

BOUCHES-DU-RHÔNE

PTSM



Projets
territoriaux
de santé mentale

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Département des Bouches-du-Rhône
2021-2025

**Comité Régional d'Éducation pour la Santé
Provence-Alpes-Côte d'Azur**
**En partenariat et avec le soutien financier de
l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur**
Décembre 2020



SOMMAIRE

GLOSSAIRE	5
INTRODUCTION	7
Chapitre 1 : MÉTHODOLOGIE	11
1.1. Gouvernance et acteurs du projet	11
1.2. Elaboration du diagnostic territorial	15
1.3. Elaboration des fiches actions	16
1.4. Appui méthodologique de l'animation régionale du CRES	18
Chapitre 2 : DIAGNOSTIC QUANTITATIF	21
2.1. Données relatives aux besoins	21
2.2. Données relatives aux ressources et à l'offre	27
2.3. Données relatives au recours à l'offre	54
Chapitre 3 : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC AU REGARD DES 6 PRIORITES	59
3.1. Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.....	59
3.2. Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.....	63
3.3. Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.....	67
3.4. Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.....	71
3.5. Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques	76
3.6. Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale	80
SYNTHESE DES PROBLEMATIQUES PRIORISEES	84
Chapitre 4 : PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE	87
4.1. Tableau synthétique des fiches actions	88
4.2. Fiches actions.....	92
Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide	93
Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité.....	119

Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	183
4.3. Pilotage et suivi de la mise en œuvre	208
4.4. Evaluation	209
BIBLIOGRAPHIE	211
ANNEXES	215
Annexe 1 : Décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale	219
Annexe 2 : Liste des participants	223
Annexe 3 : Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	229
Annexe 4 : Actions non retenues	245
Annexe 5 : Avis de la Commission santé mentale du Conseil territorial de santé .	246
Annexe 6 : Avis des Conseils locaux en santé mentale du département des Bouches-du-Rhône.....	249

GLOSSAIRE

AAH : Allocation Adulte Handicapé
AME : Aide Médicale d'Etat
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA : Allocation Personnalisée Autonomie
AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
ASE : Aide Sociale à l'Enfance
ASPA : Allocation de Solidarité aux Personnes Âgées
ASV : Allocation Spéciale Vieillesse
ARS : Agence Régionale de Santé
CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CH : Centre Hospitalier
CJC : Consultation Jeunes Consommateurs
CLS : Conseil Local de Santé
CLSM : Conseil Local de Santé Mentale
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de santé
CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CRP : Centre de Rééducation Professionnelle
CRES : Comité régional d'éducation pour la santé
CTS : Conseil Territorial de Santé
DD ARS : Délégation Départementale de Agence Régionale de Santé
EEAP : Etablissement pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA : Equipe hospitalière de Liaison et de Soins en Addictologie
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail
ESJ : Espace Santé Jeune
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé
GEM : Groupe d'Entraide Mutuel
GCSMS : Groupement de Coopération Sociale et Médico-sociale
GHT : Groupement hospitalier de territoire
IME : Institut médico-éducatif
IML : Intermédiation Locative
ITEP : Instituts Thérapeutiques, Educatifs et Pédagogiques
LHSS : Lit Halte Soins Santé
MAS : Maison d'Accueil Spécialisé
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées
MDS : Maison Départementale des Solidarités
ORS : Observatoire régionale de la santé
PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeune
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCPE : Pôle de Compétences et de Prestations Externalisées
PJJ : Protection Judiciaire de la Jeunesse
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RQTH : Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé
RSA : Revenu de Solidarité Active
SAE : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé
SAMSAH : Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVS : Services d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDRE : Soins sans consentement sur Décision d'un Représentant de l'Etat
SESSAD : Services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SIAO : Système Intégré d'Accueil et d'Orientation
SISM : Semaine d'Information en Santé Mentale
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TSA : Trouble du Spectre Autistique

INTRODUCTION

Selon le Haut Conseil de la Santé Publique, « *La psychiatrie - santé mentale est (...) l'une des préoccupations majeures des politiques de santé publique* »¹. Les troubles psychiques ont un impact à la fois sur le plan sanitaire et sur le plan social pour les personnes qui en souffrent. Selon Magaly Coldefy et Coralie Gandre², les personnes souffrant de troubles psychiques ont une espérance de vie inférieure en moyenne de 16 ans pour les hommes et 12 ans pour les femmes. Quelle que soit la cause du décès, leur taux de mortalité est supérieur de 2 à 5 fois à celui de la population générale. Sur le plan social, les troubles psychiques sont générateurs d'exclusion sociale et de stigmatisation³.

La loi de modernisation de notre système de santé mentale⁴ introduit la notion de parcours, qui est, selon le rapport Laforcade⁵, l'une des principales innovations de la loi. Ainsi, il ne s'agit pas seulement de prendre en charge le volet sanitaire et « *soigner* » la personne, mais il s'agit aussi de lui garantir une prise en charge globale incluant l'accompagnement sur les autres aspects de son projet de vie et donc de « *prendre soin* »⁶ d'elle. Cela semble plus que jamais nécessaire dans un contexte où, comme le souligne ce même rapport, les parcours des personnes souffrant de troubles psychiques sont émaillés de nombreuses ruptures : des difficultés d'accès aux soins pour une première prise en charge, un manque de travail en commun entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, des difficultés d'accès à l'emploi, au logement... autant de difficultés qui diminuent la qualité de vie des personnes et qui les limitent dans l'exercice de leur pleine citoyenneté.

Dans son axe « *faciliter au quotidien le parcours de santé* », la loi pose le cadre de la politique de santé mentale qui doit intégrer « *des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale* »⁷ et prévoit dans son article 69 la mise en place de projets territoriaux de santé mentale (PTSM), qui ont pour objectif « *l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* »⁸.

Le décret du 27 juillet 2017⁹ a permis de fixer le cadre d'élaboration des PTSM, en précisant le rôle des agences régionales de santé (ARS), la méthodologie et le contenu des PTSM, ainsi que le délai maximum pour établir les projets. Le décret a également fixé 6 priorités qui doivent être prises en compte :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements ;
- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
- L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;

¹ Haut Conseil de la Santé publique, Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, *HCSP, 2016-04, p. 8* http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015.pdf

² COLDEFY Magali, GANDRE Coralie. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. IRDES. Questions d'économie de la santé. N° 237. Septembre 2018

³ Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012, 41 p.* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf

⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, *JORF n°0022, 2016-01-27, 111 p.* <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

⁵ LAFORCADE Michel, Rapport relatif à la santé mentale, *Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016-10, 190 p.* https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

⁶ Ibid. p. 6

⁷ Art L3222.1 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁸ Ibid.

⁹ Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, *JORF n°0176, 2017-07-29, 4 p.* https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=MVnzi7XdDvww4ZQpBsFDkyrFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=

- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, 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.

Le décret précise également les publics prioritaires : les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous-main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

En prolongement du décret, l'instruction¹⁰ relative aux PTSM est venue préciser les modalités d'association des acteurs, le rôle des ARS, les modalités de mise en œuvre, de contractualisation, de suivi et d'évaluation des projets.

Le décret du 27 juillet 2017 prévoyait initialement un rendu des projets au plus tard dans un délai de 36 mois à compter de sa parution, soit pour fin juillet 2020. Cependant la crise sanitaire due à la Covid-19 et la mise en place d'un premier confinement le 17 mars 2020 ont fortement impacté la poursuite des travaux.

Un nouveau décret du 17 août 2020¹¹ a modifié le délai prévu initialement en le reportant à 41 mois, soit un rendu prévu pour fin décembre 2020.

Le PTSM repose sur deux éléments principaux que sont la territorialisation de l'action et l'implication de l'ensemble des personnes et acteurs concernés. En effet, les projets doivent :

- Se construire à partir de la définition d'un territoire de santé mentale et sur la base d'un état des lieux des ressources et des insuffisances de ce territoire ;
- Inclure l'ensemble des acteurs concernés ou travaillant dans le champ de la santé mentale : patients et usagers, familles de patients, professionnels du sanitaire, du social et du médico-social ;
- Aboutir à la proposition et à la mise en place d'actions concrètes pour les 5 prochaines années.

La contractualisation est précisée par l'art. L. 3221-2 du code de la santé publique (ainsi que dans l'instruction du 15 juillet 2018) selon lequel « *les actions tendant à mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale font l'objet d'un contrat territorial de santé mentale conclu entre l'Agence régionale de santé et les acteurs du territoire participant à la mise en œuvre de ces actions* ». Ce contrat doit définir « *l'action assurée par ses signataires, leurs missions et engagements, les moyens qu'ils y consacrent et les modalités de financement, de suivi et d'évaluation.* »

Dans la continuité d'une politique de santé mentale visant l'amélioration des conditions de vie des personnes et leur inclusion sociale, une feuille de route « *santé mentale et psychiatrie* »¹² est établie par le gouvernement en juin 2018. Cette feuille de route rappelle l'importance d'une « *approche transversale de la politique de santé mentale, territorialisée dans le cadre des projets territoriaux de santé mentale, dans une dynamique d'« aller-vers » et d'empowerment* »¹³.

¹⁰ Instruction n°DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, 15 p. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43485>

¹¹ Décret n°2020-1063 du 17 août 2020 modifiant le délai prévu pour l'élaboration du premier projet territorial de santé mentale, JORF 2020-08-08, 1 p.

<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=XX3CNJtCBdmkwWDfBI4jwyVuWr0oZmjTy5LY7ucMcnS=>

¹² Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Ministère des affaires sociales et de la santé, 2018-06-28, 31 p.

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

¹³ Ibid. p. 4

La feuille de route décline 37 actions qui s'articulent autour de 3 axes :

- Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ;
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

De nombreux usagers, familles d'usagers et professionnels de terrain se sont fortement mobilisés et impliqués pour produire et élaborer ce premier projet territorial de santé mentale, et ce, malgré les changements et les adaptations qui ont été mis en place du fait du contexte sanitaire.

Chapitre I : MÉTHODOLOGIE

I.1. Gouvernance et acteurs du projet

I.1.1. Pilotage et animation du projet

Le projet territorial de santé mentale est piloté par la Délégation départementale de l'agence régionale de la santé des Bouches-du-Rhône, (DDARS13).

L'animation et l'accompagnement méthodologique du projet sont confiés au Comité régional d'éducation pour la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, (CRES)¹⁴.

I.1.2. Comité de pilotage

Constitution

Le comité de pilotage (Copil) est constitué ainsi :

- La DDARS13 ;
- Le CRES ;
- Les pilotes et copilotes des 7 groupes de travail : 6 groupes en fonction des 6 priorités du PTSM et 1 groupe d'usagers¹⁵ ;
- Le Conseil territorial de santé (CTS) ;
- La commission de santé mentale du CTS ;
- Les Contrats locaux de santé mentale (CLSM) des villes de Marseille et de Martigues ;
- Les usagers et familles d'usagers ;
- Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) filière psychiatrie.

A noter qu'en raison de leurs fonctions, certains membres du comité de pilotage ont siégé à deux titres : représentant des usagers et pilote d'un groupe de travail par exemple.

Missions du comité de pilotage

Le Copil a pour missions de :

- Valider le diagnostic territorial ;
- Analyser l'ensemble des problématiques recensées par les groupes de travail et identifier des problématiques récurrentes qui n'auraient été priorisées par aucun groupe ;
- Identifier des acteurs locaux cités ou recensés comme ressources/partenaires/public cible, mais non encore investis dans les groupes de travail ou dans l'écriture du PTSM et qu'il faudrait associer à l'élaboration du projet ;
- Analyser les différentes actions proposées et faire le lien entre elles : redondances, complémentarités, regroupement par grands axes...
- S'assurer de la cohérence globale du projet ;
- Programmer et prioriser les actions sur les 5 années à venir ;
- Valider les propositions de suivi du PTSM13 durant les 5 années.

I.1.3. Groupes de travail

Sept groupes de travail sont constitués :

- 6 groupes thématiques, un pour chacune des priorités fixées par le décret du 27 juillet 2017 relatif au du PTSM, qui sont :
 - ⇒ Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements ;

¹⁴ Le CRES est un centre de ressources en prévention, éducation et promotion de la santé. Parmi ses missions : l'organisation de sessions de formation en éducation pour la santé, le développement de conseil en méthodologie ainsi qu'une mission documentaire.

¹⁵ Pour plus d'information sur la constitution des groupes, voir page suivante le point 1.3. Groupes de travail.

- ⇒ Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale ;
 - ⇒ L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
 - ⇒ La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
 - ⇒ Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, 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.
- 1 groupe constitué exclusivement d'utilisateurs afin de renforcer leur participation et la prise en compte de leur parole.
- Il est à noter que ces derniers peuvent à la fois participer à ce groupe, mais aussi aux 6 autres groupes de travail.

Mobilisation et participation des acteurs

Le 21 mars 2019, l'ARS siège a organisé une journée de lancement et de présentation de la démarche du projet territorial de santé mentale. Les 6 groupes de travail par priorité ont été constitués à la suite de cette présentation.

A partir du mois d'avril 2019, le CRES a démarré l'animation et l'accompagnement méthodologique des acteurs du PTSM.

La mobilisation des acteurs s'est faite sur la base de l'annexe 1 de l'instruction ministérielle du 5 juin 2018¹⁶, qui dresse une liste des acteurs parties prenantes du PTSM¹⁷. Dans cette annexe, on retrouve la typologie d'acteurs suivante¹⁸ :

- Les représentants des personnes et des familles ;
- Les acteurs du sanitaire ;
- Les acteurs sociaux et médico-sociaux ;
- Les services de l'Etat ;
- Les collectivités territoriales et les acteurs de la démocratie sanitaire ;
- Les acteurs de la prévention et promotion de la santé ;
- Les acteurs de la lutte contre les addictions ;
- Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion ;
- Les autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale.

Afin de diffuser le plus largement possible les invitations pour la participation aux groupes de travail, une liste de diffusion est constituée à partir de différentes sources :

- Une liste d'acteurs communiquée par la DDARS13 ;
- Une recherche complémentaire des acteurs par l'équipe du CRES ;
- Des contacts transmis par les participants.

Une communication des différentes dates de rencontres est faite :

- Lors des journées régionales organisées par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et le CRES, dans le cadre de l'animation régionale des PTSM.
- Sur l'Agora social club¹⁹ de l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- Via la lettre électronique mensuelle du CRES.

Par ailleurs, en vue de la mobilisation des acteurs institutionnels, une réunion institutionnelle a été organisée par la DDARS13 le 15 novembre 2019, à laquelle étaient invitées les institutions

¹⁶ Op.Cité

¹⁷ Comme le précise l'annexe 1 de l'instruction ministérielle du 5 juin 2018, il s'agit d'une liste non exhaustive et qui est donnée à titre indicatif

¹⁸ Le détail des acteurs pour chaque typologie se trouve dans les annexes

¹⁹ L'Agora social club est une plateforme collaborative mise en place et gérée par l'ARS qui permet aux acteurs de la santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur de s'informer, se former et partager les bonnes pratiques en santé.
<https://lesagoras.paca.ars.sante.fr/l-agera-social-club>

suivantes : la Caisse primaire d'assurance Maladie (CPAM), la Direction de la sécurité publique, la Direction interrégionale des services pénitentiaires, la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse, La Direction des services départementaux de l'éducation nationale ; La mission citoyenneté et accès aux droits du cabinet du préfet délégué pour l'égalité des chances, la Maison départementale des personnes handicapées, la Direction régionale et départementale de la jeunesse des sports et de la cohésion sociale ; la Caisse d'allocations familiales, La Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; le Conseil départemental, la direction départementale des territoires, l'association des maires, le Centre de ressources politique de La ville de Marseille ; le Groupement hospitalier de territoire ; les Conseils locaux de santé mentale, l'Office français de l'immigration et de l'intégration, la sécurité sociale agricole.

Les acteurs qui ont pu assister à cette réunion sont :

- La Caisse primaire d'assurance maladie ;
- La Direction de la protection judiciaire de la jeunesse ;
- La mission citoyenneté et accès aux droits du cabinet du Préfet délégué pour l'égalité des chances.

Des rencontres sont également organisées entre le CRES et certains acteurs du territoire. Elles ont pour objectif d'expliquer la démarche du PTSM, de mobiliser et d'impliquer de nouveaux acteurs. Les acteurs rencontrés sont :

- Le Service intégré d'accueil et d'orientation des Bouches-des-Rhône, (le SIAO13) ;
- Parcours handicap13, association qui fédère de nombreuses associations œuvrant dans le champ du handicap. L'association a relayé les invitations pour les groupes de travail à l'ensemble de leurs adhérents ;
- Le CoFoR, centre de formation au rétablissement ;
- L'Equipe nationale d'intervention en prévention et santé (ENIPSE), à destination du public lesbiens, gays, bisexuels, transgenres (LGBT+) ;
- Le Dr TINLAND de l'équipe de réhabilitation psychosociale du Pr Lançon de l'AP-HM, dans le cadre du projet du futur centre régional en réhabilitation psychosociale.

Pilotes et copilotes

Chaque groupe de travail a nommé 1 pilote et 1 copilote, parfois soutenus par d'autres volontaires. Leur mission est de :

- Participer au comité de pilotage ;
- Suivre l'avancée du travail d'élaboration des projets d'actions (synthèse des éléments, rédaction des fiches actions...).

Participation des acteurs

Entre avril 2019 et novembre 2020, il y a eu 51 réunions²⁰ de groupes de travail organisées. Soit entre 7 à 8 réunions pour les 6 groupes par priorités et 5 réunions pour le groupe des usagers. Les objectifs de ces rencontres étaient de mobiliser les acteurs du département, de présenter la méthodologie de travail et d'établir un état des lieux des ressources et des problématiques rencontrées sur le terrain par les personnes souffrant de troubles psychiques et par les professionnels concernés par la question de la santé mentale, et enfin d'écrire les fiches actions au regard des problématiques prioritaires.

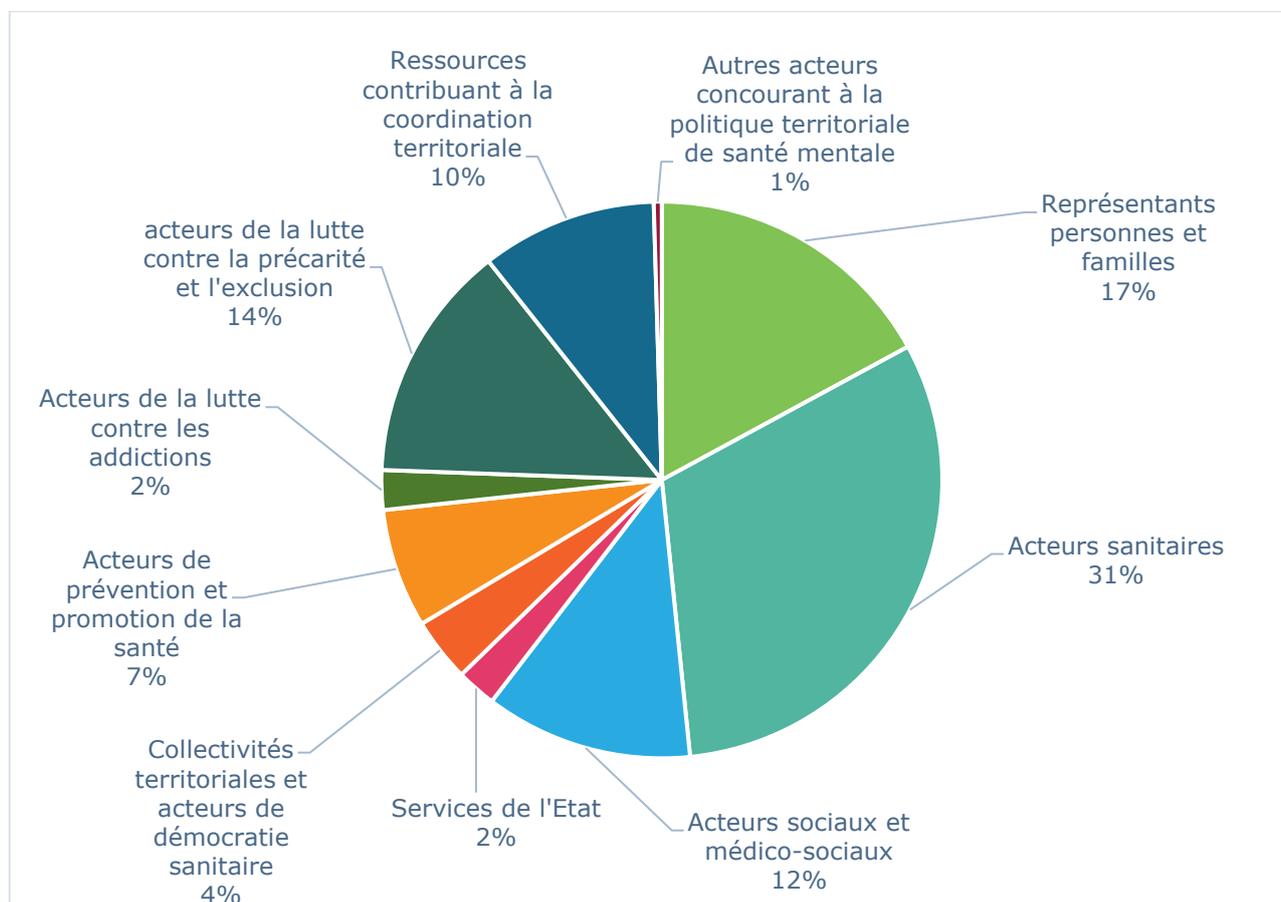
Une matinée en plénière est organisée le 20 novembre 2019, durant laquelle sont présentés :

- Les éléments de diagnostic quantitatifs ;
- Des éléments de diagnostic qualitatifs produits par différents acteurs : le groupe des usagers, le Groupement hospitalier de territoire (GHT), l'Atelier santé ville-santé mentale et le Conseil local en santé mentale (CLSM) de la ville de Marseille.

²⁰ Les comptes rendus des réunions sont publiés sur l'Agora social club : <https://lesagoras.paca.ars.sante.fr/l-agera-social-club>

Au total, 232 personnes ont participé à l'élaboration du diagnostic territorial du PTSM13, dont 217 personnes qui ont participé aux différents groupes de travail²¹. Le graphique ci-dessous donne la répartition selon la typologie des personnes qui ont participé aux différents groupes de travail :

Figure 1: Répartition des acteurs ayant participé aux groupes de travail du PTSM13 selon le champ d'action



Comme le montre le graphique ci-dessus, ce sont principalement les acteurs du champ du sanitaire qui sont le plus représentés avec 31% de la participation totale, puis les usagers et les familles d'usagers avec 17% de participation. L'organisation de la troisième rencontre du groupe d'usagers au sein du Groupe d'entraide mutuelle GEM Club Espoir Provence a permis la participation d'un plus grand nombre d'usagers.

Viennent ensuite les acteurs des champs de la lutte contre la précarité et l'exclusion (14%) et du social et du médico-social (12%).

193 participants proviennent de Marseille, soit 89% des participants, 7 participants d'Aix-En-Provence, 3 participants, respectivement, pour les communes de Salon-de-Provence et Saint-Victoret, 2 participants de la commune de Martigues, 2 pour Aubagne/la Ciotat et 1 participant pour chacune des villes suivantes : Cassis, Chateaufort, La Penne sur Huveaune, La Roque d'Anthéron, Trets, Ventabren, Saint Rémy de Provence.

Afin de respecter une démarche participative et de co-construction par l'ensemble des acteurs pour l'élaboration du PTSM, telle que voulue par le législateur, la participation aux groupes de travail est restée ouverte. De nouveaux acteurs pouvaient rejoindre le projet tout au long du processus d'élaboration.

²¹ L'écart des 15 participants entre la participation totale et la participation aux groupes de travail correspond aux personnes qui ont assisté uniquement à la matinée de la journée plénière organisée le 20 novembre 2019.

Si cela a pu constituer un point positif, respectant ainsi le principe d'élaboration du PTSM et permettant d'élargir les points de vue en intégrant des structures et compétences supplémentaires, cela a néanmoins complexifié l'avancement des travaux. Cela a conduit à un rappel permanent des objectifs du projet et de la méthode, et des difficultés pour les nouveaux participants à s'engager dans le processus.

La fluctuation de la participation aux groupes de travail a également impacté le processus, notamment au moment de la phase d'écriture des fiches actions.

Malgré ces difficultés, il semble important de pouvoir maintenir une participation ouverte afin de respecter l'esprit d'élaboration des PTSM et de permettre une représentativité maximale du territoire.

Le CRES a veillé tout au long de l'animation du projet à la continuité des travaux sans remise en cause des éléments validés par les groupes de travail à chaque étape du processus.

1.2. Elaboration du diagnostic territorial

Le diagnostic territorial comporte deux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif.

1.2.1. Diagnostic quantitatif

Les données recueillies

Le diagnostic quantitatif a été élaboré par l'équipe du CRES. La construction de ce diagnostic s'est basée sur l'instruction ministérielle du 5 juin 2018²² et de son annexe 2 qui donne une liste indicative de données et indicateurs à recueillir.

3 types de données sont recueillies :

- Les données relatives aux besoins ;
- Les données relatives aux ressources et à l'offre ;
- Les données relatives au recours à l'offre de soins.

Les données sont issues de différentes sources statistiques ainsi que des rapports et schémas existants²³, par exemple : les bases de données Atlas santé mentale et de l'Observatoire régional de santé (ORS) ou le schéma départemental en faveur des personnes du bel âge des Bouches-du-Rhône et celui en faveur des personnes handicapées.

La diffusion du diagnostic

Ce diagnostic a été présenté lors de la matinée de la réunion plénière du 20 novembre 2019 et a été par la suite envoyé par mail aux participants, pour qu'ils puissent y apporter des corrections et des compléments.

1.2.2. Diagnostic qualitatif

Les données recueillies

Le diagnostic qualitatif a été réalisé à partir des travaux des 7 groupes de travail. Il vise à identifier les problématiques rencontrées par les acteurs concernés par la question de la santé mentale.

²² Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, 15 p. <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43485>

²³ Se référer à la bibliographie

Ce travail a été complété et enrichi avec des travaux complémentaires et notamment

- Ceux de la filière psychiatrie du GHT qui a élaboré un diagnostic en vue des PTSM, dès 2018 ;
- Ceux des deux CLSM du département, celui de Marseille et celui de Martigues, ainsi que ceux de l'Atelier santé ville-Santé mentale de Marseille, ont également été intégrés.

L'accompagnement par le CRES

Afin d'accompagner les groupes de travail dans leur démarche de diagnostic, l'équipe du CRES s'est appuyée sur la boîte à outils du Ministère des solidarités et de la santé²⁴, et sur la méthodologie proposée par l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)²⁵ à travers la série de webinaires diffusés par l'agence sur le PTSM.

Des ressources bibliographiques élaborées par les documentalistes du CRES ont également été mises à disposition des participants.

1.3. Elaboration des fiches actions

Après la phase de priorisation des problématiques qui s'est achevée en janvier 2020, a débuté la seconde phase du projet, celle de l'élaboration de la feuille de route, qui s'est déroulée de février 2020 à novembre 2020.

1.3.1. Réflexion sur les pistes d'actions

Des réunions organisées en février et mars ont permis à l'ensemble des groupes de travail de réfléchir aux différentes pistes d'actions éventuelles, au regard des problématiques prioritaires. Cette phase a été interrompue par la crise sanitaire due à la Covid-19 et à la mise en place du confinement décrété le 17 mars 2020.

1.3.2. Priorisation des actions

La crise sanitaire a fortement perturbé la poursuite du projet. La phase de priorisation s'est faite en distanciel, de fin mai à juillet 2020.

Durant la période de confinement, pendant laquelle les travaux ont été suspendus, le CRES a travaillé sur l'élaboration d'un tableau recensant l'ensemble des pistes d'actions proposées par les 7 groupes de travail.

Ces pistes ont été croisées avec les actions proposées par le GHT et avec la feuille de route en santé mentale et psychiatrie, et complétées par des exemples d'actions ou expérimentations déjà existantes.

Pré-tri par les pilotes et copilotes

Deux réunions en audioconférence ont été organisées avec les pilotes et copilotes des 7 groupes de travail, le 19 mai et 9 juin 2020. Ces deux réunions ont permis de :

- Valider des critères de priorisation :
Trois de ces critères ont été construits sur la base du décret de juillet 2017 sur les PTSM (qui donne des précisions sur les objectifs du projet) et sur les orientations nationales de la politique de santé mentale et psychiatrie. Les critères retenus sont :
⇒ Action qui répond à la feuille de route santé mentale et psychiatrie²⁶ ;

²⁴ <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>

²⁵ <https://campus.anap.fr/>

²⁶ Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, Feuille de route en santé mentale et psychiatrie, Ministère des solidarités et de la santé, 2018-06-28, 31 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

- ⇒ Action qui favorise le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social²⁷ ;
- ⇒ Action qui permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social²⁸ ;
- ⇒ Faisabilité de l'action (facile à mettre en œuvre, mobilisant les ressources existantes, ne portant pas sur la modification du cadre légal, ne proposant pas d'augmentation de l'offre sanitaire ou médico-sociale, exemples : lits d'hospitalisation supplémentaires, augmentation du nombre de places en MAS, en ESAT...).
- Faire un premier tri des pistes au regard des critères de priorisation définis, ce qui a permis d'obtenir un tableau avec un nombre plus restreint de pistes d'actions²⁹ ;
- Identifier les publics prioritaires désignés dans les textes des PTSM ;
- Réfléchir à la prise en compte de l'impact de la crise sanitaire dans le cadre de l'élaboration des fiches actions du PTSM.

Priorisation par les acteurs

Le tableau des pistes d'actions issu de la phase de pré-tri a été envoyé par mail à l'ensemble des participants aux travaux du PTSM13, afin que chacun puisse procéder individuellement à la priorisation des actions en fonction des critères de priorisation retenus.

Les pistes d'actions devaient être notées de 0 à 3, en fonction de chacun des 4 critères de priorisation :

- 0 : si l'action ne correspond pas du tout au critère
- 1 ou 2 : si l'action correspond plus ou moins au critère
- 3 : si l'action correspond tout à fait au critère

Au total, 53 personnes ont participé à cette étape. Toutefois, cette étape est apparue pour beaucoup de participants très complexe et l'outil proposé pas très adapté.

Par ailleurs, à l'usage, certains des critères choisis pour la priorisation s'avéraient disqualifiants pour certaines actions, telles que celles portant sur la lutte contre la stigmatisation ou le développement des compétences psychosociales. En effet ces actions pouvaient être difficilement notées au regard des critères de prise en charge en ambulatoire ou de coordination.

Un comité de pilotage qui s'est réuni le 16 septembre a permis de statuer sur les projets d'actions qui seraient inscrits dans la feuille de route. Au total ce sont 49 projets d'actions qui ont été retenus, dont un portant sur l'évaluation des adaptations de prises en charge ou des nouveaux dispositifs mis en place pendant le confinement et la crise sanitaire de la Covid-19.

1.3.3. Ecriture des fiches actions

Deux sessions de travail ont été organisées en octobre (en présentiel) et en novembre (en distanciel) 2020, pour l'écriture des fiches actions. Des personnes ressources ont été sollicitées pour contribuer à l'écriture des fiches, en fonction des thématiques. Les acteurs se sont aussi fortement mobilisés pour compléter et finaliser l'écriture des fiches en dehors de ces deux sessions, par des échanges de mails.

Une seule fiche, portant sur la création de « pôles d'urgence » sur le département n'a pas pu être écrite par manque de temps. Elle pourra éventuellement être développée ultérieurement.

Les fiches détaillent les objectifs de l'action, son descriptif et le(s) public(s) cible(s). Les parties estimation du budget, financement et financeur ne sont pas toujours détaillées. En effet, il était difficile pour les acteurs de se projeter sur ces éléments.

²⁷ Décret de juillet 2017 sur les PTSM

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000035315389&categorieLien=id>

²⁸ Ibidem

²⁹ La liste des actions non retenues figure dans les annexes.

En ce qui concerne les porteurs : si certains d'entre eux ont été identifiés pendant les groupes de travail, les actions ne sont toutefois pas restreintes à ces seuls porteurs éventuels. Les actions pourront être mises en place par tout acteur (ayant participé ou non à l'élaboration du PTSM13) et ayant les compétences pour.

Il a été difficile pour certains acteurs de contribuer à l'écriture des fiches quand elles ne correspondaient pas à leur champ d'action.

On retrouve deux types de fiches :

- Des actions prêtes à la mise en œuvre (sous réserve de financement) ;
- Des actions en cours d'élaboration, sous de forme fiches projets qui nécessitent un temps de travail et de maturation supplémentaire.

Le projet territorial de santé mentale n'est pas figé et pourra évoluer sur les 5 prochaines années. Les actions proposées pourront être complétées ou réajustées, de nouvelles actions peuvent être ajoutées, en fonction des nouveaux besoins qui auraient été identifiés.

1.4. Appui méthodologique de l'animation régionale du CRES

L'ensemble des animateurs départementaux des projets territoriaux de santé mentale de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur ont pu bénéficier d'un accompagnement et d'un appui méthodologique de la part du Comité régional d'éducation pour la santé qui s'est vu confier par l'ARS PACA une mission d'animation régionale des PTSM.

Cette méthodologie est transcrite sous la forme d'un guide, alimenté au fil des réunions régionales régulières qui réunissent les animateurs départementaux, les délégations territoriales des ARS, l'ARS siège et le CRES. Les thématiques abordées dans ce guide sont les suivantes :

- Mobilisation partenariale
- Grandes étapes de l'élaboration du PTSM
- Modalités de communication entre le niveau régional et national
- Livrables : avec la définition de 3 livrables à proposer à l'ARS

Huit réunions d'animation régionale ont été organisées durant le processus d'écriture. Ces réunions ont eu pour objectifs

- De partager une méthodologie commune
- D'intégrer les informations et directives nationales aux projets départementaux
- D'enrichir les réflexions des territoires en faire intervenir des acteurs ressource, comme l'ANAP, ou des acteurs experts, comme le centre ressource de réhabilitation psychosociale ou encore le centre régional des psycho traumatismes.

Afin d'accompagner l'écriture des actions qui seront à déployer sur les 5 années à venir dans le cadre des PTSM, le CRES a également proposé un modèle de fiche action.

En parallèle des réunions d'animation régionale, un groupe spécifique « Animation des PTSM » est créé dans l'Agora social club, réseau des professionnels de l'ARS. L'objectif est le partage de l'avancement des projets et des actualités en santé mentale.

En plus de cet accompagnement méthodologique, l'animation régionale a proposé un apport de connaissances par :

- L'organisation de 5 journées régionales thématiques, dont les thèmes sont en lien avec les problématiques identifiées sur le terrain et les actualités ministérielles. L'objectif de ces journées est de permettre un échange et un apport de connaissances, autour de

dispositifs, d'actions et de bonnes pratiques repérés en région ou au niveau national. Le but est de d'inspirer les acteurs des territoires dans leur processus d'écriture. Les intervenants mobilisés ont présenté des actions déployées en France ou ailleurs. Les thèmes et lieux de ces journées sont les suivants :

- ⇒ Les droits et la participation des usagers en santé mentale, des liens nécessaires - Marseille
- ⇒ L'après-contrat : les enjeux d'implantation des projets - Aix-en-Provence
- ⇒ Les bonnes pratiques en santé mentale - Marseille
- ⇒ Précarité et santé mentale, violences et traumatismes - Toulon
- ⇒ Crise et soins sous contraintes - Avignon
- ⇒ La santé mentale, de la petite enfance à l'enfance : prévention, repérage précoce et prise en charge à distance

L'ensemble des contenus de ces journées est à disposition des professionnels.

- Des sélections bibliographiques sur les thèmes abordés lors de ces journées ainsi que sur les 6 priorités des PTSM définies par l'instruction ministérielle. D'autres thématiques de sélections bibliographiques ont été mises à disposition des acteurs, sur demande.

Chapitre 2 : DIAGNOSTIC QUANTITATIF

2.1. Données relatives aux besoins

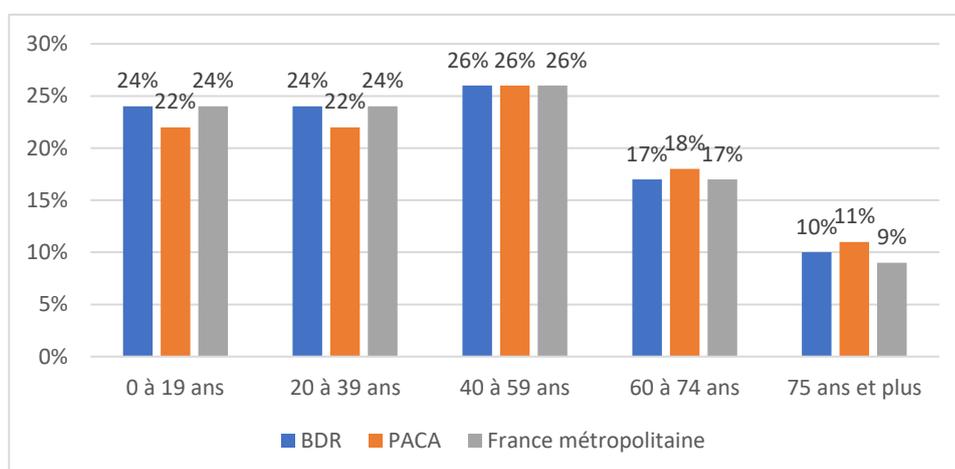
2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population

2.1.1.1. Données démographiques

Au 1^{er} janvier 2019, le département des Bouches-du-Rhône (BDR) totalise 2 035 410 habitants³⁰. Il concentre à lui seul 40% de la population de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA). La croissance démographique a ralenti depuis 2009. Elle est due principalement au solde naturel³¹, qui est de 0,5% ; bien plus élevé que celui de la région (0,2%). A contrario, le solde migratoire³², pour cette même année, a été nul.

Le département se caractérise par une population plutôt jeune, 48% des habitants ayant moins de 40 ans, contre 44% sur l'ensemble de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Figure 2- Répartition de la population selon l'âge, au 1er janvier 2019



Source : Insee. Estimation de la population, (résultats provisoires arrêtés fin 2018)

Les projections de l'INSEE³³ estiment que d'ici 2050 la population des Bouches-du-Rhône atteindrait 2 145 400 ; avec notamment une forte augmentation de la population âgée de plus de 75 ans qui représentera alors 16.3%. Celle-ci connaîtrait la plus forte augmentation par rapport aux autres tranches d'âge.

2.1.1.2. Données socio-économiques

Le département des Bouches-du-Rhône présente des indicateurs de précarité plus marqués que ceux de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

³⁰ Évolution de la population entre 2012 et 2017 et estimation de la population au 1er janvier 2020. Comparaisons régionales et départementales, INSEE, 2020-06-29 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012730>

³¹ Le solde naturel est la différence entre le nombre de naissances et le nombre de décès enregistrés au cours d'une période.

³² Le solde migratoire est la différence entre le nombre de personnes qui sont entrées sur le territoire et le nombre de personnes qui en sont sorties au cours de l'année. Ce concept est indépendant de la nationalité.

³³ Population dans les territoires de Provence-Alpes-Côte d'Azur à l'horizon 2030 et 2050, INSEE, 2017-11-24 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3202958?sommaire=3203271>

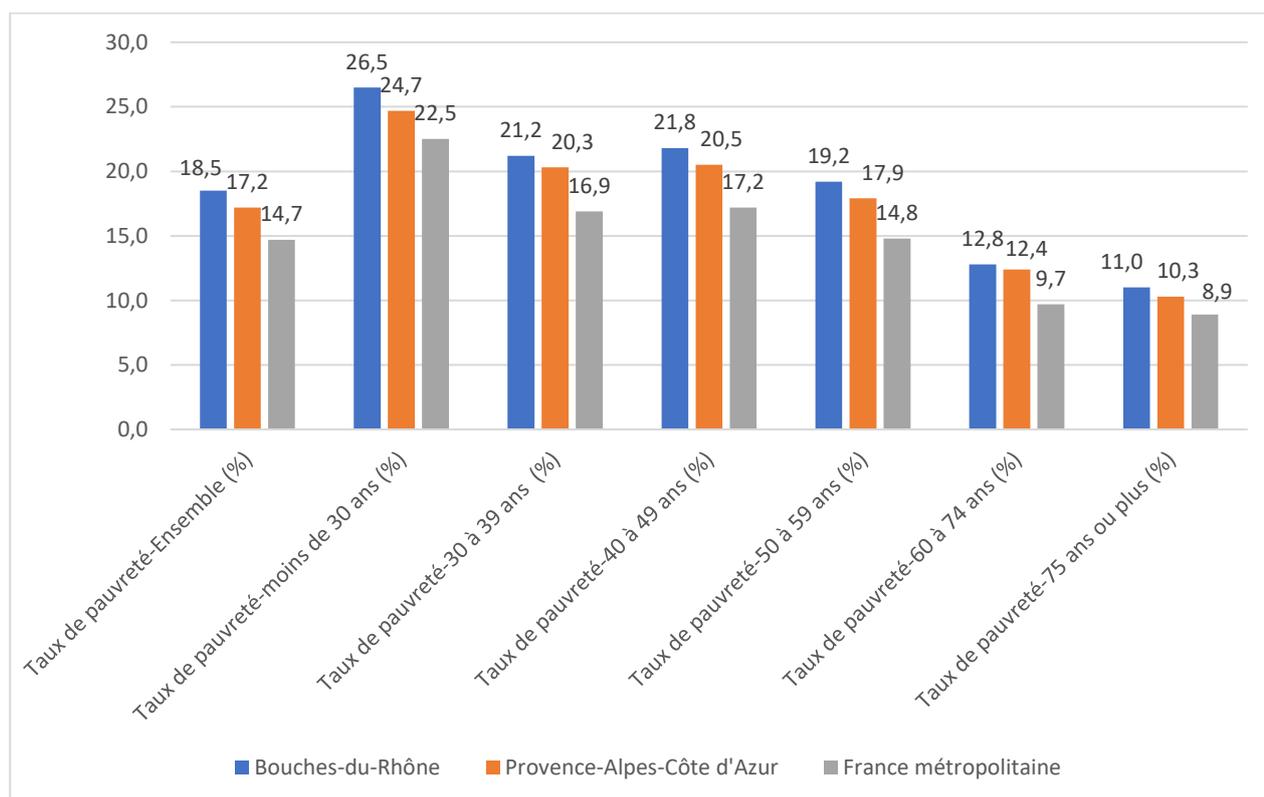
Le taux de pauvreté

Le revenu annuel médian³⁴ en 2016³⁵ était de 20 524 euros, sensiblement le même qu'au niveau régional et national (respectivement de 20 525 euros et 20 809 euros).

Cependant, le taux de pauvreté³⁶ du département de 18,5%, est bien plus élevé que le taux régional et national. Ce taux atteint 26,5% pour les moins de 30 ans, soit plus d'1 habitant sur 4 pour cette tranche d'âge.

Comme présenté dans la figure 2, selon la tranche d'âge de la population, il peut y avoir jusqu'à 4,6 points d'écart entre le taux départemental et le taux national.

Figure 3- Répartition du taux de pauvreté par tranche d'âge, en 2016



Source(s) : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal.

La proportion d'allocataires de minima sociaux

En 2018, le département des Bouches-du-Rhône connaît les plus forts taux d'allocataires du Revenu de solidarité active (RSA) socle, de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) ou de l'Allocation spéciale de vieillesse (ASV) de la région PACA.

Le Revenu de Solidarité Active

Le taux d'allocataires du RSA dans le département 13 s'élève à 6,5%, soit le plus haut de la région. Il est supérieur de 2 points au taux national.

³⁴ Le revenu annuel médian est le salaire au-dessous duquel se situent 50 % des salaires. C'est de manière équivalente le salaire au-dessus duquel se situent 50 % des salaires.

³⁵ Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi). 2016.

³⁶ Selon l'INSEE, le taux de pauvreté, correspond à la proportion d'individus (ou de ménages) dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (exprimé en euros). Le seuil de pauvreté est déterminé par rapport à la distribution des niveaux de vie de l'ensemble de la population. On privilégie en Europe le seuil de 60 % du niveau de vie médian.

Tableau 1- Taux d'allocataires en région, 2018

	RSA				Dont majoré RSA
	Nombre d'allocataires	Évolution 2018/2017 (en %)	Population couverte*	Taux d'allocataires* (en %)	Nombre d'allocataires
Alpes-de-Haute-Provence	4 220	-0,1	7 970	4,7	470
Hautes-Alpes	2 840	1,5	5 050	3,5	300
Alpes-Maritimes	23 540	-2,1	44 230	3,8	2 650
Bouches-du-Rhône	77 310	0,8	165 240	6,5	9 550
Var	31 430	2,2	59 350	5,3	3 200
Vaucluse	17 210	2,6	35 850	5,4	2 030
Provence-Alpes-Côte d'Azur	156 540	0,8	317 680	5,4	18 200
France métropolitaine	1 666 360	0,8	3 343 830	4,4	192 830

*Ensemble des personnes à charge vivant dans les foyers allocataires du RSA (allocataires, conjoints, enfants et autres personnes à charge)

**Le taux d'allocataires est le rapport du nombre d'allocataires à la population des 18-64 ans de 2015

Sources : Insee-Dros - Cnaf - CCMSA. Décembre 2018

L'Allocation spéciale de vieillesse et l'allocation de solidarité des personnes âgées

Concernant l'Allocation spéciale de vieillesse (ASV) et l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), le taux s'élève à 6,1%, soit presque le double du taux national, qui lui s'élève à 3,3%.

Tableau 2-Bénéficiaires d'un minimum vieillesse (ASV ou ASPA), tous régimes, 2018

	Nombre d'allocataires en 2017	Évolution 2017/2016 (en %)	Part des femmes (en %)	Taux d'allocataires*** (en %)	Évolution annuelle moyenne décembre 2016/décembre 2012 (en %)
Alpes-de-Haute-Provence	1 840	- 1,1	52,9	3,7	-0,1
Hautes-Alpes	1 090	- 1,8	56,4	2,8	-2,0
Alpes-Maritimes	16 320	- 0,0	46,6	5,4	0,3
Bouches-du-Rhône	29 160	0,1	50,1	6,1	-0,5
Var	13 260	- 0,7	49,9	4,2	0,1
Vaucluse	6 670	- 4,4	47,7	4,8	0,6
PACA	68 540	- 0,4	49,2	5,2	0,0
France métropolitaine	497 170	- 0,1	55,1	3,3	0,7

*Allocation Spéciale de Vieillesse, **Allocation de Solidarité aux personnes âgées. ***Nombre d'allocataires rapporté à la population âgée de 60 ans ou plus.

Sources : Drees, enquêtes annuelles sur le minimum vieillesse - Insee, estimations de population. Données au 31 décembre 2017

L'Allocation aux adultes handicapés

En 2017, le département des Bouches-du-Rhône présente un taux d'allocataires de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) de 3%. Ce taux est quasi identique aux taux régional et national. Sur l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, 44,6% ont un taux d'incapacité de plus de 80%.

Tableau 3- Allocataires AAH, 2018

	Allocataires AAH (CAF+MSA)			Dont allocataires AAH avec taux d'incapacité de 80 % et plus
	Nombre d'allocataires	Évolution 2018/2017 (en %)	Taux d'allocataires* (en %)	Nombre d'allocataires
Alpes-de-Haute-Provence	3 290	4,9	3,8	1 460
Hautes-Alpes	2 710	6,6	3,5	1 540
Alpes-Maritimes	21 460	1,4	3,6	11 750
Bouches-du-Rhône	34 030	2,0	3,0	15 170
Var	18 840	1,4	3,3	11 950
Vaucluse	9 770	-4,0	3,2	3 800
Provence-Alpes-Côte d'Azur	90 100	1,3	3,2	45 670
France métropolitaine	1 119 160	2,7	3,1	607 290

*Le taux d'allocataires est le rapport du nombre d'allocataires à la population des 20-64 ans de 2015

Sources : Dros - Cnaf - CCMSA - Insee, recensement de la population. Données en décembre 2018

Protection sociale

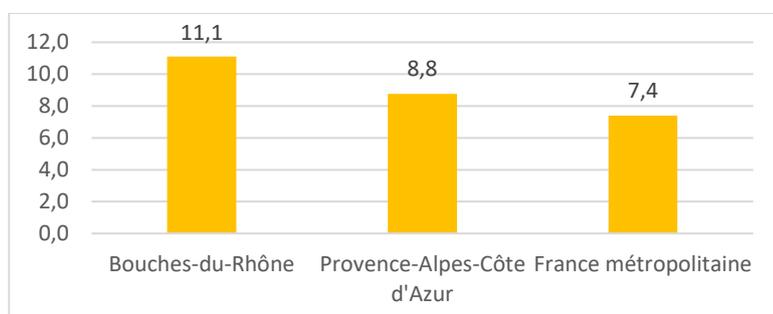
La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

En 2017, le taux de personnes bénéficiaires de la CMU-C dans le département des Bouches du Rhône est de 11,1%, un taux plus élevé que le taux régional et le taux national.

Comparés à la population générale, les bénéficiaires de la CMU-C ont un état de santé plus dégradé. Ils sont également plus exposés à certains facteurs de risque, dont l'obésité, le tabac, mais également la dépression et les troubles psychiques.³⁷

Depuis le 1^{er} novembre 2019 la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont fusionné en un seul dispositif appelé la complémentaire santé solidaire.

Figure 4- Bénéficiaires de la CMU-C, en % de la population totale, 2017



Sources : Données CNAMTS, RSI, CCMSA, Calculs Fonds CMU; Insee, estimations de population au 01/01/2017 (résultats provisoires arrêtés fin 2017)

L'aide médicale d'Etat³⁸

En 2016, le département comptabilisait 9903 assurés affiliés à l'Aide médicale d'état³⁹ (AME). Cela représente 54% de l'ensemble des personnes affiliées à l'AME sur la région PACA.

³⁷ CARRE Benoît, PERRONNIN Marc, Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision, IRDES, 2018-11, p. 15. <https://www.irdes.fr/recherche/rapports/569-evolution-de-la-depense-en-part-de-complementaire-sante-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.pdf>

³⁸ L'Aide Médicale d'Etat est un dispositif permettant aux étrangers en situations irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins. Elle est attribuée sous conditions de résidence stable et de ressources.

³⁹ Donnée issue du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018 2020 de la région PACA, ARS PACA, S.d., p. 26 <http://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/praps-prs.pdf>

Taux de chômage

Le département des Bouches-du-Rhône connaît un taux de chômage de 10,9% en moyenne sur l'année 2018. S'il est quasiment identique à celui de la région, il est cependant plus élevé que le taux national. Les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus impactés par le chômage. En 2015, la part des jeunes de 15 à 24 ans non diplômés était de 22,2%, soit un taux bien supérieur au taux national qui était de 18,7%.

Tableau 4- Taux de chômage localisés par sexe et âge en moyenne annuelle en 2018 (%)

	Ensemble	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-49 ans	50 ans ou +
Bouches-du-Rhône	10,9	11,0	10,8	23,4	10,4	7,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10,5	10,5	10,5	23,3	10,1	7,5
France métropolitaine	8,7	8,7	8,7	20,1	8,2	6,2

Source : Insee, taux de chômage localisés, enquête emploi DOM. Données parues le 08/08/2019.

2.1.2. Indicateurs de santé de la population

En 2018, l'espérance de vie à la naissance des habitants du département était de 85,4 ans pour les femmes et 80,2 ans pour les hommes. Ces moyennes sont quasi identiques aux moyennes régionales et nationales.

Le taux de mortalité du département, bien qu'inférieur, il reste proche du taux régional et du taux national. Les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les traumatismes (qui inclut les suicides, les accidents de la vie courante et les accidents de la circulation) sont les principales causes de mortalité dans le département⁴⁰.

Entre 2009 et 2013, le département connaît une surmortalité significative pour certaines causes, comparé à la région PACA⁴¹. Cela est le cas notamment pour les maladies de l'appareil circulatoire (+2,3%), les maladies de l'appareil respiratoire (+3,1%), les maladies du système nerveux (+6,4%), ainsi que les maladies infectieuses (+4,7%).

Tableau 5- Espérance de vie et taux de mortalité, 2018

	BDR	PACA	France métropolitaine
Espérance de vie à la naissance			
Hommes	80,2	79,9	79,5
Femmes	85,4	85,5	85,4
Mortalité (‰)			
Taux brut de mortalité	8,9	10,1	9,3
Taux de mortalité prématurée standardisé des 0-64 ans	1,7	1,8	1,8
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 enfants nés vivants entre 2015 et 2017)	3,1	3,3	3,5

Source : Insee, État civil, Estimations de population (données provisoires). Données pour 2018

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont une espérance de vie moindre que la population générale, un écart qui peut aller jusqu'à 10 ans, selon le trouble de la personne :

⁴⁰ Observatoire Régional de la Santé-Provence-Alpes-Côte d'Azur, Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches-du-Rhône, *ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018, p. 13*
http://www.orspaca.org/sites/default/files/portrait_bouches-du-rhone_orspaca.pdf

⁴¹ Ibid

Tableau 6- Espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques, 2014

	BDR	PACA	France
PEC pour troubles de l'humeur	72	72	70
PEC pour des traitements psychotropes	80	79	77
PEC pour troubles mentaux sévères	66,1	67,2	65,1
Population générale	82,2	N/A	81,5

Source : Atlas santé mentale Insee, Etat Civil, Score-Santé - 2014

Bénéficiaire de l'Allocation personnalisée d'autonomie

Dans l'ensemble, le taux de personnes bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) dans les Bouches-du-Rhône est légèrement supérieur au taux régional. Cependant, il est inférieur au taux national, que ce soit pour une prise en charge à domicile ou en établissement.

Tableau 7- Taux de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), payés au titre du mois de décembre 2017

		BDR	PACA	France métropolitaine
Bénéficiaires de l'APA à domicile ou en établissement	En % de la population de 60 ans et plus	7,2	7,0	7,6
	En % de la population de 75 ans et plus	19,7	18,8	21,3
Bénéficiaires de l'APA à domicile	En % de la population de 60 ans et plus	4,3	4,3	4,4
	En % de la population de 75 ans et plus	11,9	11,5	12,3
Bénéficiaires de l'APA en établissement	En % de la population de 60 ans et plus	2,8	2,7	3,2
	En % de la population de 75 ans et plus	7,8	7,3	9,0

Source : DREES, Enquête Aide sociale ; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2018

Taux de suicide

Le taux de recours en établissement de santé pour tentative de suicide chez les 18-64 ans (pour 1000 habitants) est de 0,8 dans le département. Ce taux est inférieur à celui de la région (1,1) et inférieur au taux national (1,5)⁴².

Consommation de psychotropes

En 2016⁴³, 341 036 assurés du régime général résidant dans le département des Bouches-du-Rhône ont eu au moins un remboursement de médicament psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques-hypnotiques ou neuroleptiques), soit 19,4 % des assurés, un taux légèrement au-dessus de la moyenne régionale (18,5 %).

⁴² Atlas santé mentale, PMSI-MCO - 2015

⁴³ Observatoire Régional de la Santé-Provence-Alpes-Côte d'Azur, Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches-du-Rhône, ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018, p. 14 http://www.orspaca.org/sites/default/files/portrait_bouches-du-rhone_orspaca.pdf

2.2. Données relatives aux ressources et à l'offre

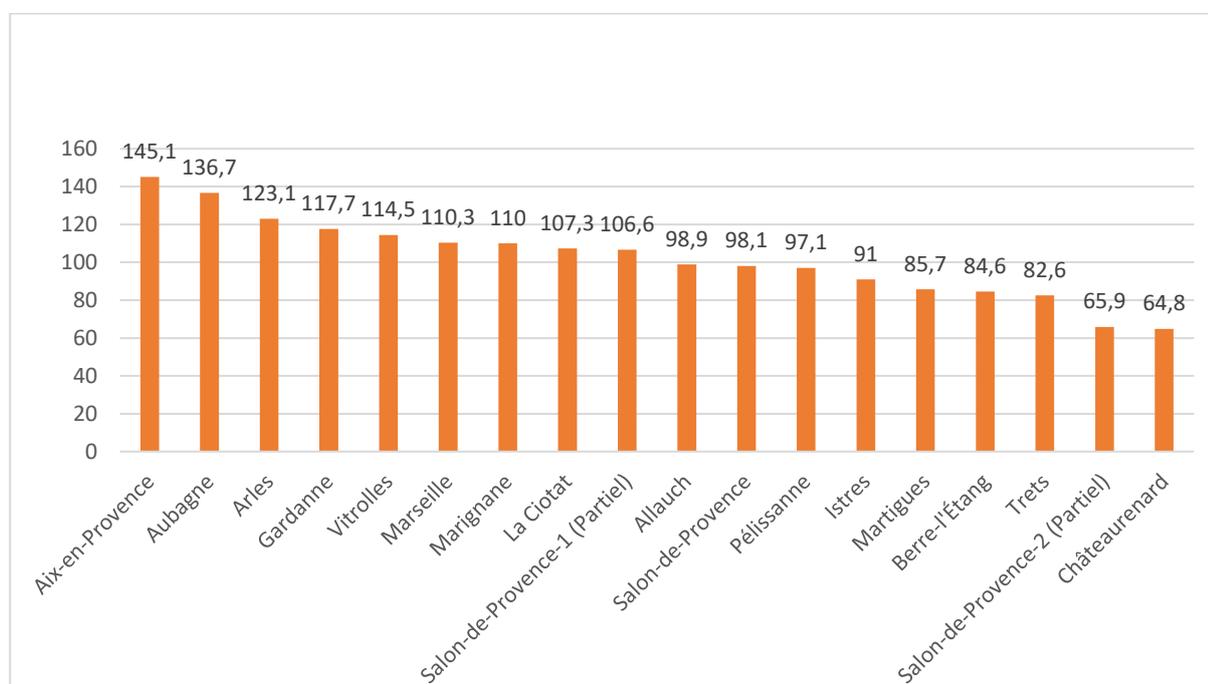
2.2.1. Les ressources sanitaires

2.2.1.1. L'offre de soins de ville

Densité des médecins généralistes

En 2018, la densité des médecins généralistes libéraux⁴⁴ dans les Bouches-du-Rhône était de 107,2 pour 100 000 habitants. Elle est la troisième densité la plus élevée de la région PACA, mais reste sensiblement identique à celle de la région (106,2). Cette densité connaît de fortes disparités dans le département, allant de 64,8 pour Châteaurenard, jusqu'à 145,1 pour la ville d'Aix-en-Provence.

Figure 5- Densité des médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants, par canton-ville, en 2018



Source : SIRSé-Paca, ARS Paca jusqu'à 2012 (extraction des données en début d'année), DRSM Paca-Corse à partir de 2013 (extraction des données en milieu d'année)

Densité des psychiatres

En 2016, la densité des médecins psychiatres tout mode d'exercice confondus était de 34,4 médecins pour 100 000 habitants. Quel que soit le mode d'exercice, que ce soit en libéral, mixte ou hospitalier, la densité des psychiatres dans les Bouches-du-Rhône est supérieure aux densités régionales et nationales.

La part des médecins psychiatres en libéral exerçant en secteur 1 est de 78,1% en 2016. Si ce taux se rapproche du taux régional (75,3%), il est cependant nettement plus important que la moyenne nationale qui est de 66,8%.

50,7% des psychiatres libéraux sont âgés de plus de 55 ans en 2017. Même si ce taux a baissé depuis de 2016 (63,6%), il reste assez élevé et interroge sur l'anticipation des futurs départs à la retraite⁴⁵.

⁴⁴ Données SIRSé-Paca, <http://www.sirsepaca.org>

⁴⁵ Données Atlas Santé-Santé Mentale, source RPPS.

Tableau 8- Densité de psychiatres en 2016

	BDR	PACA	France
Tous modes d'exercice	34,4	28,8	23
Libéraux ou mixtes	19,3	15,5	9,9
Salariés hospitaliers	13	11,4	11,4
Autres salariés	2,1	1,9	1,7

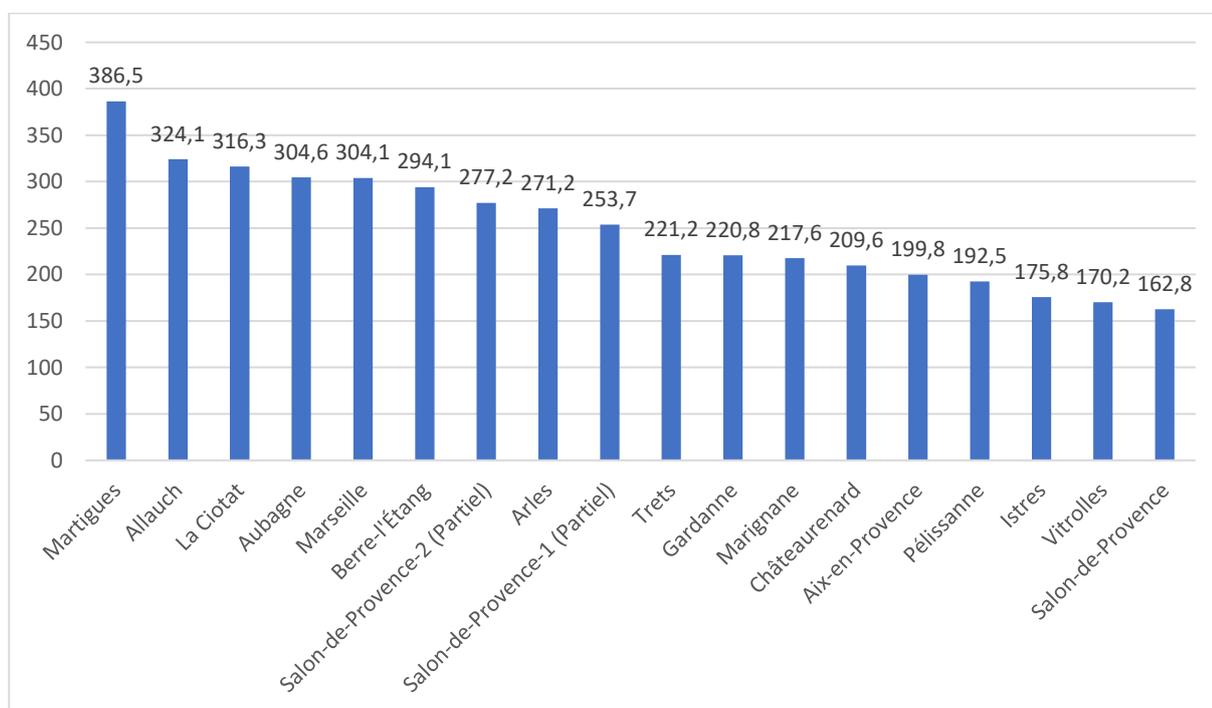
Source : Atlas de santé mentale RPPS, Insee – 2016

Densité des infirmiers libéraux

En 2018, la densité des infirmiers libéraux dans les Bouches-du-Rhône, pour 100 000 habitants, était de 270,3, soit la deuxième densité la plus élevée du département. Elle est plus élevée que la densité régionale qui est de 253,1.

Cette densité connaît de fortes disparités dans le département.

Figure 6- Densité des infirmiers libéraux dans les Bouches-du-Rhône, pour 100 000 habitants, par canton-ville, en 2018



Source : SIRSé-Paca, ARS Paca jusqu'à 2012 (extraction des données en début d'année), DRSM Paca-Corse à partir de 2013 (extraction des données en milieu d'année)

Densité des psychologues

En 2016, le taux de psychologues libéraux (pour 100 000 habitants) est de 32,6, similaire au taux régional, mais plus élevé que le taux national qui est de 27,1⁴⁶.

⁴⁶ Atlas de santé mentale. RPPS, Insee - 2017

Les maisons de santé et centres de santé⁴⁷ et les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

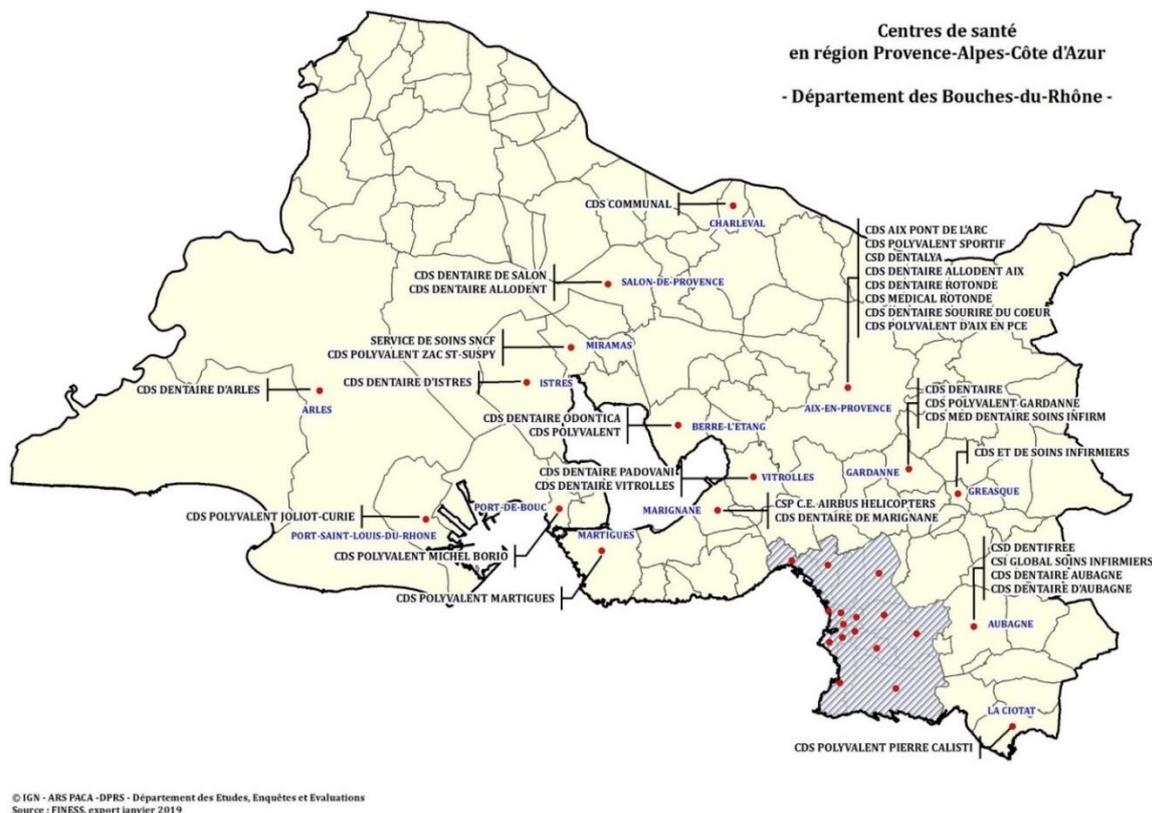
Le département compte 9 maisons de santé, principalement réparties sur les territoires de Marseille, La Ciotat, et Salon de Provence.

Le département compte également 68 centres de santé, dont 47 dentaires, 6 médicaux et 15 centres polyvalents.

La CPTS a pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients afin d'assurer la continuité et la qualité des soins, par une meilleure coordination des acteurs d'un territoire. Elle peut être constituée par différents acteurs : les professionnels de santé de premier recours, les équipes de soins primaires, les établissements de santé, les structures sociales et médico-sociales, les structures de prévention, associations d'usagers...

Sur le département, il existe une CPTS qui couvre l'ensemble des communes d'Arles.

Figure 7- Répartition des centres de santé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : ARS PACA. Conférence sur l'offre de soins de proximité. 26 février 2019

2.2.1.2. L'offre hospitalière en psychiatrie

Etablissement de soins publics et privés

- 6 Etablissements publics :
 - 3 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie : Edouard Toulouse, Montperrin et Valvert ;
 - 3 établissements mixtes autorisés en psychiatrie : l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (AP-HM) et les centres hospitaliers de Martigues et d'Arles

⁴⁷ Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. Conférence sur l'offre de soins de proximité. 26 février 2019, ARS PACA, 2019, 15 p. <https://slideplayer.fr/slide/16131317/>

- 3 Etablissements de santé, privés d'intérêt collectif (ESPIC) qui proposent des services de psychiatrie infanto-juvénile uniquement :
 - Hôpital Le Relais ;
 - Hôpital de jour de La Ciotat ;
 - Hôpital de jour de Plombières

- 15 Etablissements privés :
 - Clinique l'Émeraude : adultes
 - Clinique l'Éscale : adultes et adolescents
 - Clinique Les 4 Saisons : adultes
 - Clinique Les 3 Cyprès : adultes et adolescents
 - Clinique Les 3 Lucs : adultes
 - Clinique Médiazor : adultes
 - Clinique Mon Repos : adultes
 - Clinique La Bastide (en cours de transformation en Maison d'accueil spécialisé)
 - Clinique Valfleur : adultes
 - Clinique Ste Marthe : adultes (femmes exclusivement)
 - Clinique St Michel : adultes
 - Clinique St Roch Montfleuri : adultes
 - Clinique La Jauberte : adultes
 - Clinique La Lauranne : adultes
 - Clinique St Paul de Mausole : adultes (femmes exclusivement)

Les tableaux ci-dessous informent sur la capacité de prise en charge à temps complet et à temps partiel sur le département

Tableau 9- Prises en charge à temps complet. Nombre de lits ou places installés au 31.12/2018

	Hospitalisation à temps plein	Placement familial thérapeutique	Accueil en appartement thérapeutique	Accueil en centre de post cure	Accueil en centre de crise et structure d'accueil des urgences (*)	Hospitalisation à domicile
Psychiatrie générale	2 535	52	23	84	34	-
Psychiatrie infanto-juvénile	62	2			4*	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	40					
Total psychiatrie (calculé)	2 637	54	23	84	38	-

Source : ARS, SAE Enquête 2018, département 13 ; (*) hors urgences générales

*Selon la délégation départementale de l'agence régionale de santé le nombre de lits est de 5 et non de 4.

Tableau 10- Prises en charge à temps partiel. Nombre de lits ou places installés au 31/12/2018

	Nombre de places		Nombre de structures
	Hospitalisation de jour	Hospitalisation de nuit	Ateliers thérapeutiques
Psychiatrie générale	624	61	3
Psychiatrie infanto-juvénile	263	1	-
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-		-
Total psychiatrie (calculé)	887	62	3

Source : ARS, SAE Enquête 2018, département 13 ;

Gestion des urgences et situations de crises

3 établissements disposent d'une autorisation pour la prise en charge des urgences psychiatriques au sein d'un service dédié situé à proximité des urgences somatiques :

- L'AP-HM : 10 lits situés sur le site de la Timone
- Le Centre hospitalier Edouard Toulouse : 8 lits situés sur le site de l'Hôpital Nord
- Le centre Hospitaliser Montperrin : 11 lits au total, dont 3 lits situés sur le site du CH de Salon-de-Provence.

On retrouve également des services ou unités de gestion de crise tels que :

- Le centre d'accueil et de consultation de crise du centre hospitalier Valvert, qui accueille seulement des patients consentants ;
- La cellule d'urgence médico-psychologique de l'AP-HM pour les personnes victimes d'évènements psycho-traumatiques ;
- ULICE : équipe de crise qui intervient en amont et en aval des situations d'urgences, au domicile de personnes, à la demande des familles.
- USIA : Unité de soins intensifs pour adolescents qui dépend du Pôle de psychiatrie infanto-juvénile du Centre hospitalier Edouard Toulouse. Elle est située dans les locaux de l'Hôpital Nord, attenants aux Urgences pédiatriques. Elle propose une hospitalisation complète pour une durée de 7 jours, et dispose de 5 lits pour adolescents mineurs âgés de 12 à 18 ans. Les admissions sont possibles 24h/24. Elles peuvent se faire en urgence ou de façon programmée.

L'offre en ambulatoire

Selon les données de la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)⁴⁸, en 2018, le département compte 78 centres médico-psychologiques (CMP) et 43 centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP).

Figure 8 : nombre de structures de prise en charge en ambulatoire

	CMP		Unité de consultation des services de psychiatrie	CATTP
	Structures ouvertes moins de 5 jours par semaine	Structures ouvertes 5 jours ou plus par semaine		
Psychiatrie générale	5	35	54	27
Psychiatrie infanto-juvénile	1	37	14	14
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	-	-	2	2
Total psychiatrie (calculé)	6	72	70	43

Source : ARS, SAE Enquête 2018, département 13

Les équipes mobiles

On retrouve différentes équipes mobiles :

- L'équipe mobile de liaison psychiatrie précarité, de l'hôpital Edouard Toulouse, dont l'objectif est de faciliter l'accès au soin des publics en situation de précarité sociale par une rencontre de ces publics sur les lieux d'accueil social.
- L'équipe mobile périnatalité, qui dépend de l'hôpital Edouard Toulouse
- L'équipe mobile santé mentale précarité du centre hospitalier Montperrin
- L'équipe MARSS : équipe mobile de l'AP-HM qui intervient dans la rue auprès de personnes souffrant de troubles psychiques.

⁴⁸ Il s'agit d'une « enquête administrative, exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DOM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), direction du ministère des solidarités et de la santé. ». <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

- L'équipe mobile la Passerelle du centre hospitalier Montperrin, qui intervient auprès des enfants et adolescents hospitalisés sur le centre hospitalier de Salon de Provence
- Les unités mobiles autistes adultes (UMAA) et départementale autismes (UMDA) du centre hospitalier Valvert
- L'équipe ULICE
- L'équipe mobile du SSSIAT qui intervient dans les structures de l'ASE (MECS, familles d'accueil) auprès d'adolescents âgés de 12 à 18 ans. Elle est composée d'un éducateur, d'un psychologue, d'un médecin et d'un infirmier. Elle permet le repérage et l'évaluation des situations et vient en étayage aux équipes partenaires.

Une équipe mobile pour adolescents est en cours de mise en place sur le centre hospitalier d'Arles.

Permanences d'accès aux soins (PASS)

Outre les 9 PASS généralistes, le département compte également 2 permanences d'accès aux soins de santé en psychiatrie (PASS-PSY), une à l'hôpital Montperrin à Aix-en-Provence et l'autre au centre hospitalier Edouard Toulouse à Marseille⁴⁹.

Centres experts

Ce sont des centres spécialisés dans l'évaluation, le diagnostic et l'aide à la prise en charge d'une pathologie psychiatrique spécifique. Il en existe 4 sur le département :

- Pour les troubles bipolaires : hôpital Sainte Marguerite
- Pour l'autisme : hôpital Salvator
- Pour la schizophrénie et pour la dépression résistante : hôpital la Conception.

Réhabilitation psychosociale

L'AP-HM dispose d'un service de réhabilitation psychosociale et plusieurs établissements proposent une prise en charge incluant la réhabilitation psychosociale, tels que les cliniques Valfleur, Saint-Michel et les 4 Saisons.

2.2.1.3. Données relatives à l'offre de soins à destination des enfants et adolescents

Densité des professionnels de santé

En ce qui concerne l'offre de ville, le département des Bouches-du-Rhône est bien doté en pédiatres et pédopsychiatres. Quel que soit le mode d'exercice des pédiatres, la densité sur le département est supérieure aux densités régionales et nationales.

Tableau 11- Densité de pédiatres libéraux et salariés (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans) en 2016

	BDR	PACA	France
Tous modes d'exercice	17,2	13,9	12,3
Libéraux ou mixtes	8,5	7	4,8
Salariés hospitaliers	7	5,5	6,3
Autres salariés	1,7	1,4	1,2

Source : Atlas santé mentale, INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2017

La densité des pédopsychiatres (libéraux et salariés) du département est de 13,3 (pour 100 000 jeunes de 0 à 14 ans). Cette densité est supérieure à la densité régionale (10,3), et fait quasiment le double de la densité nationale (6,7)⁵⁰.

⁴⁹ Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Annuaire et coordonnées des PASS PACA, ARS PACA, 2019-07-10, 13 p. <https://www.paca.ars.sante.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-pass>.

⁵⁰ Atlas santé mentale, INSEE, RPPS, SNIIRAM - 2016

En ce qui concerne les professionnels en établissement, la densité de psychiatres est identique à la densité régionale, mais inférieure à la densité nationale.

Cependant, la densité du personnel médical et soignant est très inférieure à la densité régionale et nationale.

Tableau 12- Densité des professionnels en établissements (pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans), en 2015

	BDR	PACA	France
Densité ETP de psychiatres	12	12	13,4
Densité ETP de personnels médicaux	0,1	0,4	0,7
Densité ETP de personnels soignants	84,3	122,5	134,4

Source : Atlas santé mentale, INSEE, SAE – 2015

Quel que soit le mode d'hospitalisation, temps complet, partielle ou alternatives à temps complet, la densité de lits ou de places, est très inférieure dans le département par rapport à la densité régionale et nationale.

Tableau 13- Densité de lits ou de places d'hospitalisation en psychiatrie infanto-juvénile (Pour 100 000 hab. de 0 à 16 ans) en 2015

	BDR	PACA	France
Prise en charge à temps complet	10,6	15,9	16,6
Prise en charge à temps partiel	55,6	70,2	70,7
Prise en charge en alternatives temps complet	0,5	3,9	6,4

Source : Atlas santé mentale, SAE, INSEE RP – 2015

2.2.1.4. L'offre de soins en direction de la population détenue

En 2016⁵¹, le département connaît un taux de suroccupation de 119,9%, un taux inférieur au taux régional (131,2%) mais supérieur au taux national (113,5%). L'organisation des soins en psychiatrie est structurée en 3 niveaux⁵² :

Niveau 1

Il s'agit des soins en ambulatoire. Chaque établissement pénitentiaire possède une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) psychiatrique, rattaché à un centre hospitalier spécialisé, ou à un établissement mixte pour Marseille.

- Le centre hospitalier Montfavet assure les soins pour les établissements pénitentiaire d'Arles ;
- Le centre hospitalier de Montperrin assure les soins pour les établissements de Luynes et Salon ;
- L'AP-HM est en charge des Baumettes et l'établissement pour mineurs de Marseille.

Les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) ont été fortement développés au sein des établissements pénitentiaires. Pour les acteurs de terrain, cela aurait permis un moindre recours aux hospitalisations.

⁵¹ Données issues de l'Atlas santé mentale, consulté le 30 septembre 2019.

⁵² L'ensemble des données décrites dans cette partie sont issues du Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018 2020 de la région PACA, ARS PACA, S.d., pp. 27-30 <http://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/praps-prs.pdf>

Niveau 2

Ce niveau correspond à une prise en charge à temps partiel. Le département dispose d'un service médico-psychologique régional (SMPR) Il s'agit d'un service d'hospitalisation de jour qui fonctionne 7 jours sur 7.

Niveau 3

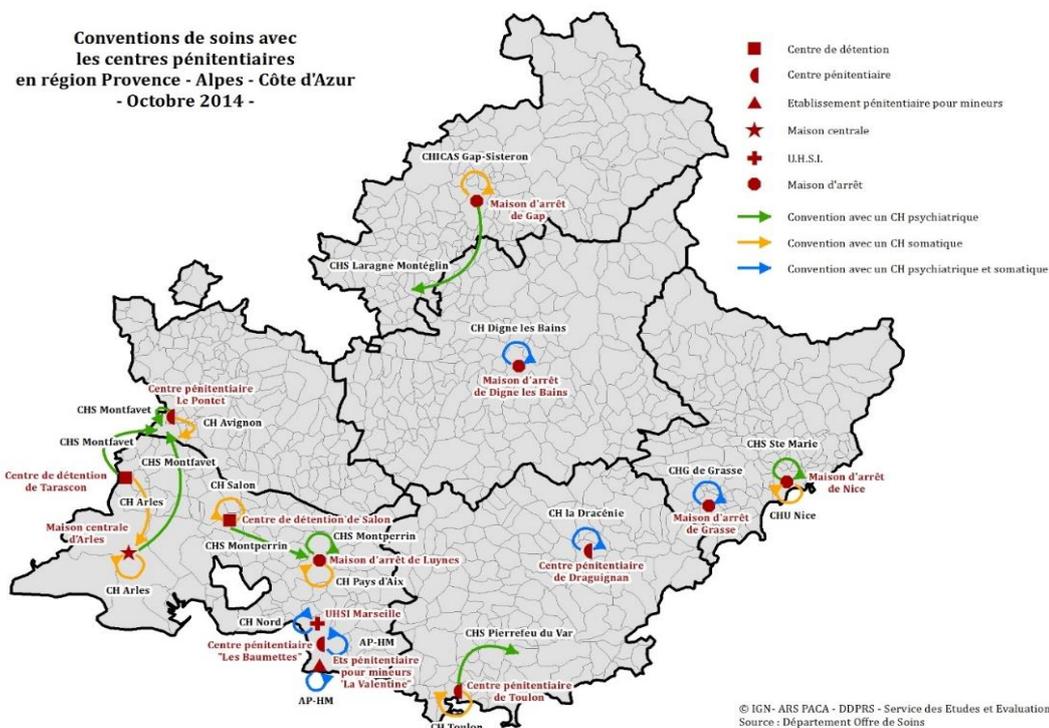
Le département dispose d'une unité hospitalière spécialement aménagée, gérée par l'AP-HM, mais implantée à l'hôpital Edouard Toulouse. Ce service permet de prendre en charge les personnes incarcérées en région PACA et en Corse qui nécessitent des soins psychiatriques en hospitalisation complète.

Elle peut accueillir des adultes et des mineurs, soit dans le cadre de soins sans consentement, soit en hospitalisation volontaire.

Elle se structure en 3 unités d'une capacité de 20 lits.

Par ailleurs, l'ensemble des établissements pénitentiaires bénéficie de l'intervention d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Figure 9- Conventions de soins avec les centres pénitentiaires en région Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018 2020 de la région PACA. P28.

2.2.1.5. L'offre de soins en direction des personnes âgées

Le département propose une offre très limitée de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiques.

Le centre hospitalier Valvert à Marseille est le seul établissement sanitaire qui dispose d'une filière de soins complète en gérontopsychiatrie. Il comprend les services suivants :

- 1 unité d'hospitalisation temps plein
- 2 hôpitaux de jour
- 1 Centre Médico-Psychologique (CMP)
- 1 Unité Mobile de Gérontopsychiatrie intersectorielle (UMGP), intervenant sur tout Marseille

Le centre hospitalier Montperrin dispose d'un hôpital de Jour, situé à Gardanne.

2.2.2. Ressources médico-sociales

2.2.2.1. Une offre en établissements et services médico-sociaux destinée aux adultes en dessous des moyennes régionales et nationales

Taux d'équipement

Le département des Bouches-du-Rhône présente le taux d'équipement global (tout type d'équipement confondu) le plus faible de toute la région PACA.

Il est l'un des départements de la région le plus sous-doté en maisons d'accueil spécialisées (0,63 pour 1000 adultes soit le taux le plus faible), mais aussi en foyers d'accueil médicalisés et en foyers d'hébergement⁵³.

Tableau 14- Taux d'équipements en places d'établissements médico-social d'hébergement pour adultes

Taux d'équipement pour mille adultes de 20 à 59 ans	Foyer d'accueil médicalisé	Foyer de vie	Maison d'accueil spécialisée	Foyer d'hébergement	Établissement ou service expérimental	Taux global par découpage géo.
Alpes Hte Provence	0,47	2,14	1,00	1,89	0,00	5,51
Hautes Alpes	1,97	2,41	1,35	2,19	0,00	7,91
Alpes maritimes	0,60	1,09	0,69	1,24	0,11	3,73
Bouches-du-Rhône	0,60	1,26	0,63	0,68	0,00	3,17
Var	0,94	1,46	0,68	0,54	0,00	3,62
Vaucluse	0,78	1,30	0,82	1,15	0,14	4,19
Moyenne PACA	0,72	1,32	0,71	0,90	0,04	3,69
Moyenne France métropole*	0,85	1,50	0,84	1,21	0,09	4,58 **

Source : Base des établissements et services CREAT PACA & Corse, places installées- estimation pop Insee 2016-
 *Statiss 2016, Estimation population Insee 2016 **y compris foyers polyvalents

Le département compte⁵⁴ :

- 28 places en accueil temporaire
- 278 places en accueil de jour
- 676 places d'accueil spécialisé
- 555 places d'accueil médicalisé
- 1 187 places d'accueil en foyer de vie
- 800 places d'accompagnement à la vie sociale ou d'accompagnement médico-social

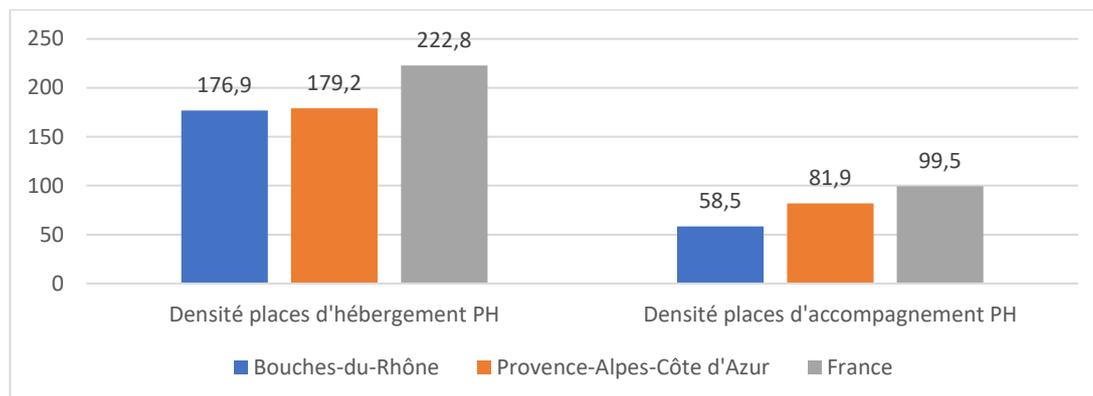
Densité des places

Les densités des places d'hébergement (176,9 pour 100 000 habitants) et des places d'accompagnement (58,5) des Bouches-du-Rhône sont nettement inférieures aux moyennes nationales, qui sont respectivement de 222,8 et de 99,5.

⁵³ Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Information PACA et Corse Provence Alpes Côte-d'Azur, HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap 2017, CREATI Provence Alpes-Côte-d'Azur-Corse, 2017, p. 47. http://creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/163/163_17_doc.pdf.

⁵⁴ Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. STATISS 2016, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, ARS PACA, 2017, 35 p. <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Livret%20ARS-STATISS%202016%2010x15%20V3%20BAT%20WEB.pdf>

Figure 10- Densité des places d'hébergement et d'accompagnement pour 100 000 habitants de 20 ans et +, en 2017

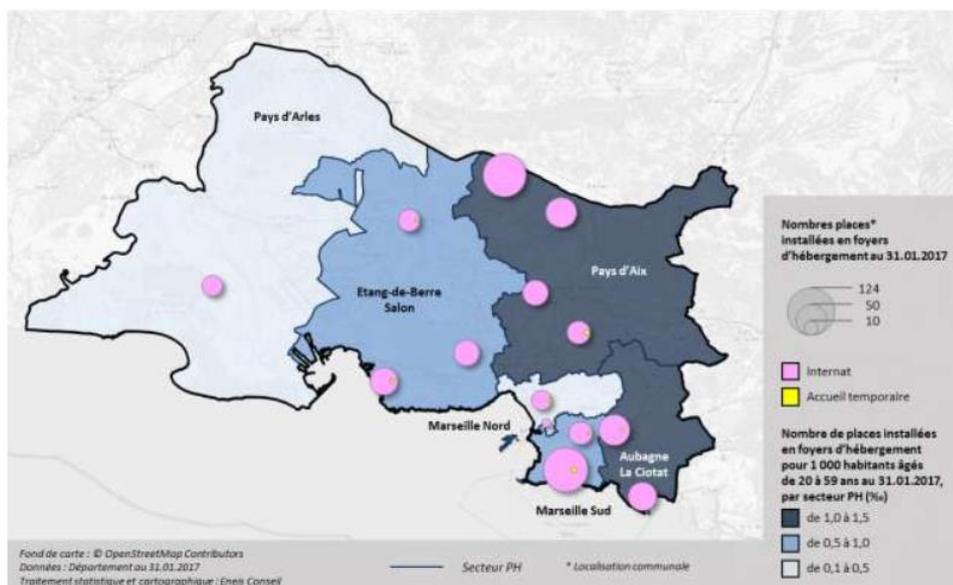


Source : Atlas de santé mentale, FINESS – 2017

Par ailleurs, la répartition des places est inégale selon les secteurs du département et le type de structure d'accueil⁵⁵.

En effet, les secteurs du Pays d'Aix et d'Aubagne la Ciotat ont le plus grand nombre de places installées en foyers d'hébergement pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans, contrairement aux secteurs du Pays d'Arles et de Marseille Nord qui ont le nombre de places installées le plus faible.

Figure 11- Nombre de places installées en foyers d'hébergement au 31/01/2017



Source : Schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées 2017-2022 des Bouches-du-Rhône. Annexes, p10.

En ce qui concerne les foyers d'accueil médicalisés, les secteurs du Pays d'Aix, et d'Aubagne la Ciotat sont les plus équipés. A contrario les secteurs d'Etang de Berre/Salon et Marseille nord connaissent le plus faible nombre de places du département⁵⁶.

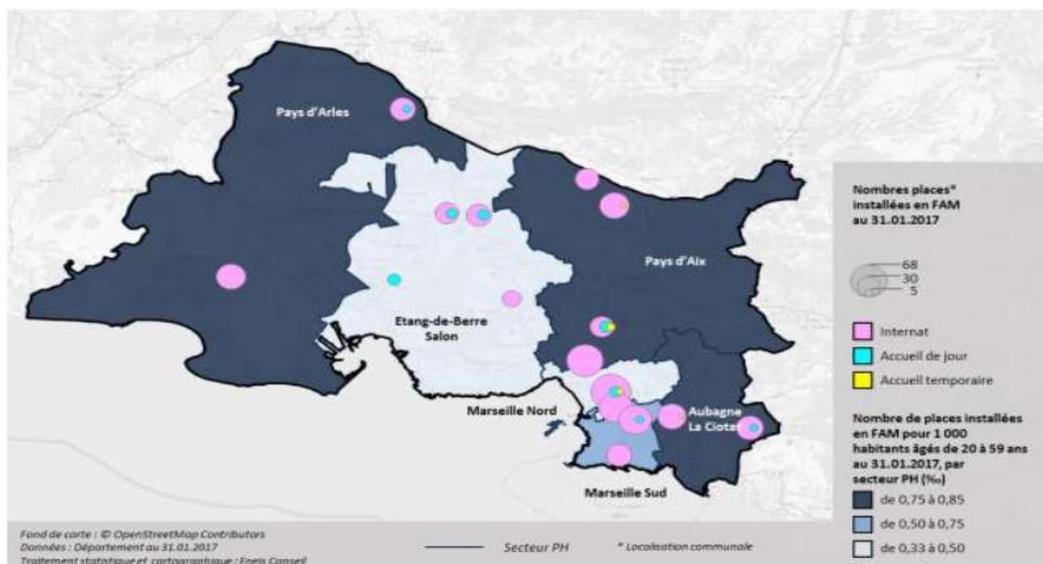
⁵⁵ Département des Bouches-du-Rhône, Schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées 2017-2022, Annexes, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, 2018, p.10.

https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20handicap%C3%A9es%20Annexe-2017-2022-15-12-2017.pdf

⁵⁶ Département des Bouches-du-Rhône, Schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées 2017-2022, Annexes, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, 2018, p. 11

https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20handicap%C3%A9es%20Annexe-2017-2022-15-12-2017.pdf

Figure 12- Nombres de places installées en FAM au 31/01/2017



Source : Schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées 2017-2022 des Bouches-du-Rhône. Annexes, p11.

En termes de places d'accompagnement, le département des Bouches-du-Rhône disposait en 2017 de 319 places en services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés (SAMSAH), et de 633 places en service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)⁵⁷.

Tableau 15- Nombre et places installées en services à domicile pour adultes en 2017

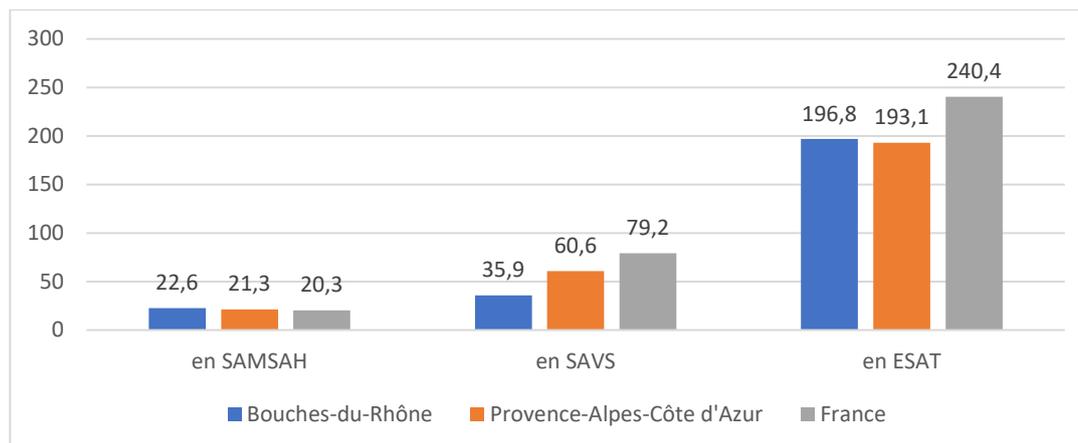
	04	05	06	13	83	84	Total
SAMSAH Service d'Accompagnement Médico-Social pour les personnes Adultes Handicapées							
Nombre de services	5	4	5	9	5	7	35
Nombre de places installées	50	40	152	319	112	45	718
SAVS Service d'Accompagnement à la Vie Sociale							
Nombre de services	3	6	8	15	18	15	65
Nombre de places installées	77	147	366	633	654	404	2 281
Total du nombre de services	8	10	13	24	23	22	100
Total des places installées	127	187	518	952	766	449	2 999

Source : Base des établissements et services CREAT PACA & Corse 2017

Si la densité des places en SAMSAH est légèrement supérieure à la densité régionale et nationale, celle des SAVS est nettement inférieure.

⁵⁷ Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Information PACA et Corse Provence Alpes Côte-d'Azur, HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap 2017, CREAT Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse, 2017, p. 47 http://creai-pacacorse.com/_depot_crai/documentation/163/163_17_doc.pdf

Figure 13- Densités des places d'accompagnements en établissements et services médico-sociaux pour adultes (pour 100 000 hab. (20+)) en 2017



Source : Atlas santé mentale, FINESS – 2017

Places installées pour déficiences psychiques

Sur l'ensemble des places installées en établissements sociaux et médicaux-sociaux, la part des places pour les adultes ayant une déficience psychique est légèrement inférieure aux taux régional et national.

Tableau 16- Part des places installées par catégorie de clientèle en établissement, 2017

	BDR		PACA		France métropolitaine	
	Nombre de places installées	Part dans l'ensemble des places	Nombre de places installées	Part dans l'ensemble des places	Nombre de places installées	Part dans l'ensemble des places
Déficiences intellectuelles	2669	42%	7619	44%	117780	40%
Polyhandicaps	329	5%	487	3%	16424	6%
Déficiences psychiques	391	6%	1321	8%	24207	8%
Déficiences motrices	465	7%	1402	8%	16023	6%
Déficiences sensorielles	173	3%	391	2%	4505	2%
Autres types de déficiences	2327	37%	6254	36%	112087	39%

Sources : Statiss/Score santé 2017

Les associations ISATIS et Espoir Provence accueillent exclusivement des personnes souffrant de troubles psychiques.

ISATIS propose 1 ESAT (Salon-de-Provence) et 3 SAMSAH (Marseille, Aix-en-Provence et Arles). Espoir Provence propose des accueils dans un foyer de vie (Aix-en-Provence) et 2 SAVS (Marseille, Aix-en-Provence).

Deux SAMSAH, l'un géré par la Sauvegarde 13 et l'autre par le centre hospitalier Edouard Toulouse proposent une prise en charge dédiée aux personnes souffrant de troubles psychiques.

2.2.2.2. Une offre en établissements et services médico-sociaux destinée aux enfants équivalente aux niveaux régional et national

Le département compte⁵⁸ 32 instituts médico-éducatifs (IME), 9 établissements pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP), 14 instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP), 1 institut d'éducation motrice (IEM), 3 établissements pour jeunes déficients sensoriels, 3 établissements expérimentaux et 1 établissement d'accueil temporaire.

Le taux global d'équipement dans le département, en établissements et services sociaux et médico-sociaux pour enfants handicapés (pour 1000 habitants de moins de 20 ans) est identique à celui de la région PACA soit 8,2 et légèrement inférieur au taux national qui est de 9,6⁵⁹. Le taux d'équipement en SESSAD du département (2,4) est légèrement inférieur à celui de la région (2,8).

Tableau 17- Taux d'équipements en établissements et services médico-sociaux pour enfants, 2017

Catégories établissement	04	05	06	13	83	84	PACA	France métro.
IME	3,5	4,3	3,4	3,4	4,2	3,7	3,6	4,2
ITEP	0,7	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5	0,6	1,0
EEAP	0,5	0,8	0,5	0,6	0,3	0,4	0,5	0,3
IES	0,0	0,0	0,4	0,7	0,0	0,0	0,4	0,5
IEM	0,0	0,0	0,3	0,2	0,2	0,0	0,2	0,5
Etablissement ou service expérimental	0,3	0,8	0,0	0,3	0,0	0,1	0,2	0,1
SESSAD	3,5	3,4	3,4	2,4	2,4	3,1	2,8	3,1
Taux ESMS enfance hors CAMSP	8,5	9,8	8,6	8,2	7,7	7,8	8,2	9,6
CAMSP	2,6	2,4	x	2,3	1,0	1,1	1,5	x
Taux global ESMS enfance	11,1	12,2	x	10,6	8,7	8,9	9,7	x

Source : places installées base des établissements et services du CREAI pour PACA, 2017 ; estimation population 2016 Insee ; Statiss 2016 pour France.

Sur l'ensemble des places d'accueil des enfants et adolescents handicapés, la part des places dédiées aux enfants souffrant d'une déficience psychique est de 15%. Ce taux est quasi équivalent aux niveaux régional et national (16%).

Tableau 18- Nombre de places installées par catégories de clientèle en établissement spécialisé, 2017

Type de déficience	Bouches-du-Rhône		Provence-Alpes-Côte d'Azur		France Métropolitaine	
	Nombre des places installées	Part dans l'ensemble des places	Nombre des places installées	Part dans l'ensemble des places	Nombre des places installées	Part dans l'ensemble des places
Déficiences intellectuelles	1484	58%	3599	62%	56786	55%
Polyhandicaps	324	13%	644	11%	7841	8%
Déficiences psychiques	384	15%	932	16%	16509	16%
Déficiences motrices	96	4%	214	4%	6648	6%
Déficiences sensorielles	275	11%	359	6%	6439	6%
Autres types de déficiences	16	1%	80	1%	8608	8%

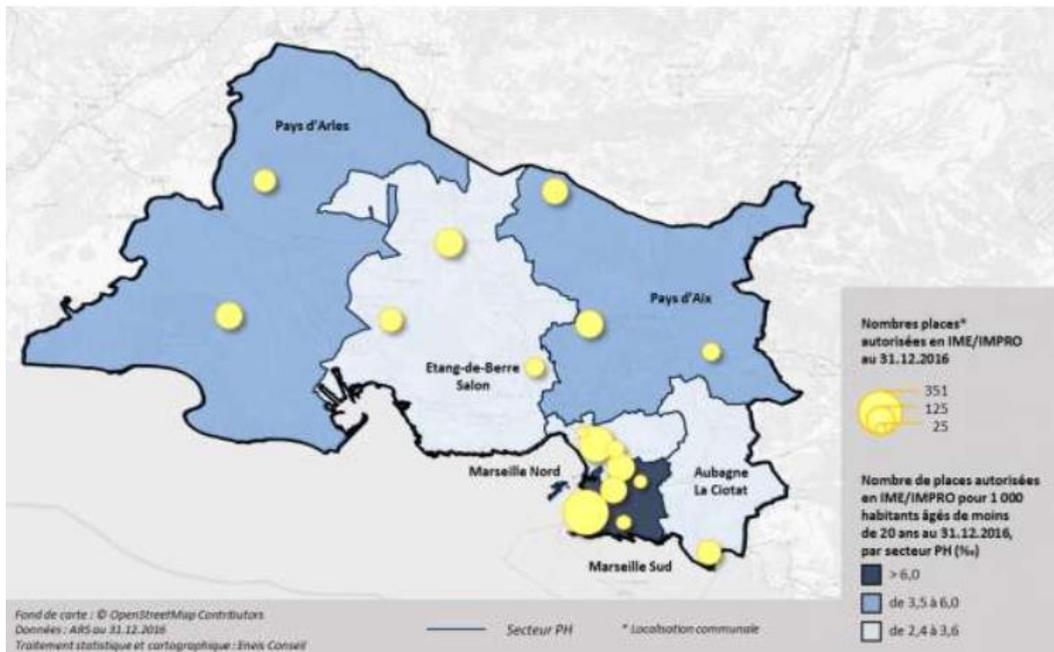
Sources : STATISS/SCORE Santé 2017

Cependant, la répartition des structures d'accueil est assez inégale. Selon le schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées on constate que le secteur Marseille Sud concentre l'offre de places en IME et IMPRO.

⁵⁸ STATISS/SCORE Santé 2017

⁵⁹ Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Information PACA et Corse Provence Alpes Côte-d'Azur, HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap 2017, CREAI Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse, 2017, p. 25 http://creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/163/163_17_doc.pdf

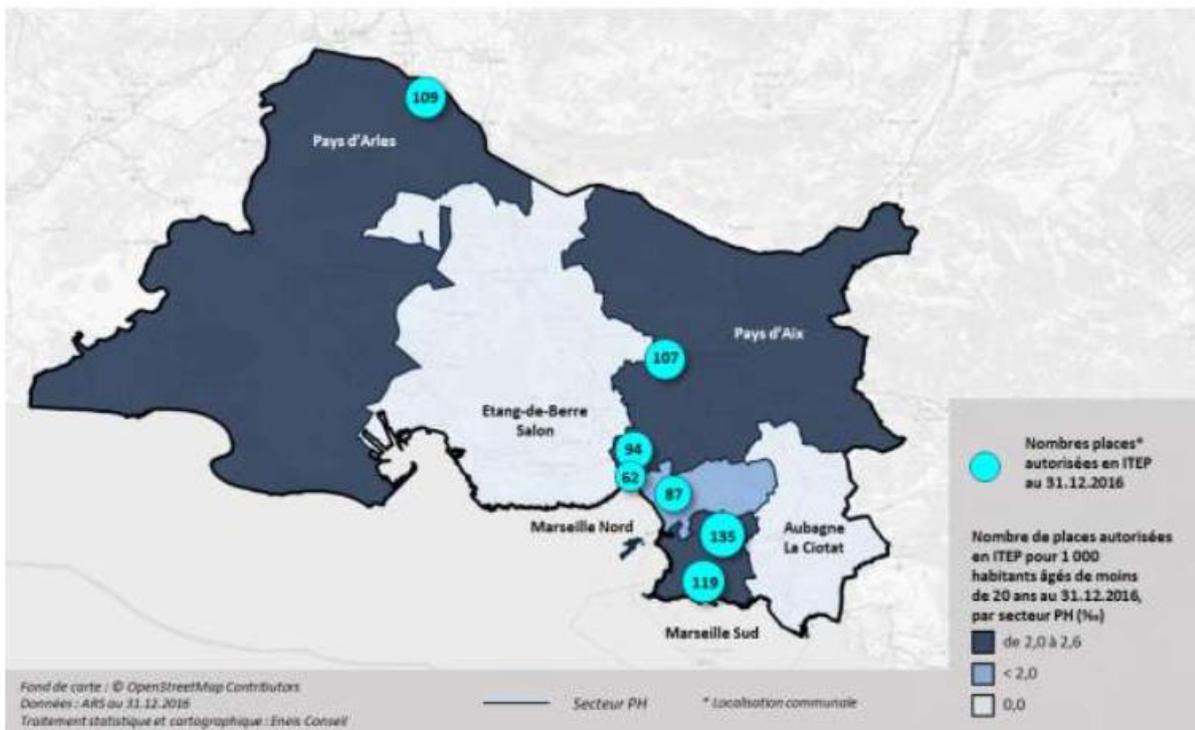
Figure 14- Répartition des places autorisées en IME/IMPRO au 31/12/2016



Sources : annexes schéma départemental des personnes handicapées des Bouches-du-Rhône 2017/2022. P.15

Les secteurs d'Aubagne la Ciotat et Etang de Berre Salon sont, quant à eux, dépourvus de places en ITEP.

Figure 15- Répartition des places autorisées en ITEP au 31/12/2016



Sources : annexes schéma départemental des personnes handicapées des Bouches-du-Rhône 2017/2022. P.15

Autres structures ou dispositifs locaux d'intervention précoce en santé mentale

Le département dispose de structures permettant l'accueil, l'écoute et la prise en charge des enfants et jeunes adolescents. Elles permettent une prise en charge pluridisciplinaire, sur le plan psychiatrique, psychologique et social.

Parmi ces structures on retrouve notamment :

- 12 Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et 19 Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)⁶⁰,
- Un accueil soins pour adolescents au centre hospitalier Valvert,
- Des Espaces santé jeunes (ESJ) à Aubagne et son antenne dans le 11^{ème} (Saint Marcel), ESJ la Ciotat, ESJ Gardanne, ESJ Martigues, Istres et Port de Bouc. Également L'Association IMAJE Santé à Marseille et ses 4 antennes sur les Pennes Mirabeau, Bouc Bel Air, Saint-Antoine et Malpassé,
- Des Points accueil écoute jeunes (PAEJ), à Aix-en-Provence et Vitrolles (porté par le CH Montperrin), ainsi qu'à Berre l'étang,
Les ESJ et PAEJ ont pour missions d'accueillir, d'écouter et d'informer les jeunes de 12 à 25 ans sur les problématiques de santé dont le mal être,
- La Maison départementale de l'adolescent : qui accueille des enfants de 11 à 18 ans et est gérée et financée par le département,
- La Maison des adolescents (MDA 13 Nord), financée par l'ARS et les collectivités territoriales. Elle accueille les jeunes de 11 à 25 ans et leur famille. Elle compte 4 antennes Salon-de-Provence, Miramas, Tarascon et Chateaufort. Elle propose également 5 Relais ados parents (RAP), à Port Saint-Louis du Rhône, Orgon, Saint-Chamas et Arles et Berre l'Étang,
- Une consultation pour adolescents et leur famille à Saint-André, rattachée à l'hôpital Edouard Toulouse,
- L'association ASMA : financée par l'ARS, composée d'une équipe pluridisciplinaire. Elle assure le recontact téléphonique des adolescents suicidants et suicidaires et intervient dans le soutien de l'appui à la coordination des parcours de ces adolescents.
- Le relais RESADOS est composé d'une équipe pluridisciplinaire : un médecin pédopsychiatre, des éducateurs, un psychologue et des infirmiers interviennent à la demande d'équipes de professionnels pour des adolescents de 12 à 21 ans qualifiés en état de crise ou/et de rupture. L'équipe du Relais reçoit les adolescents (et leur famille si besoin) dans ses locaux mais se déplace aussi, si nécessaire, auprès des adolescents et auprès des institutions partenaires,
- Le Service de soutien, soin, intervention et accueil temporaire SSSIAT, de l'association SERENA, qui prend en charge des adolescents accompagnés par l'Aide sociale à l'enfance (ASE),
- Le « Comité départemental ado », permet le suivi et la coordination de la prise en charge des adolescents présentant des troubles psychiatriques ou du comportement, mis en place par le Conseil départemental, en partenariat avec la délégation départementale ARS des Bouches-Du-Rhône.
- Il existe également d'autres équipes mobiles telles que l'espace mobile en santé mentale Le Van pour les jeunes de 15 à 25 ans, pour le repérage et une prise en charge de proximité. Cette équipe est issue de la collaboration entre l'Espace santé jeune d'Aubagne (ESJ) et le centre hospitalier Valvert.
- L'association ARI (Association régionale pour l'intégration des personnes en situation de handicap) a mis en place le dispositif PASAR : plateforme d'accès aux soins pour adolescents en rupture, qui est rattachée à son CMPP marseillais. Ce dispositif permet d'apporter des réponses à des adolescents en rupture pour lesquels l'offre de soin en CMPP ne peut pas répondre. Ses missions s'articulent autour de deux axes :
 - ⇒ Une consultation d'accès au soin, qui permet de favoriser la rencontre de l'adolescent avec un membre de l'équipe ;

⁶⁰ ARS PACA. Inventaires des structures en psychiatrie et en lien avec la psychiatrie
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CMPinventaire-structures-psychiatriques-2017.pdf>

⇒ Une équipe mobile qui va à la rencontre de ces jeunes pour soutenir la démarche de soin et leur permettre de s'inscrire à nouveau dans des liens autour de la scolarité, des loisirs, de la santé...

2.2.2.3. L'offre en direction des personnes âgées

L'accueil des personnes âgées

Le département présente un taux d'équipement (pour 1000) en direction des personnes âgées inférieur au taux national.

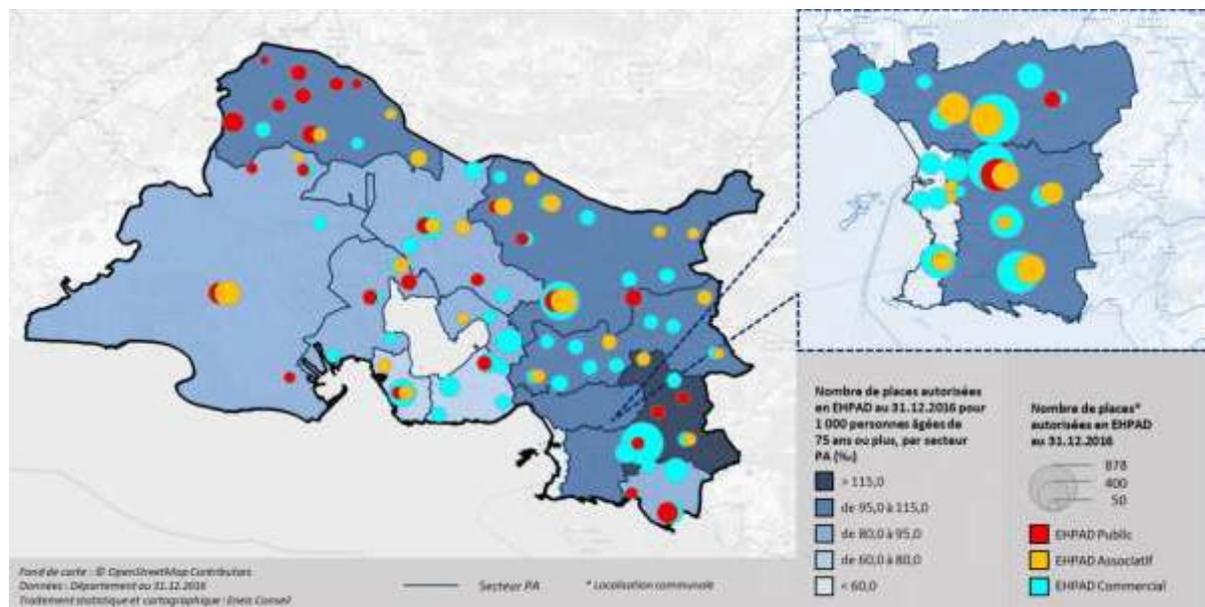
Tableau 19- Nombre de place pour l'accueil des personnes âgées, 2017

	BDR	PACA	France Métropolitaine
Places dans les structures non EHPAD	17,9	16,9	25,8
Places dans les EHPAD	83,1	84	100,2
Places dans les centres de jour pour personnes âgées	0,3	0,5	0,5
Places dans les services de soins infirmiers à domicile	17	18,2	20,5

Source : STATISS, score santé, période 2017

La carte ci-dessous synthétise la répartition de l'offre des places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) dans le département⁶¹.

Figure 16- Répartition de l'offre de places en EHPAD au 31/12/2016



Source : Annexes Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022. P.11

Les places en EHPAD se retrouvent principalement dans les grandes agglomérations et notamment à Marseille.

Selon les territoires, l'offre ne répond pas aux besoins au regard du nombre de personnes bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie en GIR⁶² 1 et 2, soit les plus hauts niveaux de dépendance.

⁶¹ Département des Bouches-du-Rhône, Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022. Annexes, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, 2018, p. 11

https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20bel%20age%20Annexe-2017-2022-15-12-2017.pdf

⁶² C'est le Groupe Iso-Ressources, qui correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée.

Dispositif d'accès à l'information et à la coordination de la prise en charge

Afin de faciliter l'information et l'accès aux dispositifs de prise en charge des personnes âgées et d'en assurer la coordination, le département dispose de :

- 10 pôles infos seniors : anciennement les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) sont des lieux d'information et de coordination de proximité destinés aux personnes âgées de plus de 60 ans, à leur entourage et aux professionnels.
- 6 MAIA, qui sont déployées sur Marseille, Aubagne-la Ciotat, le pays salonais, le pays d'Arles-Rhône-Durance les Alpilles, le Pays d'Aix, l'Étang de Berre ouest.
- Des maisons du bel âge sont également déployées sur le département. Actuellement, il en existe 8, d'autres sont en cours d'ouverture. Elles ont pour missions d'informer, d'orienter et d'accompagner les personnes dans leurs démarches, d'assurer une veille sanitaire (repérage des personnes fragiles et isolées, appels réguliers en cas de grand froid ou de canicule...) de proposer des animations, lutter contre l'isolement et prévenir la dépendance.

2.2.3. La représentation des usagers

Le département compte une dizaine de groupements d'entraide mutuelle (GEM), principalement répartis sur Marseille et Aix-en-Provence :

- Marseille : GEM Club de Phobies-Action, GEM Léo, GEM Sentinelles Egalité, GEM Club de Marseille, GEM Les Chamanes ;
- Aix-en-Provence : GEM L'ombre à la lumière, GEM Club du Pays d'Aix,
- Arles : Gemme de Soi ;
- Martigues : GEM de Martigues-Advocacy.
- Etang de Berre : GEM TC Club de l'étang de Berre et de la côte bleue

D'autres associations ou structures existent telles que (liste non exhaustive) :

- Solidarité-Réhabilitation qui vient en aide aux personnes souffrant d'un trouble psychique et à leurs familles. Elle a pour objectif de mettre en commun le savoir des usagers, des aidants et des professionnels.
- Le centre de formation au rétablissement, le COFOR : qui est un projet pilote porté par l'association solidarité-réhabilitation, en partenariat avec Aix-Marseille Université, l'AP-HM et l'institut régional de travail social (l'IRTS PACA). Il s'agit d'un centre de formation en rétablissement qui s'adresse exclusivement aux personnes ayant ou ayant eu un trouble psychique. Le COFOR propose « *des outils d'appropriation collective de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face* »⁶³.
- L'union nationale des amis et familles des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), qui a des missions d'accueil, d'écoute, de soutien et d'information des familles et entourage de personnes vivant avec un trouble psychique.
- Arpsydémio, qui informe, forme et accueille des patients et leurs familles ainsi que les professionnels, et qui mène des actions de lutte contre la stigmatisation.

2.2.4. Lieux et dispositifs de coordination des parcours

Plateformes territoriales d'appui (PTA) :

Ces plateformes ont pour mission de venir en appui aux professionnels de santé pour la prise en charge des situations complexes.

Il en existe deux sur le département des Bouches-du-Rhône :

- PTA Pratic Santé qui couvre le territoire de Marseille, Aubagne et la Ciotat
- PTA Apport santé qui couvre le reste du département ainsi que le département des Alpes de Haute Provence et le canton de Pertuis (Vaucluse).

⁶³ <http://www.irts-pacacorse.com/cofor/>

Contrats locaux de santé

Les contrats locaux de santé (CLS) ont pour objectif de définir des axes stratégiques et des programmes d'action communs entre les collectivités (Ville et Conseil départemental) et l'Etat en matière de politique locale de santé. Ils peuvent aussi constituer le volet santé de la politique de la ville.

A ce jour, deux CLS ont été signés dans le département : Marseille et Martigues.

Le troisième CLS de Marseille, signé en octobre 2019, a notamment pour objectif de lutter contre l'habitat indigne en lien avec des conditions de vie négligées dans les situations relevant du syndrome de Diogène. Il propose de mettre en place un accompagnement adapté et respectueux des personnes atteintes de ce syndrome.

Dans le précédent CLS 2014-2016 de Marseille, la thématique santé mentale avait été intégrée à la prévention et l'amélioration de la prise en charge dans le volet accès aux soins. Les actions proposées portaient notamment sur :

- La pérennisation du conseil d'orientation en santé mentale de la ville,
- Le soutien aux dispositifs d'accès et de maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques,
- L'accès aux soins psychiques ambulatoires des sans-abris,
- Le soutien aux actions probantes visant le renforcement des compétences psychosociales,
- La communication sur la santé mentale auprès du grand public, ainsi que sur les structures et possibilités de recours existantes.

La communauté d'agglomération du pays de Martigues prévoyait dans son CLS 2014-2016 la création d'un contrat local de santé mentale. Celui-ci a été mis en place en décembre 2015.

Conseils locaux de santé mentale

Ce sont des instances de concertation et de coordination des différents acteurs concernés par la santé mentale au sein d'un territoire. Ils ont pour objectif d'améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale.

Il en existe deux sur le département : le conseil d'orientation en santé mentale de Marseille (COSM) et le CLSM du Pays de Martigues.

Pôle de compétence et de prestations externalisées

Dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous » le département a mis en place un pôle de compétence et de prestations externalisées (PCPE) qui a vocation à intervenir auprès de personnes en situation de handicap. C'est un dispositif d'inclusion qui replace l'utilisateur au cœur du dispositif afin d'éviter les ruptures de parcours.

Le PCPE a différents objectifs : soutenir le maintien à domicile, assurer l'accompagnement à domicile en attendant une orientation dans un établissement adapté ; coordonner des acteurs et accompagner et soutenir les familles.

2.2.5. Logement et hébergement

2.2.5.1. L'accès au logement social

Selon le Plan départemental d'action pour le logement et l'hébergement des personnes défavorisées⁶⁴ (PDALHPD), le parc de logement social était de 160 000 logements sociaux en 2014. Le taux de logement social est très variable selon les communes, allant de moins de 5% à plus de 25%.

Le département connaît un taux de vacance⁶⁵ assez faible, 2,3%, identique à celui de la région, mais légèrement inférieur au taux national de 3%.

En mars 2015, 69 000 demandes de logement social étaient enregistrées. Pour 46% des demandeurs inscrits, le délai d'attente est de plus d'un an. 14% ont une demande en attente depuis plus de 3 ans.

⁶⁴ Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées. 2016-2020 des Bouches-du-Rhône. https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/logement/PLALHPD_2016_2020.pdf

⁶⁵ Selon l'Insee, le taux de vacance est la part des logements vacants dans l'ensemble des logements.

Face à ces difficultés d'accès, les ménages les plus fragiles se tournent vers le parc privé, dont la moyenne des loyers qui oscille entre 8,4 euros/m² et 14,6 euros/m² est supérieure à la moyenne des loyers du parc social qui est de 5,70 euros/m² ⁶⁶.

2.2.5.2. L'offre d'hébergement et de logement adapté

L'hébergement d'urgence et de réinsertion

L'offre d'hébergement dans les Bouches-du-Rhône pour les personnes sans domicile se répartit sur diverses structures : centres d'hébergement et de réinsertion sociale, centres d'hébergement d'urgence, résidences hôtelières à vocation sociale.

Le tableau ci-dessous récapitule le nombre total de places.

Tableau 20- Nombre de places en hébergement d'urgence et d'insertion au 30/06/2019

CHRS	
Structures	47
<i>Places urgence</i>	660
<i>Places insertion</i>	1 560
<i>Places stabilisation</i>	172
Total places CHRS	2 392
HU	
<i>Places Urgence</i>	663
<i>Places Insertion & Stabilisation</i>	480
Total places HU	1 143
Résidences Hôtelières à Vocation Sociale	10
Période hivernale (*places en moyenne par jour) (2018-2019)	
Places pérennes	
Places mobilisables (capacités supplémentaires)	2 276
Nombre de demandes d'hébergement*	6 941
Nombre de demandes non pourvues*	2 499
Femmes Victimes de Violence (places dédiées)	
Places FVV en HG (hors ou en CHRS)	128
<i>Dont places FVV en hébergement d'urgence</i>	69
Total places FVV	128

Sources : DRDJSCS, données au 30 juin 2019

Selon le rapport d'activité 2018 du SIAO 13 :

- L'offre en hébergement d'insertion se concentre à 87% sur Marseille et le Pays d'Aix.
- Il y a eu 4 211 demandes adressées au SIAO 13 pour l'hébergement d'insertion, ce qui représente 6 946 personnes.
- En moyenne, 2,1 personnes sont en attente pour une place d'hébergement, avec un délai moyen d'attente de 6,2 mois.
- 41% des demandeurs sont âgés de moins de 30 ans.
- 31% des demandeurs sont allocataires du RSA et 9% de l'AAH

Le département compte également 63 places en lits haltes soins santé (LHSS) et 10 places en Lits d'accueil médicalisé (LAM)⁶⁷. Ces deux types de structures proposent un accueil médicalisé pour des personnes sans domicile fixe.

⁶⁶ DREAL Provence Alpes Côte d'Azur. Le point sur : Le parc locatif des bailleurs sociaux. Au 1 janvier 2014. N°2, août 2015. http://www.paca.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Le-point-sur_n0002_RPLS-2014.pdf

⁶⁷ Direction générale de la Cohésion sociale Ministère des Solidarités et de la Santé. Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS). Rapport final octobre 2018

Le logement accompagné

Les pensions de familles, qui sont des structures pérennes, sans limitation de durée, sont destinées « à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire »⁶⁸

Les résidences accueil sont plus spécifiquement réservées à des personnes connaissant des troubles psychiques. Ces dernières peuvent bénéficier d'un accompagnement médico-social. Le département comptabilise 5 résidences accueil, pour un total de 60 places. Ces structures ont des conventions avec les services de psychiatrie de secteur ainsi qu'avec un SAVS ou un SAMSAH.

Tableau 21- Offre de logement accompagné dans les Bouches-du-Rhône au 30/06/2019

PENSIONS DE FAMILLE	
Nombre Pensions de famille	25
Nombre Résidences accueil	5
Places ouvertes Pensions de famille	419
Places ouvertes Résidences accueil	60
Places RESIDENCES SOCIALES hors pensions de famille (y/c FJT avec statut RS)	6 765
Places ouvertes FJT (uniquement les FJT n'ayant pas le statut résidence sociale)	383
Places ouvertes FTM (uniquement les FTM n'ayant pas le statut de résidence sociale)	582
IML	
Total places ouvertes	1 749
Total logements	795

Source : DRDJSCS, données au 30 juin 2019

Les dispositifs d'accueil des personnes migrantes et demandeurs d'asile

En 2017, le département des Bouches-du-Rhône comptabilisait⁶⁹ :

- 276 places en Centre d'Accueil et d'Orientation (CAO), soit 35% des places au niveau régional.
- 1250 places en Centres d'Accueil pour Demandeurs d'Asile (CADA), soit 49% des places au niveau régional.
- 94 places en Hébergement d'Urgence des Demandeurs d'Asile (HUDA), soit 21% des places au niveau régional.
- 197 places sur le Programme d'Accueil et d'Hébergement des Demandeurs d'Asile (PRAHDA), soit 76% des places au niveau régional.
- 103 places en Centre Provisoires d'Hébergement (CPH), soit 67% des places
- 194 places en Accueil Temporaire Service de l'Asile (ATSA), soit 40% des places au niveau régional.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, outre les permanences d'accès aux soins, la délégation départementale de l'ARS et la PASS Rimbaud de l'AP-HM ont mis en place un protocole permettant aux personnes migrantes un accès plus rapide et facilité à une évaluation sanitaire⁷⁰.

Différentes associations proposent également un accès aux soins, telles que :

- **COMEDE** : le comité pour la santé des exilés, qui assure une consultation d'expertise et une permanence téléphonique à destination des professionnels pour leur apporter un soutien et une expertise sur le plan médical et socio-juridique.

⁶⁸ Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais

⁶⁹ Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018 2020 de la région PACA, ARS PACA, S.d., 91 p.
<http://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/praps-prs.pdf>

⁷⁰ Ibidem

- **OSIRIS** : association de soutien thérapeutique aux victimes de tortures et de répression politique, qui dispose d'une équipe de soins pluridisciplinaire et vient également en soutien aux professionnels de la région.
- **Médecins du monde** : qui a notamment un centre d'accueil de soins et d'orientation et une action à destination des bidonvilles.

En ce qui concerne les mineurs isolés non accompagnés (MNA), ces derniers sont accompagnés par l'association ADDAP13, en partenariat avec l'ASE du département. Leur service d'accueil et d'accompagnement des mineurs étrangers non accompagnés (SAAMENA) propose deux dispositifs⁷¹ :

- Un service d'accueil et de mise à l'abri pour évaluation
- Un service d'hébergement diversifié à Marseille et hors Marseille.

En ce qui concerne la prise en charge en matière de soins et santé mentale, l'ADDAP13 travaille avec différents partenaires : PMI, MDA, les CMPP et l'association OICEM (organisation internationale contre l'esclavage moderne).

2.2.5.3. Autres dispositifs favorisant l'accès et le maintien dans le logement

Il existe différents dispositifs sur le département pour favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes précaires, souffrant de troubles psychiques.

Un chez soi d'abord

Dispositif porté par Habitat alternatif social (HAS), associant l'AP-HM et l'association Soliha, il a pour objectif de permettre un accès direct dans un logement pour des personnes précaires ayant connu de longues périodes de rue et souffrant de troubles psychiques. Les personnes bénéficient d'un accompagnement médico-social par une équipe pluridisciplinaire, basé sur le principe du rétablissement.

Le COSM de Marseille a également initié deux projets :

Les réseaux santé mentale et logement (IRSML)

Lancés dès 2008, ils concernent aujourd'hui 4 territoires de Marseille. Ces réseaux regroupent différents acteurs des champs de la psychiatrie, du social et du logement. L'objectif est d'échanger lors de sessions plénières sur des situations complexes, afin de construire et d'élaborer des réponses adaptées qui vont favoriser le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques.

L'intermédiation locative en santé mentale (IML SM)

Ce projet, qui s'intègre dans le dispositif national Solibail est porté par l'ASV santé mentale de Marseille, le Groupement de coopération sociale Galilé et Soliha, ainsi que deux CMP du centre hospitalier Edouard Toulouse : Belle de Mai et Pressensé.

Ce dispositif permet à des ménages souffrant de troubles psychiques d'accéder à un logement, ce qui favorise notamment une stabilisation de leur état de santé et permet d'éviter des hospitalisations sans nécessité thérapeutique, de sortie d'hospitalisation sans solution de logement ou d'hébergement, d'éviter des sorties vers des hôtels ou des structures d'hébergement.

Le CLSM du pays de Martigues a mis en place une cellule de coordination autour des situations complexes.

⁷¹ ADDAP13, Mineurs non accompagnés. Bilan 2018, *Groupe ADDAP13, 2019, 26 p.*
https://www.addap13.org/IMG/pdf/bilan_mna2018.pdf

Coordination Marseillaise en Santé mentale et habitat

Ce groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) a pour objectif de coordonner les dispositifs, les actions et les acteurs pour faciliter l'accès au logement des personnes souffrant de troubles psychiques.

2.2.6. L'offre relative à l'emploi des personnes handicapées

Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Les ESAT sont des établissements qui permettent l'insertion professionnelle et sociale d'adultes handicapés. Les personnes orientées en ESAT doivent avoir une capacité de travail inférieure d'un tiers à celle d'une personne valide.

Le département compte 37 ESAT, ce qui représente 3 023 places.⁷²

Le taux d'équipement en ESAT du département est l'un des plus faibles de la région, alors que le département connaît le plus grand nombre d'allocataires AAH et de demandeurs d'emploi handicapés⁷³ :

Tableau 22- Taux d'équipement en ESAT en 2017

Places installées	Taux d'équipement pour mille adultes de 20 à 59 ans
Alpes Hte Provence	3,7
Hautes Alpes	4,0
Alpes maritimes	3,0
Bouches-du-Rhône	2,9
Var	2,6
Vaucluse	3,3
PACA	3,0
France métropolitaine	3,6

Source : Base des établissements et services CREAI PACA et Corse 2017, STATISS 2016 pour données France

Autres dispositifs pour l'insertion professionnelle

Il existe différents dispositifs permettant l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap :

- Les Entreprises adaptées (EA) sont des entreprises à part entière. Elles doivent employer au moins 80% de travailleurs handicapés dans leurs effectifs et proposer un emploi adapté à leurs besoins. Les personnes sont orientées par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).
- Les Centres de rééducation professionnelle (CRP) proposent des stages professionnels afin de favoriser l'insertion professionnelle des personnes handicapées.
- Les Unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio - professionnelle (UREOS) qui accueillent les personnes cérébrolésées.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de places pour chacun de ces dispositifs sur le département.⁷⁴ :

⁷² Données STATISS pour 2017.

⁷³ Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Information PACA et Corse Provence Alpes Côte-d'Azur, HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap 2017, CREAI Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse, 2017, p. 45 http://creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/163/163_17_doc.pdf

⁷⁴ Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Information PACA et Corse Provence Alpes Côte-d'Azur, HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap 2017, CREAI Provence-Alpes-Côte-d'Azur-Corse, 2017, p. 45 http://creai-pacacorse.com/_depot_creai/documentation/163/163_17_doc.pdf

Tableau 23- Nombre de places dans les dispositifs favorisant l'insertion professionnelle des adultes handicapés

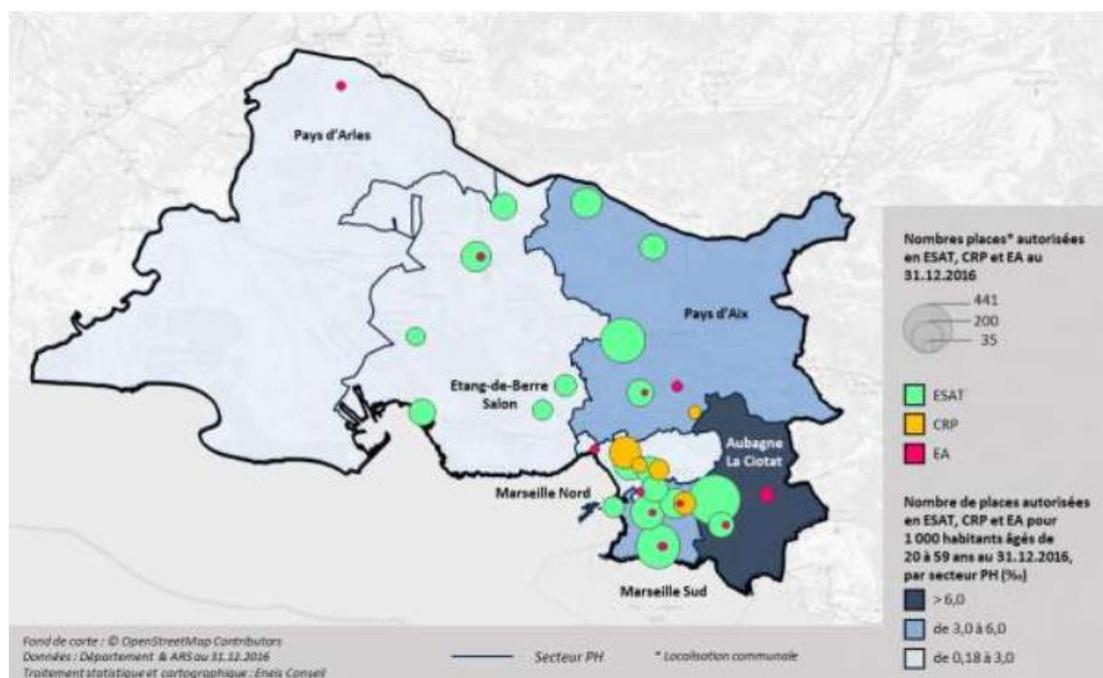
	Nombre de :	04	05	06	13	83	84	Total
Entreprise adaptée	établissements	4	1	7	12	3	5	32
	places	68	1	83	185	37	172	546
Centre de rééducation professionnelle	établissements		1	1	6	1		9
	places		90	104	398	45		637
UEROS	établissements		1	1	1			3
	places		10	16	20			46

Source : Base des établissements et services CREAT PACA et Corse

La répartition sur le département est très inégale. Le secteur d'Aubagne la Ciotat est celui qui compte le plus grand nombre de places autorisées en ESAT, CRP et EA. Pour rappel, ce secteur comptabilise le plus grand nombre de places en foyers d'hébergement, foyers de vie et FAM (Cf. l'offre médico-sociale pour adultes).

Le pays d'Arles est le plus faiblement doté, et ne compte que 0,3 places en ESAT, CRP et EA pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans⁷⁵.

Figure 17- Répartition du nombre de places autorisées en ESAT, CRP et EA au 31/12/2016



Source : Annexes du schéma départemental en faveur des personnes handicapées. 2017-2022. Département des Bouches-du-Rhône. P.14.

Certains dispositifs ou associations travaillent sur l'accès à l'emploi des personnes, tels que :

- Le programme Working First : il s'agit d'un programme qui permet l'accès et le maintien dans l'emploi des personnes souffrant d'un trouble psychique. L'équipe est composée de plusieurs « Job coach » dont la mission est de favoriser et promouvoir le droit à l'emploi. Leur travail se base sur une méthodologie orientée vers le rétablissement. L'équipe est pluridisciplinaire et se compose de travailleurs sociaux, de médiateurs de santé pairs, de chargés de communication et de relation avec les entreprises.

⁷⁵ Données et cartographies extraites des Annexes, Département des Bouches-du-Rhône, Schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées 2017-2022, Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, 2018, 58 p. https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20handicap%C3%A9es%20Annexe-2017-2022-15-12-2017.pdf.10

- Le dispositif Connect13 de l'association URAPEDA Sud, qui favorise le parcours d'insertion professionnelle et éviter les ruptures de parcours pour les jeunes de 16 à 25 ans qui ont une reconnaissance de leur handicap ou une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH). Ce dispositif propose des prestations individualisées eu une animation d'un réseau partenarial.

2.2.7. Prévention et promotion de la santé mentale

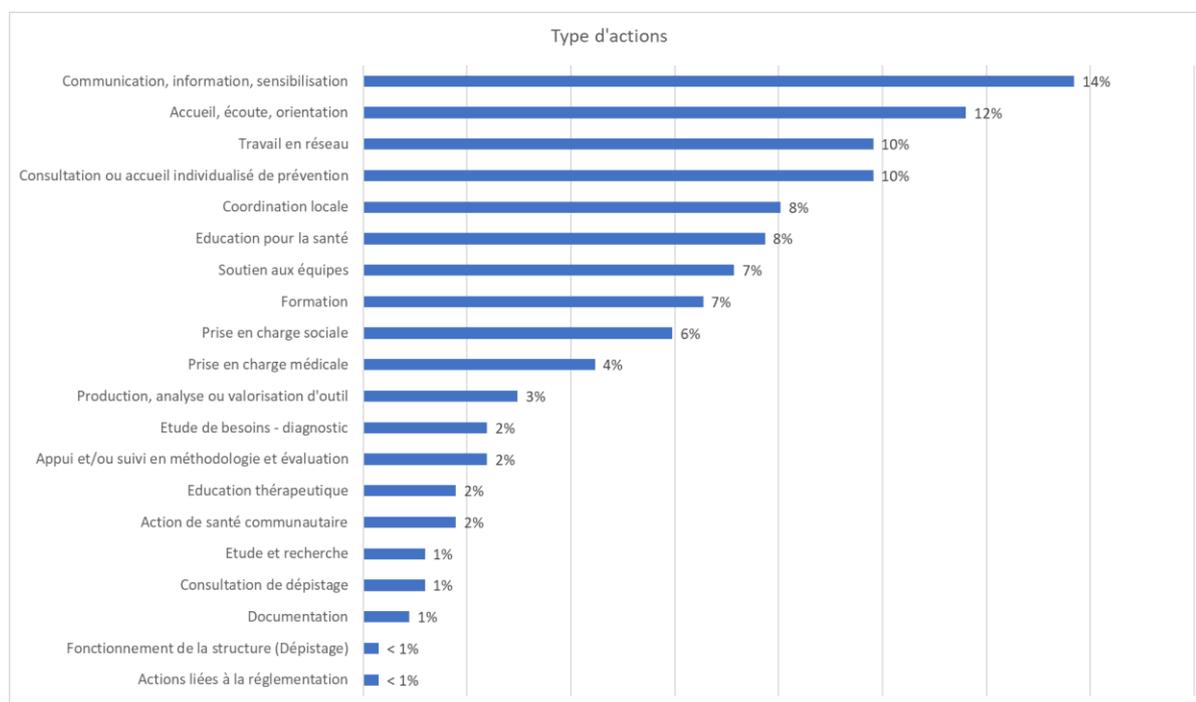
2.2.7.1. Les actions de préventions

L'analyse de la base données OSCARS⁷⁶ a permis d'identifier pour l'année 2018, 64 projets abordant la thématique de la santé mentale. Ces projets portent soit uniquement sur cette thématique, soit comportaient un volet santé mentale.

Les types d'actions

Les projets portent essentiellement sur des actions d'information et de sensibilisation, d'accueil d'écoute et d'orientation, ou encore sur le travail en réseau.

Figure 18- Types d'action de prévention et de promotion en santé mentale, 2018



Source : OSCARS, 2019

Parmi ces actions on retrouve :

- L'action d'affiliation ou de réaffiliation avec le soin psychiatrique, projet porté par la Croix Rouge Française
- Le projet ASSAB : Accès aux soins et la continuité des soins des personnes sans chez-soi, projet porté par l'hôpital Européen, Fondation Ambroise Paré
- L'action de prévention santé territoriale pour les 11-25 ans, avec un accueil de proximité des jeunes en souffrance psychique. Cette action est portée par MDA13 Nord.

⁷⁶ OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé, est une base de données en ligne d'actions, d'acteurs et d'outils d'intervention dans le domaine de la prévention et de la santé publique. OSCARS permet le suivi des politiques régionales de santé et peut servir d'outil de formation et d'appui en méthodologie de projet. Il offre différents modes de recherche dont un accès cartographique qui permet de visualiser l'activité à l'échelle de chaque région.

La Protection Judiciaire de la jeunesse, à travers la démarche « PJJ promotrice de santé » développe des actions de prévention sur deux volets :

- En direction des jeunes et des familles : des actions de médiation éducative pour développer les compétences psychosociales
- En direction des professionnels : des actions de formation croisées entre les professionnels de la PJJ et ceux de la santé mentale pour déconstruire les représentations, mieux se connaître et mieux travailler ensemble (colloques, stage d’immersion croisé, analyse de la pratique croisée...).

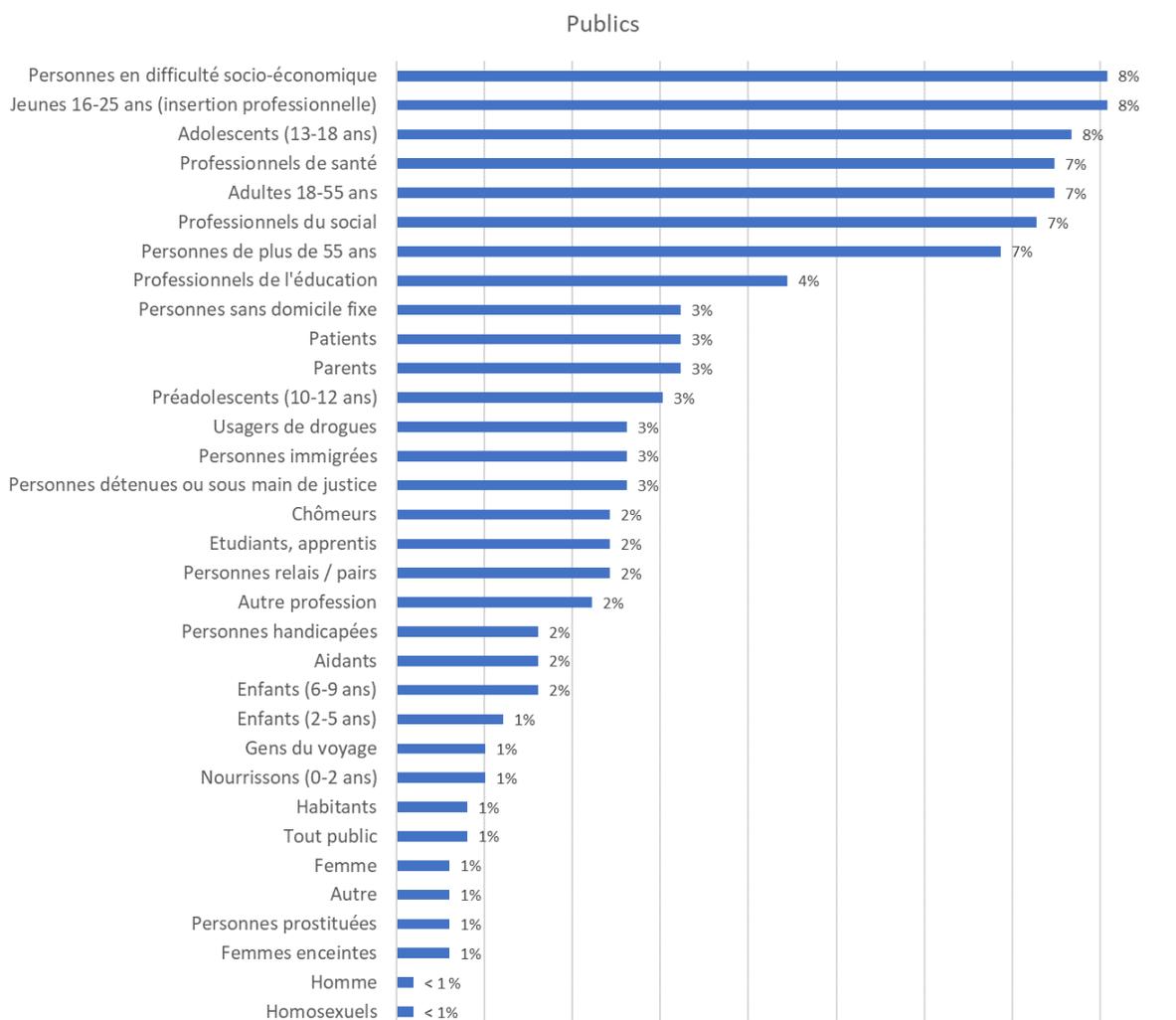
L’association Action Régionale de Prévention et d’Éducation à la santé des Jeunes (ARPJ) portée par le groupe SOS, propose des actions de promotion de la santé en direction des jeunes, des familles et des professionnels de l’ASE et de la PJJ.

On retrouve également deux programmes d’éducation thérapeutique du patient : le premier concerne les patients porteurs de troubles bipolaires, porté par le CH Montperrin. Le second concerne les patients schizophrènes, porté par le CH Valvert.

Les publics concernés

Ces actions ont concerné le public enfants (de 0 à 18 ans), les jeunes de 16 à 25 en insertion professionnelle, le public adultes, les personnes en difficultés économiques ainsi que les professionnels de la santé, de l’éducation et du social.

Figure 19- Publics concernés par les actions de prévention et de promotion en santé mentale, en 2018

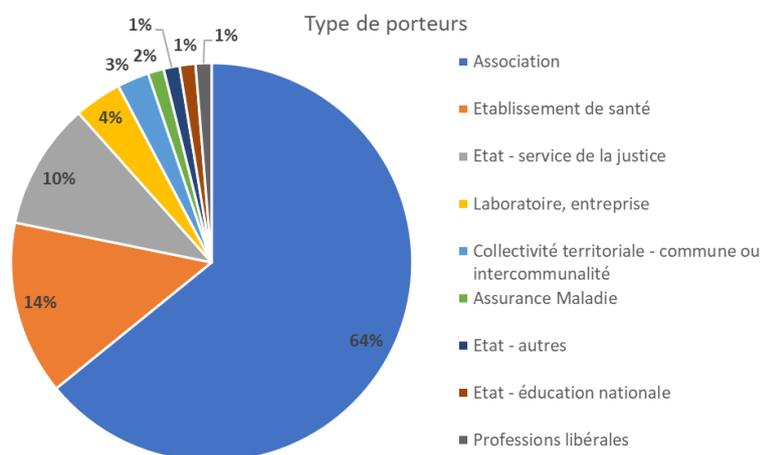


Source : OSCARS, 2019

Les porteurs de projets

Les porteurs de projets sont principalement des structures associatives (la Croix-Rouge, l'Amicale de Nid) mais également des centres hospitaliers (Edouard Toulouse, Montperrin, Martigues), des maisons des adolescents, des points accueil écoute jeunes, la Protection Judiciaire de la Jeunesse.

Figure 20- Types de porteurs de projets des actions de prévention et de promotion en santé mentale, 2018



Sources : OSCARS, 2019

Les acteurs

On retrouve différents acteurs, notamment :

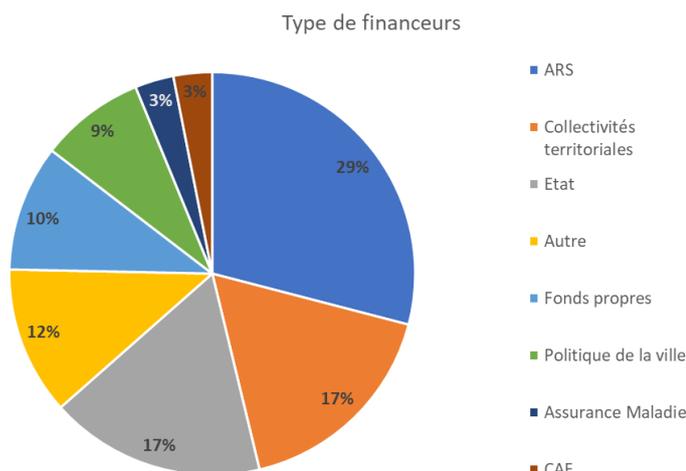
- Les Service de l'Etat : Direction territoriale de la protection judiciaire de la jeunesse - Bouches du Rhône (DT PJJ 13)
- Les associations : Le Collectif santé jeunes du pays aubagnais (CSJA), le Comité départemental d'éducation et de promotion de la santé des Bouches du Rhône (CoDEPS 13), le Groupe SOS solidarités - Délégation régionale Provence Alpes Côte d'Azur (ex PSA) (SOS SOLIDARITES PACA), l'Information Marseille accueil jeunes écoute santé (IMAJE Santé), le Réseau santé social jeunes de La Ciotat et ses environs (RSSJ), l'Union des centres sociaux des Bouches du Rhône (UCS 13)
- Les établissements de santé : tels que les CH Valvert ou Montperrin.

Les financeurs

Les principaux financeurs des actions de prévention et de promotion en santé mentale sont :

- L'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
- Les collectivités territoriales (Conseil régional, Conseils départementaux et les communes et intercommunalités) ;
- L'Etat.

Figure 21- Financeurs des actions de prévention et de promotion en santé mentale, 2018



Source : OSCARS, 2019

2.2.7.2. La semaine d'information en santé mentale (SISM)

La semaine d'information en santé mentale est l'occasion d'organiser des actions de promotion de la santé et de construction de projets. L'objectif est de sensibiliser et d'informer sur les questions liées à la santé mentale.

En 2019, 9 manifestations ont été organisées. Elles ont pris la forme de colloques ou de conférences, d'expositions, de journées de formation ou d'information, ou encore de journées portes ouvertes dans un foyer de vie.

2.2.8. Prise en charge des addictions

L'offre de prévention, d'accompagnement et de soins en addictologie est assurée par différentes structures hospitalières ou associatives⁷⁷. Parmi les associations on retrouve, notamment, Addiction méditerranée, le Bus 31/32, l'ANPAA, le Groupe SOS, l'association Elf.

Le département compte 18 Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), dont un au centre pénitentiaire des Baumettes. Il existe également 5 antennes, réparties sur Pertuis, Salon-de-Provence, Tarascon, et Marseille.

On retrouve également 12 consultations avancées, c'est-à-dire des consultations assurées par un psychologue ou un travailleur social, dans un lieu externalisé au CSAPA.

Les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) sont assurées par les CSAPA. Il en existe 7 sur le département, dont 3 à Marseille (Addiction Méditerranée, Puget Bis, qui dépend du CH Edouard Toulouse, Sainte Marguerite) et 4 qui se trouvent à Aix-en-Provence, Aubagne, Arles et Martigues.

Les Equipes hospitalières de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) sont au nombre de 9 et sont réparties sur les centres hospitaliers de l'AP-HM, Aubagne, la Ciotat, Montperrin et Salon de Provence.

On compte 9 Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques des Usagers de Drogues (CAARUD), dont :

- 2 gérés par l'association ELF ont la particularité d'intervenir auprès des usagers par le biais d'un travail de rue via une unité mobile sur Aix-en-Provence et Salon de Provence
- 1 équipe mobile également sur Arles, mise en place par le groupe SOS.

⁷⁷ Données issues de l'annuaire du Dispositif de coordination et d'information en addictologie des Bouches du Rhône. DicAdd13. <http://www.dicadd13.fr/>

Il existe 7 unités de consultations hospitalières en addictologie, à Marseille, Allauch, Arles et Martigues.

2.3. Données relatives au recours à l'offre

2.3.1. File active des établissements de santé

La file active des établissements de santé est constituée par le total des patients qui sont vus au moins une fois dans l'année, que ce soit en hospitalisation, ou en ambulatoire (c'est-à-dire en consultation ou en visite à domicile). Le tableau ci-dessous donne la répartition des files actives pour les établissements des Bouches-du-Rhône.

La majorité des personnes, soit près de 61% sont vues en ambulatoire.

Tableau 24- Files active des établissements de santé en 2018

Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année	File active totale	File active exclusivement ambulatoire	File active hospitalisée à temps plein dans l'année	Personnes présentes en hospitalisation temps plein depuis plus d'un an
Psychiatrie générale	65 737	46 322	11 925	278
Psychiatrie infanto-juvénile	14 656	13 015	388	1
Psychiatrie en milieu pénitentiaire	5 302	4 869	317	3
Total file active (sans double compte)	82 695	50 326	10 813	218

Source : ARS, SAE Enquête 2018, département 13

2.3.2. Mode de prise en charge en établissements de santé

Près de 93% des patients sont pris en charge dans le cadre de soins psychiatriques libres. Dans l'ensemble, le département des Bouches-du-Rhône se situe dans la moyenne que ce soit au niveau régional ou national, sauf en ce qui concerne les soins psychiatriques pour péril imminent. Si leur taux reste faible, soit 2,85%, celui-ci est légèrement supérieur aux taux régional et national.

Tableau 25- Mode de prise en charge en établissement de santé en 2018

	BDR		PACA		France Métropolitaine	
	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%	Nombre de patients	%
Soins psychiatriques libres	61 698	93,18	137 528	93,51	1 948 723	94,59
Soins psychiatriques sur décision de représentation de l'état	572	0,86	1 477	1,00	17 607	0,85
Article 706-135 du CPP et article L3213-7 du CSP (personnes jugées pénalement irresponsables)	38	0,06	135	0,09	1 248	0,06
Ordonnance Provisoire de Placement (OPP)	9	0,01	35	0,02	410	0,02
Article D 398 du CPP (détenus)	119	0,18	288	0,20	7 152	0,35
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, y compris en urgence	1 896	2,86	4 913	3,34	58 985	2,86
Soins psychiatriques pour péril imminent	1 884	2,85	2 691	1,83	26 132	1,27

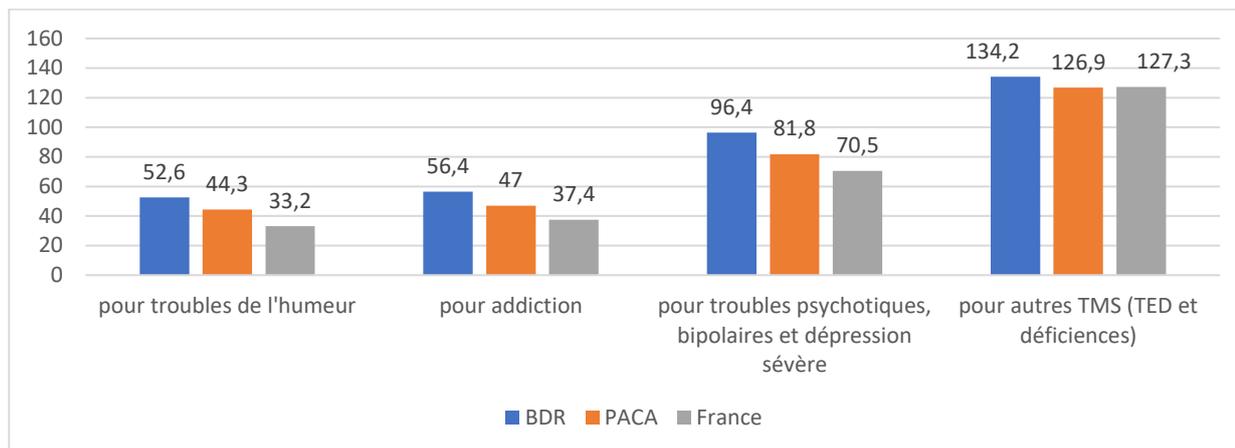
Source : ARS, SAE Enquête 2018, département 13

2.3.3. Durée moyenne annuelle d'hospitalisation et taux de ré-hospitalisation

En 2015, quel que soit le motif d'hospitalisation, la Durée Moyenne Annuelle d'Hospitalisation (DMAH) dans les Bouches-du-Rhône est nettement supérieure à la moyenne régionale et nationale.

Les écarts sont beaucoup plus importants entre le département et le niveau national. Pour exemple, dans le cas des hospitalisations pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère, l'écart est de presque 26 jours.

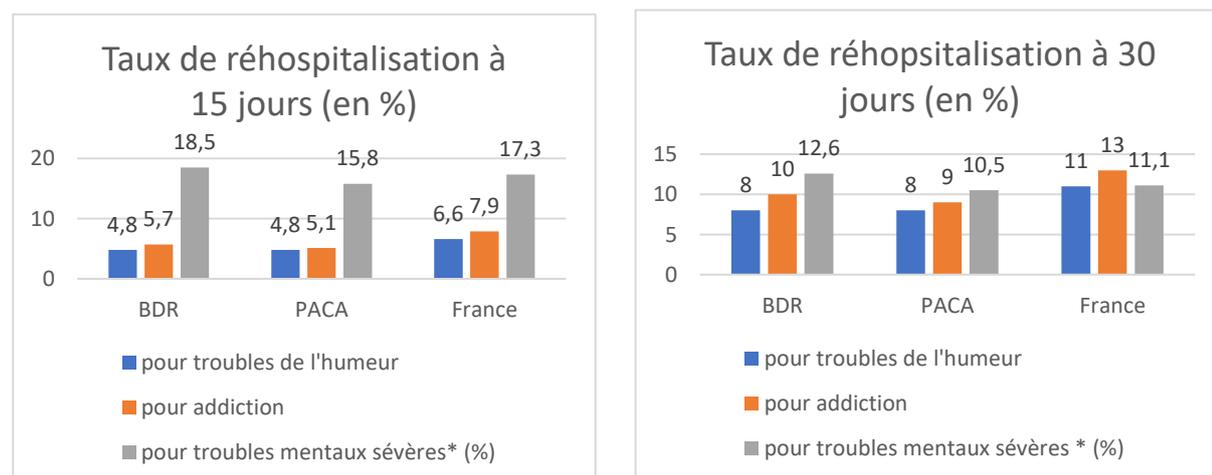
Figure 22- Durée moyenne annuelle d'hospitalisation (nombre de journées par patients) en 2015



Source : Atlas Santé-Santé mentale, RIM-P - 2015

Les taux de ré-hospitalisation des patients à 15 et 30 jours, pour les troubles de l'humeur et pour addictions, sont presque identiques aux taux de la région, mais restent inférieurs aux taux nationaux. Cependant, les taux concernant les troubles mentaux sévères sont supérieurs aux niveaux régional et national.

Figure 23- Taux d'hospitalisation en 2015



Source : Atlas de santé mentale, Source : RIM-P - 2015

En ce qui concerne la part des hospitalisations au long cours, c'est-à-dire depuis plus d'un an, elle est légèrement supérieure dans le département par rapport à part nationale et la part régionale.

Tableau 26- Part de patients hospitalisés au long cours (depuis plus d'un 1 an), pour 1000 habitants en 2015

	BDR	PACA	France
Pour troubles psychotiques, bipolaires et dépression sévère	4,1	3,7	2,9
Pour autres TMS (TED et déficiences)	0,4	0,3	0,3

Source : RIM-P – 2015

2.3.4. Part de la file active exclusivement en ambulatoire

En 2015, les patients pris en charge strictement en ambulatoire le sont principalement pour des troubles de l'humeur, viennent ensuite les problématiques d'addiction.

Tableau 27- Part de la file active exclusivement en ambulatoire (en %) en 2015

	BDR	PACA	France
Addiction	69,5%	66,7%	68,7%
Troubles de l'humeur	73,2%	73,4%	77,3%
Troubles sévères*	14,5%	14,6%	9,9%
Autres TMS**	8,4%	10,6%	10,6%

* Troubles psychotiques, bipolaires, dépression sévère

** Autres troubles sévères (TED, déficience...)

Source : Atlas Santé-Santé mentale, RIM-P – 2015

2.3.5. Admission aux urgences

Le taux d'admission aux urgences est nettement supérieur dans les Bouches-du-Rhône par rapport au taux national, notamment pour les troubles de l'humeur et les troubles mentaux sévères.

Tableau 28- Admission aux urgences en 2015

	BDR	PACA	France
Addiction	20,1%	15,2%	12,1%
Troubles de l'humeur	23,2%	22,2%	11,7%
Troubles mentaux sévères*	27,5%	22,8%	12,7%
Autres TMS	8,4%	10,6%	10,6%

* Troubles psychotiques, bipolaires et dépressifs sévères

Source : Atlas Santé-Santé mentale, RIM-P – 2015

2.3.6. Taux de recours aux soins

Le taux de recours aux psychiatres libéraux pour troubles de l'humeur ou addictions dans les Bouches-du-Rhône est de 39 (pour 1000 habitants). Un taux supérieur au taux régional (33,3) et bien plus important que le taux national (18,3)⁷⁸.

⁷⁸ Atlas de santé mentale, SNIIRAM - 2015

Tableau 29- Taux de recours global en établissement (complet, partiel, ambulatoire) (patients pour 1000 hab. (18-64 ans)) en 2015

	BDR	PACA	France
Pour addiction	3,4	3,2	3,2
Pour troubles de l'humeur	11,1	10	11,7
Pour TED, déficiences et autres TMS	0,8	0,9	1,2
Pour troubles psychotiques	10,2	9,7	8,7

Source : Atlas de santé mentale RIM-P, Insee – 2015

Le recours aux soins chez les enfants et adolescents

En 2015⁷⁹, la part des admissions par les urgences en psychiatrie des enfants et adolescents âgés de 0 à 17 ans dans le département est plus importante qu'au niveau national et régional. Elle est de 18,2% contre 10,4% en région et 7,3% au national.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des 12-18 ans est de 10,5 pour 10 000 habitants, un taux inférieur aux taux régional et national.

Dans le département, le taux de recours aux soins des 0-17 ans en établissement de santé est inférieur aux taux régional et national. Tandis que le taux de recours aux psychiatres est lui très supérieur aux taux régional et national.

Tableau 30- Taux de recours aux soins des 0-17 ans en 2015

	En établissement de santé (Pour 10 000 hab.)			Psychiatre (Pour 10 000 hab.(0-17 ans))		
	BDR	PACA	France	BDR	PACA	France
0 - 17 ans	321,3	334,8	343,1	255,3	219,6	109,2
0 - 11 ans	288,4	303	315,9	226,6	192,6	88
12 - 17 ans	412,2	419,5	423,9	313	271,9	151,8

Source : Atlas santé mentale ; RIM-P + CNAMTS – 2015

Le taux d'hospitalisation en psychiatrie pour les 0-17 ans dans le département est inférieur aux taux d'hospitalisation au niveau régional et national, quel que soit le mode d'hospitalisation.

Tableau 31- Taux d'hospitalisation en psychiatrie des 0-17 ans (pour 10 000 hab.) en 2015

	BDR	PACA	France
Taux d'hospitalisation temps plein	11,3	13,3	12,5
Taux d'hospitalisation temps complet	12,6	15,6	14,5
Taux d'hospitalisation en alternatives à temps complet	1,4	2,4	2,3
Taux d'hospitalisation en MCO pour motif psy.	13,2	17	20,9

Source : Atlas santé mentale, RIM-P – 2015

⁷⁹ Source Atlas santé mentale

Le recours aux soins en psychiatrie pour les personnes âgées

Le taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus (65+), est de 53,5 (pour 10 000 hab.), un taux qui est dans la moyenne régionale et la moyenne nationale.⁸⁰ Cependant, le taux de personnes âgées hospitalisées en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour motif psychiatrique, qui est de 85,6 (Pour 10 000 hab. (65+ ans) est très supérieur au taux régional (72,2), mais reste inférieur au taux national (96,2)⁸¹.

Tableau 32- Taux d'hospitalisation en psychiatrie pour les 65 ans et plus en 2015

	BDR	PACA	France
Taux d'hospitalisation en psychiatrie des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+))	53,5	54,6	55
Taux de personnes âgées hospitalisées en MCO pour motif psy. (Pour 10 000 hab. (65+ ans))	85,6	72,2	96,2
Part d'admission par les urgences, en psychiatrie, des 65 ans et plus (% nb. Séjour psy.)	25,8	23,9	13,9
Part d'admission par les urgences, en MCO pour motif psy., des 65 ans et plus (%)	36,4	45,3	44,4
Taux de recours en hospitalisation pour TS. des 65 ans et plus (pour 10 000 hab.)	4,1	5,6	5,4

Atlas santé mentale, RIM-P – 2015

Le recours aux soins en psychiatrie pour les personnes détenues

Pour l'année 2018⁸², la file active de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est de 5 302 personnes. Cela représente 6,41% de la file active totale (c'est-à-dire la psychiatrie générale et infanto-juvénile comprises). Ce taux est assez similaire au taux régional 6,28% (mais cela peut s'expliquer par le fait que le département comprend des unités de soins pour l'ensemble de la région). Cependant, il est supérieur au taux national qui est de 4,2%.

Les séjours en hospitalisation complète pour la psychiatrie en milieu pénitentiaire représentent 1,6% de l'ensemble des hospitalisations à temps plein en psychiatrie. Ce taux est bien supérieur, quasiment le double, aux taux régional et national qui sont tous les deux de 0,7%.

Il en est de même concernant la part des hospitalisations de jour en psychiatrie en milieu pénitentiaire. Elle est de 4,7%, taux bien supérieur aux taux régional (1,9%) et national (1,76%).

⁸⁰ Données : Atlas santé mentale RIM-P – 2015

⁸¹ Données : Atlas santé mentale RIM-P – 2015

⁸² Données SAE 2018.

Chapitre 3 : ELEMENTS DE DIAGNOSTIC AU REGARD DES 6 PRIORITES

3.1. Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

Par intervention précoce, il est entendu toute intervention qui « *doit permettre la mise en place de prises en charge adaptées -dès l'apparition des premiers symptômes d'une pathologie-, afin de prévenir son aggravation et les conséquences qui y sont associées. Elle se distingue de la prévention, qui vise à lutter contre les facteurs identifiés comme pouvant contribuer au développement de troubles psychiques (risques psychosociaux, négligences parentales, exposition au stress, consommation de substances psychoactives et conduites addictives ...)* »⁸³.

3.1.1. Un manque de sensibilisation des acteurs au repérage des signes d'alerte

Le repérage des troubles psychiques ne se fait pas suffisamment en amont, mais principalement lorsque la personne est en crise ou quand elle présente des signes très avancés.

Le repérage précoce est rendu difficile par un manque de formation sur les problématiques psychiatriques et psychiques, notamment des médecins généralistes et des professionnels des urgences généralistes. Cependant, cette affirmation demanderait à être étayée en l'absence de médecin généraliste dans le groupe.

Le repérage précoce ne peut être de la seule responsabilité des acteurs sanitaires. Il peut être réalisé par d'autres acteurs du social et du médico-social, mais également par les professionnels non spécialistes en santé mentale qui interviennent auprès des enfants, des adolescents, des jeunes adultes, comme par exemple les professionnels de la petite enfance, ceux des structures de loisirs et de l'Aide Sociale à l'Enfance... D'autres, comme les médecins, psychologues et infirmiers de l'Education Nationale, sont sensibilisés à cette problématique, mais il faudrait augmenter leurs effectifs et renforcer la formation continue.

D'autre part, l'accompagnement à la parentalité est aujourd'hui insuffisant. Pour améliorer la prévention et le repérage précoce, il est nécessaire mettre en place un accompagnement à la parentalité pré-accouchement et post-accouchement et jusqu'à l'adolescence pour les parents souffrant de troubles psychiques.

Les médecins de ville étant payés à la consultation, les usagers ressentent un manque de temps pour la parole et l'écoute.

3.1.2. Une insuffisance de partenariat entre les médecins généralistes et les acteurs de la psychiatrie

Les échanges d'informations entre les médecins généralistes et les secteurs de la psychiatrie sont aujourd'hui insuffisants et complexes, par manque de temps, de ressources et d'outils, ce qui impacte directement la continuité de parcours de soins des patients. Les sorties d'hospitalisations sont notamment des moments importants pour la transmission d'informations. Certains outils existent, comme par exemple la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur⁸⁴, la fiche⁸⁵ « Points clés – Comment élaborer et mettre en œuvre

⁸³ Ministère des solidarités et de la santé. Boite à outils PTSM. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-1>

⁸⁴ <http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/01/charte-cme-medecine-generale.pdf>

⁸⁵ Haute Autorité de Santé, Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? HAS, 2015-02, 9 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf

des protocoles pluriprofessionnels ? » et la psychiatrie de secteur, mais ils ne sont pas suffisamment exploités.

La prescription des psychotropes par les médecins généralistes est un axe à travailler en lien avec les médecins psychiatres. Elle peut se faire par les médecins généralistes, soit pour contenir une crise, le temps d'une prise en charge adaptée, ou pour un renouvellement d'ordonnance, notamment quand les patients ont des délais longs pour un rendez-vous avec leur psychiatre. Enfin, bien souvent, les partenariats dépendent des ressources mais surtout des personnes.

3.1.3. Des difficultés d'accès au diagnostic, au suivi psychiatrique et aux expertises existant au niveau régional ou national

Même si certains professionnels sont sensibilisés et formés au repérage précoce, ils sont confrontés à des difficultés pour orienter les personnes. Les professionnels ne savent pas à qui adresser ni vers qui orienter les personnes une fois que le dépistage est réalisé.

Or, le diagnostic tardif des troubles psychiques et les délais très longs d'accès aux soins et à un suivi psychiatrique (pour les Centres Médico-Psychologiques (CMP) –, les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) et les centres experts, ou pour une prise en charge par les services des urgences), sont à l'origine de pertes de chance pour les personnes concernées.

Les CMP, qui doivent pouvoir jouer leur rôle de premier accès aux soins spécialisés, subissent des délais d'accès de plusieurs mois.

L'offre de soins existe, mais elle est insuffisante. On constate un manque de professionnels vers qui orienter les patients (« pénurie médicale »). Dans les services hospitaliers, le temps médical est embolisé par les temps administratif et organisationnel, les plateaux techniques sont insuffisants pour répondre à la demande toujours croissante dans les structures publiques et associatives (les CMP, CAMSP et Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP)) et il y a un manque d'offre de soins en ambulatoire. Par ailleurs, il existe une méconnaissance des missions de chacun.

On note également peu de dispositifs de recours dans le cadre de la gradation des prises en charge, et peu de structures pour la prise en charge des enfants de 6 à 11 ans.

Le soutien aux aidants doit être renforcé, notamment pour ceux ayant des aînés présentant un trouble neurodéveloppemental.

L'accès au diagnostic et au suivi psychiatrique est plus compliqué pour certains publics spécifiques, tels que :

Le public nouveau-nés enfants et adolescents

En pédopsychiatrie, le manque de temps pour les professionnels, le manque de moyens humains et financiers, la saturation des services et les files d'attente très longues conduisent à une impossibilité de prise en charge précoce des patients en période critique de développement, avec toutes les conséquences que cela peut avoir pour l'enfant, et la souffrance des familles et des équipes.

On note également un manque de structures de soins et un manque d'articulation entre les structures et les professionnels, et un cloisonnement des différents secteurs. Concernant le public adolescent, les Maisons des Adolescents sont des dispositifs pluri institutionnels et pluridisciplinaires qui œuvrent pour le décroisement et l'accessibilité à des parcours de soins coordonnés.

Le public précaire

L'orientation des publics précaires sans domiciliation est parfois compliquée dans une organisation sectorisée, alors que ce public nécessite une prise en charge adaptée. Il nécessite une prise en charge plus lourde et qui demande davantage d'investissement des équipes médicales.

L'accueil qui leur est réservé n'est pas satisfaisant et l'accès aux soins peut être complexe. Par exemple : l'exigence de la présentation de la carte vitale limite l'orientation vers certains CMP. C'est un public qui est souvent en rupture de parcours de soins sans accès à l'offre de soins du territoire, car il a une méconnaissance des dispositifs. Les délais de rendez-vous sont trop longs. C'est un public auprès duquel il faut développer « l'aller vers ».

Le public réfugié et migrant

Il existe peu de dispositifs d'interprétariat dans les CMP, ce qui limite l'accès aux soins des patients non-francophones.

Le public personnes âgées

On relève un manque de structures de psychiatrie spécialisées pour les personnes âgées, ce qui limite le repérage et le diagnostic pour ce public.

Ce manque de structures concerne également la prise en charge de la démence avec des troubles du comportement. Ces situations, qui ne relèvent pas de la psychiatrie, entraînent une embolisation des services de psychiatrie du sujet âgé.

3.1.4. Des difficultés à organiser des accompagnements sociaux et médico-sociaux

L'offre de prise en charge est insuffisante pour les enfants et les adultes, tout type d'équipement confondu, avec une demande toujours plus croissante.

Malgré les notifications de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), les structures sociales et médico-sociales sont tellement saturées qu'elles ne peuvent plus tenir compte des listes d'attente (qui s'élèvent entre 3 et 5 ans). Elles choisissent un public plus jeune et sélectionnent les patients en fonction de l'âge, de l'autonomie, du comportement et de la sévérité des troubles. Certains patients n'ont ainsi aucune chance d'accéder à leurs structures notifiées.

Alors qu'aujourd'hui on parle davantage d'un accompagnement global, de référent social qui suit la personne ; la mise en place de la nomenclature des prestations SERAFIN risque d'éclater l'accompagnement médico-social, puisque les structures d'accueil qui ne peuvent assurer les prestations dont a besoin la personne, devront les orienter vers d'autres structures.

3.1.5. Un partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux difficile à construire

L'organisation d'un partenariat entre les professionnels de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux est rendue difficile par :

- Un manque de connaissances et de lisibilité des ressources sur le territoire.
- L'inexistence d'un dispositif ou d'un acteur de coordination.

Cela a un impact sur la fluidité et la coordination de la prise en charge des patients. Les communautés professionnelles territoriales de santé ont pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients afin d'assurer la continuité et la qualité des soins, par une meilleure coordination des acteurs d'un territoire. Il n'y en a qu'une dans le département qui couvre l'ensemble des communes du territoire d'Arles.

La méconnaissance des ressources existantes vaut également pour le grand public et pour les parents des patients : que faire ? Qui consulter ? A qui s'adresser ? Comment conseiller ? Comment accompagner ? A qui parler ? ... ; Ces questions prennent toute leur importance lorsqu'il s'agit de la prise en charge des jeunes adultes qui ont entre 18 et 30 ans.

Les travailleurs sociaux sont en demande de liens facilités avec les services de psychiatrie et d'un langage commun, notamment pour la résolution des situations complexes. On note également un besoin, pour les travailleurs sociaux, d'une formation de base ou une sensibilisation à la question des troubles psychiques, pour aider au repérage des troubles de

santé mentale et à l'orientation plus pertinente de ces personnes vers les structures adaptées, quand il y en a.

Les Plateformes territoriales d'appui (PTA) ont pour mission de venir en appui aux professionnels de santé pour la prise en charge des situations complexes. Il en existe seulement deux dans le département pour couvrir l'ensemble du territoire : la PTA Pratic santé qui couvre le territoire de Marseille, Aubagne et la Ciotat, et la PTA Apport santé qui couvre le reste du département.

Les publics souffrant de troubles psychiques croisent tous les champs, ce qui nécessite un partenariat pour permettre la coordination, la complémentarité et la continuité de la prise en charge. Mais les Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), instances de concertation et de coordination des différents acteurs concernés par la santé mentale au sein d'un territoire qui ont pour objectifs d'améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale, ne sont pas présents dans toutes les villes. Il n'en existe que deux sur le département.

Enfin, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », le département a mis en place un Pôle de compétence et de prestations externalisées (PCPE) qui a vocation à intervenir auprès de personnes en situation de handicap. C'est un dispositif d'inclusion qui replace l'utilisateur au cœur du dispositif afin d'éviter les ruptures de parcours. Le PCPE a différents objectifs : soutenir le maintien à domicile, assurer l'accompagnement à domicile en attendant une orientation dans un établissement adapté, coordonner des acteurs et accompagner et soutenir les familles. Toutefois, le PCPE se confronte aux limites de la réalité du terrain et ne trouve pas souvent une solution adaptée aux personnes en rupture de parcours.

Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

Problématiques priorisées

- Insuffisance de coordination entre les acteurs pour accompagner les personnes et leur entourage dans leur parcours de vie. Cela peut être dû à :
 - ⇒ Un manque de lisibilité, de visibilité et de connaissance des dispositifs, structures ou professionnels existant sur le département ;
 - ⇒ Un manque d'acteurs de terrain qui soient sensibilisés et formés ;
 - ⇒ Un manque de communication entre les acteurs et de reconnaissance (légitimité).
- Manque de visibilité sur l'existant en termes d'offre de soins, de prise en charge et de parcours. Aujourd'hui des outils existent, comme l'Atlas de la santé mentale, mais ils ne sont pas :
 - ⇒ Connus par l'ensemble des acteurs et des usagers ;
 - ⇒ Exhaustifs ;
 - ⇒ Centralisés.
- Difficultés rencontrées par les professionnels pour le repérage de la population souffrant de troubles psychiques, qui sont induites par :
 - ⇒ Un manque de formation en santé mentale dans les formations initiales ;
 - ⇒ Un manque de lisibilité des formations existantes ;
 - ⇒ Un manque de sensibilisation du grand public ;
 - ⇒ Un manque d'espaces dédiés à la réflexion et au soutien des professionnels ;
 - ⇒ Des difficultés de prise en charge des coûts de formation (inscription/logistique).

3.2. Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

3.2.1. Des difficultés rencontrées sur le terrain pour l'organisation d'un suivi coordonné, réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité

Différentes problématiques venant complexifier la mise en place d'un suivi coordonné ont été identifiées par les acteurs de terrain :

Un cloisonnement des acteurs

Il concerne les professionnels libéraux, les usagers, et les structures des différents secteurs, notamment entre le secteur de la psychiatrie et les secteurs sociaux et médico-sociaux (gériopsychiatrie, EHPAD, addictologie). Cela a un impact sur la coordination de parcours des personnes, notamment celles qui traversent une crise. Un cloisonnement qui est dû notamment à :

- Une pluralité d'acteurs et une méconnaissance des ressources existantes sur le territoire. Plus particulièrement, l'offre de réhabilitation psychosociale est peu identifiée. Les professionnels de la psychiatrie méconnaissent les différents dispositifs de coordination et de prévention des ruptures de parcours dans les différents champs. Cela peut réduire les possibilités d'orientation pour les patients qui pourraient en bénéficier. Les professionnels du médico-social ont quant à eux, des difficultés à se repérer dans la sectorisation lorsqu'il s'agit d'orienter des personnes qui proviennent d'un autre secteur que celui dont dépend la structure. C'est le cas notamment pour les professionnels des EHPAD ;
- Une méconnaissance des missions des différents acteurs qui existent sur le département, comme par exemple les SAVS ;
- Une difficulté de communication et de coordination entre les différents acteurs et professionnels et un manque d'instance de coordination dans le champ de la psychiatrie ;
- Une offre mal répartie sur le territoire, avec des « zones blanches ».

Des difficultés pour répondre aux besoins de santé et à satisfaire la demande de soins des usagers

Les usagers peuvent rencontrer des difficultés d'accès à des prises en charge médicales et sociales qui peuvent occasionner des ruptures dans leur parcours de soins et de vie.

- Au niveau de la prise en charge médicale

Les structures de soins sont surchargées et manquent de moyens humains et financiers.

Les CMP ont des difficultés pour répondre à leur mission de 1^{er} recours de l'accès aux soins et connaissent des difficultés de fonctionnement en interne et avec les partenaires externes, alors qu'ils sont l'élément central, « la colonne vertébrale » d'une prise en charge globale en santé mentale. Différentes problématiques sont relevées :

- ⇒ Un manque de lisibilité de l'offre ;
- ⇒ Des délais de prise en charge trop importants ;
- ⇒ Des difficultés d'accès, (RDV non programmés, urgences) ;
- ⇒ Un manque « d'aller vers » et des visites à domicile limitées ;
- ⇒ Des disparités de fonctionnement ;
- ⇒ Peu de lien avec les usagers et les aidants sur la définition des projets de services ;
- ⇒ Peu de remise en question de l'organisation générale.

En ce qui concerne le public adolescent, il existe des difficultés à assurer la transition dans les prises en charge lors du passage de l'adolescence à la vie adulte. Une transition qui constitue un fort risque de rupture dans le parcours de soins.

- Au niveau de la prise en charge sociale

Un manque de places et de moyens humains au sein des structures sociales et médico-sociales. L'accès à un accompagnement social de droit commun, notamment par les Maisons départementales de solidarités (MDS) est dans certains cas refusé pour des personnes suivies en psychiatrie, car ces dernières peuvent bénéficier d'un accompagnement par les services sociaux de la psychiatrie de secteur.

Il y a peu d'accompagnement social vers l'extérieur par les institutions sociales et médico-sociales pour faire le lien avec les services de droit commun.

Un manque de dispositifs pour certains publics spécifiques

Le manque de certains dispositifs de prise en charge ou le manque de continuité, crée également des ruptures de parcours. Cela concerne notamment :

- La prise en charge du trouble autistique, différents constats sont faits :
 - ⇒ L'offre de prise en charge et le diagnostic du spectre autistique (TSA) chez l'adulte sont quasi inexistantes et peu accessibles dans le département. Or, ces patients nécessitent une prise en charge spécifique à laquelle l'offre de psychiatrie traditionnelle ne peut répondre aujourd'hui. Cela engendre de la souffrance tant au niveau des patients que chez le personnel médical et soignant ;
 - ⇒ Des prises en charge non adaptées à la situation et aux besoins de la personne qui créent des engorgements dans certaines structures. Ainsi des personnes sont prises en charge par des structures médico-sociales alors que leur situation correspond à une prise en charge médicale et vice-versa. Certains patients continuent d'être hospitalisés sans nécessité de soins, faute de places dans des structures sociales et médico-sociales ;
 - ⇒ Des difficultés de prise en charge de ces patients due à une méconnaissance des spécificités inhérentes au TSA de la part des professionnels des secteurs du médical, du social et du médico-social.
- Les familles, les exilés ou les victimes de psycho-traumatismes sont également des publics pour qui il existe peu de dispositifs d'accueil, de suivi et d'accompagnement.

3.2.2. Une offre de réhabilitation psychosociale insuffisante et peu lisible

Il y a un manque de visibilité et une méconnaissance de l'offre en réhabilitation psychosociale qui existe sur le département (établissements, dispositifs ou professionnels...). Certains dispositifs contribuant à la réhabilitation psychosociale, tels que le CoFoR, les GEM, sont insuffisants.

On constate également une méconnaissance des missions des médiateurs de santé pair.

Les usagers et les accompagnants (famille, entourage) sont peu informés et formés à la question de la réhabilitation psychosociale et ses fondements (autonomie, déstigmatisation, empowerment, espoir...).

3.2.3. Des difficultés de maintien et d'accès dans le logement

Les problématiques exprimées concernent les difficultés d'accès, d'accompagnement et de coordination pour l'accès et le maintien dans le logement.

Des difficultés d'accès au logement ordinaire, adapté et à l'hébergement

Ces difficultés d'accès sont dues à :

- Un manque d'offre de logements adaptés avec un accompagnement ou de places d'hébergement. Plus particulièrement il y a un manque de foyers médicalisés pour les personnes atteintes de troubles psychiques et de maisons de retraite spécialisées.
- De faibles ressources (AAH) et à une stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

Ces difficultés d'accès peuvent avoir un impact sur le parcours de soins, notamment sur les hospitalisations qui peuvent se faire sans nécessité thérapeutique, ou avec des durées plus longues, faute de solutions de sortie.

Les sorties d'hospitalisation peuvent se faire vers des solutions inadaptées (logements insalubres, structures d'hébergement, hôtels) qui peuvent remettre en question la continuité du soin.

Peu d'accompagnement pour l'accès au logement

Les personnes souffrant de troubles psychiques ont des difficultés à trouver une solution de logement, à investir le logement une fois trouvé et à y habiter durablement et ont besoin d'un accompagnement soutenu.

Il existe des dispositifs d'accompagnement vers et dans le logement, mais il y a une disparité des pratiques selon les secteurs.

Certains professionnels, dont le personnel soignant, ont des difficultés à s'approprier les fiches du SIAO logement et SIAO hébergement

Une insuffisance de la coordination

Il y a un manque de coordination et des difficultés à établir des liens entre le secteur sanitaire, les acteurs institutionnels et les acteurs du social et du médico-social. Cela se traduit par des difficultés de transmission des informations et de secret partagé, notamment à la sortie d'hospitalisation

Il y a également un manque de connaissances de la part des professionnels du sanitaire des possibilités d'orientations alternatives.

3.2.4. Des difficultés de maintien et d'accès dans l'emploi

Trois freins principaux sont identifiés :

Le milieu de l'emploi peu sensibilisé à la question des troubles psychiques

Que ce soit dans le milieu ordinaire ou protégé, les employeurs ne sont pas suffisamment formés, préparés et adaptés pour l'accueil et l'intégration de personnes souffrant de troubles psychiques. Cette méconnaissance peut avoir différentes conséquences :

- De la stigmatisation ;
- Un manque de confidentialité ;
- Une non-adaptation des postes aux spécificités des troubles psychiques ;
- Un manque de soutien et d'accompagnement dans l'emploi ;
- Un manque de places et de passerelles entre le milieu ordinaire et le milieu protégé.

Un manque de compétences

Les accompagnants dans le champ de l'emploi manquent de formation sur les questions de santé mentale et des troubles psychiques. On relève une méconnaissance du milieu professionnel, de l'offre et de la demande...

Un manque d'accompagnement vers l'emploi

Il y a peu d'accompagnement et celui-ci s'avère souvent inefficace, trop long et mal coordonné.

3.2.5. Des difficultés de maintien et d'accès à la scolarisation et aux études

Il y a une méconnaissance des dispositifs adaptés proposés dans le milieu scolaire.

Les professionnels du champ de l'éducation et de la scolarité sont peu informés, sensibilisés et formés sur les questions de santé mentale et des troubles psychiques. Ils sont en sous-effectif et certains d'entre eux ont des statuts précaires (accompagnants, enseignants...).

3.2.6. Des difficultés d'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives

L'accès à la participation sociale, aux loisirs, à la culture et la réintégration dans un milieu ordinaire après une hospitalisation nécessitent la mise en place d'un accompagnement soutenu. Or, les délais de notification de la MDPH sont longs, ce qui retarde la possibilité de mise en place des accompagnements.

Les associations, les GEM et autres dispositifs permettant de favoriser la participation sociale, l'accès aux loisirs sont peu connus.

La participation sociale, l'accès à la culture et aux activités sportives peuvent également être freinés par les disparités sur le département en matière de droits et d'accessibilité aux transports.

3.2.7. Un manque de soutien aux familles et aux proches aidants

Malgré l'existence de dispositifs ou d'actions qui viennent en aide aux familles et à l'entourage, ceux-ci se sentent peu accompagnés et peu soutenus. Ils sont souvent désemparés et peu informés sur la maladie, les lieux ressources et le fonctionnement du système de prise en charge en psychiatrie, surtout lorsqu'il s'agit d'une première prise en charge.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, l'entourage peut avoir le sentiment d'un manque d'information de la part de l'équipe médicale et d'un manque de disponibilité de celle-ci.

Il existe des difficultés de prise en compte du projet de la personne. Cette problématique est inhérente à l'offre existante ou non, concernant certains dispositifs spécifiques, ou champ, comme par exemple le manque de logements, le manque de places en ESAT ou foyers pour les personnes en souffrance psychique. De ce fait, certains objectifs du projet de vie de la personne ne peuvent se concrétiser.

Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

Problématiques prioritaires

- Difficultés à répondre aux besoins des personnes : structures sociales et médico-sociales, les CMP et le manque d'aller vers ;
- Manque de coordination entre les institutions et les professionnels et un manque de visibilité de l'offre existante ;
- Manque de formation des professionnels sur la question de la santé mentale ;
- Difficultés d'accès à l'hébergement et au logement ;
- Méconnaissance des missions des médiateurs de santé.

3.3. Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

3.3.1. Des difficultés d'accès aux soins

Les personnes souffrant de troubles psychiques rencontrent des difficultés d'accès aux soins, notamment somatiques qui peuvent être dues à différentes raisons :

Un refus de soins

Cela concerne principalement les personnes qui sont bénéficiaires de la CMU-C (qui depuis le 1^{er} novembre 2019 a fusionné avec l'aide à la complémentaire santé en un seul dispositif appelé la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'AME, qui se voient refuser les consultations par des médecins généralistes ou des spécialistes. Certains de ces refus peuvent s'expliquer par les délais de paiement particulièrement longs de la part de la sécurité sociale. Ces refus récurrents peuvent conduire les personnes concernées à un renoncement aux soins.

Des raisons financières

Les personnes peuvent renoncer à des soins ou des consultations pour des raisons financières, certains spécialistes pouvant pratiquer des dépassements d'honoraires ou des franchises à payer. Certaines thérapies non médicamenteuses proposées par des psychiatres libéraux peuvent être coûteuses et donc peu accessibles à certaines personnes.

Une offre de soins insuffisante

La répartition des médecins généralistes sur le territoire est très inégale avec des pénuries médicales dans certains secteurs.

Un certain nombre de patients est souvent dénué de médecin traitant ou pédiatre référent, ce qui complexifie la prise en charge somatique. Les personnes souffrant de troubles psychiques sont souvent peu suivies sur le plan somatique. Lors des hospitalisations, des pathologies à des stades avancés peuvent être alors détectées et diagnostiquées. Par ailleurs, certains troubles somatiques peuvent influencer ou même être la cause des troubles psychiques...

On relève une saturation de certains services comme les CMP, ce qui a pour conséquences des délais de rendez-vous ou de prise en charge très longs. Cela peut conduire certaines personnes à s'adresser directement aux services des urgences. Les services d'urgence sont parfois le seul recours aux soins pour les plus démunis et sont l'occasion de réhabiliter les droits : ils deviennent ainsi un lieu d'accès aux droits.

Les modalités d'accueil et d'accès à un médecin généraliste diffèrent d'un établissement de soins à l'autre. Certains établissements éprouvent des difficultés à recruter des médecins généralistes.

Il y a une absence de suivi somatique pour les enfants et les adolescents (manque de pédiatres), ainsi qu'une inégalité d'accès aux soins en raison des troubles psychiques. Le suivi somatique des enfants et adolescents doit être davantage réfléchi, le parcours de prise en charge plus structuré et le maillage territorial des structures spécialisées réinterrogé, notamment dans les quartiers « de grande précarité ».

Une stigmatisation toujours présente

Il existe une stigmatisation par les médecins généralistes ou d'autres professionnels de santé des personnes souffrant de troubles psychiques, qui peut limiter leur accès à certains soins, notamment les soins de rééducation ou de réadaptation (rééducation locomotrice, cure d'amincissement...).

3.3.2. Une prise en charge qui nécessite des adaptations

Les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent avoir des comportements relationnels spécifiques (agitation, difficultés à exprimer leurs symptômes...). Ils nécessitent un accueil, un accompagnement et une prise en charge adaptés.

La prise en charge par les médecins généralistes

Elle est beaucoup plus complexe que pour les patients souffrant de troubles somatiques. Elle peut :

- Être chronophage : la durée de consultation est estimée à $\frac{3}{4}$ d'heure voire une heure à laquelle s'ajoute le temps nécessaire à la recherche de comptes rendus et autres informations. Cette recherche des données médicales est complexe ;
- Entraîner des difficultés pour les professionnels libéraux : non présentation aux rendez-vous, troubles du comportement au sein du cabinet, peur de la part des autres patients... Par ailleurs les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent avoir des difficultés à s'exprimer. Cette difficulté est également accentuée lorsque la personne est non francophone. Les personnes concernées et primo arrivantes présentent des difficultés à exprimer ce qu'elles ressentent. Il est nécessaire d'avoir une personne de la culture qui ne pourra pas « trahir » ses dires, mais il y a un réel problème de formation de l'accompagnant qui peut aboutir à une mauvaise traduction.

Cette complexité entraîne un épuisement des professionnels. Elle rend les médecins plus vulnérables et engendre un sentiment de manque de reconnaissance des médecins généralistes. Il y a également un manque de valorisation financière de ces consultations.

La prise en charge par les services d'urgences

L'accueil en termes d'espace et de délais d'attente n'est souvent pas adapté aux personnes souffrant de troubles psychiques.

Un besoin d'accompagnement soutenu pour l'accès aux soins

Certaines spécificités de la population souffrant de troubles psychiques (précarité, errance médicale, observance, comorbidité multiples...) rend la prise en charge somatique complexe (dépistage et suivi). Certaines personnes souffrant de troubles psychiques peuvent avoir besoin d'un accompagnement soutenu afin d'être régulières dans leur suivi, prendre rendez-vous chez le spécialiste, s'exprimer, aller à la pharmacie...

Beaucoup de personnes souffrant de troubles psychiques négligent les soins somatiques. Elles se sont toujours focalisées sur les soins psychiques pour lesquels elles bénéficient de prises en charge soutenues en psychiatrie, mais se retrouvent seules pour gérer leurs soins somatiques. Elles ont besoin d'être accompagnées pour faciliter l'accès aux soins.

Il est aussi souligné le manque d'écoute des besoins des patients.

3.3.3. Un manque de formation et de sensibilisation

Certains professionnels de santé sont peu formés ou sensibilisés à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. C'est le cas des médecins généralistes ou des professionnels des services d'urgences généralistes.

Cela peut avoir des conséquences sur la prise en charge des usagers et entraîner de la stigmatisation. Les médecins peuvent apporter des réponses inappropriées, idem pour les services des urgences généralistes. Ces derniers peuvent remettre en question la véracité des symptômes somatiques exprimés lorsque l'utilisateur fait part de sa pathologie psychiatrique. Les services d'urgences ont « tendance » à orienter vers une prise en charge psychiatrique alors que ce n'est pas l'objet.

3.3.4. Des difficultés de coordination dans la prise en charge des usagers

Un partage d'information difficile pour des raisons techniques

Au niveau technique, les professionnels rencontrent des difficultés de recueil, de stockage et de transfert d'informations. Par ailleurs, les logiciels des hôpitaux ne sont pas toujours compatibles entre eux. Les examens peuvent être réalisés de nouveau à chaque entrée en hospitalisation.

La sortie d'hospitalisation

La sortie d'hospitalisation constitue un risque de rupture dans le parcours de soins de la personne. Elle n'est pas suffisamment anticipée et nécessite de faire le lien avec le médecin traitant et de transmettre les informations concernant les soins psychiatriques et somatiques que la personne a pu recevoir pendant son hospitalisation. L'obligation de remettre au patient une lettre de sortie d'hospitalisation qui indique le traitement n'est pas toujours respectée.

La conciliation médicamenteuse est parfois difficile à mettre en œuvre car elle est très chronophage. Pourtant elle est indispensable pour préparer la sortie et éviter des effets négatifs et dévastateurs pour la santé de la personne. Elle peut permettre de sauver des vies, notamment en ce qui concerne les patients souffrant de pathologies cardiaques et pour qui des interactions médicamenteuses peuvent être fatales. Certains examens tels que l'électrocardiogramme ou des prises de sang pourraient être systématisés.

Un manque d'instance de coordination

On constate un isolement des professionnels et un manque d'instances de coordination, comme cela peut exister pour d'autres publics. On peut citer dans ce cas l'exemple de la coordination assurée pour les personnes de plus de 60 ans atteintes de troubles neurodégénératifs, et plus largement des troubles des capacités décisionnelles dans le cadre des MAIA.

Les équipes psychiatriques sont mal informées et connaissent peu les plateformes territoriales d'appui (PTA), alors qu'un travail en coordination avec ces PTA permettrait de faciliter le maintien à domicile et mieux préparer les sorties d'hospitalisations.

Les difficultés et l'insuffisance de coordination entraînent une dissociation des besoins en soins somatiques, soins psychiatriques et besoins sociaux. Elles peuvent être à l'origine de rupture dans la prise en charge, notamment en ce qui concerne l'accompagnement social et le maintien ou l'accès à certains droits. Il est fréquent que des ruptures de droits au RSA ou à l'AAH surviennent lors des hospitalisations.

D'autres problématiques ont été soulevées par le groupe, telles que :

- La réforme sur les transports ;
- L'objectif de la rentabilité. On veut augmenter les files actives et les primo-consultants ne comptent pas. De plus en psychiatrie, il n'y a pas de T2A. Il manque une valorisation de certaines consultations ;
- Le turn-over des équipes et l'épuisement des soignants ;
- Les difficultés pour les établissements à mettre en place les contrats d'objectifs et de moyens ;
- Le manque d'actions de prévention et de promotion de la santé (tabac, alimentation, ETP) et des difficultés à les mettre en place à moyens constants.

Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

Problématiques prioritées

- Inégalités d'accès aux soins somatiques en raison du trouble psychique, notamment pour les spécialistes concernant les enfants et adolescents et l'accès aux soins de kinésithérapie, soins dentaires, SSR.
- Inadaptation de l'accueil et stigmatisation lors de la prise en charge dans certains services. Par exemple, les services d'urgences, (temps de consultation, temps d'attente, espace d'accueil, langue et culture).
- Manque de partage d'informations entre les professionnels.
- Manque d'accompagnement, de coordination et de soutien dans le parcours (droits, soins).

3.4. Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

3.4.1. Des difficultés à prévenir les situations de crise et d'urgence

Prévention de la crise

Il y a une difficulté à définir ce qu'est « une crise » et une nécessité à s'accorder sur le périmètre et la ou les définitions communes de la crise : dangerosité, urgence, conséquence (crise suicidaire), interventions (soins sans consentement) ... Est-ce que la personne est réellement consciente de son état de crise ? Qui donne l'alerte ?

Le groupe de travail a donné les éléments de définition suivants :

- La crise vient en amont de la situation d'urgence et peut se définir comme une situation de tension psychique, qui ne correspond pas à l'état de stabilité de la personne et tolérant un minimum de 24 à 48h de délai pour une action.
- L'urgence : se caractérise par une situation de tension associée à la notion de danger et qui ne tolère aucun délai pour une intervention.

La prévention pour la non-émergence de la crise est rare et insuffisante. Les situations de crises sont souvent dues à un défaut de prise en charge en amont et sont l'occasion d'établir un premier lien entre l'équipe soignante et la personne. Elles entraînent des prises en charge par les services des urgences qui pourraient être évitables.

Le réseau est peu formé ou informé et il y a des difficultés à poser un diagnostic de la crise. Les personnes rencontrent des difficultés à accéder rapidement à un diagnostic. Les délais de la prise en charge sont de plus en plus longs. Or, une prise en charge plus rapide et précoce pourrait permettre d'éviter ou de prévenir des situations de crise ou d'urgence.

La gestion et la prévention de la crise nécessitent un temps d'apprentissage de la part des personnes et de leur entourage. Avec le temps, les personnes apprennent à mieux connaître les signaux d'alertes et peuvent s'adresser directement à leurs médecins, se présenter aux urgences ou alerter un proche.

Par ailleurs, on constate un manque de prise en compte des compétences de la personne et il faudrait davantage inclure les accompagnants dans la prévention de la crise en les formant au repérage de la crise afin d'éviter des hospitalisations sans consentement (des formations sont proposées par l'UNAFAM).

L'offre de prise en charge

En ce qui concerne l'offre de prise en charge, différents constats sont faits :

- Un réseau aujourd'hui incomplet, que ce soit au niveau des professionnels, des pairs, des bénévoles, ou de l'entourage ;
- Un manque de connaissance et de visibilité sur l'offre existante ;
- Un manque de coordination ;
- Des inégalités selon les territoires.

Les professionnels rencontrent des difficultés pour savoir à qui s'adresser pour les situations préoccupantes et font le constat d'une insuffisance de l'offre spécifique pour certains publics tels que : les personnes précaires, les personnes âgées, les adolescents, les personnes handicapées. Les personnes isolées, notamment les SDF, sont celles pour qui le repérage précoce des crises peut être très difficile. Même s'il existe aujourd'hui des maraudes, cela reste insuffisant.

Lorsque les personnes s'adressent aux urgences, l'attente peut être très longue.

La prise en charge en aval de la crise nécessite de mettre en place un accompagnement sur une longue durée.

Enfin, il y a une sous-utilisation des outils numériques.

3.4.2. Une prise en charge de la crise qui pourrait être plus performante

La prise en charge

On note un manque de réactivité dans la prise en charge, qui peut s'expliquer par différents facteurs :

- Un manque d'informations et de formation sur la manière de prendre en charge une personne en crise ;
- Un manque d'informations sur les partenaires vers qui orienter ou à qui s'adresser ;
- Un manque de dispositifs de prise en charge et un manque de coordination de ceux existant sur le territoire.

L'entrée aux urgences en cas de crise est devenue régulière alors que ce n'est pas forcément le plus opportun. La structuration de la régulation des urgences psychiatriques ainsi que l'accueil au sein des structures d'urgence et de crise pourraient être améliorés.

La problématique de démographie médicale induit des difficultés, pour les hôpitaux généraux, à assurer en permanence la présence d'un psychiatre aux urgences.

Le nombre de lits de crise est insuffisant. Cela entraîne un engorgement des structures et peut avoir un impact sur la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

En ce qui concerne les CMP, il existe des disparités selon les secteurs, dans l'offre de soins et des modalités d'intervention sur les lieux de vie.

La disponibilité des soins de secteur devait éviter le cloisonnement et ainsi faciliter l'accès aux soins. Cependant, depuis la diminution des moyens et la précarisation, la notion de secteurs est devenue indispensable pour rentrer dans le lieu de soins. Ainsi, dès que la personne change d'adresse, elle n'est plus prise en charge.

Les médiateurs pairs manquent de moyens et de temps.

Il y a une nécessité à clarifier les modalités de transport des patients, en fonction de leur état de santé, afin d'améliorer la prise en charge des patients et de diminuer la médicalisation non justifiée (patients sédatisés à cause d'une insuffisance d'accompagnement lors du transport) et pour renforcer la sécurité juridique des établissements.

L'offre de soins

Pour les acteurs, certains dispositifs manquent ; ils permettraient une meilleure prise en charge de la crise ou des situations d'urgence :

- Dispositifs alternatifs :

Un manque de dispositifs alternatifs aux hospitalisations. Depuis vingt ans, les politiques ont déconnecté la prise en charge et l'accompagnement. La psychiatrie est devenue très médicalisée. Il existe peu de dispositifs « d'allers-vers » et un manque d'intervention sur les lieux de vie : la gestion et la prise en charge des situations de crise et d'urgence nécessitent des interventions sur les lieux de vie qui peuvent être le domicile, les établissements sociaux ou médico-sociaux. Cependant, un manque de visibilité sur l'offre existante et sur l'organisation de celle-ci est relevé, une organisation qui ne semble pas être systématique. Malgré l'existence d'équipes mobiles et de structures qui proposent des interventions à domicile ou dans la rue, (exemples : ULICE, MARSS -équipe mobile du CH Edouard Toulouse- le CMP La Viste du CH Edouard Toulouse qui se déplace sur le 15^{ème} arrondissement), cela reste aujourd'hui insuffisant. Les médecins généralistes font également peu de visites à domicile.

Pour certaines situations urgentes, l'hospitalisation sera toujours nécessaire et pour lesquelles il faudra maintenir un minimum de lits d'hospitalisation. Mais beaucoup de situations ne nécessitent pas d'hospitalisation et peuvent être prises en charge par des dispositifs alternatifs, comme des équipes mobiles de crises telles que ULICE ou des lieux de répit. Cependant, ces dispositifs ne sont pas suffisamment nombreux pour répondre à la demande.

Il s'agit de réfléchir à la question de la gradation de la prise en charge. Une situation d'urgence est le résultat d'une dégradation de l'état de santé de la personne qui a présenté des signes

avant-coureurs et dont le manque de prise en charge en amont a été insuffisant. De façon imagée, « *une situation chaude a été tiède avant* ».

- Des dispositifs spécifiques à certains publics :

On constate une offre de dispositifs pour certains publics : enfants, personnes âgées, personnes handicapées.

- ⇒ Le public enfant et adolescent : un manque de structures permettant un accueil immédiat des adolescents et enfants. Les adolescents qui sont dans un entre-deux, entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie adulte, constituent un public complexe, dont la prise en charge induit souvent des situations délétères qui se cumulent avec une difficulté d'aval ;
- ⇒ Le public adulte : problématique de prise en charge, en aval, des situations de crise pour le public des adultes encore jeunes (moins de 65 ans) atteints de troubles du comportement, dans le cadre d'une pathologie neurodégénérative. Il n'existe pas de structures dédiées et adaptées pour ce public ;
- ⇒ Le public atteint d'Alzheimer : la prise en charge en aval par le GHT est problématique pour les patients atteints d'Alzheimer qui se présentent aux urgences ;
- ⇒ Les personnes en situation de handicap : il y a des difficultés à trouver des places adaptées pour les personnes en situation de handicap lourd (physique ou mental) et qui souffrent également de pathologies psychiatriques. Certains services de soins en psychiatrie peuvent se retrouver embolisés par des situations faute de trouver des places adaptées dans le médico-social.

Il arrive que certaines structures refusent de prendre en charge ces situations car elles sont beaucoup trop complexes à gérer.

- Le dispositif de psychiatrie de liaison :

Celui-ci n'est pas identifié et valorisé. Les équipes de liaison ont des modes de fonctionnement différents et ne sont pas lisibles pour l'ensemble des acteurs. Ce sont souvent les services d'urgences psychiatriques qui assurent la psychiatrie de liaison, sans moyens spécifiques.

Les acteurs soulignent également le manque de structures intermédiaires entre les urgences psychiatriques et les lieux de vie ainsi que la disparition du dispositif Handisanté.

La formation et la sensibilisation

On relève un manque de formation et de sensibilisation sur la souffrance et les troubles psychiques des professionnels du SAMU et des pompiers qui sont souvent les premiers interlocuteurs des familles ou patients en cas de signalement de situation de crise. Les pompiers et le SAMU ne sont pas formés et sont « *noyés* ». Cela entraîne une discrimination et une stigmatisation des personnes en crise.

Par ailleurs, il y a un manque d'accessibilité à l'information ou alors les informations peuvent être erronées. Il n'existe pas de répertoire sur l'offre existante en matière de prise en charge de la crise et des situations d'urgence.

Les soins sans consentement

Il semble nécessaire de prévenir davantage les hospitalisations sans consentement. L'accueil par les urgences des personnes en soins sans consentement constitue une problématique, car elle est source d'insécurité juridique pour les équipes et la difficulté d'aval est particulièrement importante pour les patients.

Les délais d'attente pour la confirmation du lieu d'hospitalisation sont longs. La personne doit donc rester dans la structure d'accueil et de crise, parfois jusqu'à une semaine, alors que ces structures n'ont pas les moyens de les accueillir et de les prendre en charge de manière adaptée. Il existe un problème rédactionnel fréquent en ce qui concerne l'établissement d'hospitalisation pour les arrêtés municipaux provisoires de SDRE (ancienne hospitalisation d'office).

Enfin, les acteurs soulignent les effets paradoxaux des formations des professionnels et la judiciarisation des passages à l'acte.

3.4.3. Des difficultés pour organiser le suivi de sortie de crise

Des difficultés d'assurer une continuité des soins

L'orientation vers un CMP pour une consultation post-urgence constitue une réelle difficulté, dans un contexte de délai d'accès longs. Or, l'organisation d'un suivi post-crise est ce qui va permettre une réduction des risques de survenue d'une nouvelle crise. Les CMP ont des difficultés à assurer le suivi et l'évaluation post crise, qui est une de leur mission, compte-tenu de leur charge de travail actuelle.

Il existe des disparités dans la prise en charge selon :

- Les secteurs ;
- Que le médecin traitant de la personne soit intégré dans un réseau ou qu'il travaille de façon isolée ;
- Les antécédents du patient : la prise en charge, dans le circuit de soins, des patients déjà suivis est plus facile que celle des patients reçus pour la première fois lors d'une crise alors que ces derniers nécessitent une prise en charge plus importante et facilitée.

On note un manque de prise en compte de la réalité sociale des patients (existence d'un logement, d'un entourage familial et social...). Les personnes sans domicile se trouvent souvent sans solution en sortie d'hospitalisation. On observe un manque de maisons relais et de lieux de vie. Par ailleurs, au-delà d'avoir un lieu pour dormir, il est important qu'elles puissent avoir autour d'elles un réseau permettant d'assurer un accompagnement et un suivi.

Enfin, le défaut d'information des équipes de soins sur les soutiens possibles peut entraîner des défauts d'orientation à la sortie de crise.

Un manque d'échange d'informations et de coordination

On note un manque d'échange d'informations en sortie d'hospitalisation entre le service de psychiatrie et les médecins traitants ou les autres professionnels de santé. Les informations et le compte-rendu ne sont pas systématiquement transmis. Par ailleurs, se posent les questions du secret médical et du consentement du patient pour transmettre les éléments le concernant. Les médecins de ville manquent de temps pour faire le lien avec les psychiatres ou les médecins spécialistes. Souvent, ce lien se fait par le biais de courriers.

Un manque de coordination

Il existe un manque de coordination du parcours de soins et peu de visibilité, de suivi et de retour sur le devenir des orientations faites par les équipes médicales en sortie d'hospitalisation. Notamment lorsque les patients sont orientés pour une prise en charge en ambulatoire dans les CMP, sachant que les délais d'accès sont longs. Il y a un manque de moyens et d'outils pour suivre la personne à sa sortie de crise.

On relève, par ailleurs, une réticence de la part de certains employeurs ou établissements sociaux à reprendre une personne qui a connu une crise. Ces acteurs manquent d'informations concernant les troubles psychiques et peu de liaison est faite avec eux en sortie de crise. Cette réticence est également constatée auprès des établissements scolaires lorsqu'il s'agit de réintégrer un élève qui les a inquiétés. Cela peut s'expliquer par un manque de repères pour aider à identifier ou prévenir une éventuelle crise et par un manque de référent à contacter en cas d'inquiétude

On note également un manque de lits et de lien avec les établissements privés de soins de suite.

Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Problématiques prioritaires

- Insuffisance et inadaptation de l'offre (sanitaire, sociale et médico-sociale) ;
- Manque de lisibilité de l'offre existante ;
- Manque de travail de coordination et de travail en réseau.

3.5. Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

3.5.1. Des difficultés à faire respecter et à promouvoir les droits des personnes souffrant de troubles psychiques

De façon générale, les problèmes psychiques ou troubles psychiques accentuent les difficultés d'accès aux droits, aux soins, à l'hébergement, à l'emploi, à l'hygiène.... Il existe une résistance au changement notamment de la part des institutions en ce qui concerne l'accès aux droits des personnes en souffrance psychique et une persistance d'une culture établie sur des représentations.

Ces difficultés sont accentuées par :

Un non-respect des droits des personnes souffrant de troubles psychiques hospitalisées

Les patients hospitalisés voient souvent certains de leurs droits non respectés, ce qui se traduit sur le terrain par :

- Une restriction de leurs déplacements. Dans certains secteurs, des patients en hospitalisation libre peuvent connaître une restriction de circulation si un patient en soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) rentre dans le service ;
- Une interdiction de détenir certains objets personnels, par exemple le téléphone ;
- Le registre de contention et d'isolement n'est pas toujours mis à jour ;
- La désignation de la personne de confiance n'est pas toujours faite ;
- La sortie d'hospitalisation n'est pas suffisamment préparée : la lettre de liaison pour le médecin traitant à la sortie d'hospitalisation n'est pas toujours remise.

Cependant, les difficultés de moyens que rencontrent les services de psychiatrie (manque de professionnels, manque de temps à consacrer au patient...) peuvent aussi avoir une incidence sur le respect des droits.

Le recours aux soins sans consentement

Les soins sans consentement sont une spécificité de la psychiatrie. Les usagers et acteurs de terrain déplorent un recours de plus en plus fréquent aux procédures dérogatoires de soins sans consentement. Bien souvent, les mesures de soins sans consentement ne prennent qu'à la sortie d'hospitalisation du patient or, elles devraient pouvoir être levées en amont de la sortie, pendant l'hospitalisation. Par ailleurs le patient n'est pas toujours préparé pour son passage devant le juge de la liberté et de la détention.

La question des soins sans consentement est peu prise en compte par les acteurs de la santé mentale, et devrait faire l'objet de plus de réflexion, notamment par les élus locaux.

Certains outils de droit commun, tels que la désignation de la personne de confiance ou les directives anticipées sont peu utilisés par les acteurs de la psychiatrie. A l'instar du plan de gestion de crise (le Wrap), qui renforce le pouvoir d'agir, ces outils permettraient de réduire le recours aux soins sans consentement.

Le groupe insiste sur le fait d'être vigilant quant à la terminologie employée. Il faut veiller à toujours parler de soins sans consentement et non de soins sous contrainte. Selon la loi (le Conseil d'Etat), il ne peut y avoir de soins sous contrainte.

Le libre choix des patients n'est pas toujours respecté

Le droit des personnes à choisir leur médecin psychiatre et/ou le lieu de leur hospitalisation n'est pas toujours respecté et les professionnels de santé sont mal informés sur ce droit.

Cependant certains acteurs soulignent qu'il peut être difficile de faire respecter ce droit sur le terrain du fait de certaines contingences telles que le turn-over des médecins dans les équipes, les remplacements lors des congés...

Les nouveaux patients sont souvent affectés selon les files actives des médecins, et même s'ils pouvaient choisir comment pourraient-ils le faire sans connaître encore les médecins du service ? La question du libre choix semble d'autant plus complexe qu'elle oppose deux principes de base du système de santé : le libre choix de la population en matière de professionnels de santé et la sectorisation dans le champ de la psychiatrie. La question qui se pose est comment concilier ces deux principes ?

Certains axes de travail pourraient permettre de répondre en partie à cette problématique :

- Une meilleure information des patients et des professionnels de santé sur le libre choix de son médecin et de son lieu d'hospitalisation, et de la méthode de soins ;
- Une facilitation des changements de psychiatre.

Un manque d'information et de formation de certains professionnels de santé

Les services d'urgences (SAMU) ne sont pas suffisamment formés et sensibilisés et montrent des réticences qui peuvent conduire à une non-intervention de leur part. Les Samu n'ont pas de médecin régulateur urgentiste spécialiste en psychiatrie. Certains professionnels peuvent ne pas se déplacer pour des problématiques psychiatriques, comme SOS médecins ou les pompiers si la police ne se déplace pas aussi.

Un parcours de soins ponctué de ruptures et un manque de coordination

Certains publics connaissent des ruptures dans leur parcours de soins et de vie, notamment en ce qui concerne le passage de la psychiatrie adulte à la gérontopsychiatrie et de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte. Cela est principalement dû à un manque de places ou à l'inexistence de structures ou dispositifs adaptés à certains publics. C'est le cas par exemple des personnes qui n'atteignent pas l'âge requis pour intégrer un EHPAD ou une maison de retraite et qui ne peuvent retourner à leur domicile car ils ont un besoin d'accompagnement très important au quotidien.

Il existe un cloisonnement et un manque de coordination et de fluidité entre les structures, associations, notamment entre les secteurs médicaux et médico-sociaux, ce qui peut entraîner un sentiment d'isolement de certains professionnels, comme les travailleurs sociaux.

Il existe des plateformes territoriales d'appui, (PTA), mais qui ne prennent pas en charge les problématiques de santé mentale.

Si la question du parcours relève de la priorité 2, « parcours de santé et de vie de qualité sans rupture », elle peut également s'analyser sous l'angle du non-respect des droits et des choix du projet de vie des personnes.

Un accueil et un accompagnement non adaptés

Que ce soit dans les organismes administratifs, publics, les structures sociales et médico-sociales, l'accueil et la prise en charge ne sont pas toujours adaptés à la spécificité du public souffrant de troubles psychiques :

- Un public qui a des difficultés à respecter les horaires ou qui ne vient pas aux RDV ;
- Des structures d'hébergement avec des règlements stricts, notamment en ce qui concerne la consommation d'alcool ou des substances illicites ;
- Un public précaire ;
- Un manque de mobilité des équipes (maraudes...).

Un manque d'interprètes pour le public non francophone est noté, ce qui peut avoir des conséquences sur l'établissement d'un diagnostic et le risque de mise en place d'un traitement non adapté.

3.5.2. Une stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques

Il s'agit à la fois d'une auto-stigmatisation de la part de personnes elles-mêmes, mais également de la stigmatisation de la part de l'entourage, des professionnels (soignants, non soignants, des structures sociales et médico-sociales, des structures de loisirs et de culture, des employeurs...). Cette stigmatisation est due à la persistance des stéréotypes par manque de connaissances et de sensibilisation aux troubles psychiques.

Il existe des actions de lutte contre la stigmatisation, telles que les semaines d'information en santé mentale (SISM), mais il y a peu de données sur leurs impacts. Il a été proposé à la commission de santé mentale du Conseil territorial de santé de faire un bilan sur l'impact des SISM.

3.5.3. Un pouvoir de décider et d'agir encore fragile

Le pouvoir d'agir des personnes et leur capacité de décider pour elles-mêmes sont affaiblis par leur propre méconnaissance de leurs droits. C'est particulièrement le cas pour certaines populations spécifiques, telles que les personnes détenues, celles en errance ou les personnes sous mesure de protection. En ce qui concerne ces dernières, cela est renforcé par le manque de formation et de connaissances des mandataires judiciaires, sur les troubles psychiques et la santé mentale.

Il en est de même pour les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, dont l'avis sur les modalités de soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible, mais cela n'est pas toujours systématique.

3.5.4. Un manque d'inclusion, d'implication et de concertation avec les familles et l'entourage des personnes

L'expérience des aidants et de l'entourage sont encore peu pris en compte et peu reconnus dans la prise en charge des usagers. Il est important que l'entourage soit pris en compte dans l'établissement du plan de rétablissement de la personne, pour renforcer l'alliance thérapeutique. Mais cette pratique n'est pas encore intégrée par l'ensemble des services de soins. Certains freins à cette implication ont été mis en avant, tels que :

- Le secret médical ou professionnel qui peut être invoqué par les équipes soignantes. Cependant la question du respect du secret se pose lors du passage de la personne devant le juge de la liberté et de la détention
- Le manque de formation en ethnopsychiatrie, lorsque le patient et son entourage sont d'une culture différente.

Le groupe a également évoqué la question du vieillissement des aidants, qui doit être prise en compte dans le cadre de la prise en charge.

3.5.5. Des modalités de soutien par les pairs insuffisamment développées

Les groupements d'entraide mutuelle (GEM) sont en nombre insuffisant dans le département et se concentrent sur certaines villes, principalement Marseille.

Il existe peu de modalités de soutien par les pairs et peu de modalités d'intervention (maraudes, associations...) pour certaines populations spécifiques telles que :

- Les jeunes/adolescents ;
- La population carcérale ;
- La population allophone ;
- Les personnes hospitalisées sans consentement.

3.5.6. Les médiateurs pairs, une fonction encore méconnue

Ils sont en nombre insuffisant pour répondre à la demande sur le département. Leurs missions et leurs fonctions ne sont pas bien identifiées, notamment pas les professionnels de santé. Il peut y avoir des difficultés d'intégration au sein d'équipes ayant une culture professionnelle différente de celle des médiateurs pairs. Cela peut entraîner une disparité dans l'offre de prise en charge selon les secteurs.

La pair-aidance pour et par les familles est également peu connue, tant par les familles que par les établissements médicaux et par les professionnels soignants, qui n'orientent pas les familles vers un soutien.

Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

Problématiques prioritaires

- Méconnaissance et non-respect des droits des personnes ;
- Forte stigmatisation subie par les personnes souffrant de troubles psychiques et psychiatriques, notamment par le grand public ;
- Inégalité d'accès aux soins en urgence et prise en charge en urgence non satisfaisante. Il s'agit des prises en charge par le SAMU, SOS médecins, pompiers, infirmière d'accueil et d'orientation des services d'urgences générales... ;
- Recours excessif aux soins sans consentement et aux procédures dérogatoires.

3.6. Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

3.6.1. Définition des déterminants de santé

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « *facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations* ». Ces facteurs influencent la santé soit directement, soit par leur effet sur un comportement ou une décision qui aura des retombées sur la santé des individus ou d'une population, et ils interagissent aussi entre eux.

Les acteurs qui ont participé au groupe de travail ont identifié différents déterminants qui peuvent avoir un impact sur la santé mentale et ont listé des actions ou projets existant sur le département (liste non exhaustive) qui visent à agir sur ces déterminants :

Les différents déterminants de la santé

Déterminants sociaux	Compétences psychosociales
<ul style="list-style-type: none"> -Accès aux droits sociaux : sécurité sociale, identité, domiciliation, ressources... -Reconnaissance d'un handicap ; -Accès à l'éducation ; -Logement, hébergement ; -Accès à la culture, aux loisirs ; -Accès à un travail, des ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacité à se situer, se repérer et choisir ; -Pouvoir mobiliser les ressources et interagir avec les autres ; -Pouvoir gérer le stress, identifier les émotions.
Déterminants environnementaux	Déterminants territoriaux
<ul style="list-style-type: none"> -Présence ou absence de famille, proches ; -Dispositifs de soutien et d'accompagnement existants. 	<ul style="list-style-type: none"> -Mobilité, accès aux transports : distance, prix, adaptation ; -Accès aux services : répartition géographique.

Les actions existantes

Emploi et formation	Développement des compétences psychosociales
<ul style="list-style-type: none"> -Woking first -SYNAPS -Dispositif emploi UNAPEI -Cap Emploi -ESAT -CATTP au sein des CMP -Association ISATIS 	<ul style="list-style-type: none"> -Association Plus Fort -Maisons vertes/ accueils parents enfants -UNAFAM : compétences des familles (conférences, groupes de parole) -Outils d'Education Thérapeutique du Patient de type « Comète » -Actions en transversal dans les maisons de quartier, centres sociaux, Education Nationale... -PRODAS -Espaces santé jeune -Codeps 13 : programme de soutien des familles à la parentalité 6-11 ans. -Service de réhabilitation de l'AP-HM et dans d'autres cliniques. -L'école des parents et des éducateurs -MDA13 Nord : depuis 2016, un programme de développement des CPS proposé aux élèves de 6^{ème} a été étendu aux élèves scolarisés en cycle 3 (CM1, CM2, 6^{ème})
Logement et hébergement	L'accès aux droits et ressources :
<ul style="list-style-type: none"> -Familles gouvernantes -Résidences accueil -Lieu de répit -SAVS pour permettre l'accompagnement. -GCSMS Marseille habitat ; IML 	<ul style="list-style-type: none"> -ADJ -GEPIJ -CDAPH -Projet ASSAB
Culture et sport	
<ul style="list-style-type: none"> Cité de la musique Service du protocole 	

3.6.2. Un manque d'actions visant à agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé mentale

Un manque d'information et de sensibilisation sur l'accès aux droits :

Les personnes concernées connaissent peu leur pathologie, leurs droits et subissent une stigmatisation de la part de la société, de leur famille ou de leur entourage.

Les personnes ont des difficultés à se repérer dans les différents dispositifs existants.

Les délais d'attente de prise en charge sont souvent longs, notamment dans les CMP, ou chez les médecins libéraux ; Les conditions d'accueil sont inadaptées (lieux, salle d'attente...). Certaines personnes peuvent renoncer aux soins.

Un manque de coordination et un repli sur soi des structures est noté. Cela entraîne des zones de « vide » et de la souffrance des professionnels ainsi qu'une démotivation. Ces zones de vide peuvent concerner des publics spécifiques, comme par exemple les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH) qui éprouvent des difficultés à bénéficier d'un accompagnement social ou d'un référent social. Il manque un dispositif spécifique pour les personnes bénéficiant de l'AAH.

Sur orientation des institutions en charge du pilotage du dispositif RSA, les référents sociaux RSA du territoire sont amenés à prendre en charge dans leur file active une part non négligeable de personnes de plus de 25 ans très isolées, dites « éloignées de l'emploi » souffrant de troubles psychiques. Celles-ci auraient besoin d'un accompagnement vers le soin et qui pour certaines devraient pouvoir sortir du dispositif vers un statut d'allocataire AAH.

Or, faute de moyens, d'outils opérationnels et de dispositifs de coopération formalisés suffisants mis à leur disposition, les référents RSA sont démunis pour accompagner ces personnes bénéficiaires du RSA vers le soin, dans le cadre d'un « contrat d'engagement réciproque santé ». Ainsi l'accès aux soins aboutissant rarement, cela impacte le respect des termes du contrat d'engagement réciproque signé par les personnes bénéficiaires qui, la plupart du temps, n'en comprennent ni les tenants, ni les aboutissants. Dans certains cas, la solitude ressentie des référents sociaux dont la tentative d'accompagnement vers le soin et vers l'AAH est mise en échec par un refus ou un renoncement aux soins posé par le bénéficiaire peut conduire à une exclusion du dispositif RSA de la personne en souffrance psychique. Cette dernière se retrouve alors sans ressources et de fait, encore plus isolée et vulnérable, exposée à tous les risques, en particulier l'aggravation de son état de santé psychique et somatique (décompensation importante, sans-abrisme, addictions renforcées, et pour certains bénéficiaires, au final une incarcération).

On relève un manque de sensibilisation des professionnels de la santé et du social sur la question de la santé mentale, notamment dans un contexte de précarité.

Le groupe souligne que le tout numérique entraîne une fracture, qui peut avoir pour conséquences des inégalités d'accès aux droits et l'abandon des démarches.

Des transports inadaptés

Les transports sont insuffisants et chers. Il n'existe pas de tarif pour les personnes précaires et pas d'aide de la ville ou du département.

Un manque d'accès à la culture et à de l'activité physique adaptée

On note un manque de relais et d'information concernant l'accès à la culture et au sport et un manque de connaissance et de lisibilité de l'offre existante. Par ailleurs, cette offre est de plus en plus restreinte faute de financement.

L'accompagnement « physique » des personnes vers des activités de loisirs et/ou de culture est insuffisamment développé.

Des difficultés d'accès à l'emploi

Les éléments de diagnostic du groupe rejoignent ceux émis par le groupe qui a travaillé sur la thématique du parcours de santé et de vie de qualité sans rupture, notamment en ce qui concerne le manque de formation et de sensibilisation des acteurs de l'emploi au handicap psychique, la méconnaissance des dispositifs et aides spécifiques, les difficultés de passage du milieu protégé au milieu ordinaire.

On note une offre insuffisante de places dans l'emploi protégé. Les structures sont engorgées et il y a très peu de turn-over. Cela entraîne la constitution de longues files d'attente et une démotivation chez les personnes.

Souvent, les structures manquent de souplesse, avec des règlements contraignants qui ne répondent pas aux spécificités du handicap psychique.

On relève également un empilement des réseaux et une méconnaissance mutuelle des compétences. Certaines difficultés liées à la répartition des missions selon que la personne soit en milieu ordinaire ou protégé peuvent apparaître.

La territorialisation des secteurs sanitaires apparaît parfois comme une contrainte dans le fonctionnement de certains services et établissements médico-sociaux.

Le lien avec des structures compétentes sur l'insertion des personnes en situation de handicap psychique est insuffisant (MDPH).

Enfin, les conditions d'accès à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) sont beaucoup trop restrictives.

Santé et souffrance au travail

Certains modes d'organisation et de management actuels peuvent impacter la santé mentale des salariés. La souffrance psychique au travail et l'épuisement qui en découle, ont des conséquences importantes sur la santé mentale et sur le plan somatique pouvant aller jusqu'au suicide.

On constate une insuffisance du repérage de la souffrance au travail, de sa prise en compte et un manque de prévention. Des outils d'évaluation existent mais ils peuvent être complexes et non adaptés. Le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) en est un exemple.

On note aussi un manque de visibilité des professionnels de santé spécialisés sur cette question qui exercent sur le département.

L'accès et le maintien dans le logement

Comme pour l'accès à l'emploi, le diagnostic sur l'accès au logement émis par le groupe rejoint celui du groupe ayant travaillé sur le parcours de soins et de vie de qualité, pour ce qui est du manque de logement adapté (tels que des foyers médicalisés, des maisons de retraites spécialisées) et de solutions alternatives (des pensions de familles, logement communautaire, logement partagé...), mais également sur l'impact du manque de solutions adaptées sur le parcours de soins de la personne (hospitalisation sans nécessité thérapeutique faute de logement.). A cela s'ajoute d'autres constats :

- Des difficultés rencontrées pour la gestion des situation complexes (notamment pour les bailleurs).
- Un manque de dispositifs « d'aller vers » ou d'équipes mobiles.
- Un manque d'accompagnement et un besoin d'une meilleure organisation de la prise en charge des personnes en souffrance psychique pour favoriser l'inclusion des personnes dans la cité. Les dispositifs qui peuvent favoriser cette inclusion, tels que les GEM ou encore un accompagnement pluridisciplinaire (exemple : l'accompagnement pluridisciplinaire dans le cas du « Un chez soi d'abord ») sont encore peu nombreux et peu développés.

3.6.3. Un manque d'actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population

Il existe aujourd'hui sur le département des actions visant le développement des compétences psychosociales (Cf les exemples cités ci-dessus par les participants), mais elles sont encore peu nombreuses et peu généralisées, notamment auprès des enfants, des adolescents et des parents. Ces actions sont encore moins développées en direction des adultes et en matière d'accompagnement à la périnatalité.

Certaines actions sont proposées de manière isolée et ponctuelle et ne sont pas toujours probantes ou efficaces. Or l'action pour le développement des compétences psychosociales doit être pérenne, en continu et sur du long terme.

Certaines formations ou actions ne sont pas adaptées à la psychiatrie, ou pour intervenir auprès d'un public atteint de troubles psychiatriques.

On relève le peu de moyens financiers investis en matière de prévention. On note également un manque de temps et d'argent qui est mis à disposition des professionnels pour permettre un accompagnement individuel et soutenu des personnes, et un manque de développement d'actions sur la durée et de soutiens collectifs comme la pair aidance, ou l'organisation de mini séjours pour les personnes précaires.

Par ailleurs cette offre est :

- Peu lisible ce qui ne facilite pas l'orientation des personnes par les professionnels ;
- Inégalement répartie, ce qui entraîne une inégalité d'accès selon le lieu d'habitation ou le secteur de soins auquel la personne est rattachée. En effet, toutes les équipes de soins ne proposent pas de la réhabilitation psychosociale, et toutes les écoles ne bénéficient pas de programmes de développement de compétences psychosociales.

Les GEM, qui pourraient être promoteurs de la réhabilitation psychosociale ne sont pas en nombre suffisant et ont des fonctionnements différents.

Les professionnels de l'Education Nationale, de la petite enfance, des secteurs du social et du médico-social ne sont pas suffisamment formés et accompagnés. La formation aux dispositifs ou actions de développement des compétences psychosociales nécessite que l'ensemble des professionnels d'une équipe soient formés et qu'un accompagnement des pratiques soit assuré sur la durée.

On peut constater également des difficultés à travailler avec l'Education Nationale, qui est davantage centrée sur le savoir académique et qui ne développe pas de méthodes alternatives (exemple : Montessori, Freinet). Les programmes tels que PRODAS ne sont pas intégrés dans la formation initiale et prennent du temps dans le cadre de la formation continue

Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Problématiques priorisées

- Manque d'actions visant le développement des compétences psychosociales ;
- Difficultés d'accès au logement ;
- Difficultés d'accès à l'emploi ;
- Manque de visibilité et d'action de prévention en matière de santé au travail

SYNTHESE DES PROBLEMATIQUES PRIORISEES

Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles

- Insuffisance de coordination entre les acteurs pour accompagner les personnes et leur entourage dans leur parcours de vie. Cela peut être dû à :
 - ⇒ Un manque de lisibilité, de visibilité et de connaissance des dispositifs, structures ou professionnels existant sur le département ;
 - ⇒ Un manque d'acteurs de terrain qui soient sensibilisés et formés ;
 - ⇒ Un manque de communication entre les acteurs et de reconnaissance (légitimité).
- Manque de visibilité sur l'existant en termes d'offre de soins, de prise en charge et de parcours. Aujourd'hui des outils existent, comme l'Atlas de la santé mentale, mais ils ne sont pas :
 - ⇒ Connus par l'ensemble des acteurs et des usagers ;
 - ⇒ Exhaustifs ;
 - ⇒ Centralisés.
- Difficultés rencontrées par les professionnels pour le repérage de la population souffrant de troubles psychiques, qui sont induites par :
 - ⇒ Un manque de formation en santé mentale dans les formations initiales ;
 - ⇒ Un manque de lisibilité des formations existantes ;
 - ⇒ Un manque de sensibilisation du grand public ;
 - ⇒ Un manque d'espaces dédiés à la réflexion et au soutien des professionnels ;
 - ⇒ Des difficultés de prise en charge des coûts de formation (inscription/logistique).

Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale

- Difficultés à répondre aux besoins des personnes : structures sociales et médico-sociales, les CMP et le manque d'aller vers ;
- Manque de coordination entre les institutions et les professionnels et un manque de visibilité de l'offre existante ;
- Manque de formation des professionnels sur la question de la santé mentale ;
- Difficultés d'accès à l'hébergement et au logement ;
- Méconnaissance des missions des médiateurs de santé.

Priorité 3 : L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins

- Inégalités d'accès aux soins somatiques en raison du trouble psychique, notamment pour les spécialistes concernant les enfants et adolescents et l'accès aux soins de kinésithérapie, soins dentaires, SSR.
- Inadaptation de l'accueil et stigmatisation lors de la prise en charge dans certains services. Par exemple, les services d'urgences, (temps de consultation, temps d'attente, espace d'accueil, langue et culture).
- Manque de partage d'informations entre les professionnels.
- Manque d'accompagnement, de coordination et de soutien dans le parcours (droits, soins).

Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence

- Insuffisance et inadaptation de l'offre (sanitaire, sociale et médico-sociale) ;
- Manque de lisibilité de l'offre existante ;
- Manque de travail de coordination et de travail en réseau.

Priorité 5 : Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques

- Méconnaissance et non-respect des droits des personnes ;
- Forte stigmatisation subie par les personnes souffrant de troubles psychiques et psychiatriques, notamment par le grand public ;
- Inégalité d'accès aux soins en urgence et prise en charge en urgence non satisfaisante. Il s'agit des prises en charge par le SAMU, SOS médecins, pompiers, infirmière d'accueil et d'orientation des services d'urgences générales... ;
- Recours excessif aux soins sans consentement et aux procédures dérogatoires.

Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

- Manque d'actions visant le développement des compétences psychosociales ;
- Difficultés d'accès au logement ;
- Difficultés d'accès à l'emploi ;
- Manque de visibilité et d'action de prévention en matière de santé au travail

Chapitre 4 : PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE

Au total, 49 fiches actions⁸⁶ ont été retenues pour ce premier projet territorial de santé mentale. 48 de ces actions ont été réparties selon les trois axes de la feuille de route nationale de santé mentale et psychiatrie, puis classées selon des sous-axes thématiques.

L'action 49 quant à elle, tient compte de la crise sanitaire de la Covid-19 et porte sur le recensement et l'évaluation des dispositifs et des adaptations de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques mis en place depuis la crise sanitaire.

Axe 1 : Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide

Sous-axes

- Renforcer les compétences psychosociales
- Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation
- Favoriser le repérage précoce
- Développer les actions de prévention de la souffrance psychique au travail

Axe 2 : Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité

Sous-axes

- Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné
- Développer et améliorer la prise en charge en ambulatoire
- Mieux prendre en charge la santé somatique
- Mieux prendre en charge les situations de crise et d'urgence
- Mobiliser les ressources en télémédecine
- Développer une offre en réhabilitation psychosociale
- Réduire le recours aux soins sans consentement
- Favoriser la prise en compte des patients et de leur entourage

Axe 3 : Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique

Sous-axes

- Améliorer les dispositifs et l'intervention des pairs aidants
- Améliorer l'accompagnement vers et dans l'emploi
- Améliorer l'accès et le maintien dans le logement
- Améliorer et favoriser l'accès aux droits des usagers

On retrouve deux types d'actions :

- Actions finalisées : ce sont les actions prêtes à la mise en œuvre (sous réserve de financement) ;
- Actions en cours d'élaboration : ce sont les actions sous la forme de fiches projets qui nécessitent un temps de travail et de maturation supplémentaire.

⁸⁶ Rappel en ce qui concerne les porteurs potentiels des actions : si certains d'entre eux ont été identifiés pendant les groupes de travail, les actions ne sont toutefois pas restreintes à ces seuls porteurs éventuels. Les actions pourront être mises en place par tout acteur (ayant participé ou non à l'élaboration du PTSM13) et ayant les compétences pour. Ce point a été précisé précédemment dans la partie méthodologie d'écriture des fiches actions

4.1. Tableau synthétique des fiches actions

N° de l'action	Titre de l'action	Statut de l'action	Axe de la feuille de route santé mentale et psychiatrie	Lien avec projet régional de santé	Priorité du PTSM	Public cible
1	Déployer les programmes sur les CPS en milieu scolaire	Finalisée	Axe 1	Objectif 1 Prévenir la souffrance psychique, renforcer la résilience et favoriser le rétablissement. Objectif 5 Développer les compétences des parents au travers de programmes structurés	6	Enfants, adolescents
2	Déployer les programmes sur les CPS en périnatalité	Finalisée				Nouveaux-nés, enfants
3	Sensibiliser les professionnels du champ du handicap aux CPS	Finalisée				Enfants adolescents, personnes en situation de handicap
4	Développer des actions de sensibilisation aux troubles psychiques auprès des professionnels et de l'entourage	Finalisée		Objectif 4 -Mener des actions sur les représentations en santé mentale dans le cadre des formations initiales, -Soutenir les actions d'information et de communication qui participent à la déstigmatisation, notamment par le biais des médias et journalistes	5	
5	Développer des actions de sensibilisation auprès des adolescents	Finalisée				Adolescents
6	Mise en place d'un nudge en santé mentale pour la lutte contre la stigmatisation	Finalisée				
7	Organiser une Mad Pride	Finalisée				
8	Améliorer la communication sur la semaine d'information en santé mentale (SISM)	Finalisée				
9	Sensibiliser les professionnels des médias à la santé mentale	En cours				
10	Développer les formations au repérage précoce des troubles psychiques	Finalisée				1
11	Sensibiliser les employeurs et les professionnels de santé aux risques psychosociaux	En cours		6		
12	Développer des équipes d'accompagnement intensif des parcours complexes	Finalisée	Axe 2	Objectif 2 -Eviter les hospitalisations, prévenir la chronicisation et l'institutionnalisation par une prise en charge précoce et adaptée. -Prendre en charge par des interventions précoces et adaptées la personne en demande de soins, afin de favoriser l'évolution positive de la maladie.	2	
13	Renforcer la visibilité des plateformes territoriales d'appui sur le parcours en santé mentale	Finalisée		Objectif 2 Utiliser le nouvel outil que constituent les plateformes territoriales d'appui pour améliorer la pertinence des orientations	2	
14	Développer le partenariat avec les communautés professionnelles territoriales de santé	Finalisée		2		
15	Développer les conseils locaux en santé mentale	Finalisée		Objectif 2 Travailler en partenariat avec l'ensemble des intervenants en s'appuyant sur les conseils locaux de santé mentale.	2	

N° de l'action	Titre de l'action	Statut de l'action	Axe de la feuille de route santé mentale et psychiatrie	Lien avec projet régional de santé	Priorité du PTSM	Public cible
16	Création d'un centre ressources en santé mentale	Finalisée		<p>Objectif 2 -Favoriser l'interconnaissance entre acteurs du territoire pour identifier les ressources et relais possibles.</p> <p>Objectif 4 -Favoriser l'accessibilité des personnes à une information lisible et compréhensible sur les dispositifs existants (mise en place d'un observatoire des ressources disponibles sur les territoires) et sur leurs droits</p>	2	
17	Mise en place d'une ligne téléphonique entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur	Finalisée		<p>Objectif 2 Envisager la mise à disposition d'un numéro vert permettant au médecin traitant de recourir à un avis spécialisé</p>	1 et 2	
18	Favoriser l'application de la charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur	Finalisée		<p>Objectif 2 Améliorer l'articulation médecine de ville-secteur du territoire de santé mentale</p>	2	
19	Soutenir le déploiement du dossier médical partagé (DMP)	En cours			2	
20	Déployer les équipes mobiles	Finalisée		<p>Objectif 2 -Développer les dispositifs d'aller vers les personnes les plus vulnérables ou éloignées du système de santé -Prioriser le développement des modalités de prise en charge et d'accompagnement ambulatoires.</p> <p>Objectif 5 Santé mentale et adolescence; -Faciliter l'accès aux soins le plus précoce possible -Développer l'aller vers en créant des équipes mobiles qui peuvent intervenir dans le secteur médico-social et social et à domicile.</p> <p>Objectif 7 -Mettre en place une filière intégrée de prise en charge (...) qui devrait comprendre : Une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé intervenant dans les EHPAD et/ou à domicile au plus près du lieu de vie du patient.</p>	4	Enfants, adolescents, personnes âgées
21	Développer les consultations avancées	Finalisée		<p>Objectif 2 Mettre en place des consultations avancées du secteur dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé</p>	1	

N° de l'action	Titre de l'action	Statut de l'action	Axe de la feuille de route santé mentale et psychiatrie	Lien avec projet régional de santé	Priorité du PTSM	Public cible	
22	Développer les équipes de la psychiatrie de liaison	Finalisée			1		
23	Conduite d'un audit des centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques	Finalisée			1 et 2		
24	Réunir sur un même site des consultations somatiques et psychiatriques	Finalisée			Objectif 6 Améliorer la prise en charge somatique des personnes vivant avec un trouble psychique	3	
25	Développer des consultations somatiques au sein des CMP	Finalisée				3	
26	Développer et mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse	Finalisée				3	
27	Désigner et former en santé mentale des professionnels référents au sein de chaque établissement MCO, SSR et au sein des EHPAD	Finalisée			3		
28	Améliorer l'accueil dans les services d'urgences généralistes	Finalisée			Objectif 3 Améliorer l'accueil des patients nécessitant des soins psychiatriques au sein de la structure d'accueil des urgences (box pour la prise en charge des patents agités, bureau de consultations pour les consultations psychiatriques)	3	
29	Valoriser financièrement la consultation somatique des personnes souffrant de troubles psychiques	En cours			3		
30	Lutter contre la discrimination dans l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C) ou de l'AME	En cours			3		
31	Formation et sensibilisation au repérage et à la prise en charge des situations de crise et d'urgence	Finalisée			Objectif 3 améliorer la réponse à l'urgence et la crise	4	
32	Déployer la télémédecine	Finalisée			1		
33	Développer des équipes de réhabilitation psychosociale	Finalisée			2		
34	Généraliser les directives anticipées en psychiatrie	Finalisée			Objectif 4 -Développer et faire connaître les outils de gestion de sa maladie co-construits avec les personnes directement concernées par des troubles psychiques : plans de crise, plans d'action de rétablissement et de bien-être, directives anticipées, etc -Privilégier les mesures qui permettent d'éviter le recours à la contrainte aux soins (...)	5	
35	Développer les lieux de répit en alternative à l'hospitalisation	Finalisée				5	

N° de l'action	Titre de l'action	Statut de l'action	Axe de la feuille de route santé mentale et psychiatrie	Lien avec projet régional de santé	Priorité du PTSM	Public cible
36	Mieux prendre en compte l'entourage	Finalisée	Axe 3	Objectif 4 -Favoriser le rétablissement et renforcer le pouvoir d'agir des personnes -Développer les programmes de psychoéducation à destination des personnes et des familles	2	
37	Déploiement de l'Open Dialogue	Finalisée			2	
38	Développer les formations en rétablissement	Finalisée			2	
39	Renforcer la fonction de pair-aidant par la mise en place d'une formation sur le département	Finalisée			2	
40	Pérenniser la plateforme ESPER Pro	Finalisée				
41	Déployer le programme Working First	Finalisée		Objectif 2 -Favoriser l'inclusion dans la cité (...) par l'habitat inclusif et l'accès à l'emploi, en privilégiant les dispositifs ordinaires -Développer les services sociaux et médico-sociaux dont la mission est l'accompagnement de la personne pour son insertion ou son maintien dans le milieu ordinaire ainsi que des structures spécialisées dans l'insertion professionnelle	2 et 6	
42	Développer la mission emploi des groupements d'entraide mutuelle	Finalisée			2 et 6	
43	Implanter un Clubhouse sur le département	Finalisée			2 et 6	
44	Sensibiliser les professionnels de l'insertion professionnelle et les employeurs aux troubles psychiques	Finalisée		Objectif 2 -Mettre en place des actions favorisant l'inclusion professionnelle dans les entreprises (lutte contre la stigmatisation, développement de programmes d'accompagnement à l'emploi).	2, 5 et 6	
45	Développer des équipes pluridisciplinaires pour l'accompagnement à l'accès et au maintien dans le logement	Finalisée	Objectif 2 -Favoriser l'inclusion dans la cité (...) par l'habitat inclusif et l'accès à l'emploi, en privilégiant les dispositifs ordinaires -Développer l'intermédiation locative, les actions auprès des bailleurs sociaux et autres dispositifs innovants en termes d'accès et de maintien dans le logement, en assurant un soutien des équipes de psychiatrie au domicile de la personne	2 et 6		

N° de l'action	Titre de l'action	Statut de l'action	Axe de la feuille de route santé mentale et psychiatrie	Lien avec projet régional de santé	Priorité du PTSM	Public cible
46	Recensement des actions et dispositifs d'accompagnement vers et dans le logement en direction des personnes souffrant de troubles psychiques	En cours			2 et 6	
47	Renforcer la connaissance et l'accès aux droits des usagers de la psychiatrie	Finalisée		Objectif 4 Favoriser le rétablissement et renforcer le pouvoir d'agir des personnes Favoriser l'accessibilité des personnes à une information lisible et compréhensible sur les dispositifs existants (mise en place d'un observatoire des ressources disponibles sur les territoires) et sur leurs droits	5	
48	Renforcer le rôle des représentants des usagers dans les établissements médicaux	Finalisée		Objectif 4 Renforcer la place des personnes directement concernées par la maladie et des usagers en tant qu'acteurs de la santé mentale. Former les usagers à la représentation et participation au sein des institutions et soutenir leur participation		
49	Recensement et évaluation des dispositifs et des adaptations de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques mis en place depuis la crise sanitaire	Finalisée				

4.2. Fiches actions

Les fiches actions sont détaillées dans les pages suivantes et présentées selon les trois axes de la feuille de route santé mentale et psychiatrie. Chaque action est rattachée à un sous-axe défini au niveau départemental.



AXE I

Promouvoir le bien être mental,
prévenir et repérer précocement la souffrance psychique,
et prévenir le suicide

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS



Action n°1

Déployer les programmes sur les CPS en milieu scolaire

Sous-axe : Renforcer les compétences psychosociales

Priorité du PTSM : 6

A. Contexte

Les compétences psychosociales (CPS) sont reconnues comme déterminant majeur de la santé et du bien-être et composante essentielle du développement des personnes. Elles permettent de prévenir la consommation de substances psychoactives, les comportements violents et les relations affectives et sexuelles à risque et réduisent les risques d'anxiété et de dépression.

Le diagnostic territorial montre qu'il existe aujourd'hui sur le département des actions visant le développement des compétences psychosociales mises en place par différents acteurs, mais elles sont encore peu nombreuses et peu généralisées, notamment auprès des enfants, des adolescents et des parents, et sont inégalement réparties sur le département. Les professionnels de l'Education nationale, de la petite enfance, des secteurs du social et du médico-social ne sont pas suffisamment formés et accompagnés.

L'Education nationale montre un intérêt grandissant pour le développement des compétences psychosociales, mais certains freins organisationnels subsistent comme le fait de libérer du temps de formation et de mise en œuvre des programmes pour les enseignant-e-s. Ainsi il semble important d'intégrer au sein du parcours initial et continu des enseignant-e-s et formateurs-trices de l'Institut nationale supérieur du professorat et de l'éducation (l'Inspé) une sensibilisation au développement des CPS et aux programmes existants (comme cela se fait déjà pour le PRODAS à Inspé) et de favoriser le lien avec les familles.

L'action pour le développement des compétences psychosociales doit être pérenne, en continu et sur du long terme.

B. Objectif général

- Développer et renforcer les CPS des enfants et des adolescent-e-s en milieu scolaire, des enseignant-e-s et des parents

C. Objectifs opérationnels

- Former les enseignant-e-s au développement des CPS et à la mise en place de programmes de développement des CPS dans le cadre de leurs formations initiales et continues
- Soutenir la mise en place de programmes de développement des CPS au sein des écoles, collèges, lycées, IME (formation des enseignant-e-s, accompagnement à la mise en œuvre des programmes en classe, autonomisation)
- Favoriser le lien avec les parents, mener une action transversale : enseignant-e-s/enfants/parents (information aux parents, rencontres/échanges, programmes spécifiques de développements des CPS pour les parents)

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Initier l'ensemble des étudiants de l'Inspé au développement des CPS (de leurs propres CPS et des CPS de leurs élèves) et aux programmes existants
 - ⇒ La cohorte de professeurs des écoles
 - ⇒ La cohorte de professeurs du secondaire
 - ⇒ Temps de formation : 2 à 4 jours

- Former les formateurs-trices de l'Inspé au développement des CPS (leurs propres CPS et celles des étudiants-e-s)
 - ⇒ Temps de formation : 3 à 5 jours
- Former les équipes pédagogiques au développement d'un programme dans le cadre de leur formation continue (programmes de développement des CPS reconnus comme probants sur le territoire)
 - ⇒ Temps de formation : 2 à 5 jours en fonction des programmes
- Accompagner les équipes à la mise en œuvre d'un programme de développement des CPS au sein des classes
 - ⇒ Classes de primaire, secondaire
 - ⇒ Temps d'accompagnement : entre 7 et 15 fois par enseignant-e en fonction des programmes
- Former les parents au développement de leurs propres CPS et de celles de leurs enfants au travers de réunions d'information, rencontres et formations

E. Bénéficiaires

Enseignant-e-s, enfants, parents.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : tout acteur développant des programmes de développement de compétences psychosociales
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Conseil régional, Education nationale (Inspection académique, Rectorat, Inspé), structures sociales en lien avec les parents (REAAP, centres sociaux, etc.), ARS, politique de la Ville, villes, Conseil départemental

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de personnes formées (enseignant-e-s, formateurs-trices, étudiant-e-s, équipes pédagogiques, élèves, parents)
- Nombre de formations réalisées
- Nombre d'établissements touchés par les programmes de développement des CPS
- Nombre d'accompagnements réalisés
- Nombre de rencontres avec les parents

* Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction des publics (questionnaire bilan des formations, séances de mise en œuvre, accompagnements, rencontres)

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°2

Déployer les programmes sur les CPS en périnatalité

Sous-axe : Renforcer les compétences psychosociales

Priorité du PTSM : 6



ACTION FINALISEE

AXE 1

A. Contexte

Selon l'OMS, les compétences psychosociales (CPS) « sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ». Les CPS ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé au sens le plus large du terme, y compris sur les questions de lutte contre les violences conjugales et intrafamiliales.

Le diagnostic territorial met en avant un manque d'actions visant le développement des compétences psychosociales auprès des enfants, des adolescents et des parents. Certaines actions sont proposées de manière isolée et ponctuelle et ne sont pas toujours probantes ou efficaces. Ces actions sont encore moins développées en direction des adultes et en matière d'accompagnement à la périnatalité.

Selon le rapport des « 1000 premiers jours », correspondant à la période allant du 4^{ème} mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant, est considérée comme une période charnière qui « recèle des enjeux considérables »⁸⁷ sur la santé et le développement de l'enfant, pendant laquelle toute intervention précoce ne peut qu'augmenter son efficacité.

L'apprentissage des CPS s'opère au travers d'un processus éducatif qui débute dès la naissance. Leur acquisition se fait donc avant tout au sein de la famille et de l'entourage, et en relation avec les autres, notamment des adultes modélisants. Il est en effet reconnu que la bonne santé physique et psychique des adultes/parents génère un cadre familial bénéfique au bon développement des enfants. Les adultes, futurs et jeunes parents qui ont des compétences psychosociales solides seront plus à même de permettre à leurs enfants de développer leur propre CPS.

B. Objectif général

- Former les professionnels de la périnatalité aux CPS
- Renforcer les CPS des futurs et jeunes parents pour développer les CPS des enfants

C. Objectifs opérationnels

- Sensibiliser et former les professionnels (des protection maternelle et infantile (PMI), sages-femmes, réseaux d'accompagnement à la parentalité...) sur les CPS des futurs parents
- Former les professionnels à développer les CPS des futurs et jeunes parents
- Renforcer et développer les CPS des futurs parents
- Sensibiliser les parents afin qu'ils puissent développer les CPS de leurs enfants

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Organiser des sessions de sensibilisation et de formation, dans le cadre de la formation continue, des professionnels qui sont en contact avec les futurs et jeunes parents : professionnels de la PMI, sages-femmes, adultes relais, référent famille dans les centres sociaux, associations, service famille des villes, etc, sur le développement, le renforcement et la mise en avant des CPS des futurs et jeunes parents

⁸⁷ Commission "1000 premiers jours", Les 1000 premiers jours. Là où tout commence, Ministère des solidarités et de la santé, 2020-09, p. 12 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>

- Renforcer et développer les CPS des futurs parents et les sensibiliser sur le développement des CPS de leurs enfants :
 - ⇒ Intégration de 2 à 3 séances spécifiques sur les CPS aux 10 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, prises en charge par la sécurité sociale et prodiguées par les sages-femmes
 - ⇒ Mobilisation des espaces existants pour sensibiliser les professionnels : réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents (REAAP), réseau périnatalité méditerranée...
 - ⇒ Articulation des actions avec les PMI
 - ⇒ Articulation des actions avec les partenaires tels que « l'école des parents et des éducateurs »
 - ⇒ Organisation d'actions collectives dans les lieux partenaires (centres sociaux...)
 - ⇒ Organisation d'évènements publics : conférences...

E. Bénéficiaires

Professionnels de la périnatalité, futurs et jeunes parents.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : tout acteur proposant des programmes de développement de CPS
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : ARS, Planning familial, Codeps13, PMI, centres sociaux, maternités, cabinets de sages-femmes libérales, service famille (des villes, des communes), réseau méditerranée, centre périnatal de proximité (CPP), réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de professionnels formés
- Nombre de parents touchés
- Nombre de rencontres organisées avec les partenaires
- Nombre d'évènements ou de conférences organisés

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des professionnels sensibilisés

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°3

Sensibiliser les professionnels du champ du handicap aux CPS

Sous-axe : Renforcer les compétences psychosociales

Priorité du PTSM : 1



ACTION FINALISEE

AXE 1

A. Contexte

Les compétences psychosociales recouvrent différentes compétences : sociales (compétences de communication, de coopération), cognitives (résolution des problèmes) et compétences émotionnelles (régulation des émotions, confiance en soi). En plus du développement des actions en milieu scolaire et en périnatalité, les acteurs du PTSM13 ont souhaité développer des actions en direction des professionnels du champ du handicap afin de développer les compétences psychosociales des publics qu'ils accompagnent.

80 % des personnes en situation de déficiences mentales, de troubles du comportement ou concernées par le spectre de l'autisme sont victimes de violence au sein de la famille ou dans les structures d'accueil (avec d'autres résidents ou des encadrants) (Source : Grenelle des violences 2019).

Les handicaps de ces personnes impliquent qu'elles vivent très souvent en sphère fermée (famille, structure, institutions) avec un grand manque d'autonomie, qu'elles ne sont pas incluses dans les dispositifs de droit commun (école, travail...). Par conséquent, elles ne bénéficient pas de la socialisation qui se construit dans ces parcours de vie « habituels ». Elles manquent donc d'habiletés sociales et de compétences psychosociales qui leur permettraient de se situer et de faire face aux sollicitations de leur environnement : savoir dire non, connaître les limites entre soi et l'autre, s'affirmer, solliciter de l'aide, consentir, se situer dans son environnement social, construire ses interactions sociales, acquérir les codes sociaux...

Dans ce cadre le développement de la formation aux CPS des personnels qui encadrent ces personnes dans les institutions semblent un axe très important à développer.

B. Objectif général

- Développer et renforcer les CPS des personnes en situation de déficiences mentales ou de troubles du comportement ou concernées par le spectre de l'autisme, ainsi que des professionnel-le-s et des parents qui les entourent

C. Objectifs opérationnels

- Former les professionnels au développement des CPS et à la mise en place de programmes de développement des CPS en formation continue
- Soutenir la mise en place de programmes de développement des CPS au sein des structures de vie des enfants (IME, ITEP, SESSAD, EIM) et dans un second temps des structures adultes (ESAT, Foyers...) : accompagnement à la mise en place de programmes et activités et autonomisation
- Favoriser le lien avec les parents, mener une action transversale : parents, professionnels et personnes en situation de déficiences mentales ou de troubles du comportement ou concernées par le spectre de l'autisme

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Former les professionnels des lieux de vie au développement des CPS (leurs propres CPS et celles de leurs publics) et aux programmes de développement des CPS
⇒ Temps de formation : 3 à 5 jours
- Former les professionnels des têtes de réseaux (ex : APF, UDAPEI...) à l'importance du développement des CPS
⇒ Temps de formation : 3 à 5 jours

- Accompagner les équipes à la mise en œuvre d'un programme de développement des CPS au sein des établissements
 - ⇒ Temps d'accompagnement : entre 7 et 15 séances en fonction des programmes par professionnel
- Former les parents au développement de leurs propres CPS et au développement des CPS de leurs enfants (formation, groupe d'analyse de pratiques, ateliers d'éducation thérapeutique, participation aux activités de développement des CPS...)
 - ⇒ Temps de formation : 3 à 5 jours (formations mixtes professionnels et parents)
 - ⇒ Temps de soutien à la fonction parentale à l'issue de la formation

E. Bénéficiaires

Professionnels du champ du handicap.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : tout acteur proposant des programmes de développement de CPS
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Fédérations d'associations et lieux de vie (APF, Unapei, Adapei, Uriops, l'APAJE, Trisomie 21...), associations de parents

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

A définir

* Indicateurs qualitatifs :

A définir

J. Début et fin de l'action

A définir

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°4

Développer des actions de sensibilisation aux troubles psychiques auprès des professionnels et de l'entourage

Sous-axe : Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation

Priorité du PTSM : 5



ACTION FINALISEE

AXE 1

A. Contexte

Les personnes souffrant de troubles psychiques subissent encore une stigmatisation que ce soit de la part de leur entourage, de la société (acteurs de la culture, des loisirs, des employeurs...), des professionnels du sanitaire, du social et du médico-social peu sensibilisés ou formés à la question de la santé mentale. Cette stigmatisation subie peut induire une auto-stigmatisation. Elle est due à la persistance des stéréotypes par manque de connaissances et de sensibilisation aux troubles psychiques.

La stigmatisation peut avoir de nombreuses conséquences et impacter très fortement la qualité de vie des personnes concernées⁸⁸ : cela peut entraîner de l'isolement, une baisse d'estime de soi, de l'exclusion (difficultés d'accès aux soins, au logement, à l'emploi...).

B. Objectif général

- Déconstruire les représentations des troubles psychiques auprès des professionnels du médical, du social et du médico-social et de l'entourage afin d'améliorer la qualité de vie des usagers et rétablir leur estime d'eux-mêmes

C. Objectifs opérationnels

- Développer des actions de sensibilisation en santé mentale en direction des professionnels, des futurs professionnels et des proches
- Travailler sur des supports différents pour une meilleure accessibilité et intelligibilité. (Des supports Facile A Lire et à Comprendre (FALC), avec un niveau de littératie adapté au grand public)
- Adapter les contenus en fonction des publics

D. Plan opérationnel /description, déroulement et méthodes

- Mise en place de sessions d'information et de sensibilisation
 - ⇒ Se mettre en lien avec les établissements de formations (formations de travailleurs sociaux, infirmiers, mandataires judiciaires, futurs médecins, enseignants, etc.)
 - ⇒ Se mettre en lien avec des associations de proches de personnes souffrant de troubles psychiques
 - ⇒ Créer un groupe de travail pour l'élaboration de ces sessions en fonction des besoins identifiés
 - ✓ Définir la durée de l'intervention
 - ✓ Utiliser différents outils ou supports pour l'animation : quizz sur la santé mentale, films, jeux de rôle et mises en situation, théâtre forum

Il serait pertinent que ces actions de sensibilisation se fassent en binôme usager/ professionnel ou formateur.

E. Bénéficiaires

Professionnels et futurs professionnels du social, du médical et du médico-social, administrations publiques (CCAS, CAF, CARSAT, Pôle Emploi, etc.).
Entourage et familles de personnes souffrant de troubles psychiques.

⁸⁸ CARIA Aude, ARFEUILLERE Sophie, VASSEUR BACLE Simon (et al.), Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale, *La santé de l'homme*, n° 419, 2012-05, pp. 25-27
<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/140871/2116356>

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : toute association ou acteur ayant des activités de lutte contre la stigmatisation
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Psycom, GEM, CoFor, autres à définir

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de sessions de sensibilisation organisées
- Nombre de participants

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs auprès de qui auront été organisés les sessions ou événements de sensibilisation
- Types d'outils utilisés
- Réponses au questionnaire de satisfaction proposé à l'issue de chaque intervention

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n° 5

Développer des actions de sensibilisation auprès des adolescents

Sous-axe : Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation

Priorité du PTSM : 5



ACTION FINALISÉE

AXE 1

A. Contexte

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) la moitié des problèmes de santé mentale débutent avant l'âge de 14 ans, la dépression étant l'une des premières causes et le suicide constitue la troisième cause de mortalité chez les 15-19 ans⁸⁹. Les jeunes, notamment les 12-18 ans, sont considérés comme étant une cible importante dans la lutte contre la stigmatisation⁹⁰. En effet, les clichés et les stéréotypes subis à cet âge-là peuvent induire chez le jeune des comportements de déni, de crainte d'être étiqueté ou catalogué. Cela peut entraîner des retards de consultation, de définition d'un diagnostic et ainsi de mise en place d'une prise en charge adaptée.

Il existe, sur le département, de nombreux acteurs œuvrant dans le champ de la prévention et de la santé mentale des jeunes, tels que (liste non exhaustive) la MADA13, ESJ Aubagne-La Ciotat, Imaje santé, l'association Christophe intervenant auprès des jeunes sur la prévention du suicide ou encore l'AP-HM avec le programme Epsykoi⁹¹.

Les acteurs ayant participé au diagnostic territorial ont priorisé une action de sensibilisation à la santé mentale des jeunes adolescents, considérant que c'est un âge charnière pendant lequel il faut agir afin de lutter contre la stigmatisation et sensibiliser sur les troubles psychiques.

B. Objectif général

- Sensibiliser le public adolescent à la question de la souffrance psychique

C. Objectifs opérationnels

- Déployer des interventions de sensibilisation auprès des adolescents dans des structures accueillant des jeunes

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Mise en place d'un groupe de travail entre le porteur de l'action et le bénéficiaire pour définir les besoins et la construction de l'action
 - ⇒ Mise en place de sessions d'information pour : aborder le sujet de la souffrance psychique à travers la singularité de l'âge adolescent, des problématiques inhérentes à cet âge et la déconstruction des idées reçues et représentations véhiculées dans l'espace public autour de la souffrance et des troubles psychiques
 - ⇒ Définir des modalités d'intervention : des actions réalisées en direct ou faisant participer le public à l'intervention ou faisant intervenir des personnes usagères ou ayant une expérience de souffrance psychique seront valorisées
- Construction d'une action avec un public adolescent autour de la question de la sensibilisation à la santé mentale pourrait être programmée au sein de la SISM

⁸⁹ Santé mentale des adolescents. Principaux faits, OMS, 2020-09-28 <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

⁹⁰ Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2014-03, 24 p. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf>

⁹¹ <https://www.epsykoi.com/>

Cette action de sensibilisation devra perdurer dans le temps selon des modalités à définir.

E. Bénéficiaires :

Adolescents (10/19 ans ; collèges et lycées).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** association, organisme ou programme œuvrant dans le sens de la sensibilisation et de la prévention aux souffrances psychiques auprès des jeunes
- **Partenaire(s) potentiel(s) :** l'Education nationale, associations sportives et culturelles, ministère de la défense (journée de Défense et Citoyenneté), MJC, maison pour tous, centres sociaux ou tout autre organisme, structure accueillant un public adolescent

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs

- Nombre d'actions mises en place
- Nombre d'actions financées par une institution
- Nombre d'interventions réalisées
- Nombre de participants

* Indicateurs qualitatifs

- Modalités d'intervention et outils utilisés

Les indicateurs seront affinés en fonction des actions mises en place par les structures porteuses.

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°6

Mise en place d'un nudge en santé mentale pour la lutte contre la stigmatisation.

Sous-axe : Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation

Priorité du PTSM : 5



ACTION FINALISEE

AXE 1

A. Contexte

Le nudge, littéralement « coup de pouce », permet d'inciter les gens à aller dans une direction, pour les y encourager : cela consiste à créer un contexte de choix qui encourage les individus à prendre des décisions qui sont bénéfiques pour eux-mêmes, la collectivité ou la planète. Il propose une nouvelle façon de penser et de concevoir les politiques de prévention en santé. Cette théorie, développée notamment dans les pays anglo-saxons a pour objectif d'utiliser les sciences du comportement afin de mettre en place des dispositifs pour améliorer les comportements des citoyens.

Le « nudge » a la capacité de changer les comportements tout en laissant la possibilité aux personnes de choisir. La population concernée (ex. : les acteurs de territoire/les professionnels qui travaillent sur les thématiques en santé mentale, les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale et/ou leur entourage, et les personnes qui pensent ne pas être concernées par le sujet) est réellement impliquée dans la création d'un « nudge » et c'est pourquoi ils sont si efficaces. La méthodologie employée permet d'identifier et de cibler la problématique clé ainsi que la cible, pour pouvoir trouver la meilleure solution pour la déstigmatisation en santé mentale.

Face au constat issu du diagnostic territorial, d'une stigmatisation toujours persistante en direction des personnes souffrant de troubles psychiques, il a été proposé de construire une campagne de sensibilisation en utilisant les sciences sociales, et donc l'élaboration d'un nudge, qui permettra une meilleure connaissance et compréhension de la santé mentale et de démystifier les stigmates liés aux problèmes de santé mentale.

B. Objectif général

- Lutter contre la stigmatisation à partir d'une technique d'approche comportementale adaptée aux problématiques observées chez le public

C. Objectifs opérationnels :

- Appuyer sur des données probantes qui permettent de mettre en place des actions de sensibilisation en Santé Mentale
- Faire comprendre que chaque personne peut être concernée
- Impliquer les populations concernées dans le design des nudge via des ateliers et de les adapter à leur propre environnement
- Lutter contre les stéréotypes et les représentations sociales sur les troubles psychiques
- Projet de faisabilité d'intégration des messages favorisant la santé mentale dans les transports en commun de Marseille et les lieux publics
- Favoriser la thématique de santé mentale et enlever le tabou derrière celle-ci

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Phase 1 : Comprendre

Il s'agit d'identifier le problème à résoudre et les comportements souhaités via :

- Etude de littérature des données probantes et campagnes de prévention qui avaient pour but de lutter contre la stigmatisation en Santé mentale
- La construction d'outils pour mobiliser/animer les ateliers avec la population cible
- Ateliers /Focus Groupes avec les populations concernées et aussi avec les professionnels et les acteurs du territoire concerné
- Un travail d'observation in situ, d'entretiens, de recueil documentaire

- La définition des comportements protecteurs de la santé mentale et ceux qui participent à la dégradation de la santé mentale

Phase 2 : Définir

Explorer le contexte en profondeur, identifier les barrières empêchant le comportement désiré et les leviers qui pourraient être exploités.

- Définir le profil des sujets et les facteurs qui peuvent influencer les comportements, comprendre la logique des comportements, attitudes, leviers et freins
- Avec les experts en science comportementale, il faut sélectionner des comportements sur lesquels on élaborera un nudge. Il faut d'abord comprendre le chemin et l'architecture de la décision ainsi que les biais psychologiques qui influent sur cette décision particulière pour savoir comment l'influencer dans un sens positif
- Validation avec le Comité de suivi de l'action nudge et le cadre éthique

Phase 3 : Créer des nudge

Appliquer les leçons tirées des sciences comportementales pour générer des solutions qui encourageront le comportement cible.

- Dans cette phase il faut réunir différents profils de personnes afin de stimuler créativité et intelligence collective : une équipe pluridisciplinaire pour créer un nudge lab
- Pour trouver des solutions on s'appuie sur EAST Methodologie (Facile, Attrayant, Opportun et Social) et Des cartes de Jeu de Barrières Comportementales qui permettent de générer des solutions. Ces outils ont été développés par le Behavioural Insights Team pour les partenaires afin de les aider à appliquer des solutions comportementales

Phase 4 : Prototype et test

Avant d'implémenter le nudge à grande échelle, il faut le tester dans un environnement réduit pour bien mesurer les effets et l'efficacité des solutions choisies. Cette phase de test permet d'ajuster le nudge, d'en changer ou de vérifier son bon fonctionnement.

- Via les essais contrôlés aléatoires (ECR) ou A/B Testing

Phase 5 : La mise en œuvre

Mise en place d'interventions type nudge à l'échelle sélectionnée et qui ont eu un impact positif sur le comportement cible. ex. (matériels visuels que nous utiliserons seront conçus de manière à être compris par la tranche d'âge concernée : le type de message, les mots, les couleurs à utiliser etc..., et puis de les intégrer dans les espaces privés et/ou publics déjà sélectionnés dans la première phase. Le design sera fait par un graphiste indépendant, en collaboration avec l'équipe. Quant à la pose des interventions type « nudge » ce sera par les membres de l'équipe logistique qui suivront les recommandations stratégiques de l'équipe chargée de la communication.)

- Implémentez-les à l'échelle une fois la phase de prototype/test réussie
- Cette implémentation doit faire l'objet d'une amélioration continue

Phase 6 : Evaluation de la transférabilité de l'intervention

Un travail de réflexion sera effectué sur la transférabilité de cette intervention sur d'autres thématiques de santé publique et un partage notre expérience via des formations auprès des équipes intéressées par le concept nudge.

Fréquence

Soit un grand diagnostic dans la première année pour identifier/cibler les différents groupes / les type nudge solutions. (Le type action à mettre en place ex. le type de message, les mots, les couleurs à utiliser etc... et s'il faut cibler les type nudge solution par chaque tranche d'âge.) Soit mettre en place un nudge de A à Z pour chaque cible/tranche d'âge chaque année.

E. Bénéficiaires :

- Ouverture à tous, mixité, égalité femmes-hommes
- Tout public au départ avec peut-être une segmentation ciblée par tranche d'âge après le périmètre diagnostic

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) et potentiel(s) :** ILHUP. Potentiel partenaire Behavioural Insights Team
- **Partenaire(s) :** La population concernée, 3 groupes (population mixte : celle qui est touchée par la santé mentale et celle qui n'est pas concernée par le sujet/qui pense qu'elle n'est pas concernée) et les acteurs de territoire/les professionnels qui travaillent sur les thématiques en santé mentale

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

En utilisant une approche mixte - qualitative et quantitative : Une enquête sera réalisée afin de recueillir d'une part des informations quantitatives : socio-démographiques, état de santé, et d'autre part des données qualitatives (étude de type avant/après) via les essais contrôlés aléatoires (ECR) ou A/B Testing. Pour compléter l'étude, une observation sur le terrain et auprès des partenaires qui travaillent sur les thématiques Santé mentale via des questionnaires.

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°7

Organiser une Mad Pride

Sous-axe : Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

La Mad Pride est une manifestation, une marche festive, qui a pour objectif de lutter contre les préjugés et de promouvoir le droit au respect, à la dignité et à la reconnaissance pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Elle a pour but également d'interpeller et de sensibiliser le grand public sur les troubles psychiques, de promouvoir l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques sur le plan économique, social, environnemental et culturel, de montrer et de faire reconnaître leur dignité.

Cette manifestation organisée dans plusieurs pays depuis de nombreuses années, l'a été pour la première fois en France, à Paris en 2014. Elle a eu lieu au moins trois années de suite.

Face au constat, dans le cadre du diagnostic territorial, d'une stigmatisation toujours aussi présente que subissent les personnes souffrant de troubles psychiques, les acteurs ont souhaité qu'une Mad Pride soit organisée sur le département.

B. Objectif général

- Organiser une Mad Pride sur le département

C. Objectifs opérationnels

- Constituer un groupe de travail/ collectif :
Composition : associations, usagers, GEM, proches, professionnels de la santé mentale et de sympathisants pour la mise en place de cette marche
- Organiser différents temps de réunion afin de préparer l'organisation de l'évènement :
 - ⇒ Se mettre en lien avec les autorités compétentes pour avoir les autorisations nécessaires
 - ⇒ Définir une date et le parcours
 - ⇒ Réfléchir aux animations, aux messages politiques, aux messages de communication
 - ⇒ Définir les dispositifs de secours (postes de secours) et se mettre en lien avec les acteurs compétents
 - ⇒ Définir les dispositifs de sécurité et se mettre en lien avec les autorités compétentes (police municipale, nationale, gendarmerie...)
 - ⇒ Se mettre en lien avec les services municipaux pour le nettoyage
 - ⇒ Créer des outils de communication
 - ⇒ Mobiliser et diffuser la communication sur l'évènement

D. Bénéficiaires

Les usagers de la psychiatrie, leur entourage, le grand public.

E. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** GEM, associations d'usagers, professionnels de santé, du social, du médico-social
- **Partenaire(s) potentiel(s) :** Advocacy France, Solidarité réhabilitation, CLSM, autres...

F. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

Chars, véhicules, hauts parleurs, sono, flyer, affiches, banderoles...
Budget à définir.

G. Financier

A définir

H. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées
- Nombre de participants aux réunions
- Nombre de participants à la Mad Pride

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs participants à la réunion

I. Début et fin de l'action

A définir.

J. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°8

Améliorer la communication sur la semaine d'information en santé mentale (SISM)

Sous-axe : Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

La semaine d'information en santé mentale (SISM), organisée chaque année, est l'occasion de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé mentale. L'objectif est de sensibiliser et d'informer sur les questions liées à la santé mentale, de rassembler les professionnels, les usagers et le grand public, de favoriser le développement de réseaux et de faire connaître les acteurs de la santé mentale.

Les actions sont mises en place, à partir d'un thème annuel, par différents acteurs : professionnels (du soin, du social et du médico-social), associations d'usagers, élus locaux... En 2019, la thématique était « La santé mentale et le numérique ». Sur ce thème, différentes manifestations ont été organisées. Elles ont pris la forme de colloques ou de conférences, d'expositions, de journées de formation ou d'information, ou encore de journées portes ouvertes dans un foyer de vie...

Pour les acteurs ayant contribué au diagnostic territorial, ces semaines d'information sont un outil important de lutte contre la stigmatisation. Cependant, ils font également le constat que ce sont principalement les usagers, leur entourage et les professionnels du soin, du social et du médico-social qui y assistent ou qui y participent. La cible « grand public » n'est donc pas atteinte alors que l'un des objectifs est de sensibiliser ce public aux questions de santé mentale et des troubles psychiques.

Les acteurs souhaitent qu'une action soit mise en place afin de donner plus de visibilité à la SISM auprès du grand public.

B. Objectif général

- Améliorer la communication sur la SISM pour plus de visibilité auprès du grand public

C. Objectifs opérationnels

- Etablir une stratégie de communication pour une diffusion plus large de la SISM par différents canaux après évaluation de l'existant, au travers de la mise en place d'une coordination locale
- Cibler les espaces urbains
- Améliorer la communication indirecte sur la SISM auprès d'acteurs ciblés (exemple : Education nationale, communes...)

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Organisation d'un temps de travail par la coordination locale/ou départementale : de la SISM. Parmi ses missions :
 - ⇒ Mettre en place un comité de pilotage
 - ⇒ Etablir une stratégie de communication
 - ⇒ Coordonner les actions sur le territoire dont les actions de communication auprès du grand public
- Communication auprès du grand public
 - ⇒ Diffusion plus large à travers différents canaux de communication (médias télévisés, radios, presse, web, réseaux sociaux...)
 - ⇒ Augmenter la visibilité dans les espaces urbains en s'appuyant sur les acteurs locaux (les communes...)

- Communication auprès des acteurs
 ⇒ Augmenter la visibilité de la SISM auprès d'acteurs ciblés (sanitaires, médico sociaux, Education nationale, rectorat, communes...)

E. Bénéficiaires

Grand public

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : CLSM (conseils locaux en santé), plateforme santé mentale d'Aix-en-Provence, les acteurs participant aux collectifs d'organisation de la SISM
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : professionnels de l'éducation, du sanitaire, social, médico-social, la DIRECCTE, les services de santé au travail pour une communication en entreprises, l'ensemble des acteurs participant à la programmation de la SISM

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Le nombre de canaux de communications utilisés

* Indicateurs qualitatifs :

- La diversité des canaux de communication utilisés
- Evaluer la notoriété de la campagne dans un échantillon de 13

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°9

Sensibiliser les professionnels des médias à la santé mentale

Sous-axe : Informer, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

En réponse au constat fait, lors du diagnostic, sur la stigmatisation toujours aussi importante envers les personnes souffrant de troubles psychiques, les acteurs ont souhaité mettre en place une action de sensibilisation envers les professionnels des médias.

En effet, les médias représentent une source importante d'information sur la santé mentale. Certaines études ont démontré que dans 40% des articles abordant la santé mentale, la violence, la dangerosité et la criminalité étaient les thématiques mises en avant⁹². Il y a une banalisation de l'utilisation de certains termes comme psychose, ou schizophrénie, dans des contextes qui ne relèvent pas de la psychiatrie, et donc utilisés de façon inappropriée⁹³. Le traitement médiatique de la santé mentale ou de la psychiatrie peut contribuer ainsi à la persistance des stéréotypes et leur propagation.

Selon l'association Québécoise pour la réadaptation psychosociale, qui a construit un cadre de référence pour lutter contre la stigmatisation⁹⁴, les médias constituent un des publics cibles à privilégier dans la mise en place d'actions visant la lutte contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques.

B. Objectif général

- Sensibiliser les journalistes et étudiants en journalisme à la santé mentale et troubles psychiques afin de lutter contre la stigmatisation en direction des personnes souffrant de troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels :

- Co-construire entre l'équipe projet et les médias des modalités d'actions de sensibilisation avec l'ensemble des acteurs
- Proposer un contenu d'information adapté aux caractéristiques du public cible que sont les médias

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire constitué de : professionnels des médias (presse écrite, numérique...), directions des écoles de journalisme, associations ou acteurs de la prévention et de la lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale, associations d'utilisateurs, GEM, associations de famille d'utilisateurs
- Organiser des rencontres afin de :
 - ⇒ Présenter la démarche et échanger autour des constats et de l'importance du rôle des médias dans la déstigmatisation des personnes atteintes de maladies psychiques
 - ⇒ Définir des modalités d'action (exemples : livret, intervention en direct dans les rédactions et les écoles de journalismes, faire intervenir des personnes souffrant de troubles psychiques...)

⁹² Santé mentale et média, Centre Franco Basaglia, 2017-06, 21 p. <http://www.psychiatries.be/wp-content/uploads/2017/07/Sant%C3%A9-mentale-et-m%C3%A9dias.pdf> p. 6

⁹³ Ibidem. P9

⁹⁴ Groupe provincial sur la stigmatisation et la discrimination en santé mentale (GPS-SM), La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec. Cadre de référence, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale, 2014-03, 24 p. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-referance-GPS-SM.pdf> p. 17

- ⇒ Prévoir les modalités d'évaluation des actions
- ⇒ Réfléchir à une automatisation de ces actions au sein des écoles de journalisme

E. Bénéficiaires

Ensemble des professionnels du journalisme et de la communication (journalistes, rédacteurs en chefs, professeurs, étudiants ...)

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : acteurs proposant des actions de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : médias : presse écrite, télévision, radio, web (Ex : La Provence, La Marseillaise et tout autre journal de presse écrite, les acteurs des médias du numérique), les écoles de formation au journalisme (Aix-en-Provence et Marseille), faculté d'Aix-Marseille (master de communication et journalisme) et tout autre organisme de formation aux métiers du journalisme et de la communication, Psycom

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

À définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombres de rencontres et de participants
- Nombre d'actions de sensibilisations réalisées

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs ayant participé
- Relevés de décision, faisabilité et pertinence des actions proposées à l'issue des temps de rencontres

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°10

Développer les formations au repérage précoce des troubles psychiques

Sous-axe : Favoriser le repérage précoce des troubles psychiques

Priorité du PTSM : 1

A. Contexte

Le diagnostic territorial met en exergue des difficultés de repérage précoce du fait d'un manque de formation sur les problématiques psychiatriques et psychiques. Ce manque de formation concerne notamment les professionnels du soin tels que les médecins généralistes et les professionnels des urgences généralistes, mais également les professionnels du social, du médico-social ou encore les professionnels d'autres secteurs intervenant auprès de publics spécifiques (enfants, adolescents et jeunes adultes, personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie, etc...).

Le manque de formation peut avoir des conséquences sur la prise en charge des personnes et entraîner diverses conséquences non souhaitables : retard ou mauvaise orientation, perte de chance d'évolution favorable, stigmatisation.

B. Objectif général

- Améliorer les connaissances en santé mentale et en psychiatrie des professionnels soignants et non soignants pour favoriser le repérage des troubles psychiques et psychiatriques et proposer des stratégies d'accompagnement et d'orientation adaptées et développer une capacité accrue à prévenir et gérer les situations de crise pouvant en découler

C. Objectifs opérationnels

- 1- Recenser les formations en santé mentale disponibles et les besoins des professionnels par catégorie d'acteurs
- 2- Sensibiliser et former les professionnels non spécialistes de la santé mentale sur le repérage et la prise en charge précoce de la population souffrant de troubles psychiques
- 3- Former les professionnels soignants afin d'augmenter le niveau de connaissance sur les pathologies, leurs conséquences et la prévention
- 4- Favoriser l'interconnaissance entre les différents professionnels, dispositifs et structures existants sur le département et accompagner le transfert des connaissances entre professionnels

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

1- Recenser les formations en santé mentale disponibles et les besoins des professionnels par catégorie d'acteurs

a- Réaliser un état des lieux sur l'offre de formation en santé mentale

- Identifier les centres et les organismes de formations (centres hospitaliers spécialisés du département et limitrophes (Montfavet) au rayonnement sur le nord des Bouches-du-Rhône)
- Obtenir leur catalogue de formations et identifier le public cible (ainsi que les bénéficiaires potentiels)

Ce travail pourra se faire en lien avec le groupe régional « formation » qui sera mis en place en 2021, dans le cadre de l'animation régionale des PTSM.

b- Identifier les besoins des professionnels

- Réaliser une évaluation des besoins sur la santé mentale des professionnels et rédiger un quiz sur les attentes des professionnels



2- Sensibiliser et former les acteurs du social, du médico-social et des professionnels non spécialistes en santé mentale sur le repérage et la prise en charge précoces de la population souffrant de troubles psychiques

- a- Développer des modules de repérage précoce des troubles psychiques dans les formations initiales (écoles de formation des travailleurs sociaux, Institut national supérieur du professorat et de l'éducation (INSPE)
- b- Organiser des sessions d'initiation à la psychiatrie et au repérage précoce à destination des professionnels en charge des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées
- c- Déployer la formation PSSM auprès de professionnels de différents secteurs
- d- Organiser des immersions pour les professionnels non spécialistes en santé mentale au sein de structures spécialisées
- e- Organisation de sessions de sensibilisation et de formation : psycho-traumatisme, suicide (repérage signes alarmants), psychiatrie et pathologie du vieillissement

3- Former les professionnels soignants

- a- Renforcer la formation au repérage précoce des troubles psychiques dans les formations initiales
 - Renforcer le module sur la santé mentale (sensibilisation) dans les formations initiales (médecins, internes, IFSI, etc.)
 - Faciliter les stages en santé mentale pour les futurs médecins, notamment dans les CMP
- b- Mettre en place/ renforcer les formations et actions de sensibilisation généralistes sur la santé mentale et particulièrement le repérage précoce
- c- Développer et mettre en place des formations sur des problématiques de santé mentale ciblées : DU « psycho-trauma précarité », formation sur la prévention du suicide, formation sur le psycho-traumatisme...

4- Favoriser l'interconnaissance entre les différents professionnels par l'organisation de sessions de formations mixtes

- a- Mise en place de formations transversales entre les différents professionnels :
 - Mener la formation premiers secours en santé mentale (PSSM), auprès de groupes de professionnels mixtes (issus de différentes structures et secteurs)
- b- Développer des temps d'échanges des pratiques avec des équipes de terrain :
 - Mettre en place des réunions d'information collective, de coordination et/ou de synthèse des acteurs en situation de repérer la souffrance ou les troubles psychiques avec des professionnels de la santé mentale

E. Bénéficiaires :

- 1 - Les soignants, médecins généralistes, infirmiers libéraux, etc...
- 2 - Les non soignants : agent d'accueil, professionnels de l'accompagnement, du social, du médico-social, de l'insertion, de l'aide à domicile, de la petite enfance, de l'enfance et de l'adolescence, de la justice : protection judiciaire de la jeunesse et protection des majeurs vulnérables, agent d'accueil de 1^{ère} ligne, enseignants, formateurs, les premiers secours (pompiers, policiers), les aidants et familles.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

Porteur(s) potentiel(s)

- **Action 1.a :**

Les dispositifs d'appui à la coordination (PTA/ MAIA) / CLS et autres centres ressources, etc. A réaliser en lien avec la création du centre ressources en santé mentale, qui fait l'objet d'une autre fiche action, ainsi qu'avec le groupe régional « formation » organisé par le CRES dans le cadre de l'animation régionale des PTSM

- **Action 1.b :**

Les représentants des professionnels libéraux (URPS), les fédérations et représentants des structures sociales et médico-sociales, les observatoires, les représentants des autres professionnels etc...

- **Action 2 :**

- Centres de formations spécialisés en santé mentale
- Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH)
- Faculté de médecine et de psychologie
- Professionnels spécialistes de la santé mentale
- Equipes de professionnels spécialisés dans un domaine précis (ex : l'équipe mobile psycho-traumatisme, prévention du suicide ...)

- **Action 3 :** Faculté de médecine, IFSI, GRIEPS

- **Action 4-a :** PSSM France

- **Action 4 -b :** Les fédérations professionnelles, les structures animatrices de réseaux pour chaque secteur de professionnels (Ex : les MDA, ESJ et PAEJ pour les professionnels de l'adolescence...)

Partenaire(s) potentiel(s) : CCAS, ESMSPPJ, ASE, l'Education nationale, centres sociaux, structure accueillant un public jeune (MDA, ESJ, PAEJ et autres associations, structures d'hébergement, dispositifs ressources et d'appui à la coordination

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'heures de formation
- Nombre de participants

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des professionnels participant aux formations
- Retour d'expérience des personnes sensibilisées et formées

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°11

Sensibiliser les employeurs et les professionnels de santé aux risques psychosociaux

Sous-axe : Améliorer la santé au travail des salariés

Priorité du PTSM : 6

A. Contexte

Les risques psycho-sociaux sont les facteurs liés au travail pouvant impacter la santé mentale au travail des salariés. Selon l'enquête EVREST⁹⁵, en région PACA, entre 2013-2014, 10,8% des salariés souffraient d'au moins un symptôme psychique en lien probable ou certain avec son activité professionnelle. Parmi ces symptômes, on retrouve la fatigue, la lassitude, l'anxiété, la nervosité, l'irritabilité et les troubles du sommeil. 22,6% des salariés ont déclaré avoir subi une pression psychologique dans le travail et 46,4% ont dit avoir été exposés à plus de 5 contraintes psychologiques dans le cadre du travail⁹⁶.

Des actions sont mises en place telles que des journées de sensibilisation aux risques psychosociaux des employeurs (par la CARSAT, l'ARACT, la DIRECCTE), des actions de prévention mises en place par les services de santé au travail, des actions de sensibilisation auprès des médecins généralistes avec l'édition du guide sur la souffrance au travail rédigé par l'URPS ML, des formations par le SISTE PACA, des actions de sensibilisation des CSE (comité social et économique), etc.

Cependant, les acteurs font apparaître dans le diagnostic territorial la persistance d'une insuffisance du repérage de la souffrance au travail et de sa prise en compte ainsi qu'un manque de prévention. Des outils d'évaluation existent (DUERP) mais ils peuvent être complexes et non adaptés. Les acteurs soulignent également un manque de visibilité des professionnels de santé spécialisés sur cette question et qui exercent dans le département.

Certains modes d'organisation et de management actuels peuvent impacter la santé mentale des salariés. La souffrance psychique au travail et l'épuisement qui en découle ont des conséquences importantes sur la santé mentale et sur le plan somatique pouvant aller jusqu'au suicide.

Les actions proposées ci-dessous tiennent compte des nombreuses actions déjà existantes et mises en place par les acteurs cités précédemment dans le cadre de plans régionaux (ex : PRST) ou de financements expérimentaux (ex : financements CPAM).

B. Objectif général

- Sensibiliser les employeurs et les salariés aux risques psychosociaux et au développement des compétences psychosociales

C. Objectifs opérationnels

- Sensibiliser davantage les employeurs aux risques psychosociaux et à la souffrance psychique
- Créer et renforcer des liens entre les professionnels de santé et la médecine du travail

95 Tableau de bord régional Provence-Alpes-Côte d'Azur 2016 santé, sécurité, conditions de travail, *ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, DIRECCTE Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2017-05, 63 p.*
<http://www.orspaca.org/publications/tableau-de-bord/tableau-de-bord-r%C3%A9gional-sant%C3%A9-s%C3%A9curit%C3%A9-et-conditions-de-travail-2016>

L'enquête EVREST est un dispositif de veille et de recherche en santé au travail. Il s'agit d'une enquête auprès des médecins du travail qui font remplir un questionnaire à tous les salariés nés en octobre lors de chaque entretien systématique de santé au travail, depuis 2008.

96 Parmi ces contraintes on retrouve : manquer de reconnaissance dans son emploi, avoir peur de perdre son emploi, devoir traiter trop vite une tâche, avoir de mauvaises relations avec sa hiérarchie, travailler en l'absence de sérénité, manquer de moyens, avoir peur au travail...

- Renforcer les compétences des salariés et l'entourage professionnel pour s'informer, s'orienter, alerter et repérer

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Mise en place d'un groupe de travail avec les acteurs concernés par cette thématique afin de réfléchir aux actions pouvant être mises en place afin d'améliorer la santé au travail des salariés. Les pistes suivantes ont été proposées :

Sensibiliser les employeurs aux risques psychosociaux et à la souffrance psychique

- Sur le modèle des sauveteurs secouristes au travail, inciter les employeurs à recourir aux formations sentinelles (crise suicidaire) ou formations PSSM : diffuser régulièrement l'information auprès des directions et CSE sur le contenu de ces formations, leur accessibilité financière, les partenaires qui la proposent, les obligations légales et les possibilités de l'entreprise, etc.
- Intégrer un module sur les RPS dans toutes les formations amenant aux fonctions managériales (CAFERUIS, CAFDES, DEIS, ...)

Créer et renforcer les liens entre les professionnels de santé et la médecine du travail

- Développer les formations déjà existantes (sensibilisations) du SISTE vers les maisons de santé et centres de santé (y compris mutualistes) et les CPTS et promouvoir le guide « souffrance au travail »
- Sensibiliser les médecins généralistes à l'accès au dispositif 10 séances de la CPAM
- Développer les compétences des professionnels via les communautés professionnelles de territoire

Renforcer les compétences des salariés et l'entourage professionnel pour s'informer, s'orienter, alerter et repérer

- Faire connaître aux salariés, CSE et directions les 10 séances de la CPAM
- Site PRESANCE PACA CORSE : regroupement de plusieurs services de santé au travail et d'information tout public. Promouvoir leur diffusion auprès des CSE, via les formations délivrées aux CSE

E. Bénéficiaires

Employeurs, Professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatres), salariés

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : DIRECCTE, L'association Présance, le SISTE Paca, le centre de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) de l'hôpital La Timone, la CARSAT, fonction de conseiller de prévention PJJ

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'employeurs sensibilisés ou formés
- Nombre de professionnels de santé sensibilisés ou formés
- Nombre de CPTS et de MSP rencontrées

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des participants aux sessions de formation ou de sensibilisation

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



AXE 2

Garantir des parcours de soins coordonnés
et soutenus par une offre en psychiatrie accessible,
diversifiée et de qualité

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS



Action n°12

Développer des équipes d'accompagnement intensif des parcours complexes

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Le diagnostic territorial a mis en évidence des difficultés et un manque de coordination dans le parcours de soins de la personne, notamment pour les personnes sortant d'une hospitalisation à la suite d'un épisode de crise. Il y a peu de visibilité, de suivi et de retour sur le devenir des orientations faites par les équipes médicales en sortie d'hospitalisation.

Les usagers, peuvent rencontrer des difficultés pour l'accès à une prise en charge médicale et/ou sociale. Ces difficultés peuvent entraîner de nombreuses ruptures dans le parcours des personnes et augmenter le risque de ré-hospitalisation.

Dans le champ de la psychiatrie, le case management⁹⁷ permet de répondre au manque de coordination des acteurs et aux risques de ruptures dans les parcours des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment pour les troubles sévères. Il propose un accompagnement basé sur le rétablissement et intégré dans la communauté. Le modèle qui a le plus démontré de preuves ou données probantes depuis de nombreuses années, est « l'Assertive Community Treatment »⁹⁸ (ACT), qui peut se traduire par « suivi proactif dans la communauté ». Il propose un accompagnement global intensif et individualisé, avec une grande disponibilité et est réalisé par une équipe pluridisciplinaire.

B. Objectif général

- Mise en place d'un dispositif d'accompagnement intensif sur le modèle du *case management* intensif de type ACT afin d'améliorer la fluidité de parcours des patients et éviter les ruptures

C. Objectifs opérationnels

- Proposer un accompagnement global sur l'ensemble des aspects de la vie permettant une inclusion sociale
- Créer une équipe de coordination départementale
- Créer plusieurs équipes opérationnelles mobiles de terrain
- Former les professionnels aux principes de l'accompagnement intensif

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Constituer une (ou plusieurs) équipe(s) pluriprofessionnelle(s) destinées à l'accompagnement des personnes incluses au sein du dispositif
 - ⇒ Une équipe de coordination
 - ⇒ Plusieurs équipes opérationnelles
 - ⇒ Prévoir 100 patients pour 10 ETP et réajuster les besoins en ressources humaines en fonction de la montée en charge de la file active
 - ⇒ Attribuer des temps de travail dédiés au sein des CMP (professionnels du dispositif détachés sur les CMP pour un temps de travail dédié = 20% ou 40%)
- Mise en place d'un accompagnement sur du long terme basé sur un case management de type ACT, permettant un suivi intensif et global. Exemple d'actions pouvant être mises en œuvre dans le cadre de cet accompagnement :
 - ⇒ Se mettre en lien avec les autres professionnels pour favoriser une coordination et une articulation efficiente avec l'ensemble des partenaires

⁹⁷ BONSACK Charles, CONUS Philippe, Le case management clinique en santé mentale, *Santé mentale*, n° 216, 2007-03, p. 24

⁹⁸ Ibidem

- ⇒ Faire le lien avec les autres professionnels : créer des rencontres régulières avec la personne et les professionnels, et/ou les proches souhaités par la personne afin de constituer et entretenir un réseau
- ⇒ Envisager de développer et former des référents du dispositif au sein de chaque structure partenaire
- ⇒ Réaliser des visites à domicile
- ⇒ Réaliser des accompagnements à l'extérieur
- ⇒ Accompagner dans des champs divers concernant la vie quotidienne de la personne
- Définir les modalités de mise en œuvre de cet accompagnement
 - ⇒ Les critères d'orientation et d'inclusion
 - Adressage par le médecin traitant
 - Adressage par le système hospitalier intra et extra-hospitalier
 - Adressage par des structures partenaires du dispositif (médico-sociales, associatives...)
 - Consentement du patient et volonté de s'inscrire dans un projet de rétablissement
 - Évaluation de la faisabilité par le dispositif
 - ⇒ Le nombre de personnes suivies par référent (10 personnes)
 - ⇒ Les modalités d'intervention (réactivité : délai de réponse, plages horaires pendant lesquelles l'équipe peut être sollicitée)
 - ⇒ Les modalités de sorties du dispositif
 - ⇒ Prévoir une permanence téléphonique 24h/24h et 7/7 j
- Construire le projet personnalisé d'accompagnement avec la personne et le formaliser
- Organiser des formations des professionnels sur :
 - ⇒ La réhabilitation psychosociale
 - ⇒ La prise en charge à domicile
 - ⇒ Au rétablissement
 - ⇒ Aux principes du *case management* et à l'ACT
- Organiser des temps d'analyses des pratiques pour les professionnels de l'équipe

E. Bénéficiaires

- Personnes sortant d'hospitalisation avec critères de vulnérabilité, connaissant de multiples ruptures dans le parcours de soin ou difficultés à s'engager dans les soins / ou troubles psychiques sévères
- Hospitalisations itératives
- Au moment du repérage d'une problématique de santé psychique (phases précoces de l'apparition des troubles psychiques)

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT 13, établissements privés, structures sociales ou médico-sociales
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : centre régional en réhabilitation psychosociale, plateforme ESPER Pro, centre régional de psychotraumatisme et ensemble des structures associatives et institutionnelles intervenant dans le secteur sanitaire et médico-social

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'équipes créées
- Nombre de personnes suivies / file active
- Nombre d'hospitalisations / nombre de patients ayant décompensé durant la prise en charge
- Nombre de crises gérées sans hospitalisation (en ambulatoire)
- Nombres d'interventions du dispositif (visites à domicile / accompagnements à l'extérieur / nombre d'actions de coordination / nombre de recontacts)
- Nombre de personnes sortantes du dispositif

* Indicateurs qualitatifs :

- Satisfaction de la personne prise en charge
- Évaluation de la qualité de vie de la personne
- Qualité du lien avec les partenaires

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°13

Renforcer la visibilité des plateformes territoriales d'appui sur le parcours en santé mentale

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 2



A. Contexte

Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) ont pour mission de venir en appui aux professionnels de santé pour la prise en charge des situations complexes. Il en existe deux dans le département pour couvrir l'ensemble du territoire : la PTA Pratic santé qui couvre le territoire de Marseille, Aubagne et la Ciotat, et la PTA Apport santé qui couvre le reste du département.

Cependant, bien qu'elles prennent en charge les parcours de santé, tous publics et toutes pathologies confondues, le diagnostic territorial met en avant le fait que les PTA ne semblent pas être identifiées comme ayant des compétences en santé mentale et psychiatrie. Certains professionnels, et notamment ceux des équipes psychiatriques hospitalières sont mal informés et connaissent peu les plateformes territoriales d'appui, alors qu'un travail en coordination avec ces PTA permettrait de faciliter le maintien à domicile et mieux préparer les sorties d'hospitalisations.

B. Objectif général

- Améliorer la visibilité des missions et la mobilisation de la PTA dans le cadre du maintien à domicile et des sorties d'hospitalisation, mais aussi du rôle joué par la PTA dans le parcours du patient et l'appui aux professionnels de santé, dans le champ de la santé mentale

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser l'interconnaissance réciproque des PTA, de la psychiatrie de secteur et des professionnels libéraux
- Trouver des axes de communication communs (langage et informations sur les patients comme une équipe élargie)
- Permettre une montée en compétences des acteurs en matière de prise en charge en santé mentale et psychiatrie
- Mettre en place une veille sur les difficultés rencontrées et les besoins des acteurs de terrain

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Favoriser l'interconnaissance :

- Améliorer la visibilité par la communication des missions de la PTA :
 - ⇒ Communication via le site internet, flyer
 - ⇒ Organiser des rencontres croisées avec les différents professionnels du territoire (services intra et extra hospitaliers, cliniques, professionnels libéraux, associations d'usagers et familles d'usagers)

Communication et montée en compétences :

- Programmer dans un espace neutre des rencontres (ou groupes de travail), des différents acteurs pour travailler ensemble sur des situations particulières (libéraux et hospitaliers, par exemple CPTS et établissements de soins psychiatriques). Ces rencontres permettront :
 - ⇒ Une montée en compétence des professionnels
 - ⇒ La création d'un réseau ressource voire de création de parcours

- ⇒ La mise en œuvre d'une veille sur les difficultés rencontrées et les besoins des acteurs de terrain auprès des décideurs à la recherche de solutions pour consolider et valoriser le travail réalisé auprès des populations prises en charge
- ⇒ Le recensement et l'analyse des problématiques rencontrées à partir des situations traitées, (fonction d'observatoire)

E. Bénéficiaires

La psychiatrie de secteur, les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux, les CPTS.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : PTA Apport santé et Pratic Santé
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, FHP, CPTS, usagers, offre de soins privés et publics, organismes de protection des personnes vulnérables, MDPH, TGI

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

*Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de rencontres, typologie et avec qui (feuilles d'émargement)
- Nombre de sollicitations après des rencontres dans les 3 mois
- Nombre de courriers sécurisés échangés
- Nombre de signalements, « évènements indésirables rupture de parcours » par les acteurs de terrain

* Indicateurs qualitatifs :

- Création de parcours (patient traceur)
- Satisfaction des acteurs dans les deux sens (PTA/partenaires)

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°14

Développer le partenariat avec les communautés professionnelles territoriales de santé

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)⁹⁹ réunissent des professionnels de santé de ville du premier et du second recours, des maisons de santé pluriprofessionnelles, des centres de santé, des équipes de soins primaires. Elles peuvent également inclure des établissements et services de santé (hôpitaux publics et privés, hôpitaux de proximité, hospitalisation à domicile...), des acteurs du social et du médico-social (EHPAD, IME, SSIAD, CSAPA...), des acteurs de la prévention (centres de dépistage, associations...), des usagers et associations de patients.

Les missions socles d'une CPTS sont :

- Améliorer l'accès aux soins : faciliter l'accès à un médecin traitant et améliorer la prise en charge des soins non programmés en ville
- Organiser les parcours pluriprofessionnels autour du patient
- Développer des actions territoriales de prévention

Dans le département, on compte une CPTS labellisée qui couvre l'ensemble des communes du territoire d'Arles et d'autres sont en cours de constitution.

Les acteurs ont bien identifié dans le diagnostic l'importance des CPTS et leur implication pour favoriser des parcours de santé et de vie coordonnés et sans rupture en santé mentale et soulignent la nécessité de travailler l'articulation et la coordination entre les CPTS (existantes et celles à venir), les services de la psychiatrie de secteur et les autres professionnels du territoire concernés par la santé mentale.

L'action développée ci-dessous vise à inscrire, dans le cadre du PTSM, la mise en place de ce partenariat entre les CPTS qui auront identifié la santé mentale comme étant l'une des problématiques de leur territoire.

B. Objectif général

- Développer le partenariat entre les CPTS et les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie de secteur de leur territoire

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser la mise en place de liens entre les CPTS et les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie de son territoire
- Structurer une prise en charge des patients en santé mentale coordonnée sur le territoire
- Renforcer les compétences des professionnels en santé mentale

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Favoriser la mise en place de liens :

- Identifier les problématiques du territoire en santé mentale, en fonction du diagnostic territorial
- Identifier les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie sur le territoire concerné et identifier leurs missions
- Identifier et désigner des interlocuteurs référents selon les acteurs (par exemple dans les CMP, dans les services hospitaliers...)

⁹⁹ <https://www.paca.ars.sante.fr/cpts>



- Organiser des temps de présentations et d'information pour faire connaître le dispositif CPTS
- Organiser des temps de rencontres et définir leur régularité :
 - ⇒ Avec l'ensemble des acteurs du champ de la santé mentale du territoire
 - ⇒ Des temps plus spécifiques entre CPTS et psychiatrie de secteur

Structurer la prise en charge :

- Mise en place de groupes de travail pour réfléchir à la mise en place de protocoles (échanges d'informations réciproques sur les patients, notamment lors de la sortie d'hospitalisation et retour à domicile, désignation/facilitation de l'accès à un médecin traitant pour les patients du secteur de la psychiatrie...)

Renforcer les compétences

- Organisation de formations interprofessionnelles, en fonction des besoins identifiés en santé mentale et psychiatrie
- Identifier les bonnes pratiques de prise en charge, les diffuser et les promouvoir
- Organiser des journées thématiques

E. Bénéficiaires

Les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie du territoire concerné par la CPTS

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** CPTS concernée
- **Partenaire(s) potentiel(s) :** PTA ; URPS, hôpitaux (du secteur privé et public ayant une activité en santé mentale et psychiatrie), CMP, acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire concerné (SAVS, SAMSAH...) associations d'usagers et de familles d'usagers

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de rencontres organisées
- Nombre d'acteurs participant à ses rencontres
- Nombre de groupes de travail organisés et nombre de participants
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de journées thématiques organisées
- Nombre de réunions avec les professionnels du territoire

* Indicateurs qualitatifs :

- Types d'acteurs ayant participé aux rencontres et groupes de travail
- Satisfaction des professionnels
- Satisfaction du public

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°15

Développer les conseils locaux en santé mentale

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Les conseils locaux en santé mentale (CLSM) sont des instances de concertation et de coordination des différents acteurs concernés par la santé mentale au sein d'un territoire et ont pour objectif d'améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale.

Ils sont créés à l'initiative des élus locaux et d'un établissement de santé et ont pour missions de¹⁰⁰ :

- Mettre en place une observation en santé mentale
- Permettre l'accès et la continuité des soins
- Favoriser l'inclusion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des usagers
- Participer aux actions de lutte contre la stigmatisation et les discriminations
- Promouvoir la santé mentale

De manière plus opérationnelle, les CLSM ont pour objectifs de :

- Définir les priorités d'action d'une population définie localement en fonction de ses besoins (par exemple le logement, l'accès aux soins, la parentalité...)
- Définir une stratégie pour répondre à ces priorités sur le plan de la prévention, de l'accès et de la continuité des soins et de l'inclusion sociale
- Développer le travail intersectoriel et le partenariat nécessaire et efficace à la réalisation des actions définies antérieurement
- Mettre en œuvre collectivement les actions pour répondre aux besoins et à la création de structures nécessaires

Les acteurs ayant participé au diagnostic territorial soulignent le fait que les publics souffrant de troubles psychiques croisent tous les champs (social, médico-social, sanitaire...), ce qui nécessite la construction d'un partenariat entre les différents acteurs pour permettre la coordination, la complémentarité et la continuité de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Les CLSM sont désignés comme étant un des outils/dispositifs pour y parvenir. Or, il n'en existe que deux sur le département : celui de la ville de Marseille, et celui du Pays de Martigues. Pour favoriser l'amélioration des parcours de soins en santé mentale, il semble important pour les acteurs de pouvoir déployer davantage les CLSM.

B. Objectif général

- Favoriser le déploiement des dispositifs CLSM sur l'ensemble du département des Bouches-du-Rhône

C. Objectifs opérationnels

- Sensibiliser et informer les élus sur les CLSM et leurs objectifs et de l'intérêt de les mettre en place au sein de leur territoire
- Accompagner la création des CLSM
- Organiser des rencontres avec les CLSM existants

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Diffuser le document « argumentaire pour aider les élus locaux à mettre en place des dynamiques territoriales de santé » élaboré par le CRES

¹⁰⁰ <https://www.paca.ars.sante.fr/les-conseils-locaux-de-sante-mentale-0>



- Organiser une ½ journée d'information et de présentation des CLSM
 - ⇒ Lister et inviter les acteurs à inviter : élus, ateliers santé ville, établissements de psychiatrie, acteurs du champ de la santé mentale
 - ⇒ Inviter les 2 CLSM existants sur le département pour présenter le retour d'expériences
 - ⇒ Solliciter le Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et formation en santé mentale (CCOMS)
- Identifier les leviers et freins à la mise en place des CLSM :
 - ⇒ Enquête auprès des élus : savoir pourquoi il y a si peu de CLSM : non connaissance du dispositif, non pertinence car pas de problématique de santé mentale sur leur territoire, refus de s'engager car pas de financements...
- Pour les villes volontaires proposer un accompagnement à la mise en place du CLSM

E. Bénéficiaires

Elus, acteurs du territoire.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir.
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : collectivités territoriales, CTS (commission santé mentale de la CTS), secteur de la psychiatrie publique, établissement psychiatrie public, CLSM de Marseille, CLSM de Martigues, CCOMS

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de collectivités ayant participé
- Nombre d'acteurs présents lors des journées d'information et de sensibilisation
- Nombre de sessions organisées

* Indicateurs qualitatifs :

- Questionnaires de satisfaction : retour sur les journées de formation/ sensibilisation
- Typologie des professionnels présents
- Origine géographique

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°16

Création d'un centre ressources en santé mentale

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Le diagnostic territorial fait apparaître un manque de connaissances et de lisibilité des ressources sur le territoire, autant de la part des professionnels que des usagers et de leurs familles. Les informations sont éclatées et non exhaustives.

Cette méconnaissance porte sur les différents types de structures existantes (du soin, du social, du médico-social, de l'insertion...), les différentes possibilités de prise en charge, l'accès aux droits, mais également sur une méconnaissance des missions de chaque acteur. Cette méconnaissance peut avoir un impact sur la continuité de parcours des personnes et réduire les possibilités d'orientation pour les patients.

Il existe en France des centres ressources en santé mentale, tels que le CREHPSY¹⁰¹ (centre ressource en santé mentale des Hauts-de-France), ou encore du CEAPSY¹⁰² en Ile-de-France, qui favorisent la connaissance, l'orientation, la mise en réseau et la formation dans le champ de la santé mentale.

B. Objectif général

- Créer un centre ressources en santé mentale sur le département des Bouches-du-Rhône

C. Objectifs opérationnels

- Faciliter l'accessibilité à une information lisible sur les ressources et l'offre existante en santé mentale sur le département
- Faciliter l'orientation des usagers, de l'entourage et des professionnels du champ de la santé mentale
- Diffuser l'information sur la santé mentale
- Favoriser l'interconnaissance des professionnels du champ de la santé mentale et de la psychiatrie
- Favoriser et renforcer la formation en santé mentale et psychiatrie

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Recenser les ressources existantes sur le département en matière de santé mentale et psychiatrie :
 - ⇒ Prendre contact avec les structures ayant déjà réalisé un travail de recensement spécifique à leur domaine
 - ⇒ Prendre contact avec les structures et dispositifs existants afin de connaître leurs missions
 - ⇒ Réaliser une cartographie des différentes ressources existantes (sociales, médico-sociales, sanitaire, insertion par le logement, emploi, droits...)
 - ⇒ Mettre à jour annuellement les informations
 - ⇒ Produire les moyens de la diffusion des données : annuaire papier, site internet
- Mettre en place des permanences d'accueil à destination des usagers et de leur entourage et des professionnels pour informer, conseiller et orienter vers les dispositifs ou prises en charges adéquats :
 - ⇒ Mise en place d'un accueil physique
 - ⇒ Mise en place de permanences téléphoniques dédiées au grand public, usagers et professionnels du lundi au vendredi

¹⁰¹ <https://www.crehpsy-hdf.fr/>

¹⁰² <https://www.ceapsy-idf.org/>



- Recherche et diffusion d'informations concernant le champ de la santé mentale et de la psychiatrie
 - ⇒ Assurer une veille documentaire sur la santé mentale et la psychiatrie
 - ⇒ Créer une newsletter à destination du public et des professionnels
 - ⇒ Créer un flash info trimestriel diffusé par mail à l'ensemble des professionnels (information sur les journées professionnelles du moment, actualisation et diffusion des bonnes pratiques)
 - ⇒ Alimenter et mettre à jour les informations sur le site internet

- Organiser des temps de rencontres des professionnels et acteurs du département :
 - ⇒ Organiser une journée annuelle, en définissant une thématique qui permettrait l'interconnaissance entre les acteurs
 - ⇒ Mettre en place des « ateliers » et organiser des rencontres thématiques à plus petite échelle et de façon régulière qui permettraient de présenter les dispositifs ou acteurs concernés par la thématique et favoriser l'échange de pratiques

- Mise en place d'actions favorisant la formation en santé mentale :
 - ⇒ Recenser et centraliser les formations en santé mentale et psychiatrie sur le département
 - ⇒ Communiquer sur cette offre
 - ⇒ Analyser l'offre existante et recenser des manques afin de proposer à terme des formations
 - ⇒ Organiser des temps d'échanges de pratiques
 - ⇒ Permettre l'accueil de formations au sein du centre ressources, en partenariat avec les acteurs proposant des formations
 - ⇒ Identifier et diffuser les bonnes pratiques

E. Bénéficiaires

Usagers, familles et entourage, professionnels, grand public.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir.
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : association d'usagers, structures d'accueil (sociales et médico-sociales, CLSM, hôpitaux, ARS, Conseil départemental, MDPH, Pôle emploi, Education nationale, DRDJSCS, SIAO, Cap Emploi, CAF, CCAS) et tout acteur de la santé mentale souhaitant participer, centre régional en réhabilitation psychosociale, CREA, Psycom

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de visites sur la permanence physique
- Nombre de consultations du site internet
- Nombre d'évènements organisés (rencontres thématiques, échanges de pratiques, de réunions d'informations...)
- Nombre de participants aux évènements organisés
- Nombre de structures recensées et adhérant au fonctionnement
- Nombre de sollicitations téléphoniques et délais de réponses aux sollicitations
- Nombre d'abonnés à la newsletter

* Indicateurs qualitatifs :

- Création d'un questionnaire de satisfaction (témoignages usagers et professionnels)
- Satisfaction concernant les journées professionnelles / formations
- Vignettes cliniques (fluidité des parcours)
- Thèmes de sollicitations
- Origine des sollicitations (usagers, grand public, professionnels, famille et entourage)
- Origine géographique des personnes qui sollicitent le centre

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°17

Mise en place d'une ligne téléphonique entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 1

A. Contexte

Selon le diagnostic territorial, les professionnels de santé et en premier lieu les médecins généralistes sont confrontés à des difficultés d'accès à des avis ou expertises en psychiatrie pour les patients souffrant de troubles psychiques. Ils rencontrent également des difficultés pour savoir vers qui les orienter.

La mise en place d'une ligne téléphonique permettrait ainsi aux médecins de pouvoir accéder rapidement à un avis d'expertise en psychiatrie. Il s'agirait d'une évaluation psychiatrique, d'une orientation précoce vers les structures adéquates, et de la mise en place d'une prise en charge rapide et adaptée.

Le médecin généraliste pourrait également bénéficier du soutien des professionnels de psychiatrie à tout moment du parcours de la personne.

Cela concrétiserait par ailleurs l'un des points de la charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur¹⁰³ qui stipule que : « Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant un accès téléphonique direct à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque ».

B. Objectif général

- Permettre aux médecins généralistes d'avoir accès à un psychiatre par la mise en place d'une ligne téléphonique afin d'améliorer le parcours du patient par une prise en charge rapide et adaptée

C. Objectifs opérationnels

- Permettre aux médecins généralistes d'avoir un accès rapide à un avis spécialisé
- Favoriser l'orientation et la mise en place d'une prise en charge adéquates pour les patients souffrant de troubles psychiques

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Mettre en place un numéro de téléphone spécifique :
 - ⇒ Soit par la mise en place d'une ligne unique
 - ⇒ Soit par la mise en place d'une ligne dédiée par chaque CMP de secteur à destination des professionnels dépendant de son secteur
- Définir l'équipe dédiée : professionnels ressources (infirmiers, psychologues, psychiatres, secrétaires)
- Déterminer les plages horaires de disponibilité des professionnels sur ce numéro dédié : plages horaires étendues, astreintes
- Réfléchir sur les possibilités de réciprocity entre médecins généralistes et les psychiatres de secteur
- Communiquer sur l'existence de ce numéro
 - ⇒ Si mise en place de ligne téléphonique par secteur
 - Annuaire papier
 - Version dématérialisée sous la forme d'une application gratuite pour smartphone et tablette

¹⁰³ Charte de partenariat : médecine générale et psychiatrie de secteur, *Conférence Nationale des Présidents de CME, Collège de la médecine générale de Centres Hospitaliers Spécialisés, 2014-03-20, 1 p.* <http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/01/charte-cme-medecine-generale.pdf>

E. Bénéficiaires

Médecins généralistes et psychiatres de secteur.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : union régionale des professionnels de santé, médecins Libéraux (URPS ML) PACA

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de lignes créées (si une ligne par CMP)
- Nombre d'appels réceptionnés
- Nombre d'orientations et de prises en charge abouties
- Connaissance du numéro par les médecins généralistes (notoriété du dispositif)

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des demandes
- Typologie des réponses apportées
- Typologie des acteurs faisant la demande (libéral, centre de santé, maison de santé)

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°18

Favoriser l'application de la charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 1 et 2

A. Contexte

La médecine générale joue un rôle essentiel dans la prise en charge des troubles psychiques. La détresse psychique est accueillie de façon habituelle en médecine générale, acteur de premier recours reconnu en psychiatrie et santé mentale, aux côtés des acteurs de la psychiatrie publique, libérale et associative. Dans ce contexte, la coopération entre médecins généralistes et psychiatres est l'un des principaux enjeux d'amélioration des pratiques.

Toutefois, le diagnostic territorial fait apparaître une coordination insuffisante entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur. Par manque de temps, de ressources et d'outils, cette insuffisance se caractérise par un déficit d'échange d'informations tout au long du parcours du patient, par ailleurs complexe.

Les acteurs insistent dans le diagnostic sur la sortie d'hospitalisation, qui est un moment charnière pour la transmission d'informations concernant les soins psychiatriques et somatiques que le patient a reçus, sur les traitements mis en place et pour lesquels il n'y a pas de transmission systématique d'informations et de comptes rendus aux médecins généralistes. Ces observations valent également pour les suivis en ambulatoire. Ainsi, ce manque de coordination peut avoir un impact sur la continuité de parcours de soins des patients et augmenter le risque de rupture.

En 2014, une charte de partenariat¹⁰⁴ a été signée entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur par le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissement de centres hospitaliers. L'objectif de cette charte est de favoriser le lien entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur, à travers huit axes de travail :

- Existence et identification d'un médecin généraliste pour chaque usager par le psychiatre de secteur
- Suivi médical global par le médecin généraliste avec prévention et surveillance des effets secondaires des traitements, en particulier lors de comorbidités somatiques et psychiatriques, avec l'aide du psychiatre de secteur si nécessaire
- Accès à un avis spécialisé réciproque via la mise en place d'une ligne téléphonique directe
- Transmission d'informations du psychiatre de secteur au médecin généraliste
- Information systématique et rapide du médecin généraliste des hospitalisations de l'usager, tant à son entrée qu'à sa sortie
- Action du médecin généraliste pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par la psychiatrie de secteur
- Coordination des interventions au domicile par le médecin généraliste et le psychiatre de secteur
- Formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale pour favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles

¹⁰⁴ Charte de partenariat : médecine générale et psychiatrie de secteur, *Conférence Nationale des Présidents de CME, Collège de la médecine générale de Centres Hospitaliers Spécialisés, 2014-03-20, 1 p.* <http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/01/charte-cme-medecine-generale.pdf>

Aujourd'hui, cette charte ne semble pas être suffisamment exploitée. Sa mise en œuvre permettrait de rendre effective la coordination entre médecins généralistes et la psychiatrie de secteur.

B. Objectif général

- Favoriser l'application de la charte médecins généralistes et psychiatrie de secteur

C. Objectifs opérationnels

- Informer sur l'existence de la charte
- Mettre en place un groupe de travail de médecins généralistes et psychiatres de secteur sur la mise en place concrète de chaque axe de la charte sur les cinq prochaines années

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Diffuser la charte aux professionnels de santé
- Mettre en place un groupe de travail :
 - ⇒ Définir la constitution du groupe : un référent psychiatre pour chaque structure, et un référent de l'Union régionale des professionnels de santé, l'ARS
 - ⇒ Définir des temps de travail réguliers et des objectifs de travail suite à un diagnostic (sondage sur le nombre de personnes connaissant ou pas la charte, évaluation) afin d'aborder les différents axes de la charte et décliner leur effectivité à travers la mise en place d'actions concrètes. Intégrer les points qui ont été mis en avant dans le cadre du PTSM : la sensibilisation et la formation des internes et médecins généralistes sur la question des troubles psychiques, la coordination entre les deux acteurs (accès à un avis spécialisé, transmission d'informations notamment lors d'hospitalisations, lettre de liaison, conciliation médicamenteuse...), la mise en place d'une ligne téléphonique
 - D'autres actions seront définies par le groupe de travail
 - ⇒ Prévoir une évaluation de l'avancée de l'application de la charte

E. Bénéficiaires

Les professionnels de la psychiatrie de secteur, les médecins généralistes.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : URPS ML PACA, ARS, assurance maladie, CPTS

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de rencontres organisées/nombre de personnes ayant participé

* Indicateurs qualitatifs :

- Comptes rendus
- Contenu et qualité des actions/ partenariats effectifs

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°19

Soutenir le déploiement du dossier médical partagé

Sous-axe : Favoriser la mise en place d'un parcours de soins coordonné

Priorité du PTSM : 2



A. Contexte

Le dossier médical partagé (DMP) est un carnet de santé numérique qui permet de centraliser les données médicales concernant les traitements, les résultats d'analyses, les comptes rendus d'hospitalisation et examens médicaux.

Il peut être ouvert par la personne elle-même ou par le pharmacien ou encore un agent de la caisse primaire d'assurance maladie.

Cet outil a pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins. Il doit permettre aux professionnels de consulter l'ensemble des données médicales concernant le patient et de favoriser la coordination entre les différents professionnels de santé. Cependant, cet outil semble peu utilisé par les médecins libéraux et peine à se mettre en place¹⁰⁵.

Dans le diagnostic territorial, les acteurs soulignent les difficultés pour les médecins généralistes de recueillir les données médicales concernant les patients souffrant de troubles psychiques. Cette recherche peut être complexe et chronophage. Il y a un manque de transmission d'informations entre les professionnels de santé qui peut être due en partie à des difficultés techniques. Les professionnels rencontrent des difficultés de recueil, de stockage et de transfert d'informations. Le dossier médical partagé est repéré comme un outil pouvant permettre une meilleure coordination, mais celui-ci ne semble pas être suffisamment investi par les professionnels de santé.

B. Objectif général

- Favoriser le déploiement du DMP et son utilisation par les professionnels de santé

C. Objectifs opérationnels

- Communiquer sur le DMP et impliquer les professionnels de santé
- Favoriser la coordination entre les professionnels de santé
- Favoriser la transmission d'informations pour une prise en charge coordonnée
- Prendre en compte les problématiques éthiques soulevées par les difficultés liées à un consentement éclairé chez les patients souffrant de troubles psychiatriques

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Constitution d'un groupe projet :
 - ⇒ Composition : CPAM, URPS ML, établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, CPTS, établissements de psychiatrie privés, URPS infirmiers... (liste non exhaustive)
- Organisation de temps de réunion :
 - ⇒ Identifier les freins à la non utilisation/difficultés de déploiement de DMP
 - ⇒ Etudier les leviers d'actions possibles
 - ⇒ Mener une réflexion éthique sur le consentement des patients souffrant de troubles psychiques et le risque de non-discernement en fonction de leur état de santé

Les objectifs et pistes d'actions évolueront avec le groupe de travail.

¹⁰⁵ DUMAS PRIMBAULT Martin, Cinq millions de DMP ouverts : la CNAM se félicite, faible implication des médecins, *Quotidien du médecin*, 2019-04-16 <https://www.lequotidiendumedecin.fr/actus-medicales/esante/cinq-millions-de-dmp-ouverts-la-cnam-se-felicite-faible-implication-des-medecins>

E. Bénéficiaires

Médecins généralistes, acteurs du premier recours, spécialistes, IDE libéraux, établissements hospitaliers autorisés en psychiatrie publics et privés.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : CPAM, établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, e-santé ; ASIP, Groupement régionaux d'appui au développement de l'e-Santé (GRADeS), URPS ML, URPS Infirmiers, ordre des médecins, experts informaticiens, Espace éthique méditerranéen

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées
- Nombre de participants
- Evaluation quantitative de l'impact des actions mises en place sur le nombre de DMP créés et de DMP dûment complétés

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs ayant participé
- Comptes rendus des réunions
- Typologie des actions déployées

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°20

Développer les équipes mobiles

Sous-axe : Développer et améliorer la prise en charge en ambulatoire

Priorité du PTSM : 4

A. Contexte

Les équipes mobiles en psychiatrie sont des équipes de soins pluridisciplinaires qui interviennent directement sur le lieu de vie des personnes et peuvent constituer une alternative à l'hospitalisation et diminuer le nombre d'hospitalisations sans consentement. Elles peuvent être spécialisées : intervention, de crise, précoce, précarité, psycho-gériatrie.

Le diagnostic territorial pointe le faible nombre de dispositifs « d'allers-vers » et un manque d'intervention sur les lieux de vie (au domicile ou dans les établissements sociaux et médico-sociaux) pour prévenir les situations de crise et éviter des prises en charge par les services des urgences. Les acteurs constatent un manque de visibilité sur l'offre existante et sur l'organisation de celle-ci, une organisation qui ne semble pas être systématique. Malgré l'existence d'équipes mobiles (exemples : ULICE, MARSS, l'équipe mobile périnatalité du CH Edouard Toulouse, l'EMPP du CH Montperrin, l'unité Mobile de géronto-psychiatrie du CH Valvert...), cela reste aujourd'hui insuffisant et ne permet pas de répondre à la demande, notamment en ce qui concerne des publics spécifiques tels que les enfants, les adolescents et les personnes âgées.

B. Objectif général

- Développer de manière homogène des équipes mobiles en psychiatrie sur le département

C. Objectifs opérationnels

- Développer des équipes mobiles en pédopsychiatrie
- Développer des équipes mobiles en gérontopsychiatrie
- Développer des équipes mobiles de crise

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Identifier les besoins du département
 - ⇒ En fonction des trois bassins que sont :
 - Le grand Marseille : Marseille Aubagne, la Ciotat
 - Pertuis, Aix-en-Provence, Salon-de-Provence
 - Arles et Martigues
- Mise en place des équipes mobiles :
 - ⇒ Création de plusieurs types d'équipes mobiles en fonction des publics : périnatalité (éventuellement en intégrant un professionnel de la PMI), enfants et adolescents, personnes âgées, personnes en situation de crise
 - ⇒ Définir leur constitution : type de professionnels (soit avec un-e médiateur-riche pair-e dans l'équipe soit faire appel à la plateforme de MSP si les besoins sont plus ponctuels), nombre de professionnels nécessaires
 - ⇒ Définir des modalités d'interventions : modalités de saisine (comment, par qui), délais de réponse de l'équipe, durées d'intervention et de suivi
 - ⇒ Déterminer de qui dépend l'équipe mobile et quels moyens lui sont alloués
 - ⇒ Travailler en réseau et favoriser l'échange d'informations avec les partenaires du soin, du social et médico-social impliqués dans la prise en charge du patient (organisation de temps de réunions réguliers, réunions de concertation pluridisciplinaires, supervisions...)

E. Bénéficiaires

Personnes souffrant de troubles psychiques (adultes, enfants, adolescents, personnes âgées...).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : CPTS, PTA, structures sociales et médico-sociales, structures de l'aide sociale à l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse...

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'équipes créées
- Nombre de personnes suivies
- Nombre d'interventions
- Durée de suivi et de prise en charge
- Nombre d'appels reçus
- Nombre de partenaires ayant sollicité l'équipe
- Nombre de réunions organisées avec les partenaires

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs ayant sollicité l'intervention
- Typologie des lieux d'interventions
- Niveau de satisfaction des personnes utilisatrices

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°21

Développer les consultations avancées

Sous-axe : Développer et améliorer la prise en charge en ambulatoire

Priorité du PTSM : 1

A. Contexte

Les consultations avancées consistent à proposer des consultations de spécialistes, (rattachées à un établissement de santé), dans des lieux de santé facilement accessibles pour la population, par exemple dans des maisons de santé. Elles permettent de compléter l'offre de soins dans des zones où les médecins spécialistes manquent, ou de proposer des consultations en direction d'un public spécifique (consultation avancée en addictologie dans les missions locales, en structures d'hébergement...). Elles favorisent ainsi le repérage précoce et une meilleure organisation des prises en charge et facilitent le lien entre les médecins de ville et les services hospitaliers. Elles facilitent l'accès aux soins, en proposant des consultations en psychiatrie dans des lieux de prise en charge non spécifiques à la psychiatrie.

Dans le cadre du diagnostic territorial, les consultations avancées sont identifiées comme un dispositif « d'aller vers » permettant notamment le repérage des troubles psychiatriques et des situations de souffrance psychique. Pour exemple, le centre hospitalier d'Edouard Toulouse a mis en place des consultations avancées dans des missions locales de son secteur. Les acteurs du PTSM souhaitent que les consultations avancées soient davantage développées sur le département afin de faciliter l'accès aux soins en psychiatrie.

B. Objectif général

- Développer des consultations avancées en psychiatrie sur le département

C. Objectifs opérationnels

- Recenser et identifier les besoins du territoire en matière de consultations avancées
- Faciliter l'accès à des consultations en psychiatrie et santé mentale pour des populations éloignées géographiquement des lieux de soins identifiés et/ou ayant des difficultés à initier des soins psychiatriques

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Etat des lieux des consultations avancées existantes sur le département
- Analyser les besoins :
 - ⇒ Territoires où il y a peu d'offre de consultation en psychiatrie
 - ⇒ Définir des public cibles (public adolescents, jeunes, étudiants...)
- Etablir des liens et des partenariats avec les structures pouvant accueillir les consultations avancées (maisons de santé, points écoute jeunes...)
 - ⇒ Définir le profil des professionnels pouvant intervenir (médecins psychiatres, infirmières en pratique avancée, médiateurs de santé pairs...)
 - ⇒ Déterminer la fréquence et les modalités (avec ou sans rendez-vous...)
- Organiser des temps d'échanges avec les professionnels des structures accueillantes permettant notamment une sensibilisation aux questions de santé mentale

E. Bénéficiaires

Personnes souffrant de troubles psychiques.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : cabinet de santé, avec permanence, missions locales, points écoute jeunes, maisons des adolescents, pôle emploi, l'Education nationale supérieure, CPTS, maisons de santé pluri-professionnelles, centres de santé

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de consultations avancées mises en place
- Nombre de consultations

* Indicateurs qualitatifs :

- Niveau de satisfaction des usagers
- Typologie des professionnels de soins intervenant dans ces consultations

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°22

Développer les équipes de la psychiatrie de liaison

Sous-axe : Développer et améliorer la prise en charge en ambulatoire

Priorité du PTSM : 1 et 3

A. Contexte

La psychiatrie de liaison peut se définir comme étant « *la partie de la psychiatrie qui s'occupe des troubles psychiatriques se manifestant chez les patients des autres disciplines médicales* ». ¹⁰⁶.

Les équipes de liaison permettent d'intervenir auprès de patients hospitalisés au sein de l'hôpital, dans d'autres spécialités. Elles ont une activité de soins (de consultation), mais également de formation et de sensibilisation auprès des professionnels de santé qui les sollicitent.

Le diagnostic souligne le fait que la psychiatrie de liaison n'est pas suffisamment identifiée et valorisée. Les équipes de liaison ont des modes de fonctionnement différents et ne sont pas lisibles pour l'ensemble des équipes. Pour le groupement hospitalier de territoire, filière psychiatrie (le GHT13), ces équipes doivent être davantage identifiées et les modalités de sollicitation et d'intervention plus clairement identifiées.

B. Objectif général

- Déployer et généraliser les équipes de psychiatrie de liaison au sein des établissements autorisés en psychiatrie du groupement hospitalier du territoire pour favoriser l'accès aux soins en psychiatrie des patients hospitalisés dans les différents services des établissements hospitaliers

C. Objectifs opérationnels

- Valoriser les équipes existantes afin de les déployer et de les généraliser
- Déployer, valoriser et généraliser les équipes de liaison chez les jeunes, en pédopsychiatrie

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Valorisation des équipes :

- Recensement des équipes existantes (constitution de l'équipe, modalités d'intervention, de fonctionnement, volume d'intervention, financement...)

Déployer les équipes pluridisciplinaires de liaison en psychiatrie adultes et en pédopsychiatrie :

- Identifier les besoins
- Former et recruter en fonction des besoins repérés
- Définir des modalités d'intervention homogènes : modalités d'appels de l'équipe, modalités d'organisation des consultations avec le patient, modalités de transmission d'informations...)

Déployer les équipes de liaison sur les établissements sanitaires.

E. Bénéficiaires

Patients hospitalisés dans les différents services hospitaliers et nécessitant des soins en psychiatrie.

¹⁰⁶ CHOCARD A.-S., MALKA J, TOURBEZ P. (et al.) Psychiatrie de liaison. Quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? Annales Médico Psychologiques, vol. 163, pp. 691-69 <http://psyfontevraud.free.fr/AARP/psyangevine/publications/Psychiatrie%20de%20liaison.pdf>

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : à définir

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre d'équipes de liaison
- Nombre de professionnels constituant les équipes de liaison
- Nombre de sollicitations
- Nombre d'interventions

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie de la composition des équipes
- Typologie des demandes
- Typologie des services ayant sollicité une intervention

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°23

Conduite d'un audit des centres médico-psychologiques et des centres médico-psycho-pédagogiques

Sous-axe : Développer et améliorer la prise en charge en ambulatoire

Priorité du PTSM : 1 et 2

A. Contexte

Les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie publique, ainsi que les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), jouent un rôle central dans le repérage et l'accès aux soins spécialisés. Ils doivent permettre un accès rapide aux soins psychiatriques, indispensable au diagnostic précoce et à une prise en charge optimale.

Le diagnostic territorial fait ressortir une saturation de ces structures, ce qui a pour conséquences des délais de rendez-vous ou de prise en charge très longs, pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. Or le diagnostic tardif des troubles psychiques et les délais très longs d'accès aux soins et à un suivi psychiatrique sont à l'origine de pertes de chance pour les personnes concernées. Cela peut conduire certaines personnes à s'adresser directement aux services des urgences qui peuvent se retrouver embolisés par des situations inadéquates.

En ce qui concerne les CMP, d'autres problématiques sont également relevées : un manque de lisibilité de l'offre ; une disparité dans la prise en charge selon les secteurs, des difficultés d'accès, (rendez-vous non programmés, urgences...) ; un manque « d'aller vers » et des visites à domicile limitées ; des disparités de fonctionnement (organisations, constitution des équipes...) ; des difficultés à organiser le suivi post-crise, le peu de lien avec les usagers et les aidants sur la définition des projets de services.

B. Objectif général

- Faire un état des lieux afin de corréliser les représentations de l'action des CMP et des CMPP à la réalité du terrain et améliorer l'accès aux soins et à la prise en charge des patients dans les CMP et CMPP

C. Objectifs opérationnels

- Identifier les disparités territoriales (nombre de population en charge, nombre de personnels, bâtiments)
- Mettre en lumière les freins et les leviers à l'amélioration de l'accès au dispositif CMP/CMPP : gestions différenciées des demandes au regard des motifs
- Repérer les dysfonctionnements, sources de stress au travail pour les personnels
- Repérer et partager les bonnes pratiques permettant au patient de bénéficier d'une prise en charge de qualité

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Définir un prestataire légitime pour réaliser cet audit qui devra :
 - ⇒ Prendre en compte à la fois l'aspect patient et l'aspect conditions de travail des personnels
 - ⇒ S'appuyer sur les rapports déjà publiés (ANAP)
 - ⇒ Dégager des pistes d'amélioration à l'attention des CMP et CMPP
- Définir un cahier des charges portant notamment sur les points suivants :
 - ⇒ Indicateurs territoriaux :
 - Bassin de population
 - Indice de précarité
 - Offre libérale (psychiatres secteur 1 /secteur2, psychologues)
 - ⇒ Indicateurs sur les conditions générales de travail :
 - Nombre de personnels budgétés par catégorie en ETP
 - Nombre de bureaux de consultations disponibles dans le bâtiment CMP/CMPP

- Accessibilité aux personnes à mobilité réduite
- Equipement en nouveaux outils numériques : téléconsultation, rappel de RDV par SMS...
- ⇒ Indicateurs de la charge de travail :
 - File active
 - Nouveaux patients par an
 - Durée moyenne de prise en charge par patient et par catégorie
- ⇒ Indicateurs de réactivité :
 - Délai de premier RDV post premier contact téléphonique
 - Délai de deuxième RDV après premier RDV
 - Orientation après premier RDV (psychiatre / psychologue / hors CMP)
- ⇒ Indicateurs de la qualité de vie au travail :
 - Turn-over
 - Postes vacants
 - Arrêts de travail
 - Satisfaction des personnels : évaluation de la qualité de vie au travail
- ⇒ Indicateurs portant sur l'avis des usagers (attentes, besoins, satisfaction...)
- ⇒ Les indicateurs devront être déclinés en quantitatif et qualitatif
- Restitution collective des résultats, document écrit qui résume l'ensemble des données/tendances et pistes d'amélioration
- Suivi de la mise en œuvre des recommandations

E. Bénéficiaires

CMP et CMPP.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : la psychiatrie de secteur, les associations gérant les CMPP, le Département, CREA, autres...

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de structures auditionnées
- Nombre de personnes interrogées

* Indicateurs qualitatifs :

- Profil des personnes interrogées

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n° 24

Réunir sur un même site des consultations somatiques et psychiatriques

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

(Ce contexte identique à l'action 25 portant sur « l'organisation de consultations somatiques au sein des CMP »).

Le diagnostic territorial fait apparaître des difficultés d'accès aux soins somatiques et un manque de suivi des patients souffrant de troubles psychiques. Un certain nombre de pathologies somatiques à des stades avancés sont détectées et diagnostiquées lors de l'hospitalisation en psychiatrie.

Ces difficultés peuvent s'expliquer par une inégalité de la répartition de médecins généralistes sur le territoire mais également par le fait qu'un certain nombre de patients sont sans médecin traitant, ce qui complexifie la prise en charge et le suivi somatique. Selon l'atlas de santé mentale¹⁰⁷, la part des patients hospitalisés pour des troubles psychiques sévères qui n'ont pas déclaré de médecin traitant est supérieure à celle constatée dans la population générale.

Pourtant, les patients souffrant de troubles psychiques (plus particulièrement de troubles sévères) présentent souvent une comorbidité somatique et une surmortalité par rapport à la population générale¹⁰⁸.

Sur le département, il existe des modalités de prise en charge proposant sur un même lieu une prise en charge somatique et psychiatrique, comme par exemple le regroupement sur un site commun d'un centre de santé et d'un CMP du secteur 16.

Ces modalités de prise en charge semblent faciliter l'accès aux soins somatiques et favoriser la coordination et le suivi des patients.

B. Objectif général

- Faciliter l'accès aux soins somatiques pour les patients présentant des troubles psychiatriques

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser l'implantation sur un même site d'un pôle médico-psychologique pluridisciplinaire de type cabinet de groupe ou apparenté
- Renforcer les liens et permettre une meilleure coordination entre les médecins psychiatres (y compris gérontologues/addictologues/pédopsychiatres) et médecins somatiques (médecins généralistes en priorité) et spécialistes (cardiologues, gastroentérologues, ophtalmologues, gynécologues, dentistes...) et infirmiers diplômés d'Etat (libéraux, visite à domicile)

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Créer une structure sur un bassin de population permettant d'offrir sur un même site des consultations diverses (médecine générale, psychiatrique, addictologie, gérontologie, kinésithérapie, soins dentaires, pédopsychiatrie, assistante sociale...)
- Faire intervenir des médecins libéraux en secteur 1
- Définir les modalités d'exercice :
 - ⇒ Installation à temps plein ou partiel
 - ⇒ Plusieurs intervenants sur une même spécialité pour assurer une permanence
- Organiser des temps de rencontres entre intervenants pour échanger sur les patients communs et sur des thématiques transverses afin de permettre une montée en

¹⁰⁷ COLDEFY Magali, GANDRE Coralie. Atlas de la santé mentale en France. IRDES. Septembre 2020. P91.

¹⁰⁸ Ibidem. P91

compétences des professionnels dans le champ de la psychiatrie (axes d'information et de formation)

- Présence d'un professionnel du social permettant la continuité de l'accès au soin, et le suivi du parcours

E. Bénéficiaires

Patients atteints de troubles psychiques et public du territoire concerné (bassin populationnel).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : cliniques psychiatriques et maisons de santé
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : ARS, médecins généralistes, psychiatres, spécialistes, CPTS, acteurs des hôpitaux, MSP, paramédicaux, assistants de service social, CMP, PTA, PFIDASS, PASS, collectivités territoriales, réseau Azalée (CPAM)

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de médecins somaticiens intervenant dans la structure
- Nombre de consultations
- File active
- Nombre de nouveaux patients
- Nombre de patients souffrant de troubles psychiques ayant consulté au moins le généraliste ou un spécialiste
- Nombre de structures créées
- Nombre de médecins traitants désignés
- Nombre de réunions pluridisciplinaires

* Indicateurs qualitatifs :

- Origine / provenance des patients
- Enquête de satisfaction des intervenants

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°25

Développer des consultations somatiques au sein des CMP

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

(Ce contexte identique à l'action 24 « réunir sur un même site des consultations somatiques et psychiatriques »).

Le diagnostic territorial fait apparaître des difficultés d'accès aux soins somatiques et un manque de suivi des patients souffrant de troubles psychiques. Un certain nombre de pathologies somatiques à des stades avancés sont détectées et diagnostiquées lors de l'hospitalisation en psychiatrie.

Ces difficultés peuvent s'expliquer par une inégalité de la répartition des médecins généralistes sur le territoire mais également par le fait qu'un certain nombre de patients sont sans médecin traitant, ce qui complexifie la prise en charge et le suivi somatique. Selon l'atlas de santé mentale¹⁰⁹ la part des patients hospitalisés pour des troubles psychiques sévères qui n'ont pas déclaré de médecin traitant est supérieure à celle constatée dans la population générale.

Pourtant, les patients souffrant de troubles psychiques (plus particulièrement de troubles sévères) présentent souvent une comorbidité somatique et une surmortalité par rapport à la population générale.¹¹⁰

Sur le département, il existe des modalités de prise en charge proposant sur un même lieu une prise en charge somatique et psychiatrique, comme par exemple le regroupement sur un site commun d'un centre de santé et d'un centre médico-psychologique (CMP) du secteur 16. Ces modalités de prise en charge facilitent l'accès aux soins somatiques et favorisent la coordination et le suivi des patients.

B. Objectif général

- Faciliter l'accès aux soins somatiques et le suivi des patients présentant des troubles psychiatriques via l'évolution des prises en charge dans les CMP

C. Objectifs opérationnels

- Développer les consultations somatiques sur les sites des CMP
- Favoriser la désignation d'un médecin traitant par patient

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Identification des CMP voulant s'engager dans la démarche et ayant des locaux pouvant accueillir ces consultations
- Mise en place de vacations de consultations de médecins généralistes ou spécialistes
 - ⇒ Des vacations de médecins salariés des établissements de soins
 - ⇒ Des vacations assurées par des médecins libéraux, par un travail de partenariat avec les structures d'exercice coordonné (CPTS, MSP...)
- Mise à disposition de locaux gratuits pour des vacations de médecins généralistes au sein du CMP
- Définir un statut des professionnels intervenants (statut mixte salariés/libéraux)
- Définir les modes de financement des intervenants au sein de CMP (vacation réglée par l'hôpital ou paiement à l'acte secteur 1)
- Organisation de temps de rencontres entre les intervenants et l'équipe du CMP pour échanger sur les patients et sur des thématiques transverses

¹⁰⁹ COLDEFY Magali, GANDRE Coralie, Atlas de la santé mentale en France, IRDES, 2020-09, p. 91

¹¹⁰ Ibidem. P91

E. Bénéficiaires

Public suivi en CMP.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : les CMP
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : ARS, URPSML, CPTS, MSP

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeurs

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de médecins somaticiens intervenant dans les CMP
- Nombre de consultations
- File active
- Nombre de nouveaux patients
- Nombre de médecins traitants désignés
- Nombre de réunions vacataires/équipe CMP

* Indicateurs qualitatifs :

- Types de consultations (spécialités)

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°26

Développer et mettre en œuvre la conciliation médicamenteuse

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

Selon la Haute autorité de santé (HAS), la conciliation des traitements médicamenteux « est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient et repose sur le partage d'informations et sur une coordination pluriprofessionnelle. Elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts. »¹¹¹

Cette démarche, qui s'inscrit dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins, permet de sécuriser le parcours de soins des patients. Elle implique différents acteurs : les professionnels de soins des établissements de santé, les professionnels de santé de ville (médecins, infirmiers, pharmaciens) ainsi que les établissements médico-sociaux.

Lors du diagnostic territorial, les acteurs ont mis en avant l'importance de la conciliation médicamenteuse. Elle est indispensable pour préparer la sortie et éviter des effets négatifs et dévastateurs pour la santé de la personne. Elle peut permettre de sauver des vies, notamment en ce qui concerne les patients souffrant de pathologies cardiaques et pour qui des interactions médicamenteuses peuvent être fatales.

Cependant celle-ci semble difficile à mettre en œuvre, notamment du fait que ce soit une démarche très chronophage. Bien que certains services soient engagés dans cette démarche, elle gagnerait à être généralisée et systématisée, en définissant des modalités de mise en œuvre sur l'ensemble des établissements autorisés en psychiatrie au sein du GHT.

B. Objectif général

- Sécuriser la prise en charge du patient en mettant en œuvre la conciliation médicamenteuse au sein des établissements autorisés en psychiatrie du groupement hospitalier du territoire / ou tout au long du parcours

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse
- Améliorer la liaison avec les praticiens et professionnels de santé de ville pour favoriser la coordination ville-hôpital
- Sensibiliser les professionnels à la conciliation médicamenteuse

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Favoriser la mise en œuvre

- Mettre en place une équipe projet pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, pharmaciens) et inter-établissements autorisés en psychiatrie du GHT13. Y intégrer les médecins de ville sur le volet transmission hôpital/ville
- Organiser des temps de travail (en intra) pour :
 - ⇒ Définir des protocoles à mettre en œuvre, notamment concernant les phases suivantes :
 - Recherche active sur les médicaments qui ont pu être pris par le patient, avec utilisation de plusieurs sources (dossier pharmaceutique du patient,

¹¹¹ Mettre en œuvre la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé, Haute Autorité de Santé. Guide, 2018-02, p. 10 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-01/dir1/guide_conciliation_des_traitements_medicamenteux_en_etablissement_de_sante.pdf

ordonnances de ville, entretien avec le patient, avec l'entourage et les professionnels de santé)

- Réalisation du bilan médicamenteux pour synthétiser les données, les comparer et les analyser
- Transmission de ce bilan à l'équipe médicale, repérage des divergences et des dangers (interactions médicamenteuses) éventuels
- ⇒ Définir les professionnels devant procéder à cette démarche
- ⇒ Etablir les outils nécessaires (guide d'entretien, fiche de conciliation...)
- ⇒ Définir les modalités de consignation des informations
- ⇒ Définir les modalités d'évaluation
- Organiser des temps de travail avec les professionnels de santé de ville pour :
 - ⇒ Identifier les besoins
 - ⇒ Définir les modalités de transmission des informations et construction d'outils, tels que : la lettre de liaison et l'utilisation du DMP
 - ⇒ Définir un référent dans l'ensemble des structures de soins (où a été pris en charge le patient) avec une logistique adaptée (autant de référents que de praticiens ayant prescrit une ordonnance)

Sensibiliser et informer :

- Diffusion du protocole dans les services concernés
- Intégrer aux formations et sensibilisations avec actions mixtes
- Sensibiliser les professionnels de santé de ville
 - ⇒ Définir les modalités : communication, brochure, temps d'information

Le groupe de travail pourra éventuellement s'appuyer sur le guide de la HAS « Mise en œuvre de la conciliation des traitements médicamenteux en établissement de santé » pour la construction des protocoles.

Cette démarche pourra être inscrite, si ce n'est pas le cas, dans le projet médical dans sa politique d'amélioration continue de la qualité des soins et dans son programme d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse du patient (tel que le préconise la HAS).

E. Bénéficiaires

Services hospitaliers.

Professionnels de premier recours : médecins généralistes, cardiologues, IDE libéraux, pharmaciens des structures de soins, pharmaciens de ville, IDE des structures de soins (aide à transmettre les données aux référents)

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : praticiens de ville et ceux des établissements, en coordination avec les CPTS, URPS-ML, cliniques privées, structures médico-sociales où peuvent être hébergées les personnes (EHPAD, foyers...)

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

*Indicateurs quantitatifs :

- Protocoles réalisés ou écrits
- Outils réalisés et diffusés
- Nombre de réunions du groupe de travail et participants
- Nombre de formations et de participants

- Nombre de protocoles mis en œuvre
- Nombre d'établissements ayant inscrit la conciliation dans le projet médical
- Nombre de conciliations médicamenteuses réalisées versus nombre de patients sortants
- Nombre de transmissions faites aux partenaires extérieurs
- Nombre de rencontres avec les partenaires

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Expérimentation dans un hôpital puis généralisation sur un territoire volontaire puis, si essai concluant, généralisation.



Action n°27

Désigner et former en santé mentale des professionnels référents au sein de chaque établissement MCO, SSR et au sein des EHPAD

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

Certains professionnels de santé sont peu ou pas informés ni sensibilisés à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces dernières peuvent faire face à des difficultés de prise en charge des soins somatiques et connaître une perte de chance avec un rallongement des délais d'accès à des consultations ou d'admission dans certains services (services hospitaliers MCO, services de soins de suite et de réadaptation (SSR), ou encore en établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes)

Il y a une nécessité de rassurer et d'accompagner ces professionnels ou équipes par le psychiatre « adresseur » afin de favoriser une prise en charge adaptée des personnes souffrant de troubles psychiques.

B. Objectif général

- Améliorer la prise en charge des soins somatiques en établissement de santé pour les patients souffrant de troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels

- Identifier, au sein des services MCO, SSR et des EHPAD des professionnels médicaux volontaires pour se former
- Mettre en place une formation à leur intention

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Organiser des réunions pluridisciplinaires :
 - ⇒ Pour présenter la démarche
 - ⇒ Désigner par service, dans les structures concernées, des personnes ressources (ex : médecin référent, IDE référent...) pour prendre en charge les patients souffrant de troubles psychiques
- Former ces référents aux troubles psychiques et à leurs spécificités. Le format et la durée de ces formations (en présentiel ou en visioconférence) seront à définir avec les équipes concernées

E. Bénéficiaires

Les service MCO, les EHPAD, les services de soins de suite et de réadaptation, les équipes professionnelles pouvant accueillir ce type de public.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** équipe de psychiatrie (professionnels exerçant en psychiatrie, désignés pour former d'autres professionnels)

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de référents formés et désignés
- Nombre de formations réalisées

* Indicateurs qualitatifs :

- Enquête de satisfaction des équipes formées

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°28

Améliorer l'accueil dans les services des urgences généralistes

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

Le diagnostic territorial souligne l'accueil non adapté dans les services d'urgences, notamment généralistes pour les personnes souffrant de troubles psychiques. Cet accueil en termes d'espace et de délais d'attente, n'est souvent pas adapté aux personnes, ce qui peut augmenter l'état d'agitation des personnes ou conduire à des départs prématurés avant d'avoir pu rencontrer un médecin ou à une fin de prise en charge.

Les professionnels des services d'urgences généralistes ne sont par ailleurs pas suffisamment formés à la question des troubles psychiques, ce qui peut avoir une influence sur la prise en charge des personnes.

Les acteurs du PTSM ont donc souhaité qu'une action soit menée au sein des établissements hospitaliers pour améliorer l'accueil des patients souffrant de troubles psychiques.

B. Objectif général

- Améliorer l'accueil dans les services d'urgences généralistes pour les publics souffrant de troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser la formation des professionnels hospitaliers aux spécificités des troubles psychiques
- Développer un accueil aux urgences permettant d'apaiser les personnes souffrant de troubles psychiques

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Organiser des sessions de formations sur les troubles psychiques pour :
 - ⇒ Faciliter le repérage des troubles psychiques
 - ⇒ Mieux comprendre les caractéristiques et les besoins spécifiques des personnes souffrant de ces troubles
 - ⇒ Permettre aux professionnels de développer une posture et un langage adaptés à ce public spécifiquement
- Aménager, lorsque les locaux le permettent, un lieu plus apaisant :
 - ⇒ Un espace sécurisant et apaisant pour calmer l'agitation et éviter des départs prématurés des urgences

E. Bénéficiaires

Professionnels des services des urgences somatiques : agents d'accueil, infirmiers et médecins d'accueil et d'orientation, tout professionnel exerçant au sein des services des urgences), des services hospitaliers publics ou privés.

Personnes qui se présentent avec un trouble psychique.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** dispositifs de soins publics ou privés
- **Partenaire(s) potentiel(s) :** ANP3SM, organismes de formation, ergothérapeutes, etc...



G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de professionnels formés
- Nombre d'espaces dédiés

* Indicateurs qualitatifs :

- Enquête de satisfaction du personnel et des usagers

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation presenti

Département

Action n°29

Valoriser financièrement la consultation somatique des personnes souffrant de troubles psychiques

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

Dans le diagnostic territorial, les acteurs soulignent les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques. Celle-ci serait plus chronophage et plus complexe. Cela peut s'expliquer par les difficultés pour certains patients à s'exprimer, mais également par le fait que le médecin doit consacrer un temps important pour la recherche de comptes rendus et autres informations, et pour la coordination avec les autres professionnels ou la psychiatrie de secteur. Cette complexité entraîne un épuisement des professionnels et engendre un sentiment de manque de reconnaissance des médecins généralistes. Les acteurs estiment que ce temps supplémentaire n'est pas suffisamment valorisé financièrement.

B. Objectif général

- Valoriser la consultation somatique des personnes souffrant de troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels

- Constitution d'un groupe projet
- Etude des besoins et des attentes des médecins
- Etude de la faisabilité d'une revalorisation des consultations

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Constitution d'un groupe projet
 - ⇒ Composition du groupe : CPAM, ARS, URPS ML et syndicats représentatifs des généralistes, syndicat des psychiatres, représentants des usagers
- Organisation de réunions
 - ⇒ 4 réunions ayant pour objet :
 - Etat des lieux de l'existant
 - Enquête auprès des médecins généralistes pour connaître la pertinence de cette majoration et leurs attentes
 - Identification des pistes d'amélioration au niveau des consultations, pour répondre aux besoins des patients atteints de troubles psychiques
 - Echanges entre les différents acteurs sur la faisabilité
 - Evaluation des impacts des propositions et contre-propositions, notamment le surcoût
 - Arbitrage pour la prise de décisions
 - Communication des décisions prises et organisation du déploiement organisationnel
- Recherche de solutions
 - Faire une recherche des textes dérogatoires en vigueur dans la nomenclature
 - Faire une recherche sur des financements expérimentaux (ex : CPAM)

E. Bénéficiaires

Médecins généralistes.



F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : groupe projet
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : CPAM, ARS, URPS ML et syndicats représentatifs des généralistes, syndicat des psychiatres, représentants des usagers, experts médicaux

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées
- Nombre de personnes présentes

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des professionnels présents aux réunions
- Comptes rendus produits

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°30

Lutter contre la discrimination dans l'accès aux soins des personnes bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (anciennement CMU-C) et de l'aide médicale d'Etat

Sous-axe : Améliorer l'accès aux soins somatiques

Priorité du PTSM : 3

A. Contexte

Le diagnostic territorial met en évidence les difficultés d'accès aux soins des personnes souffrant de troubles psychiques. Ces difficultés peuvent être dues à de la stigmatisation de la part des professionnels de santé induisant un refus de soins, une offre de soins insuffisante selon les territoires, ou encore pour des raisons financières lorsque les médecins pratiquent des dépassements d'honoraires.

Ces difficultés peuvent être accentuées lorsque les personnes souffrant de troubles psychiques sont également bénéficiaires de la complémentaire maladie universelle (CMU-C), qui depuis le 1^{er} novembre 2019 a fusionné avec l'aide à la complémentaire santé (ACS) en un seul dispositif appelé la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME). Ces refus récurrents peuvent conduire les personnes concernées à un renoncement aux soins. Une enquête menée à la demande du Défenseur des droits¹¹², sur le refus de soins des personnes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS) auprès de trois spécialités (chirurgiens-dentistes, gynécologues, psychiatres) a permis de mettre en évidence que 42% des patients bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS se sont vu refuser des rendez-vous. Ce taux de refus varie de 25% en ce qui concerne les chirurgiens-dentistes à 66% pour ce qui est des psychiatres. Le taux de refus explicite s'élève à 15% pour les psychiatres, et à 9% pour les dentistes. Les refus de soins sont plus marqués dans le secteur 2.

Les délais de remboursement longs de la part de la sécurité sociale, ou le fait de ne pas avoir de matériel de télétransmission sont souvent invoqués par les professionnels de santé pour justifier ces refus.¹¹³

Les personnes concernées ont la possibilité de signaler ces refus auprès de différentes instances, telles que la caisse d'assurance maladie, le conseil de l'ordre du professionnel concerné ou encore auprès de défenseur du droit ou l'agence régionale de santé.

Les acteurs du PTSM ont souhaité que soit inscrit dans le projet une action visant à lutter contre la discrimination d'accès aux soins des personnes bénéficiaires d'aides pour leur couverture santé.

B. Objectif général

- Créer une réflexion commune entre professionnels et usagers afin de lutter contre la discrimination et le renoncement aux soins

C. Objectifs opérationnels

- Création d'un groupe projet : CPAM, MSA les conseils de l'ordre (médecins, dentistes, infirmiers) URPS, représentants d'usagers, assistants sociaux CMP, CCAS...

¹¹² Sylvain CHAREYRON Sylvain, L'HORTY Yannick, PETIT Pascale, Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales, *Défenseur des droits*, 2019-10, 18 p. <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etres-refussoins-num-21.10.19.pdf>

¹¹³ DREYFUS Bernard, Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME : les principaux constats et préconisations du Défenseur des droits, *Regards*, vol. 46 no. 2, 2014, pp. 41-49



D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Constitution d'un groupe projet :
 - ⇒ Composition : CPAM, les conseils d'ordre (médecins, infirmiers, dentistes...), URPSML, travailleurs sociaux, CCAS, MSA, représentants d'usagers
- Organiser des temps de réunions :
 - ⇒ Une première réunion pour partager et compléter le diagnostic
 - ⇒ Une seconde réunion pour réfléchir à la stratégie d'action à mettre en œuvre, des modalités d'intervention : (campagnes d'informations, testing...)
 - ✓ Avec un volet en direction des professionnels (améliorer les temps de remboursement AME...)
 - ✓ Un volet en direction des usagers et leur accompagnement pour faire valoir leurs droits, information et accès aux PFIDASS)
 - ✓ Les objectifs et le plan d'actions seront définis par le groupe de travail.
 - ⇒ Un troisième temps pour évaluer la mise en œuvre et les résultats

E. Bénéficiaires

Les institutions de remboursement CMUC et AME (CPAM, MSA...) et les représentations de professionnels et de patients.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : CPAM, Ordre des médecins, PASS, MSA, les conseils de l'ordre (médecins, dentistes) URPS, représentants d'usagers, assistants sociaux CMP, CCAS etc

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions effectuées
- Nombre de partenaires présents

* Indicateurs qualitatifs :

- Création d'indicateurs de suivi des décisions
- Contenu des réunions
- Types d'actions déployées
- Types de partenaires mobilisés

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°31

Formation et sensibilisation au repérage et à la prise en charge des situations de crise et d'urgence

Sous-axe : Mieux prendre en charge les situations de crise et d'urgence

Priorité du PTSM : 4

A. Contexte

Plusieurs constats sont établis dans le cadre du diagnostic territorial :

D'une part, la prévention de la non-émergence de la crise est rare et insuffisante. Les situations de crises sont souvent dues à un défaut de prise en charge en amont.

Il y a un manque de prise en compte des compétences de la personne et il faudrait davantage inclure les accompagnants dans la prévention de la crise en les formant au repérage de la crise afin d'éviter des hospitalisations sans consentement. Des formations existent déjà, comme celles proposées par l'UNAFAM et pourraient être déployées.

D'autre part, la prise en charge de la crise est souvent mal gérée. Les situations de crise sont souvent l'occasion d'établir un premier lien entre l'équipe soignante et la personne et entraînent des prises en charge par les services des urgences qui pourraient être évitables.

En effet, le réseau est peu formé ou informé et il y a des difficultés à poser un diagnostic de la crise, et sur la manière de prendre en charge une personne en crise.

Il y a un manque de formation et de sensibilisation sur la souffrance et les troubles psychiques des professionnels du SAMU et des pompiers qui sont souvent les premiers interlocuteurs des familles ou patients en cas de signalement de situation de crise. Les pompiers et le SAMU ne sont pas formés et se sentent démunis. Cela participe aux phénomènes de discrimination et de stigmatisation des personnes en crise.

La crise entraîne des troubles psychiques réactionnels dont les réponses spécifiques et adaptées peuvent aider à leur amélioration et à la prévention des complications secondaires potentielles.

B. Objectif général

- Informer, sensibiliser et former l'entourage, les professionnels de première ligne (soignants et sociaux) et les professionnels de l'urgence au repérage du mal-être et de la crise et à l'intervention en situation de crise

C. Objectifs opérationnels

- Communiquer sur l'offre de formation existante et disponible
- Informer et sensibiliser l'entourage et les professionnels aux situations de crise
- Former à l'intervention en situation de crise

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Communication : s'assurer que l'offre de formation est repérable, disponible et facile à comprendre pour le grand public : infographies, vidéos, MOOC... à diffuser sur les réseaux sociaux et sites internet des porteurs et partenaires (associations, centres hospitaliers, GEM...)
- 3 niveaux de sensibilisation/formation :
 - ⇒ Usagers, entourage et familles : sensibilisation, formation au repérage de la crise, à l'accompagnement de la personne, aux premiers secours en santé mentale
 - ⇒ Professionnels de 1^{ère} ligne (médico-sociaux, soignants, etc.) : sensibilisation, formation au repérage de la crise, à sa prise en charge, à son accompagnement vers un milieu spécialisé

- ⇒ Professionnels de l'intervention en situation d'urgence et de crise : formation à la réduction des risques lors des interventions, au respect de la personne concernée, aux droits des usagers, à l'implication des aidants naturels et aux risques secondaires

Proposer, lors de ces formations, des rencontres avec des usagers ou représentants d'usagers pour un retour d'expérience voire des analyses de pratiques.

E. Bénéficiaires

Professionnels : soignants, médicaux-sociaux, sociaux, police, pompiers, équipes du SAMU.
Entourage et usagers : GEM, associations d'usagers et de famille.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : tout acteur proposant des actions de formation sur le repérage et la prise en charge des situations de crise et d'urgence
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : à définir

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de personnes sensibilisées
- Nombre de professionnels de première ligne formés

* Indicateurs qualitatifs :

- Taux de satisfaction de la formation / sensibilisation mesurée par questionnaire
- Retour des usagers ou des associations d'usagers
- Typologie des professionnels formés

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°32

Déployer la télémédecine

Sous-axe : Développer les ressources en télémédecine

Priorité du PTSM : 1 et 2

A. Contexte

Le diagnostic territorial met en évidence des difficultés d'accès aux soins psychiatriques du fait d'une offre de soins mal répartie sur le territoire. Ces difficultés semblent accrues pour certains publics tels que les personnes âgées ou encore en pédopsychiatrie, et pour certaines zones géographiques, comme le milieu rural. Cela peut avoir des conséquences sur le repérage précoce de pathologies qui s'en trouve retardé et qui entraîne une prise en charge tardive. La télémédecine apparaît comme un outil pouvant répondre à ces difficultés, en proposant une offre de soins plus facilement accessible.

L'article L. 6316-1 du Code de la Santé publique définit la télémédecine comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication qui met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel de santé médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient* ».

Parmi les actes de télémédecine, on retrouve¹¹⁴ :

- La téléconsultation : il s'agit d'une consultation réalisée par un professionnel médical (chirurgien-dentiste, médecin, sage-femme), à distance du patient. Un professionnel de santé (exemples : infirmier, pharmacien...) peut assister le patient ou le professionnel médical
- La téléexpertise : elle permet à un professionnel médical, dit « requérant », de solliciter un confrère, en raison de sa formation ou de sa compétence particulière, sur la base d'informations ou d'éléments médicaux liés à la prise en charge d'un patient, et ce, hors de la présence de ce dernier

La télémédecine permet de faciliter l'accès aux soins, d'éviter des déplacements pour certains patients fragiles, tels que les personnes âgées, et d'optimiser le temps des soignants. Avec la crise sanitaire de la COVID-19, de nombreux services hospitaliers ont dû adapter leur prise en charge en proposant des téléconsultations afin de pouvoir proposer une continuité des soins.

Il semble important que cet outil soit davantage développé, en complément des prises en charge classiques en présentiel.

B. Objectif général

- Réfléchir au développement des dispositifs de télémédecine (téléconsultation et téléexpertise) en psychiatrie sur le territoire des Bouches-du-Rhône

C. Objectifs opérationnels

- Création d'un groupe de travail pluridisciplinaire pour réfléchir au développement de la télémédecine en psychiatrie sur le département

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Mise en place d'un groupe de travail pluridisciplinaire, composé notamment de : 1 référent psychiatre pour chaque établissement de santé, 1 référent de l'Union régionale des professionnels de santé médecins libéraux PACA, communauté professionnelle territoriale de santé, centre de santé, maison de santé, structures

¹¹⁴[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche memo teleconsultation et teleexpertise mise en oeuvre.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-07/fiche_memo_teleconsultation_et_teleexpertise_mise_en_oeuvre.pdf)

sociales et médico-sociales (EHPAD...), associations d'usagers et des familles d'usagers (afin de mieux répondre aux besoins des personnes qui vont recourir à la téléconsultation)

- Faire un état des lieux de ce qui existe déjà et identifier les besoins
- Réflexion sur les publics pouvant être concernés
 - ⇒ Développement de la télémédecine dans les zones où il y a un manque d'offre en psychiatrie
 - ⇒ Développement de la télémédecine en partenariat avec les structures sociales et médico-sociales, tels que les EHPAD
 - ⇒ Développement de la télémédecine pour les situations d'urgence
 - ⇒ Les possibilités de développement en direction du public adolescent (notamment familiarisé avec le numérique), en partenariat avec l'aide sociale à l'enfance (ASE) ou la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)
- Réflexion sur les modalités d'accès et d'organisation :
 - ⇒ Définir dans quels cas la téléconsultation peut être envisagée : rendez-vous de suivi pour un patient déjà connu par le professionnel, primo-consultation, consultation thérapeutique, renouvellement de traitement, consultation d'urgence
 - ⇒ Définir les limites de la téléconsultation : évaluation psychiatrique, mise en place d'un traitement médicamenteux, thérapie corporelle, situation où l'alliance thérapeutique peut être fragilisée par le distanciel, certaines pathologies, accès au numérique et à ses outils pour le patient, non maîtrise des outils informatiques, non maîtrise de la langue française
 - ⇒ Identifier les besoins matériels : connexion Internet fiable, ordinateur, webcam, abonnement au logiciel de téléconsultation
 - ⇒ Réfléchir à la durée de la consultation et aux horaires de disponibilité
 - ⇒ Définir les modalités de la téléexpertise favorisant les échanges entre les médecins généralistes ou psychiatres libéraux et les psychiatres hospitaliers
- Identifier les besoins de formation des professionnels à la mise en place et à l'utilisation de la télémédecine pour développer ces compétences spécifiques
- Production d'un document de synthèse des conclusions des travaux du groupe et des pistes d'actions envisagées

E. Bénéficiaires

Professionnels de santé, usagers, EHPAD, structures médicales et médico-sociales publiques et privées, notamment celles accueillant du jeune public ou en direction des jeunes (Ex : PJJ, ASE).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13 association d'usagers et des familles d'usagers, ARS PACA, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) 13, URPS ML PACA, EHPAD et autres structures sociales et médico-sociales, maison de santé, centre de santé, CPTS, ASE, PJJ

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions du groupe de travail
- Nombre de participants

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs participants
- Comptes rendus et décisions

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°33

Développer des équipes en réhabilitation psychosociale

Sous-axe : Développer une offre en réhabilitation psychosociale

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Selon le centre ressource en réhabilitation psychosociale¹¹⁵, « La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi). La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes et les utilise pour palier au mieux aux déficits. ».

La réhabilitation psychosociale est aujourd'hui une priorité dans la politique de santé mentale, avec son inscription dans les priorités des PTSM et la parution d'une instruction¹¹⁶ pour accompagner l'organisation et la structuration du développement des soins en réhabilitation psychosociale.

Le diagnostic territorial fait apparaître qu'il existe une offre en réhabilitation psychosociale sur le département, qui est proposée soit par des établissements de santé publics ou privés. Cependant, celle-ci est insuffisante, peu visible et méconnue. Cette offre nécessiterait d'être mieux structurée et mieux organisée afin d'en faciliter la lisibilité et permettre une meilleure orientation des patients en fonction de leurs besoins.

Depuis juillet 2020, un centre référent pour la réhabilitation psychosociale a été mis en place sur la région Provence-Alpes-Côte d'Azur afin d'accompagner les acteurs dans cette démarche de développement. Celui-ci est actuellement basé à Marseille, à l'hôpital de La Timone.

B. Objectif général

- Développer l'offre de réhabilitation psychosociale et son organisation sur le département des Bouches-du-Rhône

C. Objectifs opérationnels

- Informer et sensibiliser sur la réhabilitation psychosociale
- Aider à la structuration des projets de réhabilitation psychosociale et au développement des centres de proximité, (à minima 1 à 2 centres de proximité par bassin de psychiatrie sur le département)
- Favoriser la montée en compétences des professionnels
- Favoriser le suivi de la mise en place des projets
- Donner de la visibilité sur le réseau dans le département

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Informier et sensibiliser

- Création d'un site internet :
 - ⇒ Pour la présentation du centre référent pour la réhabilitation psychosociale et de ses missions
 - ⇒ Présenter la réhabilitation psychosociale
 - ⇒ Recrutement d'un futur chargé de communication
- Construction d'un webinaire pour se faire connaître des partenaires et présenter la réhabilitation psychosociale
- Diffusion de l'information de manière formelle (envoi mails au réseau), et informelle lors de réunions ou rencontres avec divers acteurs de la santé mentale)

¹¹⁵ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-rehabilitation->

¹¹⁶ INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires

Aide à la structuration des projets

- Organiser des rencontres avec les acteurs souhaitant s'engager dans la mise en place d'une prise en charge de réhabilitation psychosociale :
 - ⇒ Préparation de la première rencontre par envoi de documentation, vidéos, questionnaires
 - ⇒ Déplacement sur place pour rencontrer l'équipe : (1/2 journée ou journée entière)
 - Présentation du projet envisagé par le partenaire
 - Faire un état des lieux (constitution de l'équipe, moyens, locaux, niveau de formation et de connaissance sur la réhabilitation psychosociale, rétablissement)
 - Evaluation du niveau de connaissance et de formation, des pratiques (réhabilitation psychosociale, rétablissement...)
 - Analyse des besoins et des limites
 - ⇒ Etablir un bilan, proposition d'un plan pour une mise en place opérationnelle du projet

Montée en compétences des professionnels

- Mise en place de formations :
 - ⇒ A la réhabilitation psychosociale
 - ⇒ A des outils de la remédiation cognitive
 - ⇒ Autres outils de la réhabilitation psychosociale (psychoéducation, pleine conscience, groupes motivation addictions...)
 - ⇒ Formations proposées sur le centre référent ou en e-learning

Suivi de la mise en place des projets

- Mise en place d'outils de suivi :
 - ⇒ Proposer un soutien et un suivi, après mise en place du projet, avec au moins deux rencontres par an

Visibilité du réseau

- Cartographier l'offre en réhabilitation psychosociale sur le département
- Assurer sa diffusion (brochure, répertoire, sur le futur site internet)

Sensibiliser et former les professionnels en devenir

- Participer à la formation des futurs professionnels de santé et du médico-social dès la formation initiale en créant des partenariats avec les IFSI / IRTS, les écoles d'ergothérapeutes, de psychomotriciens...

E. Bénéficiaires

Professionnels du soin (centres de santé, les psychologues, infirmiers, étudiants en médecine, médecins psychiatres), pairs aidants, professionnels du social et médico-social (travailleurs sociaux).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur** : centre référent pour la réhabilitation et le rétablissement PACA

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de centres de proximité en réhabilitation psychosociale mis en place
- Nombre d'équipes accompagnées à la mise en place d'une offre de prise en charge en réhabilitation psychosociale
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de personnes formées
- Supports d'information créés

* Indicateurs qualitatifs :

- Utilisation de l'Echelle de rétablissement
- Profile des professionnels formés
- Zone géographique d'exercice des participants
- Typologie des structures (établissement publics, privés, centres de santé...)

J. Début et fin de l'action

En cours

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°34

Généraliser les directives anticipées en psychiatrie

Sous-axe : Réduire le recours aux soins sans consentement

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

Une personne ne peut sans son consentement, ou le cas échéant sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques. Cependant, des soins psychiatriques sans consentement sont autorisés sous réserve du respect d'un certain nombre de conditions prescrites par le code de la santé publique. Les soins sans consentement sont une spécificité de la psychiatrie¹¹⁷. La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est aussitôt, ou dès que son état le permet, informée de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours et des garanties ainsi que des décisions prises à son endroit et des raisons qui les motivent. À tout moment le consentement de la personne doit être recherché et respecté chaque fois qu'elle est apte à exprimer sa volonté. Lorsque l'état d'une personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement le permet, une transformation générale de la mesure en soins libres doit être recherchée. Il s'agit d'une décision qui revient à l'auteur de la mesure et non au médecin¹¹⁸.

Les acteurs ayant participé au diagnostic déplorent un recours de plus en plus fréquent aux soins sans consentement et aux procédures dérogatoires. Le taux d'hospitalisation sans consentement (pour 100 000 habitants, de plus de 18 ans, hors UMD) tous modes légaux confondus est inférieur dans le département (105,8) comparativement aux taux régional (115,5) et au taux national (114,7). Cependant le taux de recours en cas de péril imminent (SPI) est bien supérieur dans le département (32, 5), alors que ce taux s'élève à 27,5 au niveau régional et 26,5 au niveau national¹¹⁹.

La question des soins sans consentement est peu prise en compte par les acteurs de la santé mentale et devrait faire l'objet de plus de réflexion. Certains outils de droit commun, tels que la désignation de la personne de confiance ou les directives anticipées incitatives psychiatriques¹²⁰ sont peu utilisés par les acteurs de la psychiatrie. A l'instar du plan de gestion de crise (le Wrap : Wellness Recovery Action Plan¹²¹), qui renforce le pouvoir d'agir, les directives anticipées permettraient de réduire le recours aux soins sans consentement, de renforcer l'alliance thérapeutique avec les soignants, d'améliorer le dialogue avec l'entourage et de favoriser la continuité dans les soins et un parcours de vie sans rupture.

B. Objectif général

- Promouvoir le recours aux directives anticipées incitatives psychiatriques (DAiP) afin d'avoir un impact favorable sur le recours aux soins sans consentement et de renforcer le pouvoir d'agir des usagers

¹¹⁷ Parcours de santé. Vos droits. Fiche 6 : les soins psychiatriques, *ministère des solidarités et de la santé*, 2019-03-20 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-6-les-soins-psychiatriques>

¹¹⁸ Fiche mémo. Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures, *HAS*, 2018-03, 5 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-04/fiche_memo_-_aide_a_la_redaction_des_certificats_et_avis_medicaux_dans_le_cadre_des_soins_psychiatriques_sans_consentement.pdf

¹¹⁹ COLDEFY Magali, GANDRE Coralie, Atlas de santé mentale en France, *Irdes*, 2020, 160 p. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

¹²⁰ Etude sur les directives anticipées incitatives en psychiatrie, *Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive*, S.d. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en-psychiatrie>

¹²¹ GREACEN Tim, JOUET Emmanuelle, Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA, *L'information psychiatrique*, vol. 89 no. 5, 2013, pp. 359-364 <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-5-page-359.htm>



C. Objectifs opérationnels

- Sensibiliser les professionnels soignants aux problématiques des soins sans consentement, à l'utilisation des DAiP et au mouvement du rétablissement de façon plus globale
- Favoriser une meilleure connaissance des personnes primo-concernées et de leur entourage sur l'existence des DAiP et leur utilisation
- Accompagner les usagers, leur entourage et les équipes soignantes à la mise en place des directives anticipées, à terme, sur l'ensemble des établissements publics de psychiatrie du département

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Sensibiliser les professionnels soignants aux problématiques des soins sans consentement

1. Faire évoluer les pratiques des professionnels soignants spécialistes
 - Organiser des formations à l'accompagnement à la rédaction de DAiP de tout professionnel intervenant auprès de personnes vivant les troubles psychiques (psychiatres, IDE, aides-soignants, psychologue médiateur santé pair, assistant social...)
 - Intégrer dans les formations initiales des professionnels de santé, médecins et infirmiers, les notions de rétablissement et spécifiquement des outils tels que les DAiP.
 - Mettre en place un groupe de réflexion des professionnels des services des urgences pour réfléchir à l'intégration dans leur pratique l'utilisation des DAiP pour que celles-ci soient appliquées dès l'arrivée du patient aux urgences psychiatriques
2. Former dans un second temps les autres professionnels
 - Formation sur les soins sans consentement
 - À destination de tout professionnel accompagnant des personnes vivant avec des troubles (professionnels du social, médical, médico-social, des mandataires judiciaires, des professionnels de la justice...)

Privilégier pour l'ensemble de ces formations une dispensation par un binôme de formateurs : professionnels/personnes primo-concernée ou travailleur pair pour favoriser la déstigmatisation auprès des professionnels dans le même temps.

Favoriser une meilleure connaissance des personnes primo-concernée et de leur entourage

- Informer les usagers et les aidants sur l'outil des DAiP
 - ⇒ Via le livret d'accueil en hospitalisation psychiatrique
 - ⇒ Information orale par les soignants au moment de l'entretien d'accueil
 - ⇒ Tout au long de l'hospitalisation via les IDE et psychiatres
 - ⇒ Dans le cadre du suivi en ambulatoire, en consultations
 - ⇒ Par les représentants des usagers (qui adopteraient des pratiques d'aller vers les usagers en service d'hospitalisation)
 - ⇒ Via des affiches dans le service, notifiant l'existence des DAiP et des ressources (numéro de téléphone ou sites web) permettant d'en savoir plus
 - ⇒ Informer sur la personne de confiance et son rôle
- Former les usagers et aidants à l'outil des DAiP
 - ⇒ Lors de groupes de travail/d'échanges (ex : Cofor), en atelier d'éducation thérapeutique du patient à l'hôpital, lors de groupes d'usagers non mixtes...
 - ⇒ Animés par des acteurs formés à l'outil (médiateurs santé pairs, soignants, travailleurs sociaux), en entretien individuel dédié à la rédaction de DAiP
- Former les personnes de confiance sur leurs droits et possibilités d'actions (exemple : préparer la rencontre avec le juge des libertés)

Accompagner à la mise en place des DAiP

S'inspirer de ce qui est en train de se faire du côté de l'enquête sur les directives anticipées¹²²

¹²² Etude sur les directives anticipées incitatives en psychiatrie, *Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive*, S.d. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/etude-sur-les-directives-anticipees-incitatives-en-psychiatrie>

- Définir des protocoles et des procédures communes :
 - ⇒ S'accorder sur la dénomination commune « Directives Anticipées » en y associant systématiquement « en psychiatrie » (DAiP) ou « en santé mentale », afin de ne pas confondre avec les directives de fin de vie
- Utilisation d'une trame commune du document
- Définir la procédure de rédaction :
 - ⇒ Rédaction des DAiP avec un médiateur de santé pair
 - ⇒ Hors période de crise, quand la personne est capable de discernement
- Définir la périodicité de la réactualisation car c'est un document qui évolue tout au long du parcours, réadaptation, notamment à des moments clés, comme après une hospitalisation, une période difficile, un début de crise...
- Définir les procédures d'archivage
 - ⇒ Intégrer les DAiP dans le dossier patient informatisé
 - ⇒ Programmer une alerte s'il y a un passage en service d'urgences psychiatriques, pour notifier l'existence de DAiP directement à l'ouverture du dossier
- Définir les professionnels autorisés à intégrer les DAiP au dossier informatique du patient

E. Bénéficiaires

Professionnels du secteur psychiatrique, médico-social, usagers, aidants.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : équipe du centre de référence en réhabilitation psychosociale
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, Plateforme ESPERpro, CoFor, les représentants des usagers Réhabilitation Psychosociale, les structures médico-sociales accueillant des usagers du système psychiatrique, les associations d'usagers et leurs aidants (UNAFAM, FNAPSY), PSYCOM, l'ODDU (observatoire des droits des usagers de drogue et de la psychiatrie), Juges des Libertés, Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté GRIEPS

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de professionnels formés
- Nombre d'usagers formés
- Nombre de DAiP renseignées dans le logiciel CIMAISE

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs ayant bénéficié des formations

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°35

Développer les lieux de répit en alternative à l'hospitalisation

Sous-axe : Réduire le recours aux soins sans consentement

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

Le diagnostic territorial met en avant un recours encore important aux soins sans consentement, et des durées moyennes annuelles d'hospitalisation plus importantes sur le département, comparé aux niveaux régional et national, et ce quel que soit le motif d'hospitalisation. Les conditions des soins sans consentement sont dénoncées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (Hazan, 2020) et par la rapporteuse spéciale des Nations Unies sur le droit des personnes handicapées (Devandas, 2019). L'OMS s'est engagée depuis 2005 en Europe pour la réduction des hospitalisations sans consentement, tout comme la France (feuille de route santé mentale et psychiatrie, 2018).

Les acteurs soulignent un manque de dispositifs alternatifs aux hospitalisations, notamment pour les personnes qui ne souhaitent pas être hospitalisées, en accord avec les données de recherche. « *En France, [...] le développement des alternatives à la prise en charge hospitalière à temps plein reste insuffisant.* » (Coldefy, 2012, p.6) alors que l'absence d'alternative est un facteur augmentant le risque d'hospitalisation sans consentement (Lorant et al., 2007).

Il existe sur le département un Lieu de Répit, mis en place par l'association Just qui accueille en hébergement temporaire des personnes en situation de crise psychique. Une chambre individuelle ainsi que des lieux collectifs sont mis à disposition dans une approche communautaire et l'accompagnement est réalisé par une équipe non médicalisée, présente de 8h à 21h. Le suivi médical est assuré par une équipe mobile de crise ou par les dispositifs existants (libéral, hospitalier ou CMP). Les acteurs du PTSM proposent de développer les lieux de répit, dispositif alternatif permettant de diminuer les temps d'hospitalisation ou de les éviter.

B. Objectif général

- Développer des lieux de répit dans l'objectif d'éviter le recours à l'hospitalisation systématique des personnes en situation de crise psychique

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser l'implantation de lieux de répit dans le département
- Essaimer et affiner le modèle d'intervention
- S'appuyer sur les résultats de l'expérimentation en cours

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Préalablement à la création

- Identifier les territoires où pourraient être implantés les lieux de répit
- Constituer et organiser des équipes comprenant une majorité de travailleurs pairs (quotité du temps de travail, qualités et compétences attendues, etc.)
- Définir les modalités d'orientation et de fin d'accompagnement (partenariats, coordination des soins, implication de la personne et de son entourage)

Modèle d'intervention

- Animer le lieu selon une approche communautaire
- Organiser des rencontres avec le réseau de la personne type Open Dialogue
- Proposer un accompagnement individualisé basé sur le principe du rétablissement
⇒ Présentation des outils du rétablissement (directives anticipées, plan de rétablissement, personne de confiance etc.)

- ⇒ Organisation de temps individuels et collectifs de partage d'expérience avec des pairs
- ⇒ Contextualiser la situation de crise dans un parcours de vie

Besoins organisationnels

- Temps de formation et de réflexivité collective en fonction des besoins repérés par les équipes d'intervention
- Prévoir une répartition du temps de travail permettant d'assurer la prise d'informations et la communication

E. Bénéficiaires

Equipes souhaitant développer un lieu de répit.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : établissement de soins en psychiatrie (publics et privés), CMP de secteur, acteurs du médico-social, CCAS, associations d'usagers, plateforme des médiateurs de santé pairs....

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de lieu de répit créés
- Nombre de personnes accueillies
- Recours aux hospitalisations

* Indicateurs qualitatifs

- Satisfaction des personnes accueillies, de leur entourage et des professionnels de santé
- Réduction de la symptomatologie
- Qualité de vie perçue

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°36

Mieux prendre en compte l'entourage

Sous-axe : Favoriser la prise en compte des patients et de leur entourage

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Selon le diagnostic territorial, l'expérience des aidants et de l'entourage sont encore peu pris en compte et peu reconnus dans la prise en charge des usagers. Il est important que l'entourage soit pris en compte dans l'établissement du plan de rétablissement de la personne, pour renforcer l'alliance thérapeutique.

Mais cette pratique n'est pas encore intégrée par l'ensemble des services de soins. Certains freins à cette implication ont été mis en avant, tels que : le manque de reconnaissance de la place des usagers dans tous les dispositifs qui le concernent, le secret médical ou professionnel qui peut être invoqué par les équipes soignantes, alors qu'il convient de fonctionner avec le consentement de la personne, ou encore le manque de formation en ethnopsychiatrie, lorsque le patient et son entourage sont d'une culture différente.

Malgré l'existence de dispositifs ou d'actions qui viennent en aide aux familles et à l'entourage, tels que le programme Profamille, mis en place par l'UNAFAM, ou encore des équipes de soins qui mettent en place des groupes familles, ceux-ci se sentent peu accompagnés et peu soutenus. Ils sont souvent désemparés et peu informés sur la maladie, les lieux ressources et le fonctionnement du système de prise en charge en psychiatrie, surtout lorsqu'il s'agit d'une première prise en charge.

En ce qui concerne la prise en charge médicale, l'entourage peut avoir le sentiment d'un manque d'information de la part de l'équipe médicale et d'un manque de disponibilité de celle-ci.

B. Objectif général

- Mieux prendre en compte l'entourage, par les professionnels de soins, dans le cadre de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels

- Développer des temps de rencontres entre les usagers, leur famille et les professionnels
- Mieux informer les familles sur les troubles psychiques et la prise en charge mise en place pour leur proche concerné et développer leurs compétences
- Permettre l'écoute des familles

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Développer des temps d'échanges au sein des hôpitaux et dans les CMP entre les usagers, l'entourage et les professionnels
 - ⇒ En proposant des temps de rencontres individuelles avec l'entourage, la personne concernée et les professionnels
 - ⇒ En développant davantage les groupes de paroles familles au sein des services hospitaliers ou en CMP
- Déployer les programmes de psychoéducation en direction des familles et entourage, tels que Profamilles, programme Ensemble ...ou toute autre formation permettant de renforcer le lien entre usagers, familles et professionnels

E. Bénéficiaires

Familles, entourage
 Professionnels de santé
 Usagers

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, CMP, UNAFAM, tout autre acteur proposant des programmes de psychoéducation
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : A définir

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de groupes familles organisés et nombres de familles participantes
- Nombre de rencontres individuelles avec les familles organisées
- Nombre de formation en psychoéducation réalisées et nombre de participants

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie de l'entourage qui participe aux groupes (parents, frères, sœurs...)
- Satisfaction des participants
- Satisfaction des équipes soignantes

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°37

Déploiement de l'Open Dialogue

Sous-axe : Favoriser la prise en compte des patients et de leur entourage

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

En France, l'offre de soin disponible pour les personnes en situation de crise psychique est limitée, ce qui augmente les risques de soins sans consentement¹²³. Ceux-ci sont en augmentation depuis une dizaine d'années¹²⁴, et leur réduction est une priorité de la feuille de route santé mentale et psychiatrie.

Pour ces raisons, des services de l'AP-HM et de JUST se sont intéressés à l'Open Dialogue. Cette méthode, développée à partir de 1980 en Finlande avant de s'étendre à l'international, répond au besoin des usagers et de leurs familles d'être impliqués dans leur parcours de soin. Les résultats des études semblent encourageants : ils montrent une réduction notable des hospitalisations¹²⁵, ainsi qu'une diminution des symptômes psychotiques résiduels et du taux de rechute¹²⁶. Et au-delà des symptômes psychotiques, cette approche favorise le rétablissement global de la personne.

Pour parvenir à ces résultats, l'Open Dialogue s'appuie sur 7 principes : l'aide immédiate (<24h), l'inclusion du réseau social, la flexibilité dans la réponse aux besoins, la responsabilité du suivi, la continuité psychologique, la tolérance à l'incertitude et l'instauration d'un dialogue ouvert.

Après deux voyages d'études, une initiation a été organisée à Marseille, en 2018. Les services ont confirmé leur envie de s'outiller pour travailler en réseau. Actuellement, plusieurs équipes sur le territoire marseillais se forment à cette méthode.

B. Objectif général

- Déployer davantage la méthode Open Dialogue auprès des professionnels de soins en psychiatrie et des professionnels du social et médico-social accompagnant des personnes souffrant de troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels :

- Formation des équipes de crise et de suivi intensif (de type *Assertive Community Treatment*) et de toutes les autres équipes de soin et/ou du social intéressées à l'Open Dialogue
- Accompagner l'application du modèle par une Recherche-Action
- Informer et sensibiliser sur l'Open Dialogue

¹²³ Lorant, V., Depuydt, C., Gillain, B., Guillet, A. & Dubois, V. (2007). Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 42. 360–365. doi.org/10.1007/s00127-007-0175-2

¹²⁴ COLDEFY Magali, FERNANDES Sarah, LAPALUS David, Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, *Questions d'économie de la santé*, n°222, 2017-02, 8 p.

¹²⁵ Svedberg, B., Mesterton, A., & Cullberg, J. (2001). First-episode non-affective psychosis in a total urban population: A 5-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 36(7), 332–337. doi.org/10.1007/s001270170037

¹²⁶ PETERSEN L., JEPPESEN P., THORUP A. (et al.) A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness, *BMJ*, 2005-09-17, vol. 331, p. 7517 [doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01](https://doi.org/10.1136/bmj.38565.415000.E01)

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Organisation de sessions de formation :
 - ⇒ Une première session de formation initiale (cycle 1 : 20 jours) par des formateurs Open Dialogue (UK, Finlande, Suède). Cette formation est en cours et concerne 36 professionnels de 5 services différents : ULICE, MARSS, réhabilitation psychosociale, LEAF (AP-HM) et Lieu de Répit (JUST)
 - ⇒ La formation de pratique avancée (cycle 2 : 16 jours) aura lieu en 2021, en même temps que le lancement d'un nouveau cycle 1 pour 36 autres professionnels
 - ⇒ En 2022, en parallèle d'un troisième cycle 1 et d'un deuxième cycle 2, 10 professionnels seront positionnés sur la formation de formateurs (40 jours sur 2 ans) afin d'avoir un bassin de formateurs francophones pour 2024
- Lancement d'une Recherche-Action Participative pour coconstruire les modalités de mise en place de l'Open Dialogue sur le territoire :
 - ⇒ Documenter et accompagner la modélisation de l'approche dans chaque service et entre les services
 - ⇒ Recueillir et analyser une première série de données
 - ⇒ Écrire un protocole de recherche randomisée pour dépôt d'un Programme de Recherche et d'Évaluation sur la Performance du Système de soins (PREPS) à la DGOS en 2022
- Sensibilisation des usagers, de leur entourage et des autres professionnels à l'Open Dialogue au travers d'évènements (journée d'information, colloque, etc.) ou d'autres moyens de communication (publications, etc.)

E. Bénéficiaires

Priorité aux équipes de crise, puis dans un second temps, élargir aux autres équipes intéressées (SAMSAH, SAVS, CMP, réhabilitation psychosociale, GEM, EsperPro, etc.).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : AP-HM et JUST
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : hôpitaux psychiatriques publics du département AiLSI, Médecins du Monde, Un Chez Soi d'Abord, GCSMS santé mentale et habitat

G. Budget/Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

Pour la Recherche-Action prévoit les indicateurs suivants :

- Nombre d'équipe formées et typologie des acteurs formés
- Nombre de situation de crise prises en charge par service
- Nombre de réunions partenariales "interéquipes"
- Typologie des personnes présentes à chaque réunion interéquipes
- Temps écoulé entre le repérage et la première rencontre OD
- Pourcentage d'intervenants se sentant capables de repérer un besoin de soutien et d'organiser une réunion réflexive avec le réseau de la personne (famille, professionnels, etc.)
- Nombre de rencontres réflexives, dites "de réseau" avec la personne et son entourage
- Typologie des personnes présentes à chaque rencontre de réseau
- Taux d'implication des familles
- Pourcentage de personnes concernées et pourcentage d'aidants exprimant une diminution de leur souffrance
- Taux de satisfaction des intervenants sur les effets de l'alliance thérapeutique

- Pourcentage d'intervenants se déclarant en capacité d'impliquer l'entourage
- Augmentation du sentiment d'être entendu et reconnu
- Taux de satisfaction des bénéficiaires et de leur famille sur la réponse aux besoins et la flexibilité de l'accompagnement
- Typologie des différents traitements proposés pour la résolution de crise
- Nombre de réunions réflexives
- Taux de satisfaction des bénéficiaires et de leur famille sur la régularité et l'intensité de l'accompagnement
- Taux de perdus de vue
- Taux de satisfaction sur la qualité du lien
- Pourcentage des acteurs (usagers, familles, professionnels) déclarant pouvoir tolérer l'incertitude et accepter de ne pas trouver de solutions immédiates à la crise
- Sentiment des usagers et de leur famille de pouvoir donner un sens partagé à la crise

J. Début et fin de l'action

En cours

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°38

Développer les formations en rétablissement

Sous-axe : Favoriser la prise en compte des patients et de leur entourage

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Le rétablissement est un processus personnel au travers duquel la personne va se réapproprier sa vie, pour reprendre le contrôle et retrouver son pouvoir d'agir. Il s'agit d'une « démarche personnelle et unique, visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités ou/et les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale. »¹²⁷. Le rétablissement ne se base donc pas uniquement sur l'amélioration de l'état de santé, la diminution des symptômes ou la stabilisation de traitement.

De nombreuses pratiques se développent aujourd'hui sur le département, en se basant sur le rétablissement, telles que la réhabilitation psychosociale, l'accompagnement dans le cadre du « un chez soi d'abord », l'accompagnement à l'emploi dans le cadre du Working First... Il existe également le CoFor (Centre de formation au rétablissement) qui permet aux usagers de se former, au travers d'un parcours individualisé et personnalisé, à travers différents modules « conçus comme des outils de connaissance de soi, de ses troubles et des moyens d'y faire face »¹²⁸.

Les acteurs qui ont participé à l'élaboration du PTSM et particulièrement les usagers, souhaitent que les formations au rétablissement soient davantage développées auprès des professionnels mais également auprès des usagers eux même. Ces derniers, ainsi que leur entourage étant peu formés ou informés sur les notions de l'empowerment et de l'espoir.

B. Objectif général

- Développer les formations sur le rétablissement auprès des professionnels et usagers afin de favoriser le développement des prises en charge en santé mentale basées sur le rétablissement

C. Objectifs opérationnels

- Faire évoluer les représentations des professionnels et des usagers
- Améliorer les connaissances des professionnels en cours de formation sur le rétablissement
- Améliorer la connaissance des usagers sur le principe du rétablissement
- Favoriser l'implantation des outils d'auto-supports (wrap, plan de rétablissement, directives anticipées)
- Donner de la visibilité et partager l'expérience des équipes en rétablissement

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Sensibiliser et former les professionnels :
 - ⇒ Recenser les structures pouvant être intéressées à la formation et à la sensibilisation de leurs professionnels
 - ⇒ Intervenir au sein des structures et aborder la formation au rétablissement sous différents formats (formations en présentiel dans le cadre de la formation professionnelle, MOOC, capsules, visio-conférences, supervisions, sessions de formation ponctuelles)

¹²⁷ <https://centre-ressource-rehabilitation.org/-retablissement->

¹²⁸ <https://www.solidarite-rehabilitation.org/projet-cofor-centre-de-formation-retablissement/>

- Sensibiliser et former les professionnels en devenir :
 - ⇒ Participer à la formation des futurs professionnels de santé et du médico-social dès la formation initiale en créant des partenariats avec les IFSI / IRTS
 - ⇒ Intervenir dans la formation des internes en psychiatrie afin de les sensibiliser à la théorie et aux outils du rétablissement (partenariat avec le CoFoR dont le séminaire optionnel des internes)
- Sensibiliser et former les usagers et leur entourage :
 - ⇒ Recenser les structures intéressées par la sensibilisation des primo-concernés,
 - ⇒ Mettre en place une campagne de formation destinée aux usagers (GEM, CMP, cliniques, hôpitaux généraux, médecine de ville, CAARUD, CSAPA, etc.), en proposant une série de modules (rétablissement, entretien motivationnel, approche par les forces, communication non-violente, Open dialogue...)
 - ⇒ Proposer des formations pour encourager les personnes volontaires à l'animation de groupes de parole, dédiés à la sensibilisation des usagers au sein des structures qui prennent en charge les patients (mêmes exemples que ci-dessus) et former au développement de la pair émulation (groupes auto-support pour le transfert de compétences des médiateurs de santé professionnels et des travailleurs pairs volontaires)

Le contenu des formations sera adapté en fonction des publics concernés (professionnels, usagers, aidants, etc.).

- Partager les expériences des équipes en rétablissement :
 - ⇒ Organiser des séminaires ou colloques autour de la faisabilité et de l'opérationnalisation des bonnes pratiques (orientées vers le rétablissement) dans différents dispositifs de soin
 - ⇒ Diffuser des témoignages de professionnels, de médiateurs de santé et d'usagers sur la complémentarité des savoirs, dans le rétablissement des personnes concernées

E. Bénéficiaires

Usagers, familles, associations auto-support, proches, équipes professionnelles, pluridisciplinaires, (sanitaires, sociales, médico-sociales).

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : tout autre acteur pouvant dispenser des formations au rétablissement
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : GEM, Solidarité réhabilitation, U.N.A.F.A.M, fédération des associations solidaires, CoFor, ODIS-C, centre de référence en réhabilitation psychosociale...

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de formations réalisées
- Nombre personnes formées (usagers et professionnels)
- Echelles d'empowerment auprès des usagers

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des professionnels formés
- Typologie des établissements ayant sollicité les formations

- Evaluation des pratiques auprès des établissements et des associations formés
- Evaluation en fin de formation auprès des publics formés
- Auto-questionnaires et évaluation des pratiques (professionnels)
- Echelles de qualité de vie des personnes formées (usagers)

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



AXE 3

Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale
et la citoyenneté des personnes en situation
de handicap psychique

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHE ACTION

Action n°39

Renforcer la fonction de pair aidant par la mise en place d'une formation sur le département

Sous-axe : Améliorer les dispositifs et l'intervention des pairs-aidants

Priorité du PTSM : 2



ACTION FINALISEE

AXE 3

A. Contexte

Les pairs aidants professionnels sont en nombre insuffisant pour répondre à la demande sur le département. Leurs fonctions et les missions qu'ils remplissent sont très sollicitées.

Une plateforme territoriale, portée par l'association ESPER Pro a été financée en début d'année 2020. Elle a pour objectif de contribuer à la professionnalisation du métier de travailleur pair en mettant des médiateurs en situation professionnelle et en réunissant des pairs aidants moins expérimentés. La plateforme permet à la seconde catégorie d'accéder à la fonction en se formant, puis en découvrant le métier dans les équipes du réseau.

De plus, cette plateforme constitue une interface privilégiée entre les candidats et les équipes et propose des formations spécifiques à l'accueil et à l'intégration du médiateur.

Ainsi la demande en termes d'accès est forte, or peu de formations qualifiantes sont disponibles en France.

B. Objectif général

- Former les pairs aidants professionnels en leur donnant accès à une formation qualifiante et/ ou diplômante et à un accompagnement dans le processus de professionnalisation. Cette formation sera accessible à l'ensemble des personnes intéressées sur la région PACA
- Faire reconnaître cette formation et qualification par les pouvoirs publics et les professionnels de la formation, du travail et de l'emploi (et ainsi "renforcer la fonction de pair aidant" dans sa dimension professionnelle dans le champ des métiers du médico-social)

C. Objectifs opérationnels

- Selon le modèle Nord Américain : rendre "qualifiante" l'expérience personnelle de la maladie mentale (exemple de la VAE)
- Mettre en place une formation accessible sur le territoire en s'inspirant de modèles déjà existants à Paris et à Lyon ou dans d'autres pays (diplôme universitaire, licence en sciences sanitaire et sociale, diplômes en co-construction entre associations et instituts de formation)
- Contribuer ainsi (avec la formation / le nouveau diplôme) à l'amélioration des conditions de recrutement en vue d'une plus grande transparence et comparabilité concernant la qualification, la rémunération et finalement la reconnaissance du métier dans le milieu médical, médico-social et envers les acteurs de l'emploi
- Œuvrer à la reconnaissance du métier (code ROME et RNCP)

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Développement et création d'une formation :

- Créer un groupe de travail au niveau régional pour rassembler des acteurs de l'emploi et de la formation (Isatis, IRTS, pôle emploi, cap emploi, IFSI, université Aix-Marseille, DIRECCTE, etc.)
- Créer un comité de pilotage pluridisciplinaire chargé de planifier l'organisation d'une nouvelle formation qualifiante sur le territoire ⇒ établir un rétroplanning
- Constituer une équipe pédagogique pour définir le contenu de la formation (formation en 6/12 mois en différents modules à Marseille), en tenant compte des initiatives commencées autour du 5ème module du CoFoR → collaboration éventuelle avec l'IRTS des Salyens ("intitulé" et "niveau" du diplôme à définir par le comité)

- Sélection et recrutement des intervenants et des formateurs
- Définir les coûts en termes de logistique (hébergements, repas, déplacements, etc.)
- Définir le montant pris en charge par l'organisation ainsi que le coût éventuel de la formation
- Définir le montant des rémunérations

Au niveau régional, cette dynamique (création et développement d'une formation) permettra de former régulièrement de nouveaux médiateurs santé pairs et de mobiliser, en continu, les médiateurs en exercice. Il s'agira également de renforcer les initiatives locales et le développement de ce qui existe déjà : 5ème module du COFOR (non finalisé), formations internes et externes d'ESPER Pro.

E. Bénéficiaires

Potentiellement : tous les usagers du système de santé et des services médico-sociaux souhaitant acquérir des compétences dans la médiation en santé.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : ESPER Pro
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Isatis, IRTS, pôle emploi, cap emploi, IFSI, université Aix-Marseille, DIRECCTE, CoFor

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées par le comité de pilotage
- Nombre de participants
- Nombre de pairs aidants recrutés par la suite

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs ayant participé aux réunions
- Bilan et comptes rendus
- Programme de la formation
- Evaluation des formations auprès des étudiants et des intervenants

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Région PACA et régions voisines

Action n°40

Pérenniser la plateforme ESPER Pro

Sous-axe : Améliorer les dispositifs et l'intervention des pairs aidants

Priorité du PTSM : 2

A. Contexte

Les pairs aidants professionnels sont en nombre insuffisant pour répondre à la demande sur le département. Leurs missions et leurs fonctions ne sont pas toujours bien identifiées, ni par les bénéficiaires, ni par les professionnels, ni par les administrations.

Une plateforme territoriale, portée par l'association ESPER Pro, a été financée en début d'année 2020. Elle a pour objectif de contribuer à la professionnalisation du métier de travailleur pair en réunissant, entre autres, des médiateurs de santé (MSP) professionnels et des pairs aidants professionnels en apprentissage. Cette plateforme permet aux pairs aidants professionnels novices d'accéder à la fonction, de découvrir le métier dans des équipes du réseau puis de se former à la pratique. Elle constitue également un point d'ancrage pour les médiateurs de santé expérimentés et finalement une interface privilégiée entre les candidats et les structures qui pourront bénéficier de formations spécifiques.

Cependant, les ressources économiques, techniques et logistiques doivent être pérennes et surtout évolutives pour répondre à la demande et permettre à la plateforme d'essaimer, de partager son expérience et de rendre possible un transfert de compétences depuis ESPER Pro vers d'autres antennes départementales (encouragées par l'existence de la plateforme)

B. Objectif général

- Augmenter le nombre de groupes auto-supports, leur rayonnement, et encourager la pair émulation à l'échelle départementale

C. Objectifs opérationnels

- Soutenir et accompagner les pairs aidants de la région PACA (dans les départements) à la structuration de collectifs autour du rétablissement et de la pair-aidance
- Augmenter le nombre de pairs aidants
- Améliorer la connaissance et la reconnaissance des compétences et de l'utilité de la fonction et des missions des médiateurs de santé-pair, chez les usagers, leurs proches et les professionnels de santé (information, sensibilisation et formations)
- Accompagner les médiateurs de santé au sein des équipes (formation, supervision, etc.)
- Faciliter l'accès à des postes pérennes dans des conditions favorables
- Encourager les rencontres avec des équipes mobiles, les usagers, les familles et les aidants

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Soutenir et accompagner les pairs aidants de la région PACA

- Animer des temps de travail dans les associations d'usagers partout dans la région
- Partager notre connaissance des pratiques innovantes en créant une communauté de pratiques
- Créer et coanimer une médiathèque (centre de ressources documentaires),
- Participer, sur invitation, aux réunions des associations d'usagers sur la définition des objectifs
- Constituer des référentiels de process de structuration de plateforme territoriale
- Créer du contenu numérique (vidéos, témoignages, Mooc, formations en ligne, etc.) disponibles gratuitement, à l'attention des associations d'usagers ou des structures auto-support du territoire

Augmenter le nombre de pairs aidants



ACTION FINALISEE

AXE 3

- Créer des formations de formateurs de travailleurs pairs, en élaborant des contenus pédagogiques
- Continuer à former les futurs pairs aidants et avoir la possibilité d'augmenter le nombre de formations internes (1 formation / 2 mois) au sein de la plateforme

Améliorer la connaissance et la reconnaissance des compétences et de l'utilité de la fonction et des missions des médiateurs de santé-pair

- Mise en place de sessions d'information, de sensibilisation et de formations auprès des usagers et de leurs proches

Accompagner les médiateurs de santé au sein des équipes

- 1 formation de base au rétablissement en santé mentale
- 1 journée de formation à la définition d'une fiche de poste
- 1 à 2 journées de formation à l'utilisation des outils de rétablissement (WRAP, DAiP, Entretien motivationnel, approche par les forces, etc.)
- 1 session de supervision de groupe/2mois (équipe + MSP)
- 1 session de supervision individuelle par mois pour le médiateur

Faciliter l'accès à des postes pérennes dans des conditions favorables, et préparer les équipes en amont des recrutements

- Informer et sensibiliser les usagers et les structures à la pair aideance par l'organisation de sessions d'information (d'une demi-journée ou bien d'une journée auprès d'associations d'usagers, d'associations de familles, dans des structures médico-sociales (SAVS, SAMSAH, foyers d'hébergement, les GEM, les maisons d'accueil, les CRP, tiers lieux, les dispositifs d'accès au logement et à l'emploi, CATTP, les centres de formations professionnelles, les ESAT, etc.)
- Travail de préparation dans le réseau de partenaires, en amont, pour instaurer le climat de confiance et faciliter le partage d'information sur le travail en partenariat avec les MSP
- Informer sur les spécificités du poste de MSP au sein d'une équipe pluridisciplinaire,
- Détailler les enjeux liés à la posture professionnelle des membres de l'équipe d'accueil
- Proposer des formations sur les conséquences des maladies psychiques sur le quotidien, la manifestation des symptômes et les traitements

Encourager/favoriser (au quotidien) les rencontres et les liens avec/entre des équipes mobiles, les structures de soin, les usagers, les familles et les aidants

- En proposant des sessions d'informations mensuelles dans les dispositifs du territoire
- En invitant les acteurs du réseau et les partenaires aux réunions associatives
- En proposant des conventions de partenariats sur des actions spécifiques (accompagner les projets professionnels, intervenir dans les situations de rupture de parcours, favoriser l'accès aux soins, aider les usagers à vivre de façon autonome dans leurs logements, etc.).

E. Bénéficiaires

Les usagers du système de santé et des services médico-sociaux, les professionnels du réseau souhaitant engager un médiateur pair dans leur équipe ou s'intéressant à la pair aideance.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur** : ESPER Pro
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : CSAPA Danièle Casanova, ADPEI, GEM, Cliniques privées, Working First, établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, DIRRECTE, Nouvelle aube, GEPIJ, CAARUD, CCOMS, association Just, Solidarité Réhabilitation, Dep'Agir, SEDAP, etc...

G. Budget/Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Recherches-actions sur les bénéfices de l'accompagnement des MPS sur les hospitalisations des personnes accompagnées
- Recherches et évaluation du/sur le fonctionnement de la plateforme (en cours)
- Recherche sur la satisfaction des proches
- Nombre d'équipes formées
- Nombre de personnes formées
- Nombre de médiateurs pairs recrutés
- Nombre de sessions d'information / de sensibilisation
- Nombre de personnes ayant participé aux sessions
- Nombre de supervisions de travailleurs pairs
- Nombre de conventions de partenariats

* Indicateurs qualitatifs

- Evaluation des formations auprès des équipes
- Typologie des équipes ayant recruté un médiateur pair et bénéficié de l'accompagnement de la plateforme
- Typologie des structures où ont été réalisées les sessions d'informations

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Région PACA et éventuellement les régions voisines



Action n°41

Déployer le programme Working First

Sous-axe : Améliorer l'accompagnement vers et dans l'emploi

Priorité du PTSM : 2 et 6

A. Contexte

Le diagnostic territorial du PTSM13 met en évidence des difficultés d'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques et un manque d'accompagnement adapté. Les accompagnements proposés par les professionnels de l'accompagnement à l'accès à l'emploi s'avèrent souvent très longs, inefficaces et mal coordonnés et les professionnels peu formés aux spécificités des troubles psychiques. Il existe des dispositifs proposant un accompagnement vers l'emploi adapté aux personnes souffrant de troubles psychiques mais ceux-ci sont peu nombreux.

Les acteurs ont souhaité que des dispositifs d'accompagnement à l'emploi soient davantage développés et notamment : le Working First, le Clubhouse et les GEM par le développement de leur mission de partenariat avec les acteurs de l'insertion professionnelle.

Le Working First est un programme d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques qui propose un suivi intensif individualisé et illimité dans le temps pour faciliter l'accès et le maintien à l'emploi sur le marché ordinaire. L'accompagnement se base sur les principes de la méthode de « l'individual placement and support » (IPS) et aux pratiques orientées rétablissement. Il n'existe pour le moment qu'une seule structure sur le département.

B. Objectif général

- Déployer le programme Working First sur le département des Bouches-du-Rhône

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser l'accompagnement d'un plus grand nombre de personnes souhaitant retrouver un emploi
- Développer le partenariat avec d'autres acteurs du médical, du social et du médico-social

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Augmenter la capacité d'accueil de l'équipe actuelle sur Marseille, Aubagne et La Ciotat
- Déployer une autre équipe sur les territoires de l'Etang de Berre, d'Aix-en Provence et de Arles-Tarascon
- Elargir les dispositifs partenaires pouvant orienter les personnes : donner la possibilité d'orienter à la psychiatrie de secteur qui est en mesure de jouer le rôle de « l'équipe clinique » fondamental dans le modèle Individual Placement and Support (IPS)

E. Bénéficiaires

Personnes vivant avec des troubles psychiques sévères souhaitant travailler en milieu ordinaire et éprouvant le besoin d'un accompagnement spécifique.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** Working First
- **Partenaire(s) potentiel(s) :** service public de l'emploi, établissements autorisés en psychiatrie du GHT13, cliniques privées, associations ESPER PRO, Massajobs, Nouvelle

aube, Gepij, LDR, Un chez soi d'abord, ARS, chambre de commerce et d'industrie, chambre des métiers, clubs d'entreprises, GIEC, DIRECCTE, Emmaüs Connect

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs

- Nombre de personnes suivies par le Working First
- Nombre des nouvelles structures Working First
- Nombre de personnes orientées
- Nombre des partenaires

* Indicateurs qualitatifs

- Typologie des partenaires orienteurs

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°42

Développer la mission emploi des groupements d'entraide mutuelle

Sous-axe : Améliorer l'accompagnement vers et dans l'emploi

Priorité du PTSM : 2 et 6

A. Contexte

Face au constat fait par les acteurs lors du diagnostic territorial, sur les difficultés d'accès à l'emploi des personnes souffrant de troubles psychiques et un manque d'accompagnement adapté, il a été fait la proposition d'une fiche action portant sur le développement de la mission emploi des groupements d'entraide mutuelle (GEM).

Les GEM s'apparentent à des dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs, constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne.

Le GEM doit s'efforcer d'être une passerelle permettant aux personnes qui le fréquentent de développer une vie sociale satisfaisante en travaillant par exemple sur le retour ou le maintien dans l'emploi¹²⁹ ou, le cas échéant, le recours à des soins et à un accompagnement adapté, en visant prioritairement l'autonomisation des adhérents.

Des relations peuvent être envisagées avec différents organismes, essentiellement dans un souci d'information des adhérents du groupe sur les services auxquels ils peuvent avoir recours, par exemple dans une perspective d'appui au maintien ou au retour vers l'emploi (caisse d'allocations familiales, agence de Pôle emploi, mission locale, etc.).

Les dispositifs GEM, Clubhouse et Working First s'inscrivent tous les trois dans la philosophie du rétablissement. Ces services s'adressant à différents types d'usagers, leur déploiement coordonné sur l'ensemble du territoire permettrait de couvrir une grande partie des besoins de la population cible en termes d'accès et de maintien en emploi envisagés comme des éléments du développement du pouvoir d'agir, de l'amélioration de la qualité de vie et *in fine* du rétablissement des personnes.

B. Objectif général

- Développer la mission emploi des groupements d'entraide mutuelle auprès de leurs adhérents

C. Objectifs opérationnels

- Permettre aux adhérents de développer leurs compétences pour le maniement des outils informatiques
- Favoriser une meilleure connaissance de la part des adhérents des différents acteurs de l'emploi

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Outiller les GEM en moyens humains et numériques pour servir de lieux ressources à leurs usagers souhaitant travailler :
 - ⇒ Acquérir du matériel informatique
 - ⇒ Organiser l'accès au parc informatique de façon régulière pour les usagers
- Mettre en place des ateliers favorisant l'utilisation des outils numériques :
 - ⇒ En interne via un bénévole formateur

¹²⁹ Arrêté du 27 juin 2019 fixant le cahier des charges des groupes d'entraide mutuelle en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles

⇒ Diversifier les accès en permettant l'orientation vers des structures partenaires type Emmaüs Connect

- Organiser des rencontres au sein des GEM avec des acteurs de l'emploi pour présenter leurs missions

E. Bénéficiaires

Adhérents des GEM.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : Les GEM du territoire
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Pôle emploi, Cap emploi, missions locales, les établissements et service d'aide par le travail (ESAT), entreprise d'insertion par l'activité économique, Massajobs, DIRECCTE, Emmaüs Connect

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs

- Nombre de personnes accompagnées
- Nombre d'orientations vers des structures partenaires
- Nombre d'acteurs de l'emploi sollicités
- Nombre de réunions organisées avec des acteurs de l'emploi
- Nombre de personnes ayant retrouvé un emploi

* Indicateurs qualitatifs

- Types de partenaires sollicités
- Types de partenaires rencontrés
- Satisfaction des adhérents (questionnaire de satisfaction, focus group)

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°43

Implanter un Clubhouse sur le département

Sous-axe : Améliorer l'accompagnement vers et dans l'emploi

Priorité du PTSM : 2 et 6

A. Contexte

Face aux difficultés d'accès à l'emploi mises en exergue par le diagnostic territorial (voir le détail dans la contextualisation de la fiche projet sur le Working First), les acteurs ont proposé l'implantation d'un Clubhouse sur le département.

Les Clubhouse sont des lieux d'accueil autogérés non médicalisés, qui proposent un accompagnement adapté aux besoins de chacun. Cet accompagnement, basé sur les principes du rétablissement, porte, d'une part, sur la proposition de rencontres et d'ateliers bien-être (diététique, gym, arrêt du tabac) en fonction des besoins de chacun et, d'autre part, un accompagnement pour la réinsertion professionnelle.

Il existe aujourd'hui quatre Clubhouse à Paris, Bordeaux, Lyon et Nantes. L'objectif de cette fiche action est d'étudier la possibilité d'une implantation d'un Clubhouse sur le département.

B. Objectif général

- Développer l'accompagnement à l'emploi et au maintien dans l'emploi en milieu ordinaire pour les personnes souffrant de troubles psychiques par l'implantation d'un Clubhouse sur le département

C. Objectifs opérationnels

- Etudier la faisabilité de l'implantation d'un Clubhouse sur le territoire des Bouches-du-Rhône

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Définir l'équipe projet constituée d'acteurs du PTSM souhaitant participer au projet
- Contacter clubhouse France et organiser une rencontre afin d'étudier la faisabilité du projet
- Ecrire le projet avec Clubhouse France si le projet d'implantation se concrétise

E. Bénéficiaires

Personnes vivant avec des troubles psychiques sévères souhaitant travailler en milieu ordinaire et éprouvant le besoin d'un accompagnement spécifique.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s) :** à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s) :** Clubhouse France

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir

H. Financier

A définir

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées
- Nombre des participants

* Indicateurs qualitatifs :

A définir

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation presenti

Département

Action n°44

Sensibiliser les professionnels de l'insertion professionnelle et les employeurs sur les troubles psychiques

Sous-axe : Améliorer l'accompagnement vers et dans l'emploi

Priorité du PTSM : 2 et 6

A. Contexte

Dans le diagnostic territorial, les acteurs font le constat que les employeurs, que ce soit dans le milieu ordinaire ou protégé, ne sont pas suffisamment formés ou préparés pour l'accueil et l'intégration de personnes souffrant de troubles psychiques. Cette méconnaissance peut avoir différentes conséquences, telles que de la stigmatisation, la non-adaptation des postes aux spécificités des troubles psychiques, le manque de soutien et d'accompagnement dans l'emploi, le manque de places et de passerelles entre le milieu ordinaire et le milieu protégé, des règlements contraignants et peu souples qui ne répondent pas aux spécificités du handicap psychique.

Ce constat est aussi valable pour les professionnels de l'accompagnement pour l'accès à l'emploi. Ces derniers sont également peu formés sur les questions de santé mentale et des troubles psychiques. L'accompagnement est peu soutenu et s'avère souvent inefficace, trop long et mal coordonné.

B. Objectif général

- Sensibiliser les employeurs et les professionnels de l'insertion professionnelle aux troubles psychiques

C. Objectifs opérationnels

- Sensibiliser et informer les employeurs sur les troubles psychiques
- Accompagner les employeurs pour favoriser l'embauche de personnes souffrant de troubles psychiques
- Sensibiliser les professionnels de l'accompagnement à l'emploi sur les troubles psychiques
- Favoriser la mise en place d'un accompagnement à l'emploi adapté

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Organiser des sessions de sensibilisation :
 - ⇒ Un questionnaire sur les représentations
 - ⇒ Présentation sur les troubles psychiques (exemple de contenu : les ressorts de la stigmatisation, vivre avec un trouble psychique...)
 - ⇒ Mise en situation et jeux de rôle
 - ⇒ Témoignage d'employeurs ayant recrutés des personnes en situation de handicap psychique : retour et témoignage de leur expérience
 - ⇒ Témoignage de personnes en situation d'handicap déjà en poste qui peuvent apporter le témoignage de leur insertion professionnelle
- Proposer un accompagnement aux employeurs :
 - ⇒ Proposer aux entreprises de réaliser gratuitement un audit de leurs ressources humaines
 - ⇒ Pour les différentes étapes du processus d'inclusion professionnelle, telles que le recrutement, l'intégration le recrutement
 - ⇒ Analyser les postes de travail et la définition de compétences nécessaires et des besoins
 - ⇒ Définir les adaptations nécessaires
 - ⇒ Elaborer des stratégies / outils de la gestion des conséquences des troubles psychiques en contexte professionnel



- Assurer un suivi dans l'emploi une fois que le salarié est embauché (entreprise / salariés) :
 - ⇒ Une supervision d'une demi-journée tous les 3 mois pour faire un point sur l'évolution de la personne au sein de l'entreprise, sur les éventuelles difficultés rencontrées et les réajustements ou adaptations éventuelles
- Sensibilisation des professionnels de l'accompagnement :
 - ⇒ Organiser des formations sur les troubles psychiques
 - ⇒ Sensibiliser à la notion de rétablissement
 - ⇒ Sensibiliser à l'accompagnement basé sur le modèle de « l'individual placement and support » (IPS), placement et soutien individuel

E. Bénéficiaires

Les employeurs, les professionnels de l'accompagnement à l'emploi, les personnes présentant un trouble psychique.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : tout autre acteur développant ce type d'actions
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Pôle emploi, cap emploi, PME, DIRECCTE, les entreprises du champ de l'insertion par l'activité économique, ESPER Pro

G. Budget/Moyens Matériels et Humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de personnes ayant retrouvé un emploi
- Retour en emploi
- Nombre d'accompagnements auprès des employeurs
- Nombre de sessions de sensibilisation et de formations organisées
- Nombre de supervisions effectuées

* Indicateurs qualitatifs :

- Retour d'expériences des employeurs
- Typologie des entreprises accompagnées
- Typologie des entreprises sensibilisées aux troubles psychiques
- Typologie des professionnels de l'accompagnement à l'emploi

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°45

Développer des équipes pluridisciplinaires pour l'accompagnement à l'accès et au maintien dans le logement

Sous-axe : Améliorer l'accès et le maintien dans le logement

Priorité du PTSM : 2 et 6

A. Contexte

Selon le diagnostic territorial, les personnes souffrant de troubles psychiques ont des difficultés à trouver une solution de logement, à investir le logement une fois trouvé et à y habiter durablement et ont besoin d'un accompagnement soutenu. Les acteurs font le constat d'un manque d'accompagnement et d'un besoin d'une meilleure organisation de la prise en charge des personnes en souffrance psychique pour favoriser leur inclusion dans la cité.

Les professionnels déplorent un manque de coordination et des difficultés à établir des liens entre le secteur sanitaire, social et médico-social, notamment à la sortie des d'hospitalisations. Certains bailleurs rencontrent des difficultés pour la gestion des situations complexes.

Il existe des dispositifs d'accompagnement vers et dans le logement proposant un accompagnement pluridisciplinaire, tel que l'accompagnement proposé par le « un chez soi d'abord », mais ceux-ci sont peu nombreux et ne permettent pas de répondre aux besoins.

B. Objectif général

- Favoriser l'accès et le maintien dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques en développant des équipes mobiles pluridisciplinaires

C. Objectifs opérationnels

- Accompagner la personne au plus près de ses demandes selon les principes du rétablissement
- Favoriser l'inclusion de la personne qui le souhaite
- Soutenir et favoriser le réseau autour de la personne

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

- Constitution d'une équipe mobile (ou plusieurs) pluridisciplinaire et définition de ses modalités d'intervention
 - ⇒ Equipe constituée de professionnels du social, du soin et de médiateurs pairs
 - ⇒ Définir les modalités de saisine (bailleurs, structures d'hébergement ou de logement d'insertion, les services de la DRDJSCS...)
 - ⇒ Joignable facilement (par téléphone) tous les jours de la semaine
 - ⇒ Possibilité d'intervention rapide
- Mise en place d'un accompagnement
 - ⇒ Accompagnement basé sur les principes du rétablissement
 - ⇒ Evaluation avec la personne de ses besoins, difficultés, forces...
 - ⇒ Adaptation aux besoins et demandes de la personne
 - ⇒ Mise en place des engagements réciproques au départ de l'accompagnement sous forme d'un plan de rétablissement
 - ⇒ Rencontres hebdomadaires au domicile ou dans tout endroit décidé par la personne
 - ⇒ Accompagnement en lien avec les acteurs du territoire et le réseau de la personne (famille, proches, professionnels, tout ce qui fait ressource)
 - ⇒ Durée de l'accompagnement : 1 an renouvelable, sans limite, en fonction des besoins de la personne

E. Bénéficiaires

Personnes souffrant de troubles psychiques rencontrant des difficultés d'accès et de maintien dans le logement.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : association ouvrant dans le champ de l'hébergement et du logement d'insertion, structures médico-sociales, bailleurs
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : établissements autorisés en psychiatrie du GHT13 et CMP, secteur associatif, maison des solidarités, centre communal d'action sociale, professionnels de santé libéraux, CAF, CLSM, structures médico-sociales (SAVS, SAMSAH...)

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de personnes maintenues dans le logement
- Nombre de personnes accompagnées
- Nombre de saisines
- Nombre de visites à domicile
- Nombre d'accompagnements extérieurs
- Nombre de rencontres avec les partenaires

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des accompagnements extérieurs
- Typologie des partenaires rencontrés
- Typologie des lieux de rencontres avec la personne

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°46

Recensement des actions et dispositifs d'accompagnement vers et dans le logement en direction des personnes souffrant de troubles psychiques

Sous-axe : Améliorer l'accès et le maintien dans le logement

Priorité du PTSM : 2 et 6

A. Contexte

Face aux difficultés d'accès et de maintien dans le logement il existe différents dispositifs mis en place sur le département pour pouvoir y répondre. Parmi ces dispositifs on retrouve notamment : l'équipe du « un chez soi d'abord », les dispositifs d'accompagnement de SOLIHA (accompagnement de personnes souffrant de troubles psychiques auprès de bailleurs ou de patients suivis en CMP), les actions du réseau santé mentale ou de la coordination marseillaise en santé mentale et habitat.

Cependant, les acteurs soulignent dans le diagnostic que ces dispositifs ne sont pas suffisamment connus, ce qui ne favorise pas les possibilités d'orientation alternatives et adaptées, et ont des pratiques et modalités de fonctionnement différents.

Il a été proposé de recenser au niveau du département les différents dispositifs d'accompagnement mis en place pour favoriser l'accompagnement vers et dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, mis en place par les différents acteurs.

B. Objectif général

- Mise en place d'un groupe de travail avec les acteurs impliqués dans l'accompagnement vers et dans le logement sur le département

C. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Recenser au niveau du département les différents dispositifs d'accompagnement mis en place pour favoriser l'accès et l'accompagnement dans le logement des personnes souffrant de troubles psychiques, mis en place par les différents acteurs et d'en faire un bilan.

- Constituer un groupe projet
- Organiser des temps de travail afin de :
 - ⇒ Faire un état des lieux des dispositifs existants (exemple : connaissance de toutes les procédures d'accès (bailleurs/ SIAO/Famille gouvernante/ IML santé mentale/Appartements thérapeutiques etc.), s'aider des diagnostics déjà fait par certains acteurs tels que le GCSM santé mentale et habitat, le SIAO13...
 - ⇒ Décrire leur fonctionnement, modalités d'actions et public cibles
 - ⇒ Faire une analyse sur les forces et les faiblesses des constats
 - ⇒ Définir les besoins à couvrir sur le département
 - ⇒ Proposer des pistes d'actions en fonction des besoins identifiés

Organiser des temps de rencontre : 1 rencontre par mois.

D. Bénéficiaires

A définir.

E. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : les structures d'hébergement, le Un chez soi d'abord, les bailleurs, GSMS Santé mentale et habitat, Groupe SOS Sara logisol, Soliha, opérateur ASELL, CCAS, Ulice les services d'unités mobiles, Alotra,



Addap13, Fédération des associations solidaires (FAS), SIAO13, Habitat alternatif et social

F. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

G. Financier

A définir.

H. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

A définir

I. Début et fin de l'action

A définir.

J. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°47

Renforcer la connaissance et l'accès aux droits des usagers de la psychiatrie

Sous-axe : Améliorer et favoriser l'accès aux droits des usagers de la psychiatrie

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

Les personnes concernées ne connaissent pas leurs droits et subissent une stigmatisation de la part de la société, de leur famille ou de leur entourage.

Les patients hospitalisés voient souvent certains de leurs droits non respectés, ce qui se traduit sur le terrain par :

- Une restriction de leurs déplacements. Dans certains secteurs, des patients en hospitalisation libre peuvent connaître une restriction de circulation si un patient en soins sans consentement sur décision d'un représentant de l'Etat (SDRE) rentre dans le service
- Une interdiction de détenir certains objets personnels, par exemple le téléphone
- Le registre de contention et d'isolement n'est pas toujours mis à jour
- La désignation de la personne de confiance n'est pas toujours faite
- La sortie d'hospitalisation n'est pas suffisamment préparée : la lettre de liaison pour le médecin traitant à la sortie d'hospitalisation n'est pas toujours remise
- Le droit des personnes à choisir leur médecin psychiatre et/ou le lieu de leur hospitalisation n'est pas toujours respecté et les professionnels de santé sont mal informés sur ce droit

B. Objectif général

- Informer, sensibiliser et renforcer les connaissances des usagers, de leur(s) proche(s) et des professionnels sur les droits des usagers des services de psychiatrie

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser l'accès à l'information sur les droits
- Diffuser des informations sur les droits des usagers en services de psychiatrie, auprès des usagers et de leur entourage
- Améliorer la connaissance des professionnels du champ de la psychiatrie et de la santé mentale sur les droits des usagers

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Favoriser l'accès à l'information sur les droits

- Diffusion de la communication sur les droits via des brochures ou des flyers, notamment celles du Psycom, auprès des usagers (GEM, établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux)
- Mise en place de permanences juridiques (information, orientation, accompagnement juridique)
- Réfléchir à terme, à la mise en place d'une maison des usagers au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie sous la forme d'un lieu de convivialité et de partage où les usagers pourraient être informés de leurs droits soutenus et orientés

Favoriser la connaissance sur les droits

- Organiser des sessions de formation auprès des usagers et leur entourage
- Organiser des groupes de paroles ou d'échange des usagers, au sein des GEM, ou association d'usagers, sur la question des droits



Améliorer la connaissance des professionnels sur les droits des usagers

- Organiser des sessions de formation sur le droit de usagers :
 - ⇒ En direction des professionnels de santé des services hospitaliers
 - ⇒ En direction des professionnels du social et médico-social (travailleurs sociaux, mandataires judiciaires) et administrations publiques (CAF, CCAS, Pole emploi, CARSAT, etc.)

E. Bénéficiaires

Usagers et leurs proches.

Professionnels de santé des services hospitaliers autorisés en psychiatrie.

Professionnels du social et médico-social (travailleurs sociaux, mandataires judiciaires...)

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Solidarité réhabilitation, Dep'agir, la LDR, l'armée du salut, la boutique solidaire, GEM, établissements de soins autorisés en psychiatrie, France asso santé. ESPER Pro, Maison de l'avocat, MDJD, UNAFAM

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financeur

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- En fonction du public touché sur les différentes structures

* Indicateurs qualitatifs

- Une fiche d'évaluation sera remplie par chaque bénéficiaire ainsi que par les structures accueillant les permanences

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

Action n°48

Renforcer le rôle des représentants des usagers dans les établissements médicaux

Sous-axe : Améliorer et favoriser l'accès aux droits des usagers de la psychiatrie

Priorité du PTSM : 5

A. Contexte

Dans le diagnostic territorial, les acteurs ont souligné le manque de respect des droits des usagers, notamment lors des hospitalisations. Cela peut se traduire par exemple par des restrictions de leurs déplacements, l'interdiction de détenir des objets personnels. Les patients ou leur entourage peuvent dénoncer ces atteintes en s'adressant aux représentants des usagers.

Majoritairement issus d'associations agréées du système de santé, les représentants des usagers (RU) portent la parole des usagers du système de santé. Ils sont mandatés pour siéger dans des commissions ou instances, telles que la commission des usagers. Ils ont pour mission de défendre et de veiller au respect des droits des usagers.

Les commissions des usagers sont des instances mises en place dans chaque établissement de santé (public ou privé). Elles ont pour objectifs notamment de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et de la prise en charge.

Les commissions se réunissent de façon régulière, et se composent de deux représentants d'usagers, deux médiateurs (un médecin et un non-médecin) et de la direction de l'hôpital. Lors de ces commissions sont étudiées les plaintes et les réclamations faites par les usagers. Acteur important de la défense des droits des usagers, les acteurs du PTSM13 ont souhaité que leur rôle soit davantage renforcé.

B. Objectif général

- Renforcer le rôle des représentants des usagers de la psychiatrie dans les établissements de santé (hôpital, Clinique) autorisés en psychiatrie

C. Objectifs opérationnels

- Favoriser l'implication des usagers eux même dans la fonction de RU
- Favoriser le respect des droits des usagers au sein des établissements
- Améliorer la visibilité des RU auprès des usagers et de leur entourage
- Sensibiliser les équipes de soins au rôle des représentants des usagers

D. Plan opérationnel /description déroulement et méthodes

Sélectionner les RU

- Désigner des RU au sein d'associations d'usagers, donc des RU primo-concernés
 - ⇒ Organiser une rencontre avec les associations d'usagers de la psychiatrie présentes sur le département pour faire le bilan des associations qui sont agréées, celles qui répondent aux critères d'agrément et qui souhaitent s'engager dans une démarche d'agrément
 - ⇒ Favoriser la sélection de RU du domaine de la santé mentale pour intervenir en CDU d'établissement psychiatrique (ne plus sélectionner parmi l'ensemble des associations agréées par l'ARS, qui ne traitent pas de la santé psychique)

Formation des RU

- Renforcer systématiquement les formations des représentants d'usagers en psychiatrie avec une formation complémentaire sur les spécificités des soins en psychiatrie, les droits des usagers de la psychiatrie, les soins sans consentement...
- Organiser des rencontres départementales entre les RU des différents services hospitaliers de la filière psychiatrie pour favoriser les échanges d'expériences et la diffusion des bonnes pratiques



Organisation du déroulement des CDU

- Mettre systématiquement la psychiatrie à l'ordre du jour des CDU afin de laisser s'exprimer le RU de psychiatrie lorsqu'il s'agit d'un hôpital général (ex : AP-HM) et accorder un temps de parole défini
- Transmission aux RU des dossiers de plaintes, réclamations et événements indésirables suffisamment en amont des CDU pour avoir le temps de les étudier et de se préparer pour la commission

Informers les usagers

- Développer « l'aller vers » des RU pour aller à la rencontre des usagers des services psychiatriques (ex : faire du porte-à-porte en service d'hospitalisation, communication directe) ou organiser des rencontres dans un local

Informers les professionnels

- Mieux communiquer/sensibiliser les équipes : via des affiches et surtout des rencontres. Le RU vient informer sur son rôle, ses possibilités d'action, lors de réunions (Staff..)
- Impliquer la direction de l'établissement et le responsable communication pour diffuser l'information sur la présence des RU et leur rôle

E. Bénéficiaires

Patients.

F. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : UNAFAM, Advocacy France GEM, associations des usagers PsyCom, France asso santé, Solidarité réhabilitation, ARS, établissements autorisés en psychiatrie (publics et privés)

G. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

H. Financier

A définir.

I. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées avec les associations d'usagers
- Nombre de formations réalisées
- Nombre de rencontres départementales des RU
- Délais de transmission des dossiers avant la CDU
- Nombre d'actions d'« allers vers »

J. Début et fin de l'action

A définir.

K. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département



Action n°49

Recensement et évaluation des dispositifs et des adaptations de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques mis en place depuis la crise sanitaire de la Covid-19

A. Contexte

L'épidémie de la Covid-19 a obligé les professionnels et les acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie à adapter leur prise en charge, soit en étendant certaines modalités d'interventions (plus d'ambulatoire, téléconsultations...) soit en mettant en place de nouveaux dispositifs (des lignes d'écoute...). Ces actions ont été à destination des patients, des habitants ou des professionnels de santé, du social et du médico-social. Elles ont été mises en place à l'échelon national ou départemental/local.

A titre d'exemple, sur le département différentes initiatives ont été mises en place : (liste non exhaustive) :

- Mise en place de téléconsultations en pédopsychiatrie auprès d'adolescents pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse, ce qui a permis d'accrocher certains adolescents réfractaires jusque-là
- Utilisation des réseaux sociaux et modalités de communications investis par les jeunes pour organiser des sessions de prévention en addictologie
- Adaptation de la prise en charge par téléphone par l'Espace Santé Jeune d'Aubagne
- Mise en place de lignes d'écoute pour les habitants ou les professionnels par la cellule d'urgence médicopsychologique ou par l'hôpital Montperrin
- Mise en place d'une ligne téléphonique par le GCSMS habitat et santé mentale
- Intégration par le CoFoR, dans son module « parcours de vie », de l'impact de cette crise sur les personnes

Lorsque la délégation ministérielle a repoussé la date de rendu des travaux du PTSM, du fait de la difficulté à poursuivre les travaux pendant le confinement, elle a souhaité que les PTSM puissent éventuellement intégrer dans la feuille de route certains dispositifs mis en place pendant le confinement, afin qu'ils puissent être pérennisés.

Une réunion avec les pilotes et copilotes des groupes de travail, organisée en mai 2020, a conclu à la prématurité d'inclure des actions développées pendant le confinement sans avoir suffisamment de recul sur leur impact. Il a été proposé qu'une évaluation des différents dispositifs et adaptations de prise en charge soit menée, afin d'en évaluer la pertinence, les conséquences et enseignements que l'on peut en tirer. Ce travail pourra aboutir à l'identification d'actions qui pourraient être pérennisées ou éventuellement à la mise en place d'actions ou plans d'actions au regard des besoins identifiés.

B. Objectif général

- Identifier, évaluer et promouvoir les « bonnes pratiques », en termes de repérage, d'accès aux soins et d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques développées pendant la crise de la Covid-19

C. Objectifs opérationnels

- Etablir un état des lieux des adaptations, des nouveaux dispositifs, et nouvelles pratiques développées depuis la survenue de la crise sanitaire, et notamment pendant la période de confinement
 - ⇒ Recenser toutes les initiatives qui ont été menées
 - ⇒ Catégoriser les initiatives par public, par territoire, par champs d'intervention, etc
- Evaluer ces dispositifs/activités/pratiques et leurs impacts sur les publics ciblés
 - ⇒ Recenser le point de vue des acteurs : professionnels et usagers
 - ⇒ Créer les outils d'évaluation quantitative et qualitative

- Promouvoir les dispositifs/activités/pratiques ayant un impact positif et permettant d'améliorer les prises en charge et les parcours des publics afin d'en assurer le déploiement, notamment en cas de poursuite de la situation de crise sanitaire

D. Bénéficiaires

Usagers de la psychiatrie.

Professionnels du médical, du social et du médico-social.

E. Porteur(s) potentiel(s) et partenaire(s) potentiel(s)

- **Porteur(s) potentiel(s)** : à définir
- **Partenaire(s) potentiel(s)** : Les établissements de santé autorisés en psychiatrie (publics et privés), PTA, CLSM, GCSMS santé mentale et habitat, CoFoR, GEM, UNAFAM, ASV, structures sociales et médico-sociales, CREAI

F. Budget/moyens matériels et humains nécessaires à la réalisation du projet

A définir.

G. Financier

A définir.

H. Indicateurs et critères d'évaluation au regard des objectifs

* Indicateurs quantitatifs :

- Nombre de réunions organisées
- Nombre de personnes ayant participé
- Nombre d'initiatives observées

* Indicateurs qualitatifs :

- Typologie des acteurs ayant participé
- Comptes rendus et rapports produits

I. Début et fin de l'action

A définir.

J. Périmètre/territoire géographique d'implantation pressenti

Département

4.3. Pilotage et suivi de la mise en œuvre

4.3.1. Suivi de la mise en œuvre au niveau départemental

Gouvernance du projet

La gouvernance du projet territorial n'est pas encore définie lors de l'écriture du projet. Elle le sera au cours du premier semestre 2021. Plusieurs pistes sont déjà identifiées, qui devront être étudiées et discutées afin de répondre aux exigences réglementaires.

Pilotage du projet

En lien avec la DDARS 13, deux instances seront mises en place à partir de janvier 2021 :

- Un comité de suivi. Il sera proposé que le comité de pilotage constitué pour la phase d'élaboration du projet évolue en tant que comité de suivi. Sa composition pourra évoluer pour intégrer des acteurs qui ne sont pas encore engagés dans le projet. Ses objectifs de travail, sa composition et la périodicité de ses réunions seront proposés lors de la première réunion.
- Un comité technique. Il sera composé des porteurs de projets ayant contractualisé avec l'ARS. Il assurera le suivi de la mise en œuvre des actions, ajustera le plan d'action si nécessaire, veillera à sa cohérence. Il organisera également la remontée des informations au comité de suivi.

Animation de la mise en œuvre

L'animation départementale de la mise en œuvre du PTSM est assurée par le CRES jusqu'en mai 2021. Cette animation prévoit différentes missions, en plus de la participation à la mise en place d'une gouvernance et de la création des deux instances de pilotage.

- Soutien aux acteurs pour la mise en œuvre des projets

Le CRES apportera un appui méthodologique aux groupes projets ou aux nouveaux projets, à l'élaboration de partenariats d'action et à la maturation de projets en cours d'élaboration.

Il offrira un accompagnement éventuel pour des demandes de subvention et réalisera des points d'étapes sur l'avancée des projets, en lien avec le comité technique lorsque celui-ci sera constitué.

- Maintien d'une dynamique partenariale autour du PTSM

Cela se traduira par des échanges de pratiques, des temps d'échanges interprofessionnels et professionnels/usagers sur des thématiques territoriales en santé mentale.

- Organisation d'une journée départementale :

Un thème sera défini pour cette journée, en lien avec les autres départements de la région. Elle prévoira l'intervention de personnes ressources.

4.3.2. Suivi de la mise en œuvre au niveau régional

Comme pour la phase d'écriture des PTSM, les animateurs départementaux des PTSM bénéficieront de l'appui méthodologique de l'animation régionale du CRES à compter de janvier 2021 et pour une durée de 6 mois. Cette animation régionale a pour but d'accompagner les départements sur la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des projets élaborés au sein de chaque PTSM.

L'animation de groupes de travail

L'animation de temps d'échanges à l'intention des référents départementaux se poursuit, sur des aspects méthodologiques. Les rencontres porteront sur l'identification et le contact des porteurs de projets, leur contractualisation avec l'ARS, les recherches de partenariats (notamment financiers), la démarche de suivi des projets, l'accompagnement à la mise en place des instances techniques et de pilotage, l'animation de temps départementaux, l'évaluation, etc.

Au niveau régional, plusieurs groupes de travail thématiques seront également créés. Leur objectif est d'engager une dynamique de travail régionale sur certaines thématiques identifiées comme prioritaires, afin de construire des projets répondant à un besoin régional ou de renforcer et de mutualiser les pratiques des projets déjà existants.

Les thématiques seront évolutives en fonction de l'avancée des groupes de travail et des instructions nationales relatives à la santé mentale et à la psychiatrie.

En septembre 2020, 7 groupes sont identifiés :

- Formations, en lien avec les organismes de formation de la région et les universités
- Réhabilitation psychosociale et rétablissement, en lien avec le centre référent régional
- Psychotraumatismes, en lien avec le centre régional de psychotraumatisme
- Développement des compétences psychosociales, violences scolaires
- Droits des personnes, lutte contre les discriminations
- Appui aux bonnes pratiques
- Addictions et santé mentale

Enfin, l'animation d'un espace numérique partagé prévoit de faire le lien entre les animateurs, les acteurs, les usagers et leurs proches.

Des actions de communication, d'information et de sensibilisation

Comme lors du processus d'élaboration des projets, l'animation de la communauté de pratiques sur l'Agora social club se poursuit, afin de favoriser les échanges et la veille thématique. La communication est organisée aux différents niveaux, départementaux et régional, grâce à des lettres d'informations régulières.

De plus, une journée régionale thématique sera proposée, dont la thématique sera choisie en lien avec les départements.

Enfin, des veilles documentaires seront réalisées par les documentalistes du CRES sur les différentes thématiques concernées par les projets et les animations régionales, ainsi qu'à la demande, pour les acteurs qui le souhaitent.

4.4. Evaluation

Plusieurs évaluations sont attendues dans le cadre des PTSM.

L'évaluation des actions de terrain

Cette évaluation est conduite par le porteur de l'action, qui devra faire un point régulier sur l'avancement de son projet. Cette évaluation permettra de décrire les résultats obtenus au regard des objectifs de l'action, de les comparer avec les résultats attendus, de proposer éventuellement des modifications de l'action à venir.

Afin de l'aider dans cette démarche, le CRES pourra mettre à disposition des outils de suivi, avec notamment :

- Une fiche de présentation de l'action, qui pourra être réactualisée si besoin
- Une fiche de l'avancée de l'action

L'évaluation du processus de mise en œuvre du plan

Cette évaluation sera conduite par le CRES en année 1 de la mise en œuvre du PTSM13 et après contractualisation entre l'ARS et les porteurs de projets. Elle permettra de décrire la méthode et les moyens utilisés pour assurer le suivi de la mise en œuvre du PTSM. Il s'agira de suivre l'évolution des projets en identifiant :

- Les actions mises en œuvre, leur état d'avancement, les freins éventuels, les écarts avec ce qui était prévu et les réajustements si nécessaires
- Les actions retardées ou annulées et en analyser les raisons

Cette évaluation pourra se faire par l'organisation de réunions régulières avec le comité technique, composé des porteurs de projet.

L'évaluation de l'animation régionale des PTSM

Le CRES conduira une évaluation des activités et du processus réalisés pour l'animation régionale de l'écriture des PTSM. Il s'agira de décrire la méthode, les ressources et moyens utilisés pour mettre en œuvre une animation régionale destinée à soutenir l'élaboration des projets, ainsi que d'analyser les apports, en termes de bénéfices, de cette coordination régionale.

Le CRES prévoit également la mise en travail d'une évaluation plus globale portant sur la pertinence et la cohérence des PTSM durant leur 5 années de fonctionnement. Un groupe de travail régional dédié à cette évaluation doit être mis en place.

BIBLIOGRAPHIE

- ADDAP13, Mineurs non accompagnés. Bilan 2018, *Groupe ADDAP13, 2019, 26 p.*
https://www.addap13.org/IMG/pdf/bilan_mna2018.pdf
- Agence Nationale d'Appui à la Performance. <https://campus.anap.fr/>
- Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur, Annuaire et coordonnées des PASS PACA, *ARS PACA, 2019-07-10, 13 p.* <https://www.paca.ars.sante.fr/permanences-dacces-aux-soins-de-sante-pass>
- Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. Conférence sur l'offre de soins de proximité. 26 février 2019, *ARS PACA, 2019, 15 p.* <https://slideplayer.fr/slide/16131317/>
- TALIANA Béatrice, FALIP Evelyne, COLDEFY Magali, Inventaires des structures en psychiatrie et en lien avec la psychiatrie, *ARS PACA, 2017-09-12, 51 p.*
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-10/CMPinventaire-structures-psychiatriques-2017.pdf>
- Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. Programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS) 2018 2020 de la région PACA, *ARS PACA, S.d., 91 p.* <http://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-09/praps-prs.pdf>
- Agence Régionale de la Santé Provence Alpes Côte d'Azur. STATISS 2016, Statistiques et indicateurs de la santé et du social, *ARS PACA, 2017, 35 p.*
<https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2017-10/Livret%20ARS-STATISS%202016%2010x15%20V3%20BAT%20WEB.pdf>
- Atlas de santé mentale. <http://santementale.atlasante.fr>
- CARRE Benoît, PERRONNIN Marc, Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision, *IRDES, 2018-11, p. 15.*
<https://www.irdes.fr/recherche/rapports/569-evolution-de-la-depense-en-part-de-complementaire-sante-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.pdf>
- Centre de Formation au Rétablissement. <http://www.irts-pacacorse.com/cofor/>
- Centre régional d'Etudes, d'Actions et d'Information PACA et Corse Provence Alpes Côte d'Azur, HandiDonnées. Panorama régional de données sur le handicap 2017, *CREAI Provence Alpes-Côte-d'Azur-Corse, 2017, 59 p.*
http://creai-pacacorse.com/depot_creai/documentation/163/163_17_doc.pdf
- Circulaire DGAS/SDA n°2002-595 du 10 décembre 2002 relative aux maisons relais, *Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement, 2003-03-10, 4 p.*
<https://www.bulletin-officiel.developpement-durable.gouv.fr/notice?id=Bulletinofficiel-0012896&reqId=0bcfc498-38f0-495e-ba12-ad15186a782a&pos=7>
- COLDEFY Magali, GANDRE Coralie, Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée, *Questions d'économie de la santé, n° 237, 2018-09, 8 p.*
<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf>
- Charte de partenariat : médecine générale et psychiatrie de secteur, *Conférence Nationale des Présidents de CME, Collège de la médecine générale de Centres Hospitaliers Spécialisés, 2014-03-20, 1 p.*
<http://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/01/charte-cme-medecine-generale.pdf>

- Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, Feuille de route santé mentale et psychiatrie, *Ministère des affaires sociales et de la santé, 2018-06-28, 31 p.*
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628 - dossier de presse -
_comite_strategie_sante_mentale.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf)
- PLALHPD des Bouches-du-Rhône. Plan local d'action pour le logement des personnes défavorisées 2016-2020, *Conseil Départemental de Bouches-du-Rhône, S.d., 188 p.*
https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/logement/PLALHPD_2016_2020.pdf
- Département des Bouches-du-Rhône, Schéma départemental en faveur des personnes du bel âge 2017-2022. Annexes, *Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, 2018, 66 p.*
[https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-
Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20bel%20age%20Annexe-2017-2022-15-
12-2017.pdf](https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20bel%20age%20Annexe-2017-2022-15-12-2017.pdf)
- Département des Bouches-du-Rhône, Schéma départemental pour l'autonomie des personnes handicapées 2017-2022, Annexes, *Conseil départemental des Bouches-du-Rhône, 2018, 58 p.*
[https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-
Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20handicap%C3%A9es%20Annexe-2017-
2022-15-12-2017.pdf](https://www.departement13.fr/fileadmin/user_upload/Departement/Schemas-Departementaux/Sch%C3%A9ma%20Personnes%20handicap%C3%A9es%20Annexe-2017-2022-15-12-2017.pdf)
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. *JORF n°0176, 2017-07-29, 4 p.*
[https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=MVnzi7XdDvwk4ZQpBsFDkyrFi06kv4uNmW1
FL3_nvcg=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=MVnzi7XdDvwk4ZQpBsFDkyrFi06kv4uNmW1FL3_nvcg=)
- CABINET EY, Enquête sur les parcours des personnes accueillies dans les lits d'accueil médicalisés (LAM) et les lits halte soins santé (LHSS), *Ministère des solidarités et de la santé, Direction générale de la cohésion sociale, 2018-10, 71 p.*
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/194000456.pdf>
- Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement- Provence Alpes Côte d'Azur, Le parc locatif des bailleurs sociaux au 1er janvier 2014, *Le point sur..., n° 2, 2015-08, 6 p.*
http://www.paca.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Le-point-sur_n0002_RPLS-2014.pdf
- Dispositif de coordination et d'information en addictologie des Bouches-du-Rhône.
<http://www.dicadd13.fr/>
- Haut Conseil de la Santé publique, Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, *HCSP, 2016-04, 228 p.*
http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160310_evalplanpsysantementale20112015.pdf
- Haute Autorité de Santé, Comment élaborer et mettre en œuvre des protocoles pluriprofessionnels ? *HAS, 2015-02, 9 p.*
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-
pro_web2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-05/fpcs_protocoles_pluri-pro_web2.pdf)
- INSEE. www.insee.fr
- Instruction n° DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale, 15 p.
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=43485>
- La direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, PACA (DRDJSCS)
<http://paca.drdjscs.gouv.fr/>

- LAFORCADE Michel, Rapport relatif à la santé mentale, *Ministère des affaires sociales et de la santé, 2016-10, 190 p.*
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf

- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. *JORF n°0022, 2016-01-27, 111 p.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000031912641/>

- Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, *Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, 2012, 41 p.*
[https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan Psychiatrie et Sante Mentale 2011-2015-2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015-2.pdf)

- Ministère des solidarités et de la santé. Boîte à outils PTSM. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-1>

- Système d'information inter-régional en santé (SIRSé) de l'Observatoire Régional de la Santé-Provence-Alpes-Côte d'Azur. www.sirsepaca.org

- Observatoire Régional de la Santé-Provence-Alpes-Côte d'Azur, Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Bouches-du-Rhône, *ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur, 2018, 20 p.*
http://www.orspaca.org/sites/default/files/portrait_bouches-du-rhone_orspaca.pdf

- OSCARS : Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé. www.oscarsante.org

- Score santé. www.scoresante.org

- Statistique Annuelle des Etablissements de santé (SAE). www.sae-diffusion.sante.gouv.fr

- STATISS : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/indicateurs-localises/article/statiss-statistiques-et-indicateurs-de-la-sante-et-du-social

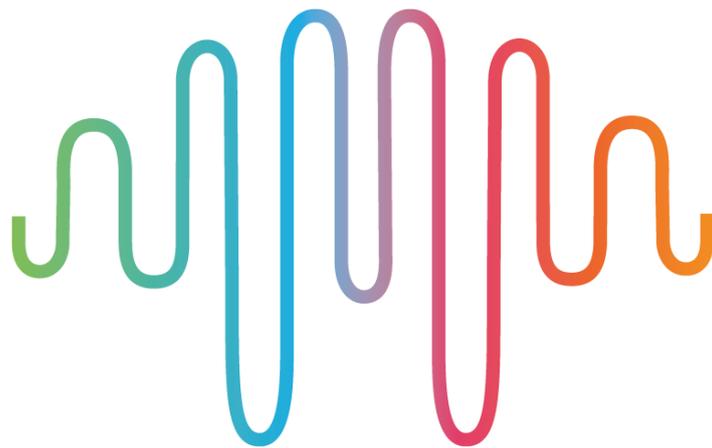
BOUCHES-DU-RHÔNE

PTSM



Projets
territoriaux
de santé mentale

ANNEXES



ANNEXES

Annexe 1 : Décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale	p.219
Annexe 2 : Liste des participants	p.223
Annexe 3 : Comptes rendus des réunions du comité de pilotage	p.229
Annexe 4 : Actions non retenues	p.245
Annexe 5 : Avis de la Commission santé mentale du Conseil territorial de santé	p.246
Annexe 6 : Avis des Conseils locaux en santé mentale du département des Bouches-du-Rhône	p.249

Annexe I : Décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

01/02/2018

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale | Legifrance



En savoir plus sur ce texte...

JORF n°0176 du 29 juillet 2017
texte n° 16

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

NOR: SSAH1710848D

ELI: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>

Alias: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/2017-1200/jo/texte>

Publics concernés : établissements de santé autorisés en psychiatrie ; professionnels de santé ; établissements et services sociaux et médico-sociaux ; représentants des usagers et des familles ; psychologues ; agences régionales de santé ; collectivités territoriales.

Objet : modalités d'élaboration et priorités du projet territorial de santé mentale.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret fixe les priorités du projet territorial de santé mentale. Il précise également la méthodologie et les délais maximum de son élaboration, en définissant notamment le rôle des agences régionales de santé et le contenu du diagnostic territorial partagé.

Références : le décret est pris pour l'application de l'article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Les dispositions du code de la santé publique modifiées par le présent décret peuvent être consultées, dans leur rédaction résultant de cette modification, sur le site Légifrance (<http://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 114-1-1 et L. 114-3 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 3221-2, L. 3221-5-1 et L. 3221-6 ;

Vu la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine, notamment son article 5 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Article 1

Le titre II du livre II de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le chapitre IV devient le chapitre V et l'article R. 3224-1 devient l'article R. 3225-1 ;

2° Il est rétabli un chapitre IV comprenant les articles R. 3224-1 à R. 3224-10 ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Projet territorial de santé mentale

« Art. R. 3224-1.-I.-Le projet territorial de santé mentale mentionné à l'article L. 3221-2 :

« 1° Favorise la prise en charge sanitaire et l'accompagnement social ou médico-social de la personne dans son milieu de vie ordinaire, en particulier par le développement de modalités d'organisation ambulatoires dans les champs sanitaire, social et médico-social ;

« 2° Permet la structuration et la coordination de l'offre de prise en charge sanitaire et d'accompagnement social et médico-social ;

« 3° Détermine le cadre de la coordination de second niveau et la déclinaison dans l'organisation des parcours de proximité, qui s'appuient notamment sur la mission de psychiatrie de secteur.

« II.-La coordination de second niveau permet de garantir l'accès des personnes atteintes de troubles psychiques à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées mentionnées au I de l'article L. 3221-2 lorsqu'elles ne sont pas présentes en proximité, notamment au sein des territoires de proximité que constituent les secteurs de psychiatrie.

« III.-Les modalités et techniques de prises en charge diversifiées visent la promotion de la santé mentale, l'amélioration continue de l'état de santé physique et psychique des personnes, la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active.

« IV.-Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après les consultations prévues au IV de l'article L. 3221-2. Le projet territorial de santé mentale est arrêté pour une durée de cinq ans. Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont publiés par l'agence. Ils peuvent être révisés selon la même procédure que celle prévue pour leur élaboration et après les mêmes consultations.

« Art. R. 3224-2.-I.-Lorsque des acteurs de santé mentale mentionnés à l'article L. 3221-2 travaillant dans le champ de la santé mentale sur un territoire prennent l'initiative de l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale, ils adressent au directeur général de l'agence régionale de santé un document précisant la délimitation du territoire de santé

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/7/27/SSAH1710848D/jo/texte>

1/4

mentale proposée, la liste des acteurs associés et le ou les acteurs désignés comme correspondants de l'agence.

« II.-Pour l'élaboration du projet territorial de santé mentale, les professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale sur ce territoire :

« 1° S'assurent de la participation des communautés psychiatriques de territoire mentionnées au VI de l'article L. 3221-2, lorsqu'elles existent ;

« 2° Veillent à la cohérence entre le projet médical partagé du ou des groupements hospitaliers de territoire présents sur le territoire de santé mentale et le projet territorial de santé mentale ;

« 3° Tiennent compte des projets des équipes de soins primaires, des communautés professionnelles territoriales de santé et des plates-formes territoriales d'appui.

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

« IV.-Le défaut d'élaboration d'un projet territorial de santé mentale par les acteurs est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de dix-huit mois à compter de la date d'échéance du délai de cinq ans suivant la décision du directeur général de l'agence régionale de santé ayant arrêté le précédent projet territorial de santé mentale.

« Art. R. 3224-3.-Pour établir l'état des ressources disponibles, identifier les insuffisances dans l'offre de prévention et de services sanitaires, sociaux et médico-sociaux et dans l'accessibilité, la coordination et la continuité de ces services, et préconiser des actions pour y remédier, le diagnostic partagé prévu au II de l'article L. 3221-2 prend en compte les éléments suivants :

« 1° L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques ;

« 2° L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ;

« 3° Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes ;

« 4° La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements, prenant en compte les réponses à apporter lors du passage à l'âge adulte et celles liées au vieillissement ;

« 5° Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière aux solutions adaptées, notamment de logement et d'hébergement ;

« 6° L'accès aux droits ;

« 7° L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique des personnes présentant des troubles psychiques ;

« 8° La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique ainsi que l'organisation de la réponse à ces situations ;

« 9° L'organisation de la permanence des soins ;

« 10° L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique.

« Le diagnostic partagé porte une attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville mentionnés à l'article 5 de la loi n° 2014-173 du 21 février 2014 de programmation pour la ville et la cohésion urbaine.

« Art. R. 3224-4.-Le projet territorial de santé mentale organise l'accès de la population à des dispositifs et services répondant aux priorités définies aux articles R. 3224-5 à R. 3224-10.

« Art. R. 3224-5.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.

« A ce titre, il prévoit l'organisation de :

« 1° L'accès à un avis spécialisé pour les patients pris en charge par les professionnels du premier recours, en particulier les médecins généralistes ;

« 2° L'accès aux soins et aux accompagnements dans des délais répondant à la nature des situations ;

« 3° L'accès aux dispositifs spécifiques existant au niveau régional ou interrégional.

« II.-Pour permettre d'atteindre ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur :

« 1° La mobilisation et la sensibilisation des acteurs au repérage précoce des troubles, notamment les professionnels de la petite enfance, les professionnels de l'Education nationale, de l'enseignement supérieur, de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ;

« 2° Les professionnels de la psychiatrie, en particulier au titre de la mission de psychiatrie de secteur prévue à l'article L. 3221-3, et le soutien de ces professionnels aux acteurs sociaux et médico-sociaux confrontés à des situations de décompensation ou de détresse psychiques ;

« 3° Les acteurs sociaux et médico-sociaux et le soutien de ces acteurs aux professionnels de la psychiatrie, par la mise en œuvre la plus précoce possible de réponses d'accompagnement adaptées, en particulier pour les situations complexes ;

« 4° Les professionnels sanitaires, sociaux et médico-sociaux apportant eux-mêmes leur appui aux proches et aux familles dans leur rôle d'aidants de proximité.

« III.-Le projet territorial de santé mentale prend en compte cette priorité en apportant des réponses aux problématiques des populations à risques spécifiques telles que les enfants, adolescents, personnes âgées, personnes en situation de handicap, personnes placées sous main de justice, personnes en situation de précarité, personnes ayant des conduites addictives, victimes de psycho-traumatisme, familles nécessitant un accompagnement à la parentalité, et personnes isolées.

« Art. R. 3224-6.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux ;

« 2° Le développement de services adaptés et diversifiés destinés à faciliter l'accès des personnes au logement, à l'emploi, à la scolarisation, aux études et à la vie sociale, en visant le plus possible l'insertion et le maintien en milieu

ordinaire.

« II.-Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale s'appuie sur la mise en place d'un suivi coordonné réalisé par des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité.

« Art. R. 3224-7.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.

« A ce titre, il veille à ce que soient prévus :

« 1° L'accès au suivi somatique de ces personnes par les médecins généralistes, en coordination étroite avec les professionnels de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ;

« 2° En cas d'hospitalisation, l'organisation des établissements ayant une activité en psychiatrie pour assurer à leurs patients un accès aux soins somatiques, y compris spécialisés ;

« 3° L'organisation, par les établissements de santé autorisés en médecine, chirurgie et obstétrique, d'un accueil spécifique des personnes présentant des troubles psychiques, incluant l'accès aux investigations et aux soins spécialisés nécessaires, notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire.

« Art. R. 3224-8.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

« A ce titre, il prévoit :

« 1° L'organisation de l'intervention des professionnels de la psychiatrie au domicile des personnes, y compris dans les structures d'hébergement sociales et médico-sociales en prévention de l'urgence psychiatrique et en cas d'urgence psychiatrique, en promouvant l'intervention coordonnée des professionnels de santé et de ces structures ;

« 2° L'organisation de la permanence des soins et d'un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, conformément aux dispositions de l'article L. 3221-5-1.

« 3° La participation des professionnels de la psychiatrie aux prises en charge réalisées au sein des structures d'urgence des établissements de santé conformément aux dispositions prévues par l'article R. 6123-32-9, dans un cadre organisant les responsabilités des acteurs dans les parcours de soins des personnes présentant des troubles psychiques, afin d'en favoriser la fluidité et de prévenir le risque suicidaire ;

« 4° L'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins, et, en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide.

« Art. R. 3224-9.-I.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.

« A cette fin, il veille à promouvoir l'implication de ces personnes, de leurs proches et leurs familles dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet de soins et d'accompagnement social ou médico-social, notamment en ce qui concerne l'éducation thérapeutique, le soutien aux aidants et les modalités d'entraide par les pairs, tels que les groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 1114-1 du code de l'action sociale et des familles.

« II.-Pour permettre l'atteinte de ces objectifs, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

« 1° Des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les conseils locaux de santé mentale ou toute commission créée par les collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;

« 2° L'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;

« 3° Les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement mentionnées aux articles L. 3211-2-1 ;

« 4° La lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et à améliorer l'information du grand public sur la santé mentale.

« Art. R. 3224-10.-Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

« A ce titre, il vise à :

« 1° Renforcer les compétences des personnes en matière psycho-sociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental ;

« 2° Prévenir l'apparition ou l'aggravation des troubles psychiques. »

Article 2

Le défaut d'élaboration d'un premier projet territorial de santé mentale par les acteurs mentionnés au I de l'article R. 3224-2 du code de la santé publique est constaté par le directeur général de l'agence régionale de santé au plus tard dans un délai de trente-six mois après la publication du présent décret.

Article 3

La ministre des solidarités et de la santé et la secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées, sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait le 27 juillet 2017.

Edouard Philippe

Par le Premier ministre :

01/02/2018

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale | Legifrance

La ministre des solidarités et de la santé,

Agnès Buzyn

La secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargée des personnes handicapées,

Sophie Cluzel

Annexe 2 : Liste des participants

Représentants usagers et familles		
Association Bipolaire Provence	CHEMLA Stéphanie	Bénévole
	CRAVERO Cathy	Bénévole
CoFoR	ENGEL Céline	Coordinatrice projet
	KLIMENKO Yann	Etudiant
	MAHMOUDI Djemila	Etudiante
	MELLINGER Didier	Etudiant
	RANDON Mathieu	Etudiant
	SIELER Lorène	Etudiante
ESPER Pro	GEDROSE Natalie	Médiatrice de santé pair
	SIADOUS Thomas	Pair aidant
	SAHLI Fatiha	Administratrice
L'espoir de Lukasz	SWIDER Alexandra	Présidente d'association
Solidarité réhabilitation	JULIEN Christèle	Bénévole
UNAFAM	PONTET Jean-Claude	Représentant des usagers
	COSTE Huguette	Représentant d'usagers
	MAQUET Jean-Yves	Bénévole, Représentant des Usagers
	MICHAUD Michèle	Bénévole
	POITEVIN Hélène	Bénévole
	GUICHAOUA Jeanine	Déléguée régionale
	ROLLAND Catherine	Représentant d'usagers
GEM Advocacy Martigues	SUEZ Sonia	Coordinatrice
	DAINECHE Karim	Adhérent
GEM club Parenthèse	BEHAN Régine	Adhérente
	KRIEGEL Jérémie	Adhérent
	MANGIN Cyrile	Adhérent
	OISSIF Sabah	Adhérente
	SAFI Zouhour	Adhérente
	SOULES Véronique	Animatrice Coordinatrice
	SUNER Grégoire	Adhérent
	KERBRAT Claudine	Adhérente
	NAHLI Hani	Adhérent
	POITEVIN Arnaud	Adhérent
	MOHAND Aicha	Adhérente
	GEM Sentinelles Egalité	CAVAILLERO Laurent
DONZELOT Catherine		Présidente
ISAAC Sandra		Adhérente

Acteurs du sanitaire		
AP-HM	CASTOT Elsa	Médiatrice santé
	DE MAUROY Oriane	Médecin généraliste PH
	ROBERT Juliette	Enquêtrice sur la recherche "Directives Anticipées incitatives en Psychiatrie"
	PERI Pauline	Psychologue
	SCOTTO Magali	INFIRMIERE
	GIANINAZZI Caroline	Médiatrice de santé pair (équipe MARSS)
	CAPORAL Jean-Marc	Infirmier (Equipe Ulice)
	ANDRIEU Christelle	Etudiante IDE IPA (Equipe réhabilitation psychosociale)
	CHAVENON DELPHINE	INFIRMIERE (Equipe réhabilitation psychosociale)
	VAILLANT Florence	PSYCHOLOGUE (Equipe réhabilitation psychosociale)
	TROLLE Claire	Assistante sociale (Equipe réhabilitation psychosociale)
	MEZAMIGNI Said	Médiateur (Equipe réhabilitation psychosociale)
	RAHAL Nadia	Infirmière Diplômée d'Etat (Equipe Leaf)
	BEETELSTONE Emma	Psychiatre (Equipe Ulice)
	GALLIZIA Régis	Infirmier (CAMP)
	NGUYEN	Infirmière (CAMP)
	BLIN Déborah	Psychologue (CAMP)
	ROUY Clément	Enseignant en Activités Physiques Adaptées (Equipe de réhabilitation psychosociale)
	HENRY Jean-Marc	Médecin (urgences psychiatriques)
	LAPORTE Rémi	Médecin coordonnateur (PASS mère/enfant)
FINIELS Carine	Coordinatrice (Centre référent réhabilitation psychosociale)	
DERYNCK Flavie	Psychiatre (CUMP et CRP Paca Corse)	
CH Edouard Toulouse	CHEVRIER Vanessa	Psychologue
	ACQUIER Thierry	Directeur
	DANIEL Aude	Psychiatre
	GUILLERMAIN Yves	Psychiatre PCME
	RACOUSSOT Sylvie	Psychologue
	SIRERE Sophie	Psychiatre
	HERMEREL Séléna	Psychologue (CMP/HDJ)
	MOSTAFA Ramia	Psychologue (CMP Préssensé)
	ABBOTTS Frédérique	Assistante de service social (CMP secteur 13)
	JAILLET isabelle	Praticien hospitalier chef de Pôle
CH Montpellier	BOUDIER Isabelle	Psychiatre
	LUC Julien	Psychiatre
	RIO Pascal	Directeur
	BARUT Blandine	Médecin Chef de Service et de Pôle (SPAD)
CH Valvert	AIGUIER Julie	Psychiatre
	BRAS Maxence	Psychiatre
	CLARISSE Helene	Praticien hospitalier
	COUTRET Emilie	Coordinatrice santé mentale précarité

	GROUT Cécile	Psychiatre
	HANEN Sylvie	Responsable du Service social et éducatif
	HO Sonia	Assistante psy
	LAGIER Frédérique	Médecin
	MILLIAT Laurence	Directrice
	VANHUFFEL Héroïse	Psychiatre (Equipe d'urgence et de liaison du CH d'Aubagne)
Clinique des 4 saisons	DUPONT CARINE	Responsable de service / psychologue
	TARI Sylvie	ASSISTANTE SOCIALE
	PICHENOT Gérard	Directeur
Clinique la Bastide	GHIBAUDO Maxime	Ergothérapeute
	MEZHRAHID Julie	Psychologue
Clinique l'Emeraude	TOSQUELLAS Guilhem	Directeur
	BASILE Sophie	Responsable des soins
Clinique les 3 lucs	COSTE Magali	Responsable des soins
Clinique L'Escale	BAZZ Saïda	Infirmière coordinatrice
	MELLAL Messaoud	Coordinateur socioéducatif
	COLLIN Marion	Attachée de direction
Clinique Mon Repos	SANGUINETTI Amélie	Directrice adjointe
Clinique Saint Roch Montfleuri	LE GALLAIS Kristell	Directrice
Clinique Sainte Marthe-Saint Joseph	LUBRANO Nathalie	Cadre de santé
	VIGNADA Sanam	Responsable qualité
Clinique Trois Cyprès	PHILIPPE Nolwenn	Directrice
Clinique La Lauranne	ALCHECH Marcel	Médecin psy
Hôpital Le Relais et SSSIAT	LENTIN Gregory	Directeur
CPAM13	GIRAUDO Sylvie	Chargée de prévention
AISMT13	LANDRET Cécile	Médecin du travail
Maison de santé saint Paul	BOULON jean marc	Direction médicale et président de la CME
URPS Infirmier	POULAIN François	Infirmier et administrateur

Services de l'Etat		
DTPJJ13	GOSET Sarah	Conseillère technique santé
UEMO Michaud (PJJ)	LASNIER Françoise	Responsable d'Unité Educative
Education nationale	DEGREMONT Danielle	Médecin conseiller technique
	MASSIN Veronique	Médecin conseiller technique
	Rouvière Karine	Médecin conseiller technique
Collectivités territoriales et acteurs de démocratie sanitaire		
Ville de Marseille	GABRIELE JOELLE	PSYCHOLOGUE (Direction petite enfance)
	MARTINET Laetitia	Chargée de mission santé mentale
	GIRARD Johanne	Coordinatrice CLSM
Commission santé mentale/CTS	STAMBUL Béatrice	Psychiatre
CCAS La Ciotat	Rodriguez Alice	Coordinatrice Urgences Sociale
CCAS Marseille	LAPLACE Elodie	Responsable adjointe de la direction accueil et accès aux droits
	MEDERAG Karim	Responsable Animation partenariat
Métropole Aix Marseille Provence	LESCROEL Franck	Chargé de mission

Acteurs sociaux et médico-sociaux		
Working First 13	BANCELIN Yves	MDSP
	COPPOLANI Alexandra	Job coach
	DEBROAS Frédéric	Job coach
	LAYANI	Stagiaire psychologue
Centre de rééducation professionnelle La Rose	MAZOYER David	Directeur
Rétablique	MOURAHIB Abdou	Développeur
Espace santé jeunes Aubagne	FIRUTH Sophie	Directrice adjointe
MDA 13 Nord	CHOBEAUX Célia	Chargée de projets, coordinatrice
	GUILLET Clémentine	Directrice adjointe
Espoir-Provence	FANTINO Olivier	Directeur
	LONGATO Fabrice	Educateur Spécialisé (SAVS)
	CATANZANO Danielle	Educatrice spécialisée (Foyer l'Orée du Jour)
ISATIS	MARTZ Cyril	Directeur territorial
AMFD	SILVESTRE Géraldine	Adjointe à la direction
Maison Perce-Neige	POTTELAINE Marie-Paule	Directrice
IME Le Colombier	ERGAND Pascale	Directrice adjointe
CMPP Marseillais, ARI	BARNA Luciana	Directrice médicale
	MENACHEM Julie	Directrice
CAMSP Saint Louis HDJ Littoral	MERIAUX Jade	Neuropsychologue
	MICHOUX Samar	Stagiaire psychologue
CMPPD	VALETTE karine	Directeur administratif
Association InterCAMSP	JACQUEMUS Nelly	Directrice
ESAT La Manade-Valvert	CASTINO Luc	Directeur
CRP La Calade	CORREY Emmanuel	Educateur
AFAH	PONSARD Brigitte	Directrice
CRP La Calade	SERRA Veronique	Assistante de service social
Acteurs de la prévention et promotion de la santé		
ANPAA	RETAILLEAU Irene	Directrice
ASMA	STELLA-LYONNET Emilie	Infirmière de coordination
	ZIMMERMAN Stéphanie	Médecin coordinateur
	SOFFER David	Psychiatre
Association Christophe	DESSAIGNE Isabelle	Psychologue stagiaire
	DUBOIS Gabriel	Service civique
	VILAFRANCA-GUIRAUD Rose-Marie	Présidente fondatrice
Association Plus Fort	LAMETAIRIE SANCHEZ Sandrine	DIRECTRICE
	MERISIER Cherley	Stagiaire
	PERELLE Guénaëlle	Psychologue
Astrée	MC PHERSON Quincybeth	Psychologue
Codeps 13	VIENNOIS Laure	Chargée de projets
	MOHAMED Soilahoudin	Stagiaire
Planning Familial 13	GEOFFROY Murielle	Directrice
	TARDY Aurélie	Coordinatrice

Acteurs de la lutte contre les addictions		
Addiction Méditerranée	Emin Laurence	Directrice
CSAPA Puget Corderie/ Puget Bis	NICOLINO Ophélie	Psychologue
	POURCHET Florian	Psychologue
	SADELLI Ryad	Psychiatre addictologue
Bus 31/32 et ASUD Mars Say Yeah	GUTOWSKI Marie	Coordinatrice administrative
Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion		
SIAO 13	CORTIAL Benjamin	Animateur réseau SIAO
	COUSSEAU Julie	Travailleur social
	RADAFY Elodie	Travailleur social
UHU La Madrague	CHERMETTI Lydia	Educatrice spécialisée
Boutique Solidarité Fondation Abbé Pierre	HAEZEBROUCK Dominique	Responsable
	TEBOUL Jérémie	Psychologue
AAJT	JANVIER Elise	Infirmière coordinatrice
Association pour la Réadaptation Sociale	FOMBARON Isabelle	Cadre de santé infirmière / Chef de service ACT SOUSTO
	SARRIBEYIOGLOU Florence	Chef De service psychologique
CHRS SAINT LOUIS	CHAILLARD CELIA	Infirmière coordinatrice
GCSMS ACT un chez soi d'abord	BERNARD Jean-Charles	Médecin Psychiatre
	GROSELLIER Sandrine	Psychiatre
	CAMIL Silvie	Directrice
	PLANEZ Doriane	Educatrice spécialisée stagiaire
	SPINETTI Mathieu	Médiateur de santé
Habitat Alternatif Social	De BRUC Aliénor	Educatrice Spécialisée
	MOULLEC Gilles	Administrateur HAS -Ancien Directeur CHET
Just Lieu de répit	RIBAUD Saphir	Chargée de recherche
	BECHLA Ismaël	Chargé de recherche
	BERCHICHE Mohamed	Chargé de structuration JUST
	BACHLA Ismaël	Chargé de recherche
	DESVIGNES Saphir	Chargée de recherche
	DIAGNE Malick	Pair aidant bénévole
MAAVAR	BACCOUCHE LORPHELIN Oifa	Conseillère en ESF
	LABAU Anne	Educatrice spécialisée
GEPIJ	ANZEMBERG Lucie	Educatrice spécialisée et co-responsable
IRTS	BEN EZRA Dina	Formatrice
Osiris	BLEUET Lucile	Psychiatre
Médecins du Monde	BOSETTI Thomas	Coordinateur de projet
LACDAM	COURT Pascal	Educateur spécialisé et co-administrateur

Ressources contribuant à la coordination territoriale		
Alp'Agés Coordination MAIA	STERGOU Charlotte	Pilote projets parcours territoires
PTA Apport Santé	BLANCHARD Séverine	Pilote projet MAIA
	GUIDETTI Roselyne	Chargée de partenariat
CREAI	CHATAGNON Cécile	Directrice
GCSMS -Coordination Marseillaise en santé mentale et habitat	ARNAUD Jordane	Coordinatrice RSML
	CLARAC Vincent	Educateur spécialisé
	PLAIS-RICHARD Laure	Directrice
	TESTART Dominique	Administrateur
ILHUP	Artilland Nikki	Chargé de Mission santé
	GAUBERT Sophie	Psychologue coordinatrice
	LEROY Maïlis	Psychologue coordinatrice
	SCHUHMACHER Marie	Psychologue coordinatrice
MAIA Aubagne-La Ciotat	DELGUIDICE Lisa	Pilote projet parcours territoire
MAIA Marseille	BOURCART Emma	Pilote projets parcours territoire
	JOURNON Claire	Stagiaire Master 2 IDS
PTA Pratic Santé	DELORIEUX Véronique	Directrice
	MAS Marylene	Infirmière coordinatrice (IDEC)
	JOSEPH Carole	Coordinatrice repérage dépistage
	MOTTE Fabienne	Infirmière coordinatrice (IDEC)
	CHAREF Rachel	Coordinatrice sociale
	DELALANDE Géraldine	Médecin
Réseau santé Marseille sud	BOULANGER Sylvie	Psychologue
Autres acteurs concourant à la politique territoriale de SM		
UDAF 13	SARI Amar	Directeur général

Annexe 3 : Comptes rendus des réunions du comité de pilotage



COMPTE-RENDU Comité de pilotage PTSM13

Date : 3 mars 2020	Rédactrice : Hania Noguès
--------------------	---------------------------

Participants :

Nom, Prénom	Fonction	Structure	
HUET Karine	Déleguée départementale	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé	
MOLAS-GALI Nathalie	Responsable service de prévention	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé	
GAUDIN Clément	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé	
CHAFFAUT Christine	Médecin de santé publique	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé	
MERIAUX Jade	Neuropsychologue	CAMPS Saint Louis	Pilote et copilote priorité 1
FIRUTH Sophie	Directrice adjointe	ESJ Aubagne	
MOURAHIB Abdou	Développeur	Rétablique	Pilote et copilote priorité 2
PLAIS-RICHARD Laure	Coordinatrice	Coordination Marseillaise en santé mentale et habitat	
ALCHECH Marcel	Médecin Psychiatre	Clinique la Lauranne	Pilote et copilote priorité 3
GUIDETTI Roselyne	Chargée de partenariat	Apport Santé	
RIO Pascal	Directeur	CH Montperrin/GHT13	Pilote priorité 4
FOMBARON Isabelle	Cadre de santé infirmière / Chef de service ACT SOUSTO	Association pour la Réadaptation Sociale	Pilote et copilote priorité 5
GUICHAOUA Jeanine	Déleguée Régionale	UNAFAM/Représentant familles des usagers	
GOSET Sarah	CTPS	DTPJJ13	Pilote priorité 6
MAHMOUDI Djemila	Etudiante	CoFoR	Groupe des usagers
DESVIGNES Saphir	Chargée de recherche	Lieu de répit	
GIRARD Johanne,	Coordinatrice	Conseil local en santé mentale de la ville de Marseille	
NOGUES Hania	Chargée de projet	CRES	

Personnes excusées :

- M. Padovani, président du Conseil territorial de santé des Bouches-du-Rhône (CTS) ;
- Mme Stambul, présidente de la commission de santé mentale du CTS ;
- M.Klimenko Yann, étudiant, CoFoR, copilote du groupe 3
- Mme Benoist, Conseil local de santé mentale de la ville de Martigues.

Compte-rendu et relevé de décisions :

1. Ordre du jour

- Installation du comité de pilotage (Copil)
- Présentation de la méthodologie et point d'étape
- Validation du diagnostic territorial
- Questions diverses

2. Etat des lieux - Contenu des échanges

2.1. Installation du comité de pilotage

Le comité de pilotage a pour fonction l'accompagnement de l'élaboration du PTSM en :

- Veillant à la cohérence du projet et des propositions d'actions émises par les différents groupes de travail ;
- Validant le diagnostic territorial puis le projet territorial de santé mentale lors de sa finalisation en juin 2020, avant sa proposition au directeur général de l'ARS au plus tard le 28 juillet 2020.

2.2. Présentation de la méthodologie et point d'étape

➤ Méthodologie de l'élaboration du PTSM :

Le processus d'élaboration du PTSM comporte plusieurs étapes :

- Lancement du projet
- Diagnostic territorial et validation par le Copil
- Feuille de route et validation par le Copil
- Remise au DG de l'ARS paca

➤ Gouvernance et acteurs du projet :

- La délégation départementale de l'ARS, pilote du projet ;
- Le CRES, animateur du projet ;
- Les 7 groupes de travail : 6 groupes, un pour chacune des priorités du PTSM et un groupe composé exclusivement d'usagers ;
- Le comité de pilotage.

➤ Diagnostic territorial :

Celui-ci comporte deux volets :

- Volet quantitatif : élaboré par le CRES, il présente les données concernant le contexte territorial, les ressources et l'offre en matière de structures sanitaires, sociales et médico-sociales, et enfin le recours à l'offre de soins.

Ce diagnostic a été présenté le 20 novembre 2019 à l'ensemble des participants au PTSM lors d'une réunion en plénière.

- Volet qualitatif : issu des travaux des 7 groupes de travail et complété par des données du GHT, de l'atelier santé ville-santé mentale de la ville de Marseille, des deux CLSM des villes de Marseille et de Martigues.

Une synthèse du diagnostic par priorité a été envoyée aux pilotes et copilotes de chaque groupe pour validation.

➤ Elaboration de la feuille de route :

- Priorisation des problématiques :

L'ensemble des groupes de travail ont priorisé 3 à 4 problématiques.

<p>Priorité 1 : Le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic, aux soins</p>	<p>Priorité 2 : Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture/ Rétablissement insertion sociale</p>
<p>-Insuffisance de coordination entre les acteurs pour accompagner les personnes et leur entourage dans leur parcours de vie. -Manque de visibilité sur l'existant en termes d'offre de soins, de prise en charge et de parcours. -Difficultés rencontrées par les professionnels pour le repérage de la population souffrant de troubles psychiques.</p>	<p>-Difficultés à répondre aux besoins des personnes : structures sociales et médico-sociales, les CMP et le manque d'aller vers ; -Manque de coordination et un manque de visibilité de l'offre existante ; -Manque de formation des professionnels sur la question de la santé mentale ; -Difficultés d'accès à l'hébergement et au logement ; -Méconnaissance des missions des médiateurs de santé.</p>
<p>Priorité 3 : L'accès à des soins somatiques</p>	<p>Priorité 4 : La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence</p>
<p>-Inégalités d'accès aux soins somatiques en raison du trouble psychique, notamment pour les spécialistes concernant les enfants et adolescents et l'accès aux soins de kinésithérapie, soins dentaires, SSR. -Inadaptation de l'accueil et stigmatisation lors de la prise en charge dans certains services. Par exemple les services d'urgences, (temps de consultation, temps d'attente, espace d'accueil, langue et culture). -Manque de partage d'informations entre les professionnels. -Manque d'accompagnement, de coordination et de soutien dans le parcours (droits, soins).</p>	<p>-Insuffisance et inadaptation de l'offre (sanitaire, sociale et médico-sociale) ; -Manque de lisibilité de l'offre existante ; -Manque de travail de coordination et de travail en réseau.</p>
<p>Priorité 5 : 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</p>	<p>Priorité 6 : L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale</p>
<p>-Méconnaissance et non-respect des droits des personnes ; -Forte stigmatisation subie par les personnes souffrant de troubles psychiques et psychiatriques, notamment par le grand public ; -Inégalité d'accès aux soins en urgence et prise en charge en urgence non satisfaisante. -Recours excessif aux soins sans consentement et aux procédures dérogatoires.</p>	<p>-Manque d'actions visant le développement des compétences psychosociales ; -Difficultés d'accès au logement ; -Difficultés d'accès à l'emploi ; -Manque de visibilité et d'action de prévention en matière de santé au travail</p>

Certaines problématiques telles que la formation, la coordination, les difficultés d'accès et de maintien dans le logement, ou encore le manque de visibilité des dispositifs qui existent sur le territoire sont communes et transversales à plusieurs priorités.

- Travail sur les pistes d'action :

Tous les groupes sauf le groupe 6 sur les déterminants ont démarré le travail sur les projets d'actions.

Le groupe 6 doit commencer ce travail lors du prochain groupe de travail prévu pour le jeudi 12 mars.

Le groupe usagers a souhaité poursuivre ses rencontres et travailler également sur les pistes d'actions en complément des autres groupes.

➤Point sur la participation :

Au mois de février 2020, il y a eu au total 33 réunions de travail organisées (5 pour chacun des groupes par priorité et 3 pour le groupe des usagers.

Au total, il y a eu 177 participants aux groupes de travail.

2.3.Validation du diagnostic

Après un vote à main levée, le diagnostic a été validé par la majorité des personnes présentes. Deux personnes se sont abstenues.

2.4.Questions diverses

➤Financement des futures actions et critères de priorisation

Pour l'instant il n'y a pas de financement spécifique dédié aux PTSM.

Très probablement, il ne pourra pas y avoir d'engagement financier de la part de l'ARS pour des projets ayant pour objet l'ouverture de nouvelles unités de soins ou la création de places supplémentaires en institut médico-éducatif par exemple.

Les projets proposés devront être priorités, pertinents et faisables et devront permettre un changement structurel de la prise en charge du parcours de soins et de vie des personnes souffrant de troubles psychiques. Les projets devront également être en adéquation avec la feuille de route en santé mentale, comme l'a rappelé Franck Bellivier lors de la journée du 7 février 2020 organisée à Marseille.

➤La prévention :

La question de la prévention n'apparaît pas dans les problématiques prioritaires par le groupe travaillant sur la priorité 1. Elle est traitée dans le cadre de la priorité 6 : action sur les déterminants. Le groupe a priorisé les problématiques relevant du manque d'actions de développement des compétences psychosociales, des difficultés d'accès et de maintien au logement et à l'emploi et la santé au travail.

Les actions qui seront proposées en fonction de ces problématiques permettront d'agir sur la prévention des troubles psychiques.

➤Instances de coordination :

- Il existe aujourd'hui une multitude de dispositifs de coordination sur le département tels que les communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), les Méthodes d'Action pour l'intégration des services d'Aides et de soins dans le champ de l'Autonomie MAIA...,
- Il y a un manque de visibilité des acteurs et dispositifs de la coordination, un manque de connaissance des missions de chacun.
- Une réorganisation est en cours de certains dispositifs en un nouveau dispositif : les Dispositifs d'Appui à la Coordination, tel que le prévoit la loi relative à l'Organisation et la Transformation du Système de Santé (OTSS).
- Le PTSM ne doit pas créer de nouvelles instances alors que l'existant n'est pas suffisamment connu et exploité.

3.Décisions

- Organisation d'un temps de travail entre les pilotes et copilotes de l'ensemble des groupes afin de mettre en commun les pistes d'actions proposées pour les problématiques transversales. Objectifs :
 - ⇒ Eviter les redondances,
 - ⇒ S'assurer de la complémentarité et de la cohérence des actions proposées.
 Il peut y avoir un socle commun, puis des spécificités selon les priorités.
- Organisation par la DDARS d'un temps de présentation des instances de coordination (PTA, CPTS, futur DAC, MAIA) à l'ensemble des acteurs du PTSM,
- Organisation de deux comités de pilotage d'ici la fin du projet
- Organisation d'une session de travail supplémentaire pour l'ensemble des groupes au mois de mai.

4.Perspectives de travail, prochaines échéances / réunions importantes

- Groupes de travail :
 - ⇒ Semaine du 27 avril, session de travail des 6 groupes par priorité. Dates déjà fixées et communiquées aux participants.
 - ⇒ Semaine du 11 mai, session de travail des 6 groupes, date à fixer
- Pilotes et copilotes : Réunion transversale : début avril, date à fixer
- Comité de pilotage :
 - ⇒ Copil intermédiaire le jeudi 7 mai à 14h. lieu à confirmer par la DDARS
 - ⇒ Copil final : le mercredi 24 juin 2020 à 14h, lieu à confirmer par la DDARS

COMPTE-RENDU Comité de pilotage PTSM13

Date : 24 juin 2020	Rédactrice : Hania Noguès
---------------------	---------------------------

Participants :

Nom, Prénom	Fonction	Structure	
HUET Karine	Déléguée départementale	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé 13	
MOLAS-GALI Nathalie	Responsable service de prévention	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé 13	
RIOS Sophie	Déléguée départementale adjointe	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé 13	
MERIAUX Jade	Neuropsychologue	CAMPS Saint Louis	Pilote et copilote priorité 1
FIRUTH Sophie	Directrice adjointe	ESJ Aubagne	
GUILLERMAIN Yves	Psychiatre	CH Edouard Toulouse	Pilote et copilote priorité 2
PLAIS-RICHARD Laure	Coordinatrice	Coordination Marseillaise en santé mentale et habitat	
GUIDETTI Roselyne	Chargée de partenariat	Apport Santé	Pilote priorité 3
KLIMENKO Yann	Etudiant	CoFoR	Pilote priorité 4
FOMBARON Isabelle	Cadre de santé infirmière / Chef de service ACT SOUSTO	Association pour la Réadaptation Sociale	Pilote et copilote priorité 5
GOSET Sarah	CTPS	DTPJJ13	Pilote priorité 6
MARTINET Laetitia	Chargée de mission santé mentale	SSPH ville de Marseille	
DESVIGNES Saphir	Chargée de recherche	Lieu de répit	Groupe des usagers
NOGUES Hania	Chargée de projet	CRES	

Personnes excusées :

- GUICHAOUA Jeanine, déléguée régionale UNAFAM/Représentant familles des usagers, pilote priorité 5
- GIRARD Johanne, Coordinatrice du Conseil Local en Santé Mentale de la ville de Marseille,
- RIO Pascal, directeur CH Montperrin, Pilote priorité 4 et représentant GHT

Compte-rendu et relevé de décisions :

1. Ordre du jour

- Validation du compte rendu du Copil du 3 mars 2020 ;
- Point sur l'étape de priorisation des actions ;
- Le report du rendu du PTSM ;
- Nouvel échéancier de la poursuite de l'élaboration du PTSM ;
- Organisation des prochains Copil.

2. Etat des lieux - Contenu des échanges

2.1. Validation du compte rendu du Copil du 3 mars 2020

Le CR a été validé par les participants.

2.2. Point sur l'étape de priorisation

Deux réunions organisées avec les pilotes et copilotes des 7 groupes de travail pour :

- Définir les critères de priorisation ;
- Procéder à un pré-tri des pistes d'actions.

Les comptes rendus de ces deux réunions ainsi que les tableaux des pistes d'actions retenues et celles non retenues ont été envoyés à l'ensemble des acteurs inscrits dans liste de diffusion du PTSM afin qu'ils aient connaissance du processus de travail pour cette étape.

L'étape de priorisation individuelle par chaque participant a été lancée comme prévu le lundi 22 juin et doit se poursuivre jusqu'au 10 juillet.

La réalisation de cette étape à distance peut avoir un impact sur le taux de participation des acteurs, et donc, sur la représentativité des résultats obtenus.

A ce jour il y a eu 5 retours.

2.3. Le report du rendu du PTSM

La Délégation Départementale de l'ARS des Bouches-Du-Rhône confirme que la date du rendu des travaux du PTSM est repoussée au 31 décembre 2020.

Ce report a été évoqué par Frank Bellivier, délégué interministériel à la santé mentale et à la psychiatrie dans une dépêche d'APM News, mais à ce jour il n'y a pas de texte officiel qui confirme cette information.

2.4. Nouvel échéancier pour l'élaboration du PTSM

Au vu du report du rendu du PTSM, voici le nouvel échéancier proposé et validé :

- Fin du processus de priorisation des pistes d'actions en juillet ;
- Ecriture des fiches actions en septembre et octobre ;
- Finalisation de l'écriture du projet en novembre ;
- Validation par le comité de pilotage fin novembre/début décembre ;
- Organisation d'une restitution en plénière, à l'ensemble des acteurs, début décembre après validation du projet par le Copil ;

2.5. Prochains Copil

Un Copil intermédiaire sera organisé en septembre pour faire un point sur l'écriture des fiches actions.

Un copil final sera organisé fin novembre/début décembre pour relecture du projet et validation avant envoi au Directeur Général de l'ARS Paca.

2.6. Questions diverses

➤ Les pistes d'actions :

- Certaines sont encore sous formes d'objectifs ou de sous axes et comportent encore plusieurs propositions d'actions. Exemple : la lutte contre la stigmatisation. En fonction de la priorisation des pistes d'actions et du nombre d'actions retenues, les groupes de travail pourront, au moment de l'écriture des fiches actions, choisir celles qui seront gardées pour cet axe-là.

- Open-Dialogue : il s'agit d'une pratique développée en Finlande en réponse aux premiers épisodes psychotiques chez les patients. Il s'agit d'organiser un dialogue entre l'équipe médicale, le patient et l'entourage de ce dernier (familial, amical, social, professionnel...). Reconnue comme une bonne pratique, cet outil permet d'éviter et de diminuer le recours aux hospitalisations.
Certaines équipes de l'AP-HM (notamment de réhabilitation psychosociale) sont en cours de formation, avec pour objectif d'étendre cette formation à l'ensemble des équipes de l'AP-HM, en partenariat avec l'association Just.

➤ Consultation de la commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé :

Une présentation devant la commission sera organisée avant le rendu du PTSM.
Cependant, il faudra attendre les élections municipales, la recomposition de la commission et la relance de son activité lors des semaines à venir.

➤ L'organisation des réunions :

Les participants souhaitent que les prochaines réunions se tiennent à nouveau en présentiel pour faciliter les échanges.

Deux salles ont été proposées qui permettent de respecter la distanciation physique au vu du contexte sanitaire actuel : la salle de réunion de la PTA Apport Santé à Aix-En-Provence et la salle de réunion de la CME du CH d'Edouard Toulouse.

3. Perspectives de travail, prochaines échéances / réunions importantes

- Prochain Copil intermédiaire le 30/09/2020 de 9h30 à 12h, au CH Edouard Toulouse, salle des CME ;
- Les groupes de travail reprendront en septembre et octobre en présentiel ;
- Copil final fin novembre/début décembre, date à fixer lors du Copil du 30 septembre ;
- Restitution en plénière début décembre ;
- Présentation des travaux devant la commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé, date à définir à partir de septembre.

COMPTE-RENDU Comité de pilotage PTSM13

Date : 16 septembre 2020	Rédactrice : Hania Noguès
--------------------------	---------------------------

Participants :

Nom, Prénom	Fonction	Structure	
RIOS Sophie	Déléguée départementale adjointe	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé	
MOLAS-GALI Nathalie	Responsable service de prévention	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé	
MERIAUX Jade	Neuropsychologue	CAMPS Saint Louis	Pilote et copilote priorité 1
FIRUTH Sophie	Directrice adjointe	ESJ Aubagne	
GUILLERMAIN Yves	Yves	Psychiatre hôpital Edouard Toulouse	Pilote et copilote priorité 2
PLAIS-RICHARD Laure	Coordinatrice	Coordination Marseillaise en santé mentale et habitat	
ALCHECH Marcel	Médecin Psychiatre	Clinique la Lauranne	Pilote et copilote priorité 3
GUIDETTI Roselyne	Chargée de partenariat	Apport Santé	
GOSET Sarah	CTPS	DTPJJ13	Pilote priorité 6
MARTINET Laetitia	Chargée de mission santé mentale	SSPH ville de Marseille	
GIRARD Johanne,	Coordinatrice	Conseil local en santé mental de la ville de Marseille	
NOGUES Hania	Chargée de projet	CRES	

Personnes excusées :

- RIO Pascal, directeur, CH Montperrin/GHT1. Pilote priorité 4
- FOMBARON Isabelle, cadre de santé infirmière / Chef de service ACT SOUSTO, association pour la réadaptation sociale. Pilote priorité 5.
- GUICHAOUA Jeanine, déléguée Régionale, UNAFAM/Représentant familles des usagers, copilote priorité 5.

Compte-rendu et relevé de décisions :

1.Ordre du jour

- Statuer et valider les actions définitives/Désigner les publics prioritaires pour certaines actions.
- Retroplanning :
 - ⇒ Groupes de travail,
 - ⇒ Présentation du projet à la commission de santé mentale,
 - ⇒ Copil final,
 - ⇒ Restitution finale aux participants.

2.Etat des lieux - Contenu des échanges

2.1.Validation des actions définitives et désigner des publics prioritaires pour certaines actions

➤Financement :

Le coût financier des actions ne doit pas rentrer en ligne de compte pour cette priorisation. Actuellement, il n’y a toujours pas de visibilité sur les financements prévus spécifiquement pour le PTSM. Des financements pourront se débloquent au fur et à mesure, des appels à projets lancés...

Une action qui ne peut être financée en année 1 pourrait l’être en année 2 ou 3

Une fois les fiches actions rédigées, elles seront présentées à la DDARS13 qui fournira un appui technique pour savoir quel cadre financier peut être sollicité.

➤Retour sur la priorisation :

Au total 54 personnes ont participé à cette étape. Des remarques ont été faites concernant les critères de priorisation qui ont pu être excluants pour certaines actions, notamment celles concernant la prévention, ou la lutte contre la stigmatisation.

Ce tableau a pu paraître complexe. Toutefois, il a permis d’avoir une visibilité sur l’ensemble des actions qui ont été proposées par les différents groupes.

➤Priorisation des actions :

- Afin de faciliter la lecture des actions, elles ont été classées selon les trois axes de la feuille de route de santé mentale et psychiatrie.
- Le Copil a procédé à la relecture de l’ensemble des actions et a fait les propositions suivantes

Tableau des actions-Classement des pistes d’actions selon les trois axes de la feuille de route santé mentale

Promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide	Renforcer les compétences psychosociales	Décisions du Copil
	Action 1 : Déployer des programmes en milieu scolaire Action 2 : Déployer des programmes en périnatalité Action 3 : Sensibiliser les employeurs Action 4 : Sensibiliser les professionnels du champ du handicap	-Les actions 1 et 2 sont prioritaires -Action 3 et 7 : proposition de les fusionner et de mettre en place un groupe projet pour davantage détailler l’action -L’action 4 : non prioritaire
	Développer les actions de prévention de la souffrance psychique au travail	
	Action 5 : Accompagner et soutenir les professionnels Action 6 : Favoriser l’analyse de pratiques Action 7 : Sensibiliser aux risques psychosociaux en entreprise et de la médecine du travail	-Actions 5 et 6 : proposition de les fusionner. -Les actions de cette thématique sont prioritaires
	Informé, sensibiliser et lutter contre la stigmatisation	
Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus	Action 8 : Déployer la formation PSSM Action 9 : Mettre en place un Nudge Action 10 : Déployer Epsykoï dans les collèges et lycées Action 11 : Sensibiliser les médias (groupe projet) Action 12 : Organiser une MadPride Action 13 : Sensibiliser des professionnels de santé (campagne d’information) Action 14 : Mise en valeur de la SISM	-Ajout de l’action SISM qui avait été oubliée -Action 8 et 10 : proposition de pas cibler un dispositif ou outil particulier -Proposition de regrouper l’ensemble de ces actions dans une seule fiche lutte contre la stigmatisation
	Mettre en place un parcours de soins coordonné	
	Action 15 : Déployer des référents de parcours complexes/suivi intensif Action 16 : Mettre en place une ligne téléphonique ou un dispositif de soins partagé (DSPP)	-L’ensemble de ces actions sont prioritaires.

par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité	<p>Action 17 : Soutenir le déploiement du dossier médical partagé (DMP)</p> <p>Action 18 : Développer et appliquer la charte médecins généralistes/psychiatrie</p> <p>Action 19 : Former/Mettre en place des protocoles conciliation médicamenteuse</p> <p>Action 20 : Développer des partenariats avec les CPTS</p> <p>Action 21 : Désigner des professionnels référents</p>	
	Ressources et fonction d'appui aux professionnels et amélioration des compétences	
	<p>Action 22 : Mobiliser davantage les PTA et faire connaître leurs compétences en santé mentale</p> <p>Action 23 : Création d'un centre ressources</p> <p>Action 24 : Développer les CLSM</p>	Actions prioritaires
	Améliorer la formation en santé mentale et développer le repérage précoce	
	<p>Action 25 : Déployer les formations existantes et le PSSM (et création en fonction des besoins)</p> <p>Action 26 : Développer les formations en rétablissement</p>	<p>-Actions prioritaires.</p> <p>-Action 25 : proposition de préciser la mise en place de formation portant sur la thématique soins/relation patient</p>
	Développer la prise en charge en ambulatoire	
	<p>Action 27 : Déployer des équipes mobiles</p> <p>Action 28 : Développer les consultations avancées</p> <p>Action 29 : Développer la psychiatrie de liaison</p> <p>Action 30 : Conduire un audit des CMP et CMPP</p> <p>Action 31 : Développer des dispositifs spécifiques alternatifs (lieux de répit)</p> <p>Action 32 : Développer l'HAD</p> <p>Action 33 : Créer un pôle d'urgence (professionnels + médiateurs pairs)</p> <p>Action 34 : Mettre en place un dispositif type SOS Psy</p>	<p>-Actions 27 à 31 : prioritaires</p> <p>-Action 30 : nécessiterai une mise en place très rapide, car cela peut impacter la mise en place d'autres actions.</p> <p>-Actions 32 et 34 non prioritaires.</p> <p>-Action 33 : Manque d'information sur son contenu : à préciser avec le groupe.</p> <p>-Définition de publics prioritaires : Pour l'action 27 : pédopsychiatrie, gérontologie, situation de crise. Pour l'action 28 : public adolescent</p>
	Mieux prendre en charge la santé somatique	
	<p>Action 35 : Réunir sur un même site consultation généralistes/psychiatres</p> <p>Action 36 : Valoriser la consultation somatique pour les patients avec troubles psychiques</p> <p>Action 37 : Lutter contre la discrimination dans l'accès aux soins des personnes avec CMU-C/AME</p>	<p>-Action 35 : prioritaire.</p> <p>-Action 36 et 37 : proposition de mise en place d'un groupe de travail pour leur élaboration et solliciter la sécurité sociale pour l'intégrer.</p> <p>-Reformulation action 37.</p>
	Mobiliser les ressources en santé mentale	
	Action 38 : Développer la télémédecine	Action prioritaire
	Développer une offre en réhabilitation psychosociale	
	Action 39 : Développer les équipes de réhabilitation psychosociale	<p>Actions prioritaires.</p> <p>-Proposition de déplacer dans ce sous axe l'action 48 sur les actions en remédiation cognitive.</p>
	Réduire le recours aux soins sans consentement	
	<p>Action 40 : Généraliser la mise en place des directives anticipées</p> <p>Action 41 : Améliorer l'accueil par les services hospitaliers</p> <p>Action 42 : Former des professionnels aux soins sans consentement</p>	<p>Action 40 et 41 prioritaires</p> <p>Action 42 non prioritaire</p>
	Favoriser la prise en compte des patients et de leur entourage	

	Action 43 : Développer la formation Open Dialogue Action 44 : Développer les espaces d'accueil et les rencontres familles/usagers/professionnels	Proposition de fusionner ces deux actions	
Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique	Améliorer les dispositifs et l'intervention des pairs-aidants		
	Action 45 : Formation des pairs aidants/valorisation de leur fonction Action 46 : Pérenniser la plateforme	Actions prioritaires	
	Améliorer l'accompagnement vers et dans l'emploi		
	Action 47 : Favoriser la mise en place d'équipes Working first et Clubhouse Action 48 : Renforcer la mission emploi des GEM Action 49 : Développer des actions de remédiation cognitive Action 50 : Sensibiliser les professionnels de l'insertion professionnelle Action 51 : Sensibiliser les employeurs	Actions 47 et 48, proposition de les fusionner. Actions 50 et 51, proposition de les fusionner.	
	Améliorer l'accès et le maintien dans le logement		
	Action 52 : Mettre en place un dispositif d'accompagnement et de maintien dans le logement/équipe pluridisciplinaire Action 53 : Mettre à jour le répertoire des structures d'hébergement et logement d'insertion Action 54 : Identifier et renforcer les initiatives des bailleurs	Proposition de rediscuter de ces actions avec le groupe de travail et de fusionner éventuellement certaines pour construire une fiche portant sur un recensement des actions d'accompagnement et dispositifs d'accompagnement vers et dans le logement, portant sur la santé mentale et d'en faire un bilan et de relever les bonnes pratiques	
	Améliorer et favoriser l'accès aux droits des usagers		
	Action 55 : Développer les formations sur les droits des usagers Action 56 : Faciliter l'accès à l'information sur les droits Action 57 : Renforcer le rôle des représentants des usagers dans les établissements médicaux	Actions prioritaires	
	PTSM/Covid	58 : Mise en place d'un groupe de travail sur l'analyse de la gestion de cette crise, des dispositifs mis en place et leur pertinence, des conséquences et enseignements que l'on peut en tirer.	

➤ Informations complémentaires :

- Audit des CMP : l'ARS est mobilisée sur cette question au niveau régional et un projet d'audit est en cours ;
- Réunir sur un même site consultation généralistes/psychiatres : un projet en cours d'élaboration sur la commune de Bouc-Bel-Air avec la mise en place d'un centre de santé regroupant des consultations de généralistes/ psychiatrie et autres spécialités, et ayant un coût financier très faible ;
- Télémédecine : durant la crise sanitaire ; le développement des téléconsultations via les smartphones auprès du public adolescent relevant de la protection judiciaire de la jeunesse a permis de poursuivre les suivis voire même de faciliter la mise en place de suivis envers des jeunes jusque-là réticents à rencontrer un psychiatre ;
- PTSM/Covid : la PTA Santé croisée a déjà entamé un travail sur cette question ;
- Favoriser la prise en compte des patients et de leur entourage : propositions d'intégrer également le développement des thérapies familiales.

2.2.Rétroplanning :

➤Groupes de travail :

- Une session de groupes de travail est organisée fin septembre/début octobre. Une seconde session est prévue la première semaine de novembre. Cette 2^{ème} session a été programmée, au cas où il y ait besoin de finaliser l'écriture de certaines fiches. Des groupes de travail pourront alors être organisés à ces dates, en fonction des fiches à finaliser.
- Les pilotes et copilotes des groupes pourront être éventuellement sollicités pour aider à la finalisation des fiches actions.

➤Présentation à la commission santé mentale du conseil territorial de santé

- Le PTSM une fois écrits, devra être présenté à la commission santé mentale. Cela avait été le cas pour le diagnostic territorial du PTSM, en décembre 2019.
- La proposition a été faite que ce soit un ou deux pilotes/copilotes qui présentent le projet.

➤Copil final

- Objectif : valider le projet final. La date est fixée pour le mercredi 2 décembre.
- L'idéal serait que la commission santé mentale soit organisée le même jour que le Copil.

➤Restitution finale

Une restitution finale doit être organisée pour l'ensemble des participants, avant le 10 décembre.

3.Décisions

- Copil final le mercredi 2 décembre, à la salle des commissions des CME, à Edouard Toulouse.
- Restitution finale : date et modalités à fixer.
- Présentation à la commission santé mentale : date à fixer

4.Perspectives de travail, prochaines échéances / réunions importantes

- 1^{ère} session des groupes de travail, les 28, 29 septembre, 6, 9 et 12 octobre ;
- 2^{ème} session : 3, 5 et 10 novembre ;
- Copil final : mercredi 2 décembre, de 9h30 à 12h30, à Edouard Toulouse ;
- Présentation à la Commission santé mentale du conseil territorial de santé : date à définir ;
- Restitution finale : date à définir ;
- Rendu du PTSM au DG de l'ARS : le 10 décembre.

COMPTE-RENDU Comité de pilotage PTSM13

Date : 2 décembre 2020	Rédactrice : Hania Noguès
------------------------	---------------------------

Participants :

Nom, Prénom	Fonction	Structure	
MOLAS-GALI Nathalie	Responsable service de prévention	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé 13	
RIOS Sophie	Déleguée départementale adjointe	Délégation Départementale de l'Agence Régionale de Santé 13	
MERIAUX Jade	Neuropsychologue	CAMPS Saint Louis	Pilote et copilote priorité 1
FIRUTH Sophie	Directrice adjointe	ESJ Aubagne	
GUILLERMAIN Yves	Psychiatre	CH Edouard Toulouse	Pilote et copilote priorité 2
ALCHECH Marcel	Psychiatre	Clinique La Lauranne	Pilote et copilote Pilote priorité 3
GUIDETTI Roselyne	Chargée de partenariat	Apport Santé	
BECHLA Ismaël	Chargé de recherche	Association Just, Lieu de répit	Pilote priorité 4
FOMBARON Isabelle	Cadre de santé infirmière / Chef de service ACT SOUSTO	Association pour la Réadaptation Sociale	Pilote priorité 5
GOSET Sarah	CTPS	DTPJJ13	Pilote priorité 6
POITEVIN Arnaud	Médiateur de santé chargé de gestion administrative, financière et juridique	ESPER Pro	Pilote et copilote du groupe des usagers
MAHMOUDI Djamila	Etudiante	CoFor	
CHAUSSIGNAND Cécile	Chargée de projet	CRES	
NOGUES Hania	Chargée de projet	CRES	

Personnes excusées :

- GUICHAOUA Jeanine, déléguée régionale UNAFAM/Représentant familles des usagers, pilote priorité 5. Son mandat étant arrivé à échéance à l'UNAFAM fin novembre, elle ne pouvait être présente.
- Mme DESVIGNES, Chargée de recherche, association Just, lieu de répit, copilote du groupe des usagers.
- Mme PLAIS-RICHARD Laure, directrice GCSMS santé mentale et habitat

Compte-rendu et relevé de décisions :

1.Ordre du jour

- Validation du PTSM13
- Perspectives sur la suite du projet

2.Etat des lieux - Contenu des échanges

2.1.Point écriture fiches actions :

- Les fiches actions validées lors du Copil du 16 septembre ont toutes été quasiment écrites. Certaines ont été fusionnées :
⇒ Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive

- ⇒ Droit et information des usagers
 - ⇒ Directives anticipées et formation aux soins sans consentement
 - ⇒ Déployer des formations et sensibilisation des professionnels (lutte contre la stigmatisation)
 - ⇒ Les deux actions sur la santé au travail
 - Trois fiches n'ont pas été écrites :
 - ⇒ L'hospitalisation à domicile : le groupe n'a pas souhaité développer cette action, préférant concentrer les moyens dans un premier temps sur les équipes de suivi intensif.
 - ⇒ Mise en place d'un dispositif de type SOS Psy : action qui ne semble pas pertinente à ce stade.
 - ⇒ Développer des pôles d'urgences : cette fiche n'a pas pu être développée. Elle pourra néanmoins l'être ultérieurement. Le projet n'étant pas figé, les actions retenues peuvent évoluer, être réajuster et de nouvelles actions pourront être rajoutées.
 - Fiche audit CMP : il a été porté à la connaissance du Copil, qu'initialement l'action ne devait porter que sur les CMP et non sur le CMPP. Cette erreur a été portée à la connaissance du sous-groupe de travail qui a écrit la fiche. Celui-ci a toutefois souhaité maintenir l'audit sur les CMPP, ces structures rencontrant les mêmes problématiques que les CMP.
 - Demande de la part de la plateforme des pairs aidants ESPER Pro d'intégrer une fiche sur la pérennisation de la plateforme. Cette action avait été priorisée et initialement rédigée lors de la première session de travail, puis retirée par l'association. Finalement l'association souhaite l'intégrer à nouveau, en complément de la fiche portant sur la mise en place d'une formation des pairs aidants sur le département. Cette demande d'ajout a été validée par le Copil, ce qui porte le nombre de fiches actions à 49.
 - Pour l'ensemble des fiches, les parties objectifs et description de l'action ont été détaillées. Les parties budget et indicateurs ne sont pas toujours précisées. Il était difficile pour les acteurs de pouvoir estimer et proposer un budget.
 - Début des actions : Un démarrage des actions dès janvier 2021 ne semble pas réaliste. Il faudrait définir un démarrage dès le second trimestre de 2021. Cependant, dès validation du projet par le DG de l'ARS, des actions pourront se mettre en œuvre rapidement si des porteurs sont prêts ou bien avancés dans leur projet ou si des appels à projets venaient à être publiés.
 - Porteurs : pour toutes les actions, il faut veiller à ne pas désigner un porteur particulier (sauf si l'action ne peut être mise en place que par un acteur spécifique). Cela doit être mentionné dans chaque fiche action, mais également dans la partie méthodologie ou présentation générale des fiches actions.
- Un travail de recherche et de recensement des porteurs sera fait ultérieurement, par la DDARS13 en lien avec le CRES, après validation du projet par le DG ARS Paca.

2.2.Retours des participants :

Le projet a été transmis à l'ensemble des participants aux groupes de travail pour relecture et remontées de corrections ou remarques.

Les demandes de corrections faites par la MDA13 Nord et par l'association plus-fort ont été validées par le Copil.

Toute demande de correction ou de modification ne portant pas sur un changement significatif ou ne remettant pas en cause les éléments de diagnostic partagés lors de groupes de travail, ou l'objectif d'une fiche action pourra être intégrée.

2.3.Liste des annexes à inclure au projet :

Le Copil a validé la liste des annexes proposées :

- Décret du 27 juillet 2017 relatif au PTSM
- La liste des participants
- Les CR des Copil
- La liste des actions non retenues

- Les avis des CLSM et de la commission santé mentale

Les comptes-rendus des réunions de groupes de travail seront publiés sur l'Agora social club afin de ne pas alourdir le document final. Une partie des CR le sont déjà, une mise à jour sera faite dans les prochains jours.

2.4. Points sur la méthodologie d'élaboration du PTSM

Afin de respecter une démarche participative et de co-construction de l'ensemble des acteurs pour l'élaboration du PTSM, telle que voulue par le législateur, la participation aux groupes de travail est restée ouverte. De nouveaux acteurs pouvaient rejoindre le projet tout au long du processus d'élaboration.

Si cela a pu constituer un point positif, respectant ainsi le principe d'élaboration du PTSM et permettant d'élargir les points de vue en intégrant des structures et compétences supplémentaires, cela a néanmoins complexifié l'avancement des travaux. Cela a conduit à un rappel permanent des objectifs du projet et de la méthode, et des difficultés pour les nouveaux participants à s'engager dans le processus.

La fluctuation de la participation aux groupes de travail a également impacté le processus, notamment au moment de la phase d'écriture des fiches actions.

Malgré ces difficultés, il semble important de pouvoir maintenir une participation ouverte afin de respecter l'esprit d'élaboration des PTSM et de permettre une représentativité maximale du territoire.

Il a été précisé que le CRES a veillé tout au long de l'animation du projet à la continuité des travaux sans remise en cause des éléments validés par les groupes de travail à chaque étape du processus.

2.5. Avis des Conseils locaux en santé mentale du département et de la commission santé mentale du conseil territorial de santé mentale :

- Les CLSM des villes de Marseille et de Martigues ont émis un avis favorable sur le PTSM.
- Une présentation du projet est prévue pour le lundi 7 décembre matin devant les membres de la commission santé mentale du CTS.

3. Décisions et perspectives de travail :

- Le projet est validé par les membres du Copil.
- Remise du projet au plus tard le 10 décembre au DG de l'ARS Paca.
- Après validation du projet par le DG de l'ARS, un travail sera mené par la DDARS13 en lien avec le CRES pour définir :
 - ✓ Le portage du projet : à ce jour, la forme de ce portage n'a pas été arrêtée, cette instance aura pour objectif de suivre la mise en place des actions et l'évaluation du projet sur les 5 prochaines années.
 - ✓ Les porteurs potentiels des actions
 - ✓ La priorisation des actions à mettre en œuvre et définition d'un calendrier sur les 5 prochaines années afin de répartir les actions. Cette priorisation se fera en fonction des priorités nationales et régionales.
- Instance de pilotage : Il sera mis en place un Comité de suivi. Dans un premier temps et si les membres le souhaitent, le comité de pilotage actuel pourra poursuivre le suivi de la mise en place du projet. Par la suite, et rapidement, la composition pourra évoluer, en élargissant et en intégrant de nouveaux acteurs (éventuellement renouvellement par tiers), et/ou en proposant un changement des membres tous les 2 ans.
- Une restitution plénière du projet à l'ensemble des participants sera organisée début de l'année 2021, après validation du projet. Les modalités seront à définir en fonction de l'évolution du contexte sanitaire.

Annexe 4 : Actions non retenues

Pistes d'actions
Améliorer la coordination
Faciliter et valoriser la mise en œuvre des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), en présentiel, Skype...
développer la sensibilisation et lutter contre la stigmatisation
Lutter contre la discrimination sur la base du DMP
renforcer, adapter et améliorer l'offre de soins
Favoriser les lits d'aval
Développer l'hospitalisation à domicile
Développer un dispositif de type SOS Psy
Maintien des lits adultes et développement des lits enfants avec création de services d'urgences dans chaque structure (publique et privée)
Renforcer les moyens humains au niveau de l'accueil des urgences
Renforcer les maisons médicalisées pour un meilleur accueil des personnes
Renforcer les soins pratiqués par les IDE spécialisés
Créer des maisons médicalisées pour pallier l'embolisation des urgences pour les soins non urgents
Valorisation financière de l'acte d'urgence (crise) tant en libéral qu'en hospitalier; Revaloriser les actes des réseaux itinérants
Renforcer l'alliance thérapeutique avec la psychiatrie pour baisser les effets secondaires
Structure « SAS », autonome impliquant les acteurs du soin et ceux impliqués dans les champs concernés du social (logement, travail...)
Renforcer le nombre des assistantes sociales du milieu hospitalier et soutenir leur travail
favoriser l'accès et le maintien dans l'emploi
Actions en direction des entreprises qui ne respectent pas les quotas d'embauches des personnes handicapées (amendes, accompagnement...)
Pilotage par la DIRECTTE pour comprendre les freins à l'embauche des personnes avec handicap psychique
Penser à des accompagnements, des tutorats des salariés et des entreprises qui accueillent des personnes avec un handicap psychique
Favoriser les aides à la création d'entreprises des personnes avec un handicap psychique (ex : job in live)
Decloisonner le monde de la psychiatrie et de la santé mentale et le monde du travail
Développer le nombre d'emplois aidés en milieu ordinaire
Favoriser la mobilité (transports) des personnes et attribution de la carte priorité pour les personnes avec un handicap psychique.
Favoriser l'accès et le maintien dans le logement
Renforcer, pérenniser et mutualiser « un chez-soi d'abord » et le GCSMS Habitat et santé mentale
développer l'habitat inclusif et renforcer le dispositif IML, ainsi que l'habitat collectif (pensions de familles, familles gouvernantes, foyers...)
Santé au travail
Promouvoir les accueils/points écoute conseils pour les salariés en dehors des entreprises
Favoriser et développer les postes de psychologues du travail
Uniformiser la prise en charge au travail entre salariés et indépendants
Intégrer les maladies professionnelles dans les cotisations employeur à la CPAM(en plus de celles des accidents du travail)

Annexe 5 : Avis de la Commission santé mentale du Conseil territorial de santé

La Commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé a fait le choix, dans un contexte juridique et institutionnel complexe impliquant de nombreux acteurs, de donner de la visibilité à des axes peu abordés dans les travaux de la filière psychiatrie du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches-du-Rhône.

Il a été ainsi suggéré que, la Commission se saisisse au sein des priorités définies par le décret du 27 juillet 2017, relatif au projet territorial de santé mentale, des thématiques prévues

- par l'article R3224-9 (organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles)
- et R3224-10 (organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale).

La Commission Santé Mentale du CTS s'est donc fixé comme programme :

1. Thématique relative au respect et à la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques :

Le Code de la santé publique (article précité) indique que, le projet territorial de santé mentale vise à développer :

1. des espaces de concertation et de coordination locales, notamment les Conseils locaux de santé mentale, ou toutes Commissions créées par les Collectivités territoriales ayant pour objet la santé mentale ;
2. l'information des personnes présentant des troubles psychiques et de leur entourage sur leurs droits afin d'en favoriser l'accès ;
3. les réponses aux personnes en situation de soins sans consentement ;
4. la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et l'amélioration de l'information du grand public sur la santé mentale

L'instruction du 5 juin 2018, relative aux projets territoriaux de santé mentale, suggère de s'appuyer sur la boîte à outils relative aux actions de prévention et de promotion de la santé mentale, aux soins, aux accompagnements et services attendus sur les territoires de santé mentale, consultables sur le site Internet du Ministère (solidarite-sante.gouv.fr/projet-territorial-sante-mental).

Parmi ces aspects, la Commission pourrait inscrire, à son programme de travail, les points suivants :

- En ce qui concerne le respect et la promotion des droits, la réduction du recours aux soins sans consentement et aux pratiques de contention et d'isolement.
- En ce qui concerne le recours aux soins sans consentement, les travaux au sein du Comité de pilotage de la psychiatrie ont mis en avant deux points particuliers de vigilance : le recours excessif à la procédure dérogatoire,

dite de péril imminent, et le fait que le recours aux soins sans consentement s'interrompt rarement en cours d'hospitalisation.

- En ce qui concerne la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, un cadre départemental pourrait organiser et financer des semaines d'information en santé mentale en s'appuyant sur les travaux du collectif national et sur le site Internet de celui-ci et sans faire obstacle à l'initiative de terrain qui relève des acteurs. La Commission pourrait soutenir l'organisation des SISM, là où elles existent, aider à les mettre en place, là où elles font défaut, et contribuer à trouver des solutions de financement en soutien à l'initiative des acteurs, après inventaire des initiatives, et recensement des difficultés rencontrées.
- En ce qui concerne le développement des modalités de soutien par les pairs, la pair-aidance doit être considérée comme un levier essentiel de la mise en œuvre de parcours de vie de qualité. La formation, la reconnaissance de l'expertise et la place des médiateurs de santé sont un champ important à construire et valoriser.

2. L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale

Il s'agit en particulier de promouvoir des actions visant le renforcement des compétences psychosociales de la population, de favoriser des actions de santé communautaire.

Il s'agit de construire des outils permettant aux individus d'interagir de façon satisfaisante avec leur environnement. Dans cette thématique, dont le champ est très large, un premier soutien pourrait être apporté par la Commission à la mise en place des formations aux premiers secours en santé mentale, qui font l'objet d'une priorité de la feuille de route ministérielle dévoilée le 28 juin 2018. La démarche consiste à former l'entourage au repérage des troubles, ou des signes précurseurs de crise, afin d'intervenir précocement sur le modèle des « gestes qui sauvent ».

Le soutien psychosocial en période de crise (migrations, épidémies, catastrophes, etc..) doit impliquer les professionnels comme la communauté et générer des projets innovants.

Dans cette perspective, la Commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé a pris connaissance avec intérêt des travaux du PTSM et salue l'importance et la qualité du travail accompli. Elle a lu avec attention des évaluations, analyses et actions proposées qui rejoignent ses propres réflexions et propositions. L'inventaire exhaustif de tous les champs du sanitaire et du social,

ainsi que l'exigence d'une vraie coordination de tous les acteurs est une nécessité préalable qui rejoint ses propres préoccupations.

- La prise en charge de la crise (**Priorité 4**) aborde des questions que la Commission a posées : prévention de la crise, formation de l'entourage, place des travailleurs pairs, équipes mobiles, soins sans consentement, défaut de coordination des acteurs, etc.
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques, (**Priorité 5**) recoupe la préoccupation de la Commission qui souhaite une pédagogie et un plaidoyer vers les professionnels et l'opinion publique pour changer l'image de la maladie mentale, faire évoluer des pratiques discriminatoires, et intégrer les usagers dans le processus de soins et de rétablissement. Des formations, de l'information, mais aussi des programmes innovants impliquant des travailleurs pairs doivent se généraliser. Le recours excessif aux soins sans consentement est un vrai problème et sa résolution une priorité pour l'action future.
- La **Priorité 6** aborde la question de l'accès aux droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi le renforcement des compétences psychosociales de la population, et recoupe donc un de nos axes de propositions.

Les actions proposées découlant de ces priorités sont pour certaines innovantes et ambitieuses. Nous retenons surtout les actions 4,5,6 et 7 qui touchent à la stigmatisation, et les actions 8 et 9 qui agissent sur la formation et l'information.

En conclusion, la Commission santé mentale du Conseil Territorial de Santé forme le vœu que les priorités du PTSM deviennent des réalités, que les innovations en santé mentale soient soutenues par les tutelles, et que l'accès pour tous à des soins et des services adéquats et de qualité se généralise. Dans nos travaux ultérieurs, il est impératif d'associer les fédérations et associations représentatives (UNAFAM, FHF, FEHAP, FHP, URPS, Conférence des Présidents de CME, URIOPSS) dont l'appui est indispensable pour le véritable enjeu des PTSM qui est de **faire changer les cultures et pratiques professionnelles**. Un copil associant le CSM, les acteurs institutionnels et associatifs (qui doivent être signataires du contrat territorial prévu par les textes pour la mise en œuvre du PTSM) sera le moteur d'une vraie mutation, au-delà d'actions ponctuelles isolées.

Annexe 6 : Avis des Conseils locaux en santé mentale du département des Bouches-du-Rhône

Avis du CLSM de la Ville de Marseille concernant le projet territorial de santé des Bouches du Rhône

1^{er} Décembre 2020

La participation du CLSM de la ville de Marseille au PTSM des Bouches du Rhône n'a pu se réaliser qu'à partir du mois de Décembre 2019. En effet, la vacance du poste du coordinateur du CLSM ne pouvait rendre effectif la participation lors de premiers travaux dans le courant du premier semestre 2019. Néanmoins, dès le mois de janvier 2020, le CLSM de La Ville de Marseille a pu participer à l'ensemble des groupes de travail qui ont été organisés par la CRES PACA ainsi qu'aux journées régionales du PTSM.

Concernant le diagnostic territorial, il est à noter la densité et la qualité des éléments recueillis qui permettent d'avoir une lecture fine des besoins en santé mentale sur le territoire. En outre, au regard de l'hétérogénéité du territoire, les éléments présentés apportent une lisibilité des écarts en termes d'accès aux soins en santé mentale et de recours aux établissements de santé.

La deuxième partie du rapport qui présente les fiches actions issues des groupes de travail démontrent la forte participation des acteurs au PTSM. La crise sanitaire et les conditions d'organisations des groupes de travail a néanmoins affecté la méthodologie mise en œuvre par la Cres Paca. Les groupes de travail ont malheureusement souffert d'une participation aléatoire des acteurs, ce qui a engendré des réécritures constantes des fiches actions. La santé lucrative étant par instant fortement représentée, les points de vue concernant les besoins en santé mentale ont nécessité des réajustements constants sur la finalité des actions présentés.

Dans la continuité du PTSM, un point de vigilance semble essentiel sur l'équité en termes de représentativité de la santé publique et de la santé lucrative au sein des instances de pilotages. Par ailleurs, il serait opportun de maintenir les mêmes groupes de travail afin que les travaux entamés ne souffrent pas d'opinions divergentes sur les finalités des actions misent en œuvre dans le cadre du PTSM.

Au regard de la crise sanitaire traversée pendant l'élaboration du PTSM, le CLSM salue particulièrement le travail d'envergure de la CRES PACA et la qualité des éléments recueillis qui permettront sans aucun doute de mener des actions en faveur de l'égalité d'accès aux soins pour tous sur le territoire des Bouches du Rhône.

Johanne GIRARD

Coordinatrice CLSM Ville de Marseille

Avis et observations du CLSM du Pays de Martigues concernant le PTSM et les actions proposées

le 25 novembre dernier, Hania Nogues nous a adressé le document de travail présentant le PTSM 13 élaboré par les acteurs du territoire de notre département et nous la remercions pour ce travail de synthèse remarquable.

Le document est très complet et illustre une réalité que nous retrouvons sur notre territoire du Pays de Martigues en terme de diagnostic et notamment par rapport aux difficultés rencontrées. Les priorités énoncées dans les fiches actions correspondent aux attentes du CLSM du Pays de Martigues.

Nous partageons un avis très favorable quant aux orientations et actions proposées et nous engageons à contribuer à leur mise en œuvre dans les années à venir aux côtés des partenaires ayant contribué à l'élaboration du PTSM 13.

Vous trouverez ci-dessous, les actions proposés qui ont retenues notre attention car elles correspondent aux objectifs de la feuille de route du CLSM du pays de Martigues.

Il s'agit d'actions et objectifs déjà mis en œuvre ou que nous souhaiterions développer sur notre territoire.

Nous les considérons donc prioritaires au regard du travail déjà engagé ou à venir.

Pour chacune d'elles, nous partageons des exemples concrets de leur réalisation lorsque c'est le cas, afin de venir alimenter la réflexion et les travaux qui seront réalisés ultérieurement dans le cadre de groupes de travail proposés par le PTSM.

Action 4 : Développer des actions de sensibilisation aux troubles psychiques auprès des professionnels et de l'entourage :

En lien avec l'APORS (réseau santé précarité Martigues et Port de Bouc), nous avons conduit des modules de sensibilisation auprès des professionnels de proximité d'un bailleur social de la Ville de Martigues (SEMIVIM) : « prévention, santé mentale et logement ».

Nous avons pour objectif de reconduire ce type d'action auprès d'autres professionnels.

Par ailleurs, dans le cadre des SISM nous organisons régulièrement des conférences ou des ciné/débat sur les troubles psychiques avec l'intervention des cadres infirmiers ou psychiatres du centre hospitalier de Martigues.

Action 5 : Développer des actions de sensibilisation auprès des adolescents :

Un espace santé jeunes existe sur le territoire, géré par le Centre Hospitalier de Martigues et rattaché au pôle de psychiatrie adulte et à la pédopsychiatrie. Nous avons pour objectif de renforcer ce dispositif qui rencontre des difficultés ces dernières années.

Cet espace santé jeunes a deux antennes, une sur Martigues et une sur Port de bouc. Il assure des permanences en direction des jeunes et propose des interventions collectives sur site à la demande de l'éducation nationale ou des centres sociaux.

Lors des SISM 2019, sur la thématique « santé mentale à l'ère du numérique » des actions ont été menées en ce sens avec le public jeunes des centres sociaux, en lien avec les chargés de missions atelier santé ville.

Action 8 : Améliorer la communication sur la semaine d'information en santé mentale (SISM)

Pour préparer le programme des Semaines d'Information en santé mentale, une dynamique partenariale existe sur le territoire depuis plusieurs années avec notamment un engagement fort de partenaires du domaine culturel.

la coordination est assuré par la coordinatrice du CLSM en lien avec les services de psychiatrie du Centre Hospitalier de Martigues et l'APORS (Association pour la Promotion et l'Organisation du Réseau Santé Précarité de Martigues Port de Bouc).

Aujourd'hui, il nous semble important d'apporter des améliorations sur les modes de communication afin de toucher un plus large public. Sur notre territoire, nous avons progressé en anticipant le plus possible avec le soutien du service communication de la Ville de Martigues.

A noter que le Collectif national des SISM est un partenaire qui nous apporte un grand soutien.

Action12 : Développer des équipes d'accompagnement intensif des parcours complexes

Les parcours complexes ont besoin de l'accompagnement de partenaires engagés sur la durée et dans la proximité. C'est ce qui fait aujourd'hui écueil sur notre territoire.

La cellule de coordination autour des situations complexes est un outil à disposition des professionnels du territoire mais souffre aujourd'hui d'un défaut d'implication de la part de certains partenaires et se retrouve à l'arrêt.

Lors des rencontres organisées par le CRES paca et le CCOMS en juillet dernier, nous avons travaillé sur la question du fonctionnement des commissions de gestion de situations individuelles complexes et des pistes inintéressantes ont été émises en partant du postulat qu'il faut donner une place centrale à la personne en proposant un vrai dispositif d'accompagnement.

Action 14 : Développer le partenariat avec les communautés professionnelles territoriales de santé

Objectif à travailler avec la CPTS et les maisons de santé pluridisciplinaires qui s'ouvrent prochainement sur le territoire.

A noter que notre service accompagné au démarrage de la CPTS et que durant la crise sanitaire des actions communes ont été menées notamment avec le recensement de l'offre d'écoute à proposer aux professionnels de santé en direction des habitants.

La CPTS sera également associée à l'écriture du CLS2 du Pays de Martigues.

Action15 :Développer les conseils locaux en santé mentale

Un des 4 axes prioritaires du Contrat Local de Santé du Pays de Martigues, concrétisé en 2015.

Action 16 :Création d'un centre ressources en santé mentale

Notre participation aux rencontres et formations proposées par le CCOMS et le CRES Paca apporte une réelle plus-value à notre CLSM. Leurs actions concertées représentent déjà un centre ressources.

(exemple de l'aide à la réflexion pour les commissions de gestion des situations complexes dont j'ai parlé plus haut et des formations proposées aux coordonnateurs des CLSM).

Action 17 :Mise en place d'une ligne téléphonique entre les médecins généralistes et la psychiatrie de secteur :

Pourrait être un outil intéressant à proposer aux médecins qui ont besoin de ce lien direct avec la psychiatrie de secteur.

En 2016, une thèse réalisée par le Docteur Matthieu Chaigneau sur le lien entre la médecine de ville et la médecine de secteur a mis en évidence la communication défectueuse dans son contenu, son organisation, ses moyens et la perception de son intérêt. Il s'agissait d'une lecture partagée entre les médecins généralistes et les psychiatres du Centre hospitalier de Martigues.

Les médecins généralistes se plaignaient particulièrement de l'absence de retour de la part des psychiatres lorsque ces derniers avaient pris en charge un de leur patient.

Action 19 : Soutenir le déploiement du dossier médical partagé (DMP)

Très attendu par les familles des patients

Action 20 : Déployer les équipes mobiles

Une nécessité pour notre territoire car les équipes sont trop fragiles par manque de personnel.

« L'aller vers » est à favoriser.

Un travail avec l'équipe mobile santé mentale précarité de Martigues a permis la mise en place de permanences d'un infirmier en psychiatrie sur l'accueil de jour des sans domicile fixe.

Le centre hospitalier de Martigues a également mis en place une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée depuis 3 ans. Les demandes d'évaluation de la part des médecins traitants sont nombreuses. Des formations sont également proposées aux médecins pour transmettre les savoirs dans le domaine de la psychiatrie de la personne âgée.

Action 40 : Déployer le programme Working First

Action pas encore engagée sur notre territoire mais qui fait partie des objectifs liés à l'inclusion dans la cité à mettre en œuvre.

Lors de la préparation des SISM « santé mentale et travail » en 2017, le sujet avait été évoqué par ISATIS comme étant intéressant à développer. Nous avons observé à ce moment là une grande réserve de la part du médecin psychiatre présent qui mettait en avant la violence que pouvait représenter les conditions de travail en milieu ordinaire pour une personne ayant une pathologie psychique.

Action 41 : Développer les formations en rétablissement

Action prioritaire pour le GEM Advocacy Martigues, sensible aux notions de rétablissement et d'empowerment donnant le pouvoir d'agir aux personnes ayant une pathologie psychique.

Action 42 : Renforcer la fonction de pair-aidant par la mise en place d'une formation sur le département

Action prioritaire pour le GEM Advocacy Martigues qui salarie une personne pair aidante et qui a besoin d'être accompagnée.

Action 43 : Sensibiliser les professionnels de l'insertion professionnelle et les employeurs aux troubles psychiques

- Le RSOEB (réseau santé ouest étang de Berre) propose régulièrement des modules de formation sur les troubles psychiques.

- Des actions ponctuelles ont également été menées sur notre territoire lors d'un forum « santé travail » Ce travail n'a pas été poursuivi et mériterait de l'être d'autant plus avec la crise sanitaire que nous traversons.

Action 44 : Développer des équipes pluridisciplinaires pour l'accompagnement à l'accès et au maintien dans le logement

Objectif qui nous semble fondamental pour favoriser l'inclusion dans la cité par le logement en proposant différents types de logements adaptés en milieu ordinaire.

Sur notre territoire l'association DOMUS, géré par l'Hôpital de Martigues, propose des logements thérapeutiques avec un suivi par leur équipe médicales.

Depuis janvier 2020, des logements sont proposés à Martigues avec le dispositif « familles gouvernantes » géré par l'UDAF.

L'offre est encore trop insuffisante. Une forte demande de la part des professionnels est exprimée pour Port de Bouc.

Action 46 : Renforcer la connaissance et l'accès aux droits des usagers de la psychiatrie

- Action prioritaire pour le GEM Advocacy Martigues.

- ISATIS assure des permanences d'accueil individuels sur notre service et propose un accompagnement dans l'accès aux droits pour l'insertion et le maintien dans l'emploi des personnes ayant une pathologie mentale.

Action 47 : Renforcer le rôle des représentants des usagers dans les établissements médicaux

- la coordinatrice du GEM Advocacy participe à la commission des usagers du centre hospitalier de Martigues.

- Elle souhaiterait également que soit créé une Maison des usagers sur l'hôpital de Martigues afin de pouvoir y tenir des permanences.

Action 48 : Recensement et évaluation des dispositifs et des adaptations de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques mis en place depuis la crise sanitaire

Des actions innovantes ont été proposées lors du confinement avec un rapprochement des collectivités autour de l'Hôpital en lien avec la CPTS (exemple du recensement de l'offre d'écoute et d'accompagnement à distance, téléphonique et visio)

Il serait intéressant de pouvoir recenser et évaluer les différents dispositifs mis en œuvre pour les inscrire dans de nouvelles pratiques.

Par ailleurs, nous observons que la crise sanitaire a accentué la fragilité de certains publics : personnes âgées, étudiants, migrants... auprès desquels nous devons porter une attention particulière.