	3,6	4,5	4,2
Densité de places à temps partiel (HDJ – Hospitalisation de nuit)	43,7	36,9	37,3
Densité de psychiatres :			
-Tous modes d'exercice	38,1	23	23
-Dont libéraux ou mixtes	16,3	9,7	9,9
-Dont salariés hospitaliers	19,8	12,1	11,4
Population couverte par un CLSM	55,2 %	28,7 %	24,3 %

Source : Atlas de la santé mentale – SAE INSEE 2015

Sur le versant médico-social, l'offre pour enfants s'avère déficitaire et déséquilibrée au détriment des IME et des SESSAD, tandis que pour les adultes, le taux d'équipement tend à s'approcher de la moyenne nationale. Toutefois, le taux de places dédiées au handicap psychique est très inférieur à la moyenne nationale pour l'une et l'autre population.

OFFRE MEDICO-SOCIALE (DREES Enquête ES)		Département : 69 - Rhône		Région : Auvergne-Rhône-Alpes		France entière	
		Nb places/10 000 hab.	Nb places dédiées au handicap psychique/10 000 hab*.	Nb places/10 000 hab.	Nb places dédiées au handicap psychique/10 000 hab.	Nb places/10 000 hab.	Nb places dédiées au handicap psychique/10 000 hab.
ENFANTS	Total toutes structures MS confondues	79,0	19,2	94,2	16,8	92,7	25,9
	Dont I.M.E.	33,3		43,5		47,6	7,6
	Dont I.T.E.P.	18,1		14,7		10,7	9,8
	Dont SESSAD	27,6		36,0		34,5	8,4
ADULTES	Total toutes structures MS confondues	41,0	8,6	44,6	6,9	43,6	15,7
	Dont M.A.S.	3,2		4,3		5,4	1,2
	Dont F.A.M.	6,8		6,9		5,2	2,1
	Dont ESAT	21,7		23,2		23,2	8,8
	Dont SAVS et SAMSAH	9,3		10,2		9,8	3,7
PERSONNES AGEES	EHPAD	460,4		534,2		-	-

Source : Scan santé, 2017. Données de population : recensement INSEE 2014.

*Ratio calculé pour les enfants : nombre de places / 10 000 habitants de moins de 18 ans ; pour les adultes : nombre de places/10 000 habitants de plus de 18 ans.

Par ailleurs, en l'absence de système informatisé permettant de consolider des données, ces chiffres ne disent rien des conditions d'accès effectif à l'offre médico-sociale, des indicateurs tels que les délais d'attente, le taux d'accès à une solution conforme à la notification de la CDAPH, le taux de rotation des places en établissement, n'étant pas disponibles à ce jour. Le sentiment des équipes de la MDMPH est toutefois que les dossiers concernant les personnes avec handicap psychique connaissent le plus fort taux d'augmentation et les difficultés de traitement les plus importantes.

Le déploiement à venir de Via Trajectoire devrait permettre la lisibilité des orientations de la MDMPH et celle des listes d'attente dans chaque structure. Ce déploiement a démarré sur le territoire de la Métropole, et est prévu à compter du 2^{ème} semestre 2019 sur le département du Rhône.

En ce qui concerne le sanitaire, les délais d'accès à un premier rendez-vous en CMP ont été calculés lors de l'enquête menée par l'ARS en 2015

Parcours- accès aux soins Enquête CMP ARS 2015	Rhône	Rhône-Alpes
Délai moyen 1 ^{er} rdvs CMP hors urgence	73,19 jours	67,09 jours
-Psychiatrie générale - Psychiatrie infanto-juvénile		21 jours 116 jours

Les indicateurs relatifs au parcours fournis par l'Atlas de la santé mentale, même s'ils s'inscrivent dans des tendances régionale et nationale, traduisent les nombreuses zones de risque rencontrées par les personnes concernées dans leur parcours de santé mentale :

- Des durées d'hospitalisation (en moyenne cumulée sur une année) relativement longues.
- Un déficit de suivi en amont et en aval d'une hospitalisation, témoignant d'un manque de prise en charge précoce des signes d'alerte, d'un recours insuffisant ou d'une absence de médecin généraliste traitant, d'un manque de continuité vers des soins spécialisés ambulatoires.
- Un taux de recours aux soins sans consentement particulièrement important.

Parcours	Rhône 69	AuRA	France
Durée moyenne d'hospitalisation pour troubles de l'humeur (RIMP-P 2015)	47,9 jours	40,1	33,2
Durée moyenne d'hospitalisation pour troubles sévères (RIMP-P 2015)	81	72,8	70,5
Part de patients hospitalisés au long cours (depuis plus d'un an) (RIMP-P 2015)	3,6 %	3	2,9
Part des patients sans suivi en amont ⁸			
- troubles sévères	21,8 %	19 %	20 %
- Troubles de l'humeur	11,1 %	11,2 %	14,1 %

⁸ Aucun contact avec médecin généraliste, psychiatre ou CMP l'année précédant l'hospitalisation en psychiatrie

Part des patients sans suivi spécialisé en aval ⁹ (troubles sévères)	41,8 %	39,6 %	40 %
Part des patients sans contact avec leur médecin traitant 2 mois après sortie			
- Troubles sévères	71,9 %	67,9 %	66,8 %
- Troubles de l'humeur	52,8 %	51,1 %	50,5 %
Part des patients ayant eu les 3 actes de prévention classiques (troubles sévères)	34,5	39,9	43,6
Part de patients hospitalisés n'ayant pas déclaré de médecin traitant (troubles sévères)	16,1 %	13,7 %	14,5 %
Taux de recours aux soins sans consentement (tous modes légaux) pour 100 000 hab	166,5	143,1	132,9

Source : Atlas de la santé mentale, cohorte SNIIRAM-RIMP 2012-2013

Enfin, si 11 groupes d'entraide mutuelle (GEM) existent sur le territoire, l'accès à ces dispositifs d'entraide demeure très inégal en fonction du territoire de vie, 9 GEM étant situés sur la Métropole de Lyon, contre 2 seulement sur le Département du Rhône (Villefranche-sur-Saône et l'Arbresles).

Au 31 décembre 2017	
Nombre de GEM handicap psychique dans le Rhône	Nombre de GEM handicap psychique région AuRA
11	43

⁹ Aucun contact avec psychiatre ou CMP l'année suivant la sortie d'hospitalisation en psychiatrie

3/ CONSTATS ET AMBITIONS POUR LE PTSM 69

LES 5 GRANDS CONSTATS ISSUS DES TRAVAUX DU DIAGNOSTIC	
1.	<p>Il existe à ce jour trop peu d'accès à des soins orientés rétablissement. Parallèlement, les travaux démontrent :</p> <ul style="list-style-type: none">- un intérêt pour les pratiques et dispositifs innovants- une ouverture des professionnels ayant participé à la démarche à un changement de modèle reposant sur une évolution des pratiques et des postures : co-construction avec les personnes concernées, promotion de l'aller vers, des prises en charge précoces, des liens renforcés avec la médecine générale...
2.	<p>Il existe trop de ruptures dans les parcours et ces ruptures sont trop peu traitées. Sont en cause :</p> <ul style="list-style-type: none">- Les temps d'attente pour l'accès aux soins et la mise en place des accompagnements- Le manque de fluidité et de souplesse dans l'accès aux dispositifs et leur fonctionnement- Les cloisonnements multiples entre acteurs- Un système globalement peu organisé pour réagir aux situations d'alerte.
3.	<p>L'inclusion en milieu ordinaire est propulseur dans le parcours de rétablissement. Or, le processus d'inclusion dans la cité (logement, travail, vie sociale et loisirs) et en milieu ordinaire est trop peu pro-actif, faute d'enclenchement suffisamment rapide de la mise en œuvre d'un projet de vie. Les délais et les étapes imposées occasionnent renoncements et pertes de chance.</p>
4.	<p>Il n'est pas de parcours orienté rétablissement possible sans coopération et actions coordonnées des acteurs. Tous les acteurs sont simultanément contributeurs au parcours :</p> <ul style="list-style-type: none">- les soins seuls sans possibilité de mobiliser un accompagnement adapté créent l'échec- réciproquement les solutions d'accompagnement même les plus innovantes sont impossibles à mettre en œuvre et à réussir sans la possibilité de compter sur des soins ambulatoires adaptés.
5.	<p>Le territoire est marqué par d'importantes inégalités territoriales (zones très rurales, à faible densité de population et de services vs zones très urbaines bien desservies) et sociales (fortes inégalités de revenus et d'accès à l'éducation et à la culture) qui entraînent des disparités fortes d'accès aux soins et aux accompagnements.</p>

LES 6 AMBITIONS A DECLINER DANS LA FEUILLE DE ROUTE

Ambition		Axes de progrès principaux reliés
1.	<p>Ambition de donner aux personnes les capacités d'être actrices de leur santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dès le plus jeune âge, à travers le soutien aux compétences psychosociales - à travers le soutien aux compétences parentales - pour les personnes concernées par un trouble psychique, en leur donnant les moyens de connaître et gérer leur pathologie et de solliciter une relation plus horizontale et partenariale avec les professionnels du soin et de l'accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer les programmes de renforcement de la santé mentale à l'école (compétences psychosociales, sentinelles et référents...) - Systématiser l'accès à la psychoéducation - Développer les postures collaboratives dans les soins et la rédaction de plans de crise conjoints - Développer une cartographie numérique des ressources avec des arbres décisionnels
2.	<p>Ambition de permettre aux personnes concernées d'être parties prenantes de la conception, de l'organisation et de l'évaluation des réponses, dispositifs et pratiques de santé mentale, y compris à travers la reconnaissance de leur savoir expérientiel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Systématiser la présence des personnes concernées dans toutes les instances et les lieux de réflexion et décision en santé mentale - Développer la pair aideance professionnelle - Développer les actions de déstigmatisation, notamment envers le public jeune, avec des personnes concernées
3.	<p>Ambition pour développer une dynamique d'innovations : pair aideance professionnelle, prise en charge précoce des premiers épisodes psychotiques, case management, infirmiers de pratique avancée (IPA), travail d'abord, logement d'abord....</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la pair aideance professionnelle - Mettre en place la prise en charge précoce des 1ers épisodes psychotiques - Développer la fonction de case management - Développer la formation et le recours aux IPA - Développer l'emploi d'abord et le job coaching - Développer le logement d'abord et les modalités innovantes d'étayage de la personne dans son logement
4.	<p>Ambition de construire des réponses (soins-accompagnement) à partir des besoins et attentes des personnes concernées, en se</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer une offre d'accompagnement adaptée aux jeunes

	détachant d'une vision centrée sur l'institution et avec une exigence forte sur les droits des personnes.	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels aux pratiques orientées rétablissement - Revoir les pratiques d'hospitalisation
5.	<p>Ambition de développer des parcours coordonnés de rétablissement privilégiant le milieu ordinaire et l'accès direct au logement et/ou à l'emploi souhaités. Ces parcours doivent reposer sur la mobilisation concomitante des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un logement - des interventions de soins modulables (dans leur nature et leur intensité) en fonction de la personne - le respect des choix de la personne - une absence de barrières à l'accès - une délimitation des missions de chacun 	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'accès à la réhabilitation psychosociale de manière précoce et en proximité - Développer les modalités de suivi partenarial médecine générale/psychiatrie et intégrer la santé mentale aux CPTS¹⁰ (structuration du premier recours en santé mentale) - Axes logement et emploi (notamment emploi d'abord et logement d'abord) - Systématiser l'aide aux aidants et la psychoéducation des familles - Définir des règles communes d'organisation et de pilotage des CMP
6.	<p>Ambition de développer des solutions de prévention et de gestion de la crise en ambulatoire. Plus globalement, volonté de développer la flexibilité et la réactivité dans le fonctionnement des dispositifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développer la formation aux premiers secours en santé mentale et au repérage de la crise suicidaire - Apporter une réponse ambulatoire et mobile aux situations de crise - Développer les alternatives à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile - Mettre en place une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements de l'aide sociale à l'enfance

NOTA :

Il est proposé dans ce premier PTSM, au stade de son diagnostic, de ne pas retenir prioritairement d'axes portant sur des populations spécifiques, mais de penser l'inclusion de ces publics dans chaque axe de progrès retenu : aussi la déclinaison des axes de progrès au sein de la feuille de route veillera-t-elle à tenir compte des difficultés particulières des publics vulnérables.

¹⁰ Communautés professionnelles territoriales de santé

4/ AXES DE PROGRES PRIORISES

LECTURE :

Axes en bleu : axes principaux (cotation 4 sur échelle de 1 à 4)

Axes en gris : axes cotés en 3 :

- Déclinaisons d'axes en bleu (sous-axes)
- Autres axes

THEMATIQUE 1 : PERSONNES CONCERNEES – PAIR AIDANCE –ENTOURAGE		
IMPLICATION DES PERSONNES CONCERNEES	Axe principal	Systématiser la présence des personnes concernées dans les instances et tous les lieux de décision, réflexion (dont les groupes de travail) et formation en santé mentale, dans une position de collaboration. Accompagner les structures dans cette évolution
	Sous-axes	- Pérenniser l'implication des usagers à travers le collectif des personnes concernées
		- Prendre en charge les frais des personnes concernées bénévoles y compris dans le cadre du PTSM
		- Former les personnes ayant des troubles psychiques à leurs droits sur la base du modèle onusien des droits humains
PAIR AIDANCE	Axe principal	Développer la pair aide professionnelle dans les services de soins et d'accompagnements dès l'entrée dans la maladie pour faciliter l'engagement dans les soins (notamment en intra hospitalier dès les urgences)
	Axe principal	Structurer la pair-aide professionnelle (formation, référentiel de compétences, analyse de la pratique...) Structurer leur accueil dans les structures (formation des équipes, missions...)
ENTRAIDE	Autre axe	Développer les GEM et le clubhouse sur les zones blanches
ENTOURAGE	Axe principal	Systématiser l'aide aux aidants de manière précoce jusqu'au stade de la psychoéducation (acteurs du parcours de rétablissement)
	Sous-axes	- Organiser le répit pour les familles et les aidants

		- Développer la pair aideance parentale /entraide entre parents
		- Développer l'écoute, le soin groupal familial et la formation par des pairs familiaux

THEMATIQUE 2 : RETABLISSEMENT –REHABILITATION PSYCHOSOCIALE –JEUNES ADULTES		
LA PERSONNE ACTRICE DE SES SOINS	Axe principal	Systématiser l'accès à la psychoéducation et à l'éducation à la santé : le patient acteur de sa santé et de son parcours dès le début de la prise en charge
	Autre axe	Organiser l'évaluation des médecins et de la qualité des soins par les patients
	Axe principal	Développer les postures collaboratives dans les soins (= collaboration soignant/soigné) : relation horizontale, information sur tous les soins possibles, participation au choix du traitement/prise en compte des préférences de la personne et effets secondaires des traitements dont effets sur la vie sexuelle, information sur tous les échanges d'information avec les partenaires (dont médecin généraliste)
	Sous-axe	- Développer la rédaction de plans de crise conjoints dès l'entrée dans les soins
REHABILITATION	Axe principal	Développer l'accès à la réhabilitation psychosociale de manière précoce (au plus proche du diagnostic) et en proximité, dans le cadre d'une coopération entre les acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux et d'une complémentarité de leurs interventions (pas de rupture entre les soins et le transfert des acquis)
RETABLISSEMENT	Axe principal	Former les professionnels du champ enfant et adulte aux pratiques orientées rétablissement, avec un focus sur la question de la prescription (psychiatres), et intervention des personnes concernées : <ul style="list-style-type: none"> - Au cours de la formation initiale (soignants, travailleurs sociaux...) - En formation continue
	Sous-axe	Améliorer le respect des recommandations de bonnes pratiques pour ne pas entraver les capacités, en tenant compte en particulier des effets indésirables des médicaments

JEUNES ADULTES	Axe principal	Mettre en place la prise en charge précoce des 1ers épisodes psychotiques conformément aux bonnes pratiques
	Sous-axe	- Développer une offre d'accompagnement adaptée aux jeunes (préférence pour logement autonome, priorité maintien travail-études), intégrant la culture, les loisirs, l'accompagnement des familles
	Axe principal	Modéliser et développer les dispositifs et modalités d'accompagnement innovants, notamment sans notification MDPH

THEMATIQUE 3 : PREVENTION - PROMOTION DE LA SANTE - DESTIGMATISATION		
PREVENTION	Axe principal	Déployer la formation aux premiers secours en santé mentale et au repérage de la crise suicidaire
	Autre axe	Reconnaître et positionner les acteurs de promotion de la santé et de prévention (collectivités, associations, PMI, MDA, PAEJ...) notamment en premier niveau de réponse, avec une mission "d'aller vers"
DESTIGMATISATION	Axe principal	Développer les interventions de déstigmatisation envers le public en intervenant avec des personnes concernées, notamment pour parler de la maladie psychique à l'école primaire, dans les collèges et les lycées, avant que les représentations négatives soient fixées
	Autre axe	Développer les actions de formation aux troubles psychiques et de lutte contre la stigmatisation dans les services hospitaliers de soins somatiques
PROMOTION DE LA SANTE	Axe principal	Développer les programmes de renforcement de la santé mentale à l'école (compétences psychosociales, estime de soi, gestion des émotions..), par exemple via le parcours éducatif en santé, le service sanitaire...: développer les capacités des enfants/jeunes à lutter contre les facteurs de stress et renforcer leur santé mentale positive Etendre le programme "Sentinelles et référents"

**THEMATIQUE 4 : STRUCTURATION PREMIER RECOURS - COORDINATION PSYCHIATRIE-
MEDECINE GENERALE – ACCES AUX SOINS AMBULATOIRES – PRATIQUES DE SOINS**

COORDINATION MEDECINS GENERALISTES- PSYCHIATRIE STRUCTURATION DU PREMIER RECOURS	Axe principal	Développer les dispositifs de suivi partenarial médecine générale/psychiatrie (démarche collective de coordination professionnelle psychiatrie/médecine générale), incluant le conseil au suivi de patients avec troubles psychiques par médecins généralistes
	Axe principal	Développer la mixité des compétences dans les lieux de soins (professionnels de la psy en centres de santé, locaux communs CMP/centre de santé ou maison de santé pluriprofessionnelle) => structurer le premier recours en santé mentale autour des soins primaires (communautés professionnelles territoriales de santé /CPTS, structures d'exercice coordonné)
	Sous-axe	- Mobiliser les infirmiers de santé publique Asalée pour l'éducation thérapeutique des personnes avec troubles psychiques / orienter vers la santé mentale les dispositifs de soutien à la médecine générale
ACCES AUX SOINS AMBULATOIRES (PSYCHIATRIE DE SERVICE PUBLIC)	Axe principal	Généraliser des règles d'organisation des CMP pour réponse à la 1ère demande / définir un cadre commun d'organisation, de pilotage et d'évaluation des CMP
	Sous-axe	- Redimensionner les moyens extrahospitaliers des secteurs en fonction des territoires (sociologie des publics, caractéristiques géographiques...)
	Sous-axe	- Réviser les règles de sectorisation pour permettre la continuité des parcours de soins des personnes SDF et des personnes hébergées en ESMS (établissement social et médico-social) en proximité du lieu de vie
PRATIQUES DE SOINS	Autre axe	Renforcer la formation au diagnostic et à la prise en charge du psychotraumatisme
	Autre axe	Développer les thérapies brèves
	Autre axe	Déployer les infirmiers de pratiques avancées

	Sous-axe	Développer le recours à la télé médecine (téléconsultation, téléexpertise..)
--	-----------------	------------------------------------------------------------------------------

THEMATIQUE 5 : PREVENTION, ANTICIPATION ET PRISE EN CHARGE DE LA CRISE ET DE L'URGENCE		
PREVENTION DES SITUATIONS DE CRISE- PRISE EN CHARGE DES URGENCES *Le domicile s'entend y compris en structure d'hébergement.	Axe principal	Développer les soins alternatifs à l'hospitalisation, dont les soins intensifs à domicile* ("Hospitalisation à domicile »" psy)
	Axe principal	Mettre en œuvre une équipe mobile de pédopsychiatrie en direction des établissements d'accueil d'enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance
	Axe principal	Avoir une réponse mobile au domicile* en réponse aux signalements/alertes des familles, professionnels pour améliorer l'accès aux soins et l'engagement dans les soins, incluant un travailleur pair
	Axe principal	Intervenir rapidement avec des réponses ambulatoires et mobiles pour des personnes non connues, non adhérentes aux soins : <ul style="list-style-type: none"> - En prévention des situations de crise (premiers signes de décompensation) - Sur les situations d'urgence
	Axe principal	Intervenir rapidement avec des réponses ambulatoires et mobiles pour des patients connus : <ul style="list-style-type: none"> - En prévention des situations de crise (premiers signes de décompensation) - Sur les situations d'urgence
	Sous-axe	- Avoir des dispositifs de prise en charge de la crise en amont / pouvoir solliciter un lieu de soin en amont de l'urgence (objectif : réduire les soins sans consentement)
	Autre axe	Mettre en œuvre des pratiques orientées rétablissement à travers la prise en charge de la crise et de l'urgence et notamment à travers la présence de pairs, la qualité de l'accueil des familles
	Autre axe	Avoir un circuit des urgences limitant le nombre d'étapes avant l'arrivée dans l'unité d'hospitalisation

	Autre axe	Former les professionnels de l'urgence (SAMU, pompiers, Service d'accueil des urgences) à l'accueil et la prise en charge des troubles psychiques
--	------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

THEMATIQUE 6 : LISIBILITE – ORIENTATION – COORDINATION DU PARCOURS - CLSM		
LISIBILITE – ORIENTATION	Axe principal	Améliorer la connaissance des dispositifs et des ressources du territoire : créer un annuaire/cartographie numérique des ressources (répertoire des structures, des ressources d'écoute et de soutien existant dans l'environnement immédiat..) consultable et à jour avec des arbres décisionnels pour faciliter l'orientation : - facile d'accès et de compréhension - co-construit avec les personnes concernées
	Sous-axe	- Créer une plateforme d'orientation (numéro unique) à disposition des personnes et des familles
COORDINATION DU PARCOURS *Le logement s'entend y compris en structure d'hébergement	Axe principal	Développer la fonction de coordinateur de parcours et/ou case manager garant du projet de la personne Co-construire le profil du coordonnateur de parcours et/ou case-manager avec les personnes concernées
	Axe principal	Développer les parcours coordonnés combinant logement*- accompagnement dans le logement - interventions de soins- respect des choix de la personne-absence de barrières à l'accès - délimitation des missions de chacun et penser les dispositifs de coordination adaptés (plateforme, GCSMS....)
	Axe principal	Pouvoir mobiliser un suivi ambulatoire systématique et accompagnement adapté en sortie d'hospitalisation
CLSM	Autre axe	Développer les CLSM sur les zones blanches et pérenniser ceux qui existent
	Autre axe	Développer la coordination des CLSM (cadre territorial harmonisé, actions partagées, indicateurs communs d'impact)
	Autre axe	Articuler les CLSM avec les Contrats locaux de santé (CLS) et les CPTS

THEMATIQUE 7 : EMPLOI ET LOGEMENT		
MAINTIEN-ACCES A L'EMPLOI	Axe principal	Développer l'accompagnement à l'emploi en milieu ordinaire (job coaching, emploi accompagné...)
	Axe principal	Développer les solutions avec accès direct et faibles conditionnalités : accès direct à l'emploi (modèle IPS - Individual placement and support)
	Axe principal	Développer les dispositifs de "mise à l'emploi" dynamiques : plateformes de repérage et de mise à l'emploi (intégrant les acteurs de la réhabilitation)
	Axe principal	Améliorer la reconnaissance et la prise en compte réelle des capacités de travail des personnes avec pathologie psychique (représentations des professionnels, notifications...)
LOGEMENT	Axe principal	Etudier les possibilités de développement et de diversification de la palette de solutions de logement (du logement collectif au logement autonome) et d'accompagnement dans le logement, notamment :
	Sous-axe	- les solutions avec accès direct et faibles conditionnalités (logement d'abord)
	Sous-axe	- l'étayage dans le logement, dont les modalités innovantes (telle la mise en commun de la PCH) pour construire des solutions de logement/accompagnement coordonnées avec la psychiatrie
	Sous-axe	- le logement autonome (baux glissants, diffus...)
	Sous-axe	- les appartements d'essai pour permettre à la personne d'identifier ses souhaits de logement
	Sous-axe	- les solutions adaptées aux personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiques sévères
	Autre axe	Avoir des modalités définies et connues d'interpellation des acteurs et de traitement des situations de difficultés dans le logement pour des personnes en rupture de soins

5/ PERSPECTIVES POUR L'ELABORATION DE LA FEUILLE DE ROUTE

La feuille de route du PTSM a vocation à :

- traduire en actions opérationnelles les axes de progrès prioritaires au sein du présent diagnostic, en traitant les questions des porteurs, des ressources mobilisables (existantes ou à trouver) et de l'accompagnement du changement.
- proposer un ordonnancement global de la mise en œuvre de ces actions sur les 5 ans du PTSM
- prévoir le dispositif d'implémentation et d'évaluation du PTSM et du contrat territorial de santé mentale qui sera signé en suivant avec l'ARS.

Les travaux devront prendre en compte les caractéristiques et ressources des territoires, afin d'ajuster les solutions proposées et de les décliner le cas échéant de manière adaptée aux territoires. Pour cela, le lien avec les acteurs des territoires de proximité, en particulier les coordonnateurs des instances de coordination locales en santé mentale (CLSM, ASV, CCAS,...) sera approfondi.

Il est proposé :

- De reconduire globalement les participants aux groupes de travail du diagnostic, tout en faisant une place aux acteurs n'ayant pas ou peu participé au diagnostic.
- De reconfigurer les groupes de travail sur la base des thématiques de regroupement des axes de progrès prioritaires

GT	Thématiques à traiter
GT 1	PERSONNES-CONCERNEES-PAIR AIDANCE – ENTOURAGE
GT 2	RETABLISSEMENT-REHABILITATION PSYCHOSOCIALE - JEUNES ADULTES
GT 3	PREVENTION-PROMOTION DE LA SANTE - DESTIGMATISATION
GT 4	COORDINATION PSYCHIATRIE/MEDECINE GENERALE – STRUCTURATION PREMIER RECOURS - ACCES AUX SOINS AMBULATOIRES-PRATIQUES DE SOINS
GT 5	PREVENTION, ANTICIPATION ET PRISE EN CHARGE DES SITUATIONS DE CRISE ET D'URGENCE
GT 6	LISIBILITE-ORIENTATION – COORDINATION DU PARCOURS – CLSM
GT 7	EMPLOI – LOGEMENT

Par ailleurs, un 8^{ème} groupe, composé de représentants des grandes parties prenantes sera amené à se réunir pour faire des propositions sur le dispositif global de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PTSM.

Chaque groupe de travail veillera à ce que ses propositions répondent aux six ambitions.

La méthodologie sera précisée et approfondie en lien avec le Comité de pilotage.

PROPOSITION DE CALENDRIER (à titre indicatif)

DATE	QUOI	OBJECTIF(S)
OCTOBRE	Communication sur le diagnostic	Diffusion du diagnostic, réception et analyse des retours

	Séminaire avec les coordonnateurs des territoires de proximité	Appropriation du diagnostic et réflexion sur les modalités de déclinaison en relation avec les ressources/acteurs/caractéristiques de chaque territoire
NOVEMBRE – FEVRIER	Réunions des groupes de travail pour la feuille de route	Proposer les fiches action
DECEMBRE - FEVRIER	Groupe transversal implémentation-suivi-évaluation	Proposer un dispositif global de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du PTSM
FEVRIER	Forum des personnes concernées	Concertation sur les propositions de fiches
FEVRIER – MARS	Finalisation des fiches action – arbitrages	
MARS	Rencontre des décideurs et financeurs	
AVRIL	Adoption de la feuille de route	En Assemblée générale
	Avis du CTS	
	Transmission à l'ARS	