

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Département des Alpes-de-Haute-Provence
2021-2025

Accompagnement de la démarche d'élaboration du PTSM
et rédaction du document par le

Département de Santé Publique du CHU de Nice

22 décembre 2020

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES	5
INTRODUCTION	7
Chapitre 1 : LES MODALITES D'ELABORATION DU PTSM DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (04)	9
1.1. Le cadre méthodologique pour l'élaboration du PTSM 04	9
1.1.2. Quelques définitions en vue de l'élaboration du PTSM 04	9
1.1.2. L'approche populationnelle et les grands principes fondateurs du PTSM 04	14
1.2. La démarche et les modalités d'élaboration du PTSM 04	16
1.2.1. Un cadre d'appréhension, de réflexion et de travail adapté au regard du cadre ministériel	16
1.2.2. Les acteurs et participants du PTSM	18
1.2.3. L'animation, les étapes et le calendrier d'élaboration	19
Chapitre 2 : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE DANS LES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (04)	23
2.1. Les déterminants de la santé dans les Alpes-de-Haute-Provence	23
2.1.1. Un département rural, enclavé, avec des contraintes fortes de déplacement	23
2.1.2. Une population plutôt âgée et éloignée	24
2.1.3. Une précarité liée à l'emploi et au logement	24
2.1.4. Plus d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées pauvres	25
2.1.5. Quelques indicateurs clés sur la population	26
2.2. L'état de santé mentale de la population des Alpes-de-Haute-Provence	27
2.2.1. Des besoins non couverts au regard des études épidémiologiques	27
2.2.2. Un état de santé de la population « moins bon » au regard des prises en charge ...	27
2.2.3. Les besoins au regard des estimations : 42 500 personnes concernées	28
2.3. Les services et les ressources actuellement disponibles	29
2.3.1. Panorama des services et ressources disponibles	29
2.3.2. Regard du CREAI sur l'offre et les besoins en établissements et services médico-sociaux dans le département	31
2.4. L'opinion des experts, des acteurs du milieu et de la population	32
2.4.1. Les problèmes, besoins et pistes d'action en lien avec la prévention ou la promotion de la sante	33
2.4.2. Les problèmes, besoins et pistes d'action en lien avec la prise en charge globale (dépistage et diagnostic)	35
2.4.3. Les problèmes, besoins et pistes d'action en lien avec la prise en charge globale (prise en charge)	38
2.4.4. Les problèmes et les besoins en lien avec le logement	40
2.4.5. Les problèmes et les besoins en lien avec le travail	43
2.4.6. Les problèmes et les besoins en lien avec les droits des usagers	44
2.5. Avis du Conseil Territorial de Santé du 04	46
Chapitre 3 : LE PTSM DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE EN ACTION	47
3.1. Cadre général d'action du PTSM 04	48
3.1.1. La vision et les valeurs du PTSM 04	48
3.1.2. La stratégie d'action du PTSM 04	48
3.1.3. Les objectifs (généraux et spécifiques) du PTSM 04	48
3.2. Tableau synthétique du PTSM : vision, objectifs et action	52

3.3. Les actions du PTSM 04 (fiches-action)	54
Objectif 1 :	57
Accroître les connaissances sur la maladie mentale dans le département des Alpes-de-Haute-Provence	57
Objectif 2 :	63
Développer les relations et faciliter la communication	63
Objectif 3 :	71
Favoriser les expérimentations dans le département des Alpes-de-Haute-Provence	71
Objectif 4 :	75
Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département des Alpes-de-Haute-Provence	75
Objectif 5 :	85
Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de la santé mentale	85
Objectif 6 :	85
Délivrer des services de prise en charge de la santé mentale s'inscrivant dans un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de sante	85
Objectif 7 :	85
Renforcer les capacités d'intervention des CMP	85
Objectif 8 :	95
Appliquer les programmes innovants destinées aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans les domaines du logement, du travail et plus généralement de l'insertion sociale	95
Objectif 9 :	103
Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale	103
Objectif 10 :	107
Lutter contre les discriminations	107
3.4. Pilotage et suivi de la mise en œuvre	113
3.4.1. Suivi de la mise en œuvre au niveau départemental	113
3.4.2. Suivi de la mise en œuvre au niveau régional	114
3.5. Evaluation	115
ANNEXES	117
Annexe 1 : Liste des acteurs invités par l'ars-dd04 participant au projet territorial de santé mentale en Alpes-de-Haute-Provence (PTSM 04)	119
Annexe 2 : Principales villes des Alpes-de-Haute-Provence et nombre d'habitants	124
Annexe 3 : Glossaire des structures ou dispositifs (soins, médico-social, social et entraide)	125
Annexe 4 : Schéma de l'offre de soins, du médico-social, du social et de l'entraide dans les Alpes-de-Haute-Provence (non-exhaustif)	131
Annexe 5 : Problèmes et besoins relevés par le groupe en matière de santé mentale	132
Annexe 6 : Compte-rendus des réunions de travail	133
Annexe 7 : Références et supports utilisés lors des travaux de groupe	161
Annexe 8 : Liste des figures, tableaux, graphes et cartes	163
Annexe 9 : Avis CTS et avis CLSM	164

LISTE DES ACRONYMES

ARS	Agence Régionale de Santé
ARS - DD	Agence Régionale de Santé – Délégation Départementale
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
C3S	Centre de Soutien Santé Social
CAMSP	Centre d’Action Médico-Sociale Précoce
CCAS	Centre Communal d’Action Sociale
CHRS	Centre d’Hébergement et de Réadaptation Sociale
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie
COFIL	Comité de pilotage
CPAM	Caisse Primaire d’Assurance Maladie
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREAI	Centre Régional d’Etudes d’Actions et d’Informations
CSAPA	Centre de Soins, d’Accompagnement et de Prévention en addictologie
CTSM	Conseil Territorial de Santé Mentale
DALY	Disability Adjusted Life Years
DDCSPP	Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier Médical Partagé
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual
DSP	Département de Santé Publique
ESAT	Etablissement et Service d’Aide par le Travail
GEM	Groupe d’Entraide Mutuelle
GOS	Groupes Opérationnels de Synthèse
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IRDES	Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MAS	Maison d’Accueil Spécialisé
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNS	Mental Neurological Substance
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PACA	Provence Alpes Côte d’Azur
PCH	Prestation de Compensation du Handicap
PCPE	Pôles de Compétences et de Prestations Externalisées

PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PTSM 04	Projet Territorial de Santé Mentale des Alpes-de-Haute-Provence
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVP	Service d'Accompagnement à la Vie Professionnelle
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TSA	Troubles du Spectre de l'Autisme
USMP	Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

INTRODUCTION

L'instruction du 5 juin 2018 relative aux Projets Territoriaux de Santé Mentale prévoit que les acteurs de terrain s'organisent et mettent en place un plan d'actions coordonnées en faveur de la santé mentale. Le PTSM a pour ambition de **mobiliser les acteurs locaux** autour des enjeux territoriaux et de **formaliser un projet partagé** et territorialisé en matière de santé mentale.

L'Agence Régionale de Santé PACA (ARS) par l'intermédiaire de sa Délégation Départementale des Alpes-de-Haute-Provence (ARS-DD 04) a confié la mission d'accompagnement du collectif local, dans sa démarche d'élaboration du PTSM 04¹, au Département de Santé publique du CHU de Nice pour ses compétences méthodologiques et son expertise scientifique en santé publique.

Cette mission avait pour objet :

- *Construire avec le comité de pilotage une méthodologie et un rétro planning partagé*
- *Animer le collectif porteur du projet territorial de santé mentale*
- *Rendre compte de l'avancement de sa mission de manière régulière au collectif porteur du PTSM*
- *Elaborer le diagnostic territorial partagé en santé mentale*
- *Rédiger le projet territorial de santé mentale : document opérationnel décrivant les projets et actions retenus par les acteurs.*

D'un point de vue méthodologique, l'instruction du 5 juin 2018 relative aux PTSM précisait les contours de la démarche d'élaboration du PTSM. Elle devait pouvoir inclure les parties prenantes aux réflexions, dans une vision élargie, et dans le cadre de groupes de travail thématiques, un calendrier d'élaboration, une instance de validation (COPIL) et au terme de la mission, un **rapport comprenant un diagnostic territorial relatif à la santé mentale et de fiches action**.

Les **six priorités**, en application du décret 2017-1200 du 27 juillet 2017, retenues par le Ministère constituaient les thématiques à aborder lors des travaux de groupe :

1. **Interventions précoces et bonnes pratiques** : *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 ;*
2. **Parcours rétablissement et inclusion sociale** : *organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ;*
3. **Les soins somatiques** : *organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;*
4. **La gestion de la crise et de l'urgence** : *organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;*
5. **Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers** : *organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des*

¹ Convention signée entre l'ARS PACA et le Département de Santé Publique du CHU de Nice

troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décision et d'action et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;

6. **Les déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de santé :** *organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.*

La mission devait se dérouler sur la période d'un an entre **juin 2019 à mai 2020**. Du fait de la crise sanitaire COVID19, elle a pris fin en **décembre 2020**. Elle a permis de rassembler des acteurs sanitaires, médico-sociaux, des représentants des personnes et des familles, des acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion, des acteurs de la prévention et de la promotion de la santé et des acteurs de l'Etat et des collectivités territoriales.

Le présent document fait état du travail réalisé avec les acteurs mobilisés, tant sur les aspects méthodologiques (définitions retenues, approche engagée, étapes), que sur les résultats de l'analyse des données collectées auprès des sources documentaires disponibles et des acteurs présents, ainsi que les actions à entreprendre pour améliorer l'état de santé mentale de la population du département.

Il présente le PTSM des Alpes-de-Haute-Provence : sa vision, ses valeurs, ses objectifs et sa stratégie ainsi que les actions à entreprendre (fiches-action).

Cette première phase ouvre à une seconde étape qui sera consacrée à un travail d'opérationnalisation des actions incluses dans le PTSM, courant du premier semestre 2021.

Chapitre 1 : LES MODALITES D'ELABORATION DU PTSM DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (04)

Avant d'exposer la démarche et les modalités concrètes d'élaboration du PTSM des Alpes-de-Haute-Provence (04), il est apparu nécessaire de revenir sur quelques définitions (santé et maladies mentales, parcours de vie, promotion de la santé, complexité) ainsi que sur les principes fondateurs découlant de l'approche populationnelle qui a été retenue.

1.1. Le cadre méthodologique pour l'élaboration du PTSM 04

1.1.2. Quelques définitions en vue de l'élaboration du PTSM 04

La **santé** est une ressource de la vie quotidienne². Dans cet esprit, la santé n'est plus uniquement vue comme un but en soi, mais comme une richesse individuelle et collective, un capital pour le développement socioéconomique des individus et de la collectivité.³ Elle permet à la personne de fonctionner et de s'adapter à son milieu. La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité et est associée à la notion de bien-être. La santé permet donc l'épanouissement personnel et la capacité de tenir un rôle social dans un groupe d'appartenance (Charte d'Ottawa, 1986).

La santé mentale et la maladie mentale

Le bien-être mental est une composante essentielle de la définition de la santé que donne l'OMS. Une bonne **santé mentale** permet aux individus de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer à la vie de leur communauté.

La **détresse psychologique** ou **souffrance psychique** correspond à un état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles.

La **maladie mentale** regroupe tous les troubles mentaux pouvant être diagnostiqués. Elle désigne des états de santé caractérisés par une altération de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement, causant des dysfonctionnements ou de la détresse. L'OMS et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) englobent notamment la déficience intellectuelle, les troubles du spectre de l'autisme (TSA), les troubles du comportement, les troubles neurocognitifs, dont la démence, de même que les dépendances.

Les **troubles mentaux** réfèrent à des classifications diagnostiques (DSM-5) renvoyant à des critères et à des actions thérapeutiques ciblées qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants. Parmi eux, on distingue :

- les troubles psychotiques,
- les troubles bipolaires,
- les troubles dépressifs,

² Promotion de la santé, Charte d'Ottawa, OMS

³ Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020, OMS, 2013

- les troubles envahissants du développement
- et les troubles de l'usage des produits toxiques (alcool, drogues et médicaments).⁴

La santé physique et la santé mentale sont deux aspects fondamentaux de la vie intimement liés et étroitement interdépendants. A mesure que l'on prend mieux conscience de cette corrélation, il devient toujours plus évident que la santé mentale revêt une importance vitale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays.

La promotion de la santé et le continuum d'intervention

La Charte d'Ottawa est le texte fondateur de la promotion de la santé en transformant une vision statique de la santé en une vision dynamique :

- « La promotion de la santé est un **processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé et d'améliorer celle-ci.** (...). Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.»

Plus précisément, l'OMS définit dans son glossaire de la promotion de la santé :

- « La promotion de la santé représente un **processus social et politique global**, qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus mais également des mesures visant à **changer la situation sociale, environnementale et économique**, de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et sur la santé des personnes. La promotion de la santé est le processus qui consiste à permettre aux individus de **mieux maîtriser les déterminants de la santé** et d'améliorer ainsi leur santé. La participation de la population est essentielle dans toute action de promotion de la santé. »

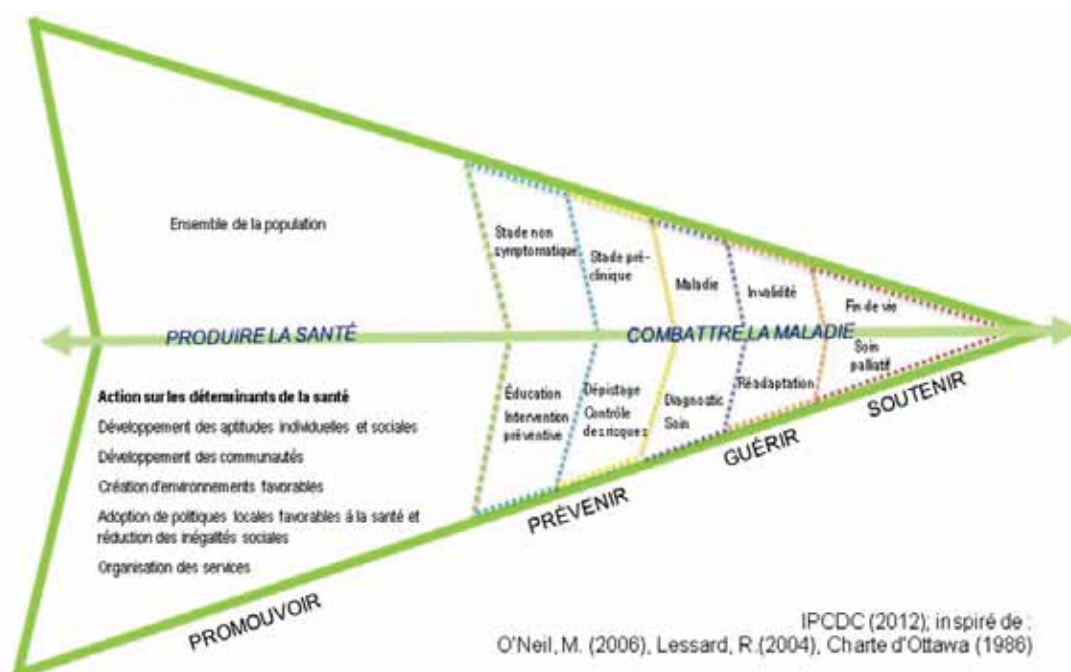


Figure 1. La promotion de la santé dans le continuum d'intervention

⁴ <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/>

La connaissance des mécanismes qui conditionnent la santé de la population ouvre de plus en plus la voie à des interventions dans les milieux de vie, en amont des problèmes de santé, afin de retarder, voire d'éliminer, des facteurs précurseurs de la maladie. Pour affronter ces nouveaux défis, il faut délaisser le système actuel, axé principalement sur le curatif, pour gérer un **continuum d'interventions** visant à développer et à maintenir la santé de la population et à optimiser l'autonomie personnelle et sociale des individus. Un système de santé capable d'intervenir au bon moment est essentiel pour empêcher que la maladie évolue vers des stades plus avancés, où le curatif devient de plus en plus lourd. Une telle approche se traduira aussi par une diminution des coûts de santé.

Connaître ce qui peut altérer la santé mentale d'une population est un atout en termes de santé publique. Mais vouloir agir en santé mentale implique **d'agir nécessairement en amont sur ces facteurs** afin de d'en limiter au maximum l'impact négatifs sur la santé.

La complexité de la santé mentale et des réponses à apporter

On parle de « **complexité** » dès lors qu'un ensemble d'éléments entre en jeu et qu'un ou plusieurs d'entre eux ne sont pas maîtrisés. Un état ou une situation est alors difficile à appréhender, à analyser et donc à restituer. Leur perception est alors subjective et le partage de l'analyse est difficile.

La santé dépend de nombreux déterminants plus ou moins connus d'ordre personnel, relationnel, socio-économique, environnemental (logement, éducation, travail, famille, revenus, génétique, inégalité, discrimination ...) qui témoignent très largement de cette complexité. La santé mentale est imbriquée dans la santé physique. L'une et l'autre sont indissociables et s'influencent mutuellement. Elles évoluent au fil du temps et peuvent être impactées par des points de rupture qui s'ils restent sans réponse, peuvent signer l'entrée dans un état pathologique.

Les problématiques liées à la santé mentale sont caractérisées par une **forte incertitude et un faible consensus**. Nous ne pouvons être certains des résultats de nos interventions et les experts (médecins, psychologues, ...) ont tendance à être en désaccord au sujet de ce qui est souhaitable et sur les moyens à mettre en œuvre. De plus, nous avons peu de repères pour comprendre et agir vis-à-vis de ces personnes, parce que leurs difficultés engendrent de nombreux problèmes dans leurs vies quotidiennes.⁵

Ainsi selon le modèle de R. Stacey, le degré de complexité en matière de santé mentale est élevé avec des niveaux élevés d'incertitude et de désaccord face à une situation. Ce modèle décrit les deux principaux facteurs qui favorisent la complexité : avec sur l'axe horizontal, le degré de certitude par rapport aux résultats et sur l'axe vertical, le niveau de consensus des décideurs par rapport à l'approche.

⁵ Territoires gouvernance, Le territoire au cœur de la transition.

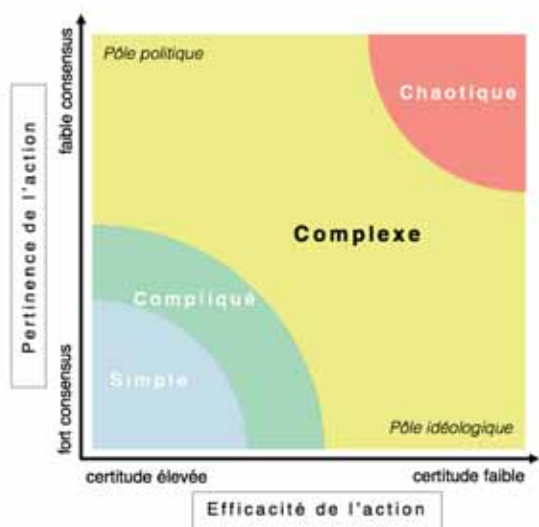


Figure 2. Diagramme de Stacey : un outil indispensable pour étudier et comprendre la complexité des problématiques de santé publique⁶

Agir en matière de santé mentale exige d'adopter une approche capable avec les acteurs de tenir compte de cette complexité et qui est développée dans le point 1-2.

Le parcours de vie (diagramme d'Ishikawa)

La notion de **parcours de vie** recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne donc l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Ces derniers affectent son bien-être physique, mental et social, sa capacité à prendre des décisions ou à maîtriser ses conditions de vie, ses interactions avec son entourage, sa participation à la vie sociale.

Pour la CNSA, l'expression « parcours de vie » est préférable aux termes « parcours de soins » (limités aux impacts pour le secteur sanitaire) ou « parcours de santé » (qui risque d'être interprété de façon restrictive aux seuls secteurs sanitaire et médico-social). C'est en effet l'ensemble des dimensions de la situation des personnes (y compris la participation sociale, la citoyenneté, l'insertion scolaire et professionnelle, ...) qui doivent être prises en compte par les acteurs du soin et de l'accompagnement. Optimiser les parcours passe donc par une attention accrue :

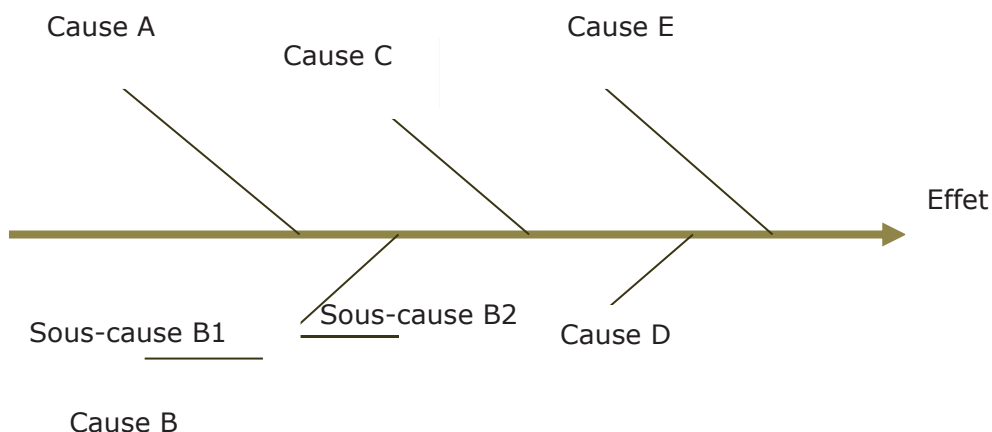
- à la prévention et à l'anticipation des moments charnières,
- des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé.

Une déclinaison de ce concept peut être réalisée sur la base du **diagramme d'Ishikawa** (**Figure 3**). Appelé « diagramme de causes/effets » ou « en arêtes de poisson », l'outil créé par Mr Ishikawa fait partie des outils de résolution des problèmes. Rappelant le squelette d'un poisson, cet outil visuel a pour finalité de lister les causes qui ont une influence sur un effet (une situation), de les classer, de les hiérarchiser. A partir d'un effet (situation), il permet de dresser

⁶ Adapté de Stacey R.D. (1996). *Emerging strategies for a Chaotic Environment*, Long Range Planning, Vol.16., April 1996, pp. 182-189

un inventaire des causes qui sont à l'origine. Différentes méthodes (brainstorming...) peuvent aider à faire émerger ces causes.

(a)



(b)

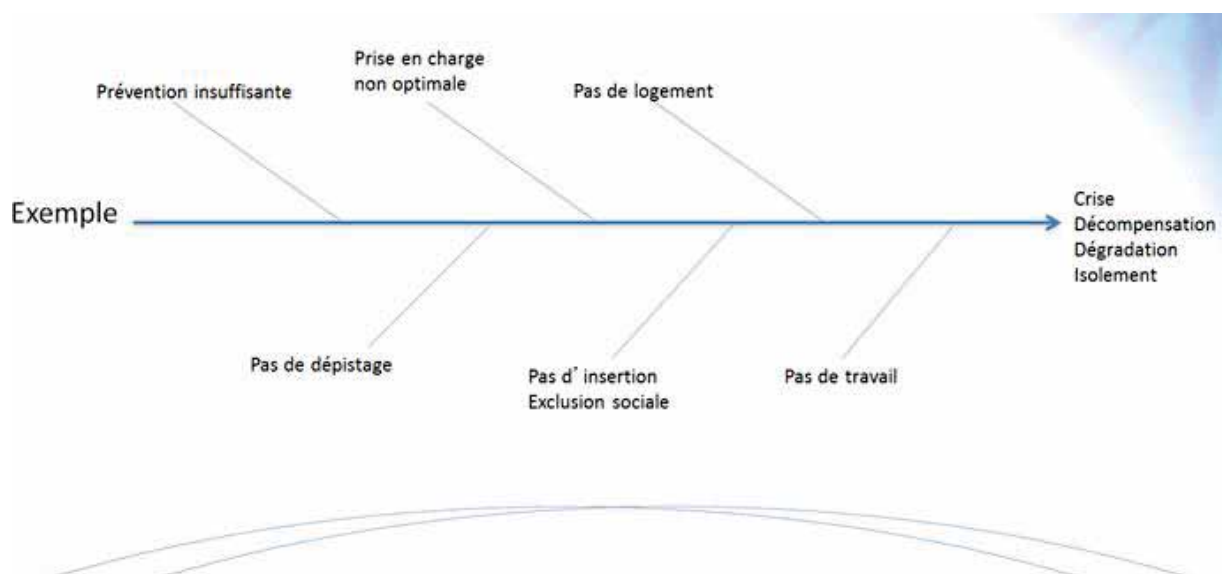


Figure 3. Diagramme d'Ishikawa (a) Cet outil permet de décrire les effets multifactoriels à l'origine du dysfonctionnement d'une approche traditionnelle dans un domaine précis. Les causes peuvent être hiérarchisées entre elles. (b) Diagramme d'Ishikawa adapté aux problématiques de santé mentale.

1.1.2. L'approche populationnelle et les grands principes fondateurs du PTSM 04

Pour élaborer le PTSM, l'approche populationnelle a été adoptée dont les contours sont exposés ci-dessous et énoncé les grands principes fondateurs du PTSM des Alpes-de-Haute-Provence.

L'approche populationnelle

L'approche populationnelle vise à répondre aux **besoins exprimés et non exprimés d'une population sur un territoire**, par la mise en œuvre de dispositifs pertinents et coordonnées et **en agissant en amont sur les déterminants de la santé**.

Le tableau ci-dessous (**Tableau 1**) souligne les conséquences sur le système de soins de l'approche populationnelle au regard d'une approche basée sur les besoins de soins des utilisateurs de services.

L'approche populationnelle a pour objectif de proposer une gradation et une coopération dans l'offre de soins et de garantir un accès ciblé et rapide à des **soins de premier recours** au plus près de la population et en rapport avec ses besoins. En lien avec la promotion de la santé, elle met en œuvre des actions concrètes en vue d'assurer des **conditions favorables à la santé**.

La **responsabilité populationnelle** demande aux acteurs système de santé de planifier autrement leurs services, de travailler davantage en réseau et de mettre en place des actions pour agir en amont des problèmes de santé et de bien-être de la population d'un territoire donné.

Son objectif étant d'assurer un **état de santé maximal chez la population d'un territoire**, compte tenu des ressources disponibles, elle vise à **coordonner l'offre de services en fonction d'une population donnée plutôt qu'en fonction des individus qui consomment les services**.⁷

En santé mentale, l'approche populationnelle s'oriente vers une éthique globale de soins. Elle replace le citoyen au centre de la prise en charge et donne de l'importance au respect et à l'autonomisation de la personne.

La connaissance des mécanismes qui conditionnent la santé de la population ouvre de plus en plus la voie à des **interventions dans les milieux de vie**, en amont des problèmes de santé, afin de retarder, voire d'éliminer, des facteurs précurseurs de la maladie. Pour affronter ces nouveaux défis, il faut délaissé le système actuel, axé principalement sur le curatif, pour **gérer un continuum d'interventions visant à développer et à maintenir la santé de la population et à optimiser l'autonomie personnelle et sociale des individus**. Un système de santé capable d'intervenir au bon moment est essentiel pour empêcher que la maladie évolue vers des stades plus avancés, où le curatif devient de plus en plus lourd. Une telle approche se traduira aussi par une diminution des coûts de santé.

Connaître ce qui peut altérer la santé mentale d'une population est un atout en termes de santé publique. Mais vouloir agir en santé mentale implique d'agir nécessairement en amont sur ces facteurs afin de d'en limiter au maximum l'impact négatifs sur la santé.

⁷ L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé. Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 2004

Tableau 1. L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé. Ce tableau établi un parallèle entre le système de soins actuel, basé sur les besoins des utilisateurs de services, et le nouveau modèle proposé, basé sur une approche populationnelle.⁸

	Système de soins basé sur les besoins des utilisateurs de services	Système de soins basé sur une approche populationnelle
Responsabilité	Individus qui utilisent les services	Population du territoire local, qu'elle utilise ou non les services
Mission	Améliorer la santé des individus qui utilisent les soins, au moment où ils les requièrent	Améliorer la santé de la population du territoire, à moyen et à long terme
Offre de services	Accent mis sur les services diagnostiques et curatifs	Accent mis sur un continuum de soins allant de la prévention à la réadaptation
Acteurs Interpellés	Professionnels et gestionnaires du système, avec leurs expertises respectives	Intervenants du système de soins et acteurs du milieu tels que la population, les milieux scolaire et municipal, les médecins en cabinet privé, les organismes communautaires, avec leurs perspectives et savoirs respectifs
Pratiques	Utilisation des données probantes et guides de pratique au profit des individus qui utilisent les services Gestion axée sur les processus	Utilisation des données probantes en fonction d'une efficacité populationnelle Priorisation des problèmes de santé de la population, compte tenu des interventions efficaces disponibles et des conséquences de l'allocation des ressources (efficience) Définitions des groupes cibles témoignant d'une préoccupation des inégalités (clientèles vulnérables et particulières) Gestion de l'utilisation des services incluant la prise en charge globale, continue et personnalisée Intégration des différents niveaux de soins (primaires, spécialisés, etc.) Gestion axée sur les résultats de santé Travail intersectoriel pour agir en faveur de la santé
Indicateurs privilégiés	On s'intéresse au numérateur, en l'occurrence, les consultants. On privilégie des indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de services, on s'intéresse au nombre de personnes rejointes par un programme de dépistage. On mesure les ressources et services disponibles, les listes d'attente.	On s'intéresse au rapport entre le numérateur et le dénominateur, en l'occurrence, la clientèle et la population. On ajoute des indicateurs de résultats aux indicateurs de processus. Par exemple, en ce qui a trait à la production de santé, on s'intéresse à la réduction de l'incidence d'une maladie. On mesure l'état de santé et de bien-être de la population, les facteurs déterminants de la santé et l'écart entre les besoins et les services offerts.

Adapté de : Derose et Pettiti, 2003 : *Measuring quality of care and performance from a population health care perspective*. Ann. Rev. Public Health 2003. 24: 363-84 et de Garr, Rhyne et Kukulka, 1993 : *Incorporating a Community-Oriented Approach in Primary Care*. American Family Physician 1993 : 47 (8): 169-1702.

⁸ « L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé », Trousse d'information, Novembre 2004, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal à Québec

Les grands principes fondateurs du PTSM des Alpes-de-Haute-Provence

Les grands principes fondateurs pour élaborer et mener le PTSM découlent de l'approche populationnelle qui a été retenue. Ils s'expriment ainsi :

- **Répondre aux besoins exprimés et non exprimés de la population** en observant les besoins de toute la population y compris ceux qui ne sont pas usagers
- **Intervenir en amont des problèmes** en agissant sur les déterminants de la santé c'est-à-dire en développant les actions de promotion de la santé
- **Prévenir et anticiper les risques de ruptures** en retraçant les parcours de vie et les points de rupture effectifs
- **Prendre en compte la complexité de la santé** en recherchant à augmenter les degrés de certitude et d'accord et en encourageant la créativité afin de faire émerger des solutions innovantes et fonctionnelles

1.2. La démarche et les modalités d'élaboration du PTSM 04

Les modalités d'élaboration du PTSM ont été adaptées. Un **groupe unique** a travaillé sur l'ensemble des thématiques dans une **logique de continuum d'intervention** où toutes les thématiques ont été abordées.

1.2.1. Un cadre d'appréhension, de réflexion et de travail adapté au regard du cadre ministériel

En accord avec la DD-04, les animateurs du PTSM missionnés et les acteurs identifiés par l'ARS, le cadre de travail a été adapté au regard de ce qui était préconisé par le ministère. Le dispositif d'élaboration du PTSM devait reposer sur un COPIL piloté par l'ARS-DD, des animateurs du PTSM, et des acteurs identifiés et mobilisés dans les groupes de travail thématiques, pour participer aux réflexions. Les animateurs avaient en charge, outre d'établir un diagnostic documenté et partagé de la santé mentale de la population du département :

- de présenter, aux participants des groupes thématiques, les enjeux de l'élaboration du PTSM,
- de recenser, avec eux, les problématiques et les besoins territoriaux en lien avec les 6 thématiques relevées,
- d'identifier, avec eux, les éventuelles actions à mettre en œuvre et de les prioriser (fiche-action).

L'ordre du jour, l'animation des groupes de travail et le choix des techniques d'animation revenaient aux animateurs du PTSM. Chacun des groupes thématiques avait vocation à fonctionner en parallèle, l'analyse transversale revenant aux animateurs du PTSM. Le COPIL-DD veillait à la mobilisation des acteurs et aux aspects méthodologiques (participation des acteurs, thématiques abordées, suivi des travaux de groupe, respect du calendrier) et à la validation des travaux.

Plusieurs raisons d'ordre méthodologique sont à l'origine des **ajustements de la démarche d'élaboration** du PTSM 04. D'une part, la taille des groupes devait être assurée dans une optique de diversité, de confrontation des points de vue. D'autre part, nous avons évoqué précédemment la nécessité d'embrasser la complexité. Une des manières d'y tendre est de

donner la possibilité aux participants de disposer à la fois d'une vision focale et globale des situations problématiques en jeu et de se nourrir chemin faisant des échanges, connaissances, expériences, avis et réflexions. Pour être inspirant, le dispositif doit s'inscrire dans la durée. Il doit donner le temps de la relation (confiance), de l'appropriation, de se redire les choses, en d'autres termes être apprenant. Il doit permettre la maturation de la réflexion, pour avoir la capacité de proposer des solutions non explorées jusqu'alors. On parle également de système complexe adaptatif⁹.

Dans cette logique, le COPIL initialement mis en place par la DD04 en mars 2019 s'est confondu avec le groupe de travail auquel la DD04 a participé. En effet, il a été fait le choix de constituer un **groupe unique** composé de l'ensemble des acteurs travaillant sur l'ensemble des thèmes retenus par celui-ci dans un esprit de continuum :

- Promotion de la santé et prévention
- Dépistage et diagnostic précoce
- Prise en charge globale
- Insertion sociale (droits des usagers)
- Logement
- Travail.

Le recours au **modèle d'Ishikawa** a guidé la **progression chronologique autour des parcours de vie** et a permis au groupe d'identifier et de s'accorder sur les causes et les effets des points de rupture, qui quelquefois peuvent trouver leurs origines bien en amont du moment de la rupture et dans la même idée, leurs conséquences bien en aval. L'avantage d'une telle progression est donc de s'intéresser aux **facteurs** (déterminants) qui concourent aux situations et d'introduire la notion de **processus** (processus qui mène à la crise, processus pour le rétablissement, ...). Le modèle permet également d'inclure une double lecture : une centrée sur les différents stades de développement des individus (enfant, adolescent, adulte) en lien avec leur environnement proche (milieux de vie : famille, école, travail, établissement,...) et l'autre centrée sur les causes et les effets de l'apparition de troubles et/ou crises.

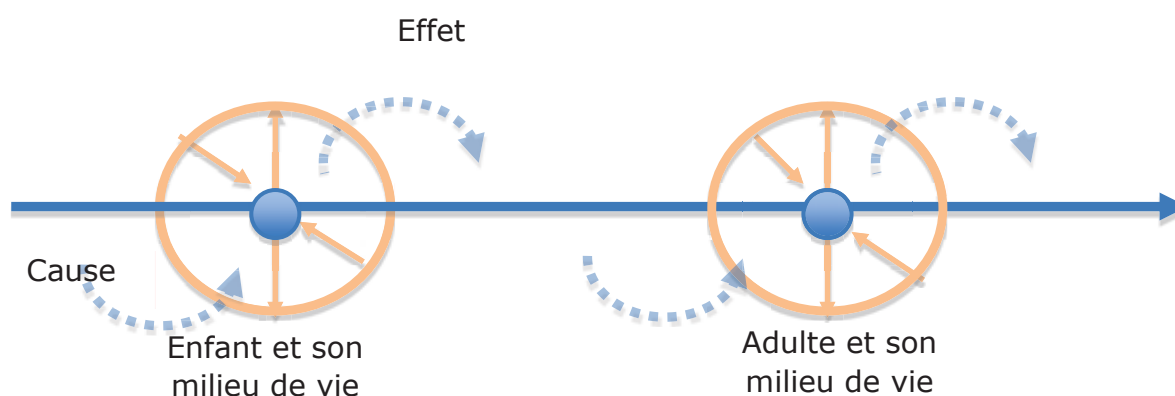


Figure 4. Parcours de vie et milieux de vie

⁹ Holland, 1995, Théorie des systèmes complexes adaptatifs

1.2.2. Les acteurs et participants du PTSM

Au total, ce sont **53 personnes** conviées par l'ARS-DD 04 à participer à l'élaboration du PTSM. Parmi eux, une place a été accordée aux représentants des personnes et des familles ainsi qu'aux instances de démocratie sanitaire. Le tableau ci-dessous présente les organismes invités par type d'acteurs ainsi que le nombre de personnes.

Tableau 2. Acteurs conviés pour l'élaboration du PTSM 04¹⁰

Type d'acteurs	Nombre de personne	Organismes
Membres issus des services de l'Etat, des collectivités ou d'instances de démocratie sanitaire	17	Commission Spécialisée en Santé Mentale du Conseil Territorial de Santé Mentale du 04 (CTSM), Conseil Départemental, Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP), Centre Communal d'Action Sociale (CCAS), Préfecture, Conseil Local de Santé Mentale (CLSM)
Acteurs du sanitaire	14	Centres hospitaliers, Maison de santé, MAS, Plateforme Territoriale d'Appui 04 (PTA), CPAM, médecine du travail, Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP), Permanences d'Accès aux Soins de Santé
Acteurs sociaux et médico-sociaux	10	Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH), Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMPS), Centre Médico-Psychologique (CMP), Associations œuvrant dans l'accompagnement social, l'insertion sociale et professionnelle, l'accès au logement ordinaire, professionnels des activités physiques, de culture et de loisir
Acteurs de la lutte contre les addictions	2	Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), Centre Hospitalier
Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion	2	Association pour la promotion des actions sociales et éducatives, Centre d'Hébergement et de réadaptation sociale (CHRS)
Acteur de la prévention et de la promotion de la santé	1	Maison des adolescents

¹⁰ ARS – DD 04, la liste des personnes est disponible en **Annexe 1**

En mars 2019, le premier COPIL organisé par l'ARS-DD04 avait rassemblé 34 d'entre eux. Afin de répondre au mieux à la mission, le groupe s'est transformé au profit d'un groupe de travail unique en charge d'établir un diagnostic sous l'angle des thématiques relevées, d'identifier, prioriser et valider les actions à initier.

Rappelons également que la phase d'élaboration du PTSM est une première étape. Les acteurs impliqués auront à le promouvoir et le mettre en œuvre. L'implantation territoriale dépend de l'appropriation des objectifs et de l'engagement des acteurs dans les actions qui auront été définies. Le groupe s'est inscrit dans un espace partagé de réflexion et de proposition promoteur d'actions issues, discutées et reconnues par les membres de cet espace. Il a permis un travail de validation chemin faisant.

Ainsi le groupe de travail s'est réuni **entre le 20 juin 2019 et le 12 novembre 2020**.

1.2.3. L'animation, les étapes et le calendrier d'élaboration

Après une phase de lancement par l'ARS-DD04 en mars 2019, le groupe s'est réuni régulièrement, à Digne-les-Bains (locaux de l'ARS-DD), entre juin 2019 et novembre 2020 avec une interruption sur la période de confinement du fait de la crise sanitaire COVID 19.

Au total, le groupe s'est **réuni 9 fois**. Chaque réunion a duré **entre 2 heures et 2 heures et demie**. Les temps de réunion ont été décidés en collaboration avec la DD04 qui s'est chargée d'inviter les participants.

Les 6 priorités retenues par le Ministère ont été abordées. L'animation des groupes a été assurée par le Pr Christian PRADIER du Département de Santé Publique du CHU de Nice et le directeur du C3S, Mohamed GUENOUN.

La dernière réunion a été consacrée à la validation des fiches-action par le groupe en **12 novembre 2020**.

Tableau 3. Calendrier des réunions d'élaboration du PTSM¹¹

Date de réunion (groupe)	Nombre de participants	Les 6 priorités	Ordre du jour	Animation	Modalités de travail
Mars 2019 (COFIL)	34	-	Cadre réglementaire, des tenants et des aboutissements et du cadre méthodologique attenants à l'élaboration du PTSM		Animation DD04 En plénière
20 Juin 2019 (Groupe)	20	-	Concepts pour une approche populationnelle et démarche à engager		Animation DSP En plénière et débat
19 Sept. 2019 (Groupe)	26	<i>Déterminants sociaux, territoriaux et environnementaux de santé</i>	Promotion de la santé (facteurs de risque, conditions ou milieux de vie)		Animation DSP En plénière et en groupe
20 Nov. 2019 (Groupe)	20	<i>Interventions précoces et bonnes pratiques</i>	Dépistage - Diagnostic		Animation DSP En plénière et en groupe
29 Janv. 2020 (Groupe)	20	<i>Gestion de la crise et de l'urgence - Soins somatiques</i>	Prise en charge médicale et sociale		Animation DSP En plénière et en groupe
20 Fév. 2020 (Groupe)	20				
9 Sept. 2020 (Groupe)	15	<i>Parcours rétablissement et inclusion sociale</i>	Logement et travail		Animation DSP En plénière et en groupe
29 Oct. 2020 (Groupe)	10	<i>Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers</i>	Stigmatisation et droits des usagers		Animation DSP En groupe restreint (COVID)
12 Nov. 2020 (Groupe)		-	Priorisation des actions		Animation DSP Visioconférence
20 Nov. 2020	-	-	Remise du rapport et des fiches action à l'ARS-DD 04		

¹¹ DSP – CHU Nice

Les comptes rendus des réunions sont disponibles en **Annexe 6** ainsi que les supports utilisés en **Annexe 7**.

Chapitre 2 : LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL PARTAGE DE SANTE MENTALE DANS LES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE (04)

Etablir un diagnostic de santé mentale sur un territoire est une étape majeure en vue de l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). A cet effet la collecte de données propres à décrire la population, tant sous l'angle de sa santé mentale que de ses caractéristiques socio-démographiques, et à lister les ressources disponibles ont permis de dresser des constats discutés avec le groupe projet.

Les données sont tirées des travaux de l'INSEE, du Portrait socio-sanitaire et environnemental des Alpes-de-Haute-Provence 2018 de l'ORS PACA, des statistiques et indicateurs de la santé et du social de l'ARS PACA (STATISS, 2018) et de l'Atlas de la santé mentale en France de l'IRDES.

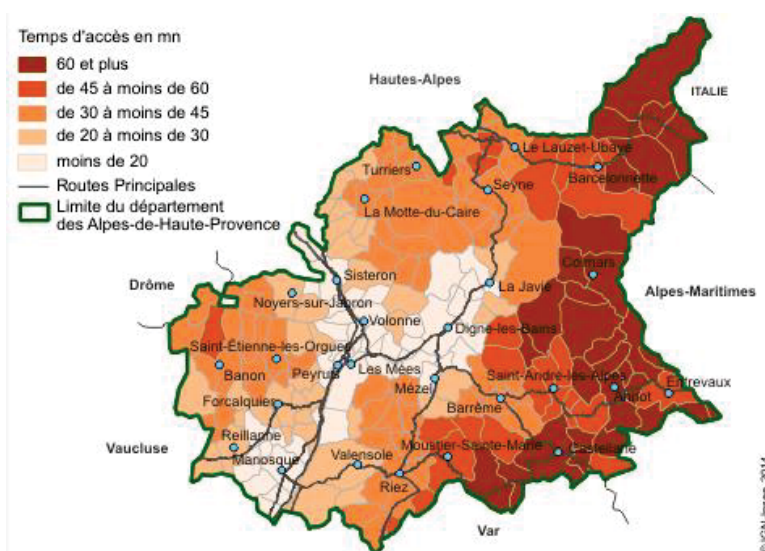
2.1. Les déterminants de la santé dans les Alpes-de-Haute-Provence

2.1.1. Un département rural, enclavé, avec des contraintes fortes de déplacement

Le département des Alpes-de-Haute-Provence (04) s'étend sur 6 925 km². Organisé en 4 arrondissements - Barcelonnette, Castellane, Digne-les-Bains et Forcalquier - il compte 15 cantons et 198 communes pour la quasi-totalité très petites : 93 % des communes ont moins de 2 000 habitants. Le nombre d'habitants des principales villes est disponible en **Annexe 2**.

En 2018, l'ORS PACA mettait en avant un département rural, vaste et fortement exposé aux risques naturels. Le département est le plus grand et un des moins urbanisés de la région. Les zones urbaines y sont concentrées principalement autour de deux grands pôles : Digne-Les-Bains et Manosque.

Bien qu'il soit globalement bien équipé en biens et services, le territoire est enclavé et présente des contraintes de déplacement importantes pour la population

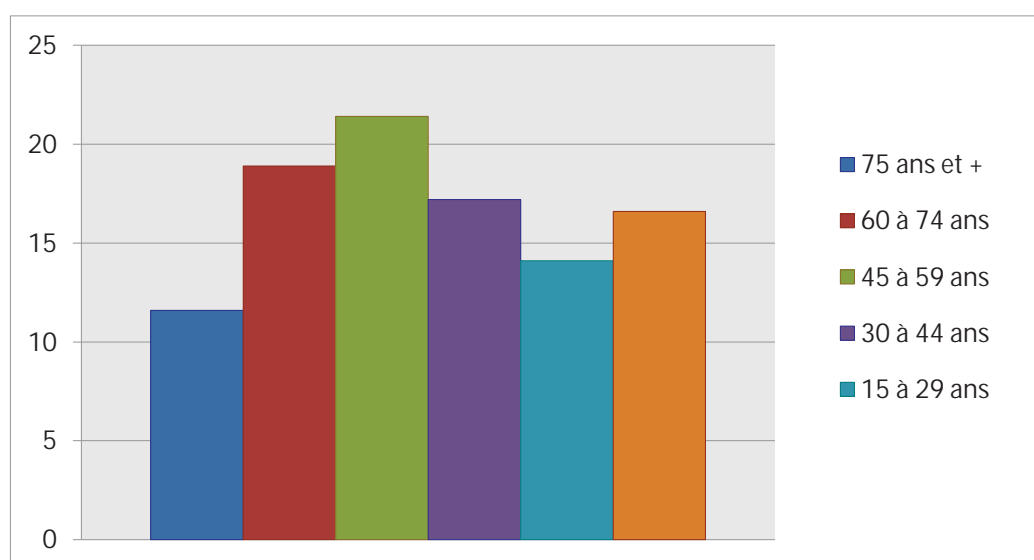


Carte 1. Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure.¹² Dans les Alpes-De-Haute-Provence, les populations sont éloignées des équipements. Les temps d'accès y sont élevés pour certaines d'entre elles.

¹² Insee, BPE2013, recensement de la population, Distancier Métricc

2.1.2. Une population plutôt âgée et éloignée

Le portait socio-sanitaire et environnemental des Alpes-de-Haute-Provence établi par l'ORS PACA, en 2018, fait état d'un département les moins peuplés de la région (**161 588 habitants**¹³ dont **59%** vivent en milieu rural), avec une croissance démographique élevée dans la vallée de la Durance. La population y est âgée, surtout dans les zones les plus reculées du département. Les plus de 60 ans représentent 33% de la population et 30% des habitants du département ont moins de 30 ans.



Graph 1. Distribution de la population par tranche d'âge en 2013¹⁴

2.1.3. Une précarité liée à l'emploi et au logement

La précarité est plus marquée dans les grandes villes et les zones reculées du département.

Le nombre d'emplois ne progresse plus dans le département depuis 2007 avec une fréquentation touristique importante dans le département, en été comme hiver. Les emplois précaires et à temps partiel sont plus fréquents que dans la région.

En 2013, le département présentait le 2^{ème} taux de chômage le plus élevé de la région (**13,9%**) légèrement plus élevé que la moyenne nationale (**13,6%**).¹⁵

Bien que le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) soit moins élevé que dans la région, il est en augmentation depuis 2009.

Le parc de logements est globalement ancien avec une problématique liée à l'insalubrité des logements.

¹³Au 1er Janvier 2018

¹⁴ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Contexte territorial » → « Démographie » → « Distribution de la population par tranche d'âge en 2013 »

¹⁵ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Contexte territorial » → « Chômage » → « Taux de chômage en 2013 »

2.1.4. Plus d'enfants, d'adolescents et de personnes âgées pauvres

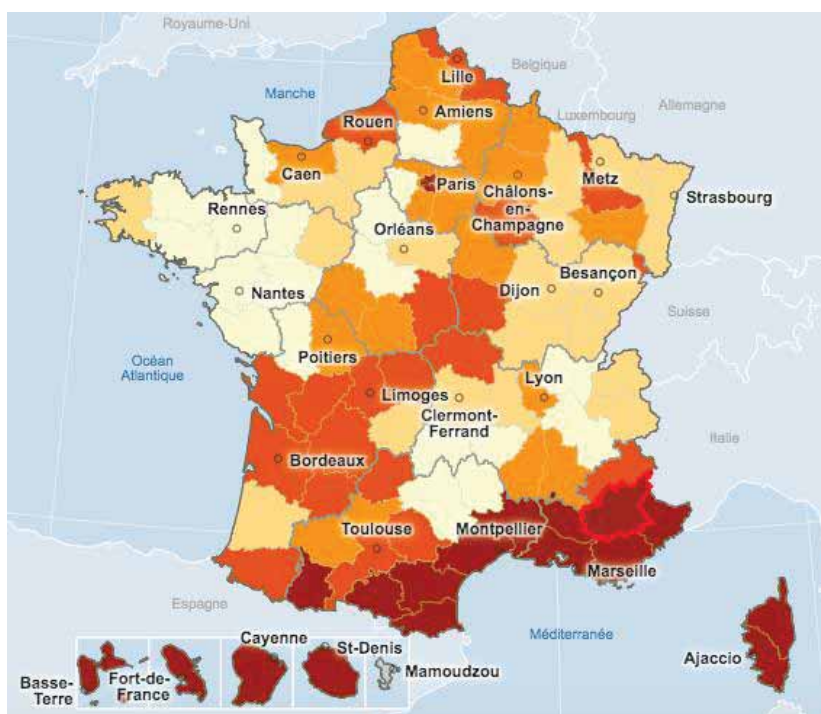
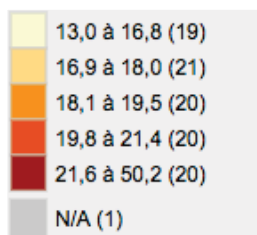
Concernant **les personnes âgées**, **13,1%** des 75 ans et + vivent sous le seuil de **pauvreté** pour une médiane nationale de 10,3%.¹⁶

Le département compte 3 quartiers prioritaires, localisés dans les pôles urbains, pour 2 à Manosque et un à Digne-les-Bains, qui se distinguent par la jeunesse de sa population. Les pôles urbains bien que plus favorisés et d'accès rapide aux équipements présentent néanmoins des difficultés socio-économiques : **16,5% des ménages**, contre 14.5% en moyenne nationale, y vivent sous le seuil de **pauvreté**.¹⁷

Parmi la population **d'enfants et d'adolescents**, plusieurs indicateurs¹⁸ susceptibles d'influencer la santé mentale sont supérieurs à la moyenne nationale et rendent compte de l'importance d'une prise en charge plus adaptée. Nous énumérerons les plus significatifs d'entre eux :

- en 2013, 21,6% des enfants vivaient dans une famille monoparentale ce qui est important sachant que la médiane nationale est à 18,8%
- 11% des enfants ont des parents sans emploi, ni retraités et ni étudiants
- 11,9% des élèves entrent en 6^{ème} avec au moins un an de retard à la rentrée 2015
- 23% des moins de 18 ans vivent sous le seuil de pauvreté
- 21% des moins de 6 ans vivent sous le seuil de pauvreté.

Carte 2. Part des élèves vivants dans une famille monoparentale en 2013 (%)¹⁹



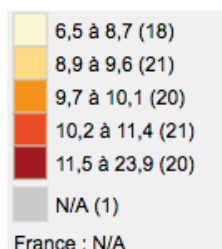
¹⁶ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Contexte territorial » → « Précarité » → « Part des ménages vivant sous le seuil de pauvreté en 2013 » → « + 75 ans »

¹⁷ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Contexte territorial » → « Précarité » → « Part des ménages vivant sous le seuil de pauvreté en 2013 » → « Total »

¹⁸ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Les enfants et adolescents » → « Caractéristiques de la population »

¹⁹ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Les enfants et adolescents » → « Caractéristiques de la population » → « Part des enfants vivants dans une famille monoparentale en 2013 »

Carte 3. Part des élèves entrant en 6ème avec au moins un an de retard, à la rentrée 2015 (%)²⁰



2.1.5. Quelques indicateurs clés sur la population

Le **Tableau 4** ci-dessous reprend quelques indicateurs clés sur la population du département.²¹

	Alpes-de-Haute-Provence	PACA
Population au 1 ^{er} janvier 2018	161 664	5 065 723
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2015	41,6%	91%
Population habitant dans un quartier prioritaire en 2013	4,7%	10,3%
Taux de pauvreté monétaire 2015	21,1%	17,4%
Indice de vieillissement de la population au 01/01/2017 (nombre de personnes de 65 ans et + pour 100 personnes de - de 20 ans)	120,4	97,9
Personnes âgées de 60 ans et +	31,3%	27,7%
Personnes âgées de 75 ans et +	12%	10,7%
Enfants et jeunes de - de 20 ans	21,8%	22,7%
Familles monoparentales avec enfants de - de 25 ans	26,3%	27,5%

²⁰ AtlaSanté, consultable sur : <http://santementale.atlasante.fr/> → Sélectionner « Alpes-De-Haute-Provence » → « Les enfants et adolescents » → « Caractéristiques de la population » → « Part des élèves entrant en 6ème avec au moins un an de retard »

²¹ ORS, 2018 et Statiss 2018

2.2. L'état de santé mentale de la population des Alpes-de-Haute-Provence

L'état de santé mentale de la population des Alpes-de-Haute-Provence a été abordé sous l'angle des prises en charge notamment mais aussi des besoins au regard des études épidémiologiques ou des estimations.

2.2.1. Des besoins non couverts au regard des études épidémiologiques

D'après les études épidémiologiques, le **taux de prévalence des troubles mentaux** affectant les adultes au cours de leur vie serait **estimé entre 12,2 et 48,6% de la population**.

Selon l'OMS²², en 2008 :

- 14% de la charge mondiale de morbidité, mesurée en années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), peut être attribuée aux troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives (MNS).
- Environ 30 % de la charge totale imputable aux maladies non transmissibles est due à ces troubles.
- La stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles et la violation de leurs droits aggravent la situation, parce qu'elles augmentent leur vulnérabilité, accélèrent et accentuent leur paupérisation, et empêchent les soins et la réhabilitation.
- Le rétablissement de la santé mentale est non seulement essentiel pour le bien-être des individus, mais également nécessaire à la croissance économique et à la réduction de la pauvreté dans les sociétés et les pays.

En dépit de la prévalence des troubles MNS et de la charge qu'ils représentent, une grande partie des personnes touchées par ces problèmes ne reçoivent ni traitement ni soins. Selon une enquête menée avec l'appui de l'OMS dans plusieurs pays, **35 à 50 % des cas graves dans les pays développés n'avaient bénéficié d'aucun traitement au cours des 12 mois précédents**. Il est ressorti d'une analyse de la littérature mondiale que les **lacunes de la couverture thérapeutique** étaient de **32 % pour la schizophrénie**, de **56 % pour la dépression** et atteignaient **78 % pour les troubles liés à la consommation d'alcool**.

2.2.2. Un état de santé de la population « moins bon » au regard des prises en charge

Dans les Alpes-De-Haute-Provence, les données disponibles²³ concernent les troubles mentaux fréquents (humeur et addiction), les troubles sévères (schizophrénie, bipolarité, troubles de comportement alimentaire) et les déficiences mentales.

Ainsi, la prise en charge des **troubles de l'humeur** y est supérieure à la moyenne nationale soit 21,1 pour 1000 bénéficiaires de l'assurance maladie contre 16,6.

²² mhGAP Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale - Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, OMS, 2008

²³« Atlas de la santé mentale en France », Magali Coldefy & Coralie Gandré, IRDES : Consultable sur : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

Il en est de même pour la prise en charge **des troubles addictifs** même si cela est moins significatif, avec un taux de 5,8 personnes prises en charge pour 1000 bénéficiaires de l'Assurance Maladie contre 5,2 pour la moyenne nationale.

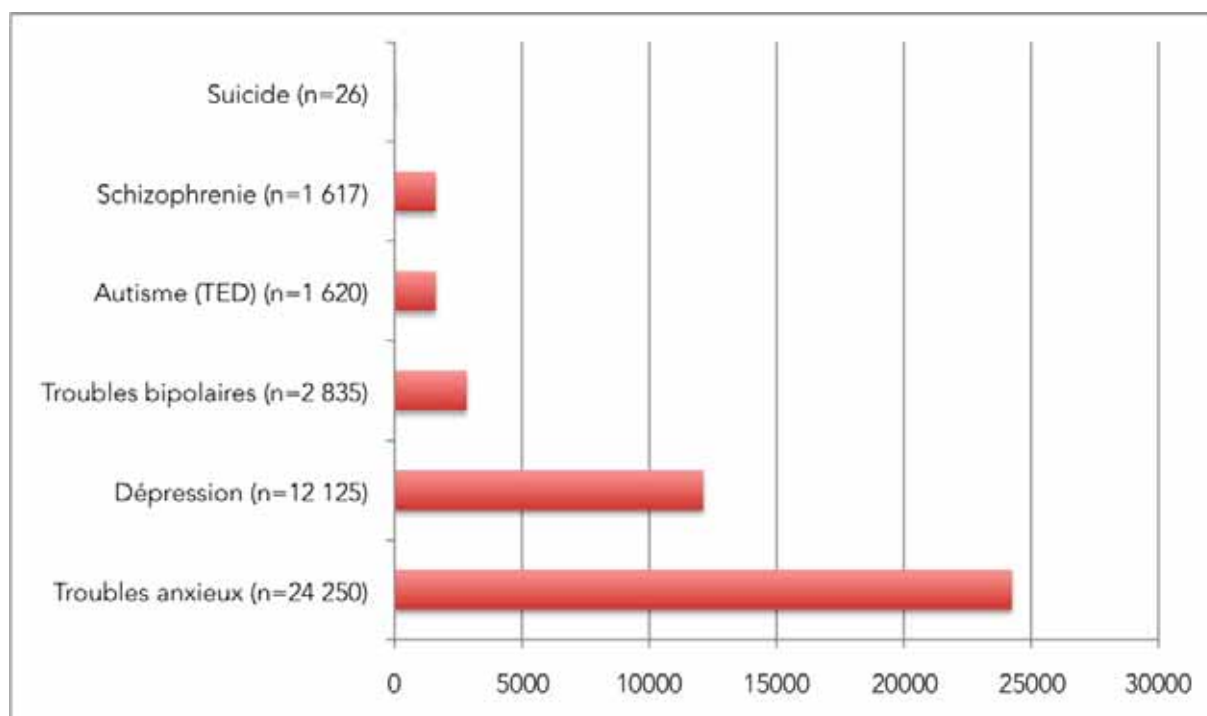
La prise en charge des **troubles psychotiques** est également supérieure à la moyenne nationale, avec un taux de 8,5 pour 1000 contre 7,1 pour 1000.

Il en est de même pour la prise en charge des **déficiences mentales** avec un taux de 3 personnes pour 1000 contre 2,2 pour 1000 au niveau national.

Ainsi, toutes les prises en charge (troubles de l'humeur, addictifs, psychotiques et déficiences mentales) sont supérieures à la moyenne nationale.

2.2.3. Les besoins au regard des estimations : 42 500 personnes concernées

La prévalence des personnes atteintes par un trouble mental est estimée aux alentours de **25%** de la population, soit approximativement **42 500 personnes** dans le département des Alpes-de-Haute-Provence.



Graph 2. Prévalence des personnes atteintes par un trouble mental

L'enquête sur la santé mentale en population générale réalisée en 2009 révèle que ces populations sont plus fréquemment à risque de présenter des comorbidités, qu'elles soient psychiatriques ou somatiques.²⁴

²⁴ Enquête SMPG, Ministère de la santé et de la protection sociale, Drees, Drass Paca, Asep, CCOMS, EPSM Lille Métropole, 2009

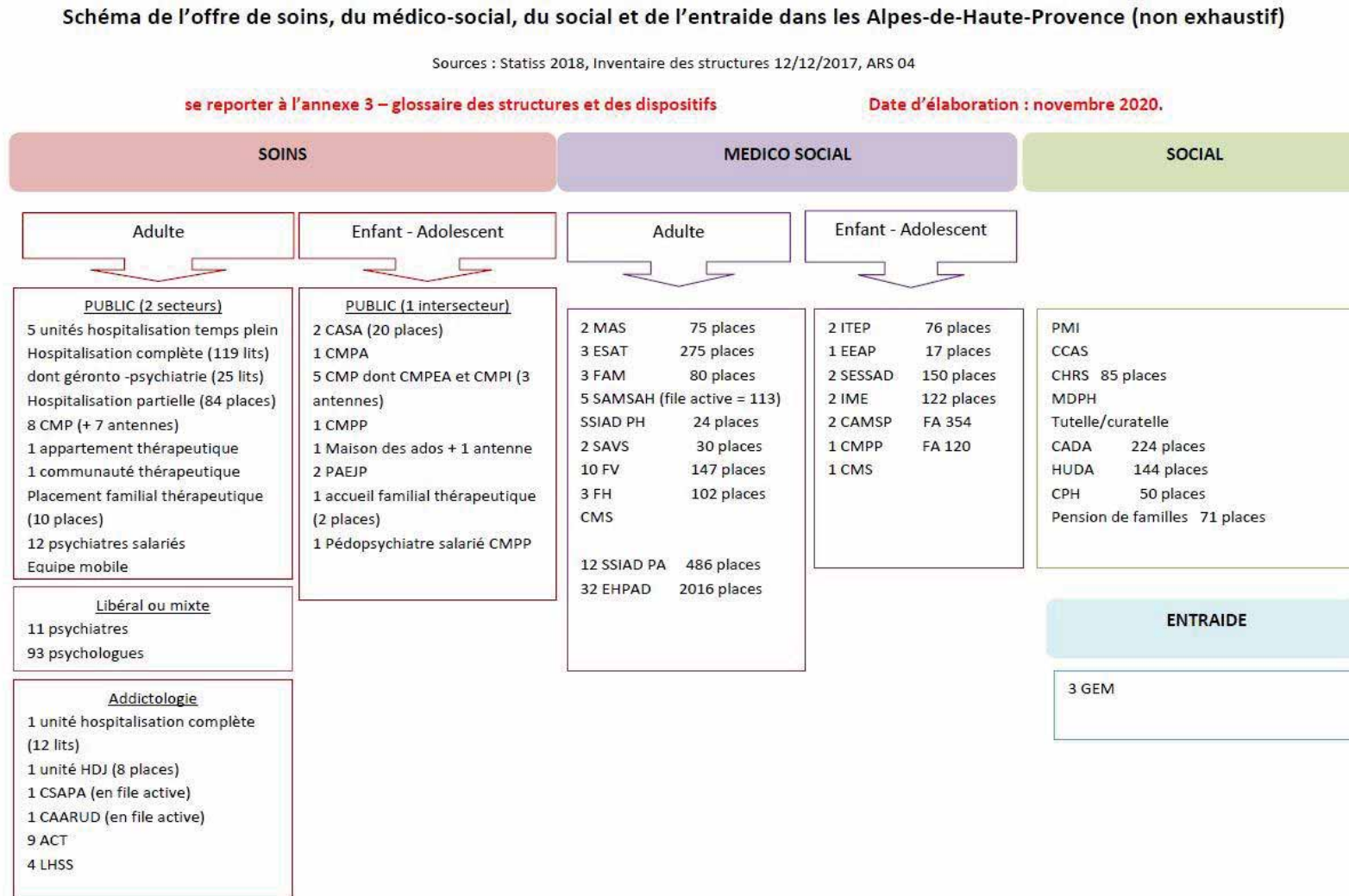
2.3. Les services et les ressources actuellement disponibles

2.3.1. Panorama des services et ressources disponibles

En 2018, l'ORS PACA présentait un département où :

- les médecins généralistes libéraux sont plutôt âgés et de moins en moins nombreux ;
- les temps d'accès pour une part de la population sont importants, particulièrement les services d'urgence dans les zones périphériques du département. 3 communes sur 10 se situent à plus de 10 km du médecin généraliste le plus proche ;
- 7 structures d'exercice coordonné ouvertes ou en projet ;
- les spécialistes libéraux et les établissements sanitaires sont concentrés dans les grandes villes ;
- l'offre des spécialistes libéraux et l'offre paramédicale sont inférieures à la moyenne régionale ;
- par contre, l'équipement en structures médico-sociales est plus important que dans la région.

Figure 5. Le schéma²⁵ ci-dessous synthétise, **de manière non-exhaustive**, l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale des Alpes-de-Haute-Provence. Sont précisés également les 2 Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM).



²⁵ Statiss 2018, Inventaires des structures 12/12/2017, ARS 04

Il est à noter, que selon les sources, les données disponibles ne sont pas concordantes ou ne permettent pas d'apporter une visibilité claire de l'offre. A titre d'exemples, au niveau des SESSAD, 150 places sont dénombrées par l'ARS-DD04 alors qu'il en est décompté 123 dans Statiss.

2.3.2. Regard du CREAI sur l'offre et les besoins en établissements et services médico-sociaux dans le département

Le CREAI Paca-Corse dans sa « *Synthèse des études - Offre et besoins en établissements et services médico-sociaux en région Paca* » en 2017, apportait des éléments suite à l'analyse des listes d'attente des Alpes-de Haute-Provence. Ainsi, il dégage, après l'analyse des orientations vers un ESMS dans le département, deux enjeux :

- « *la nécessité de travailler sur la fluidité des parcours, tels que IME-ESAT, ESAT-autre (afin de libérer des places en ESAT et par voie de conséquence en IME), FO-FAM...*
- *la pertinence d'une analyse au cas par cas, et en partenariat, tel que cela se pratique dans le 04.* »

Il précise que :

« *La mise à jour des orientations en 2015, (avec actualisation 2016 pour IME et ITEP), conclue à :*

- *une hausse des orientations dans le secteur des enfants notamment vers les SESSAD.*
- *une relative stabilité des orientations dans le secteur des adultes.*

La mise en place du dispositif ITEP, ainsi que le travail collaboratif établi entre les partenaires principaux (Education nationale, ARS, MDPH, Département, associations gestionnaires...) tout au long de l'année ont permis de contenir la croissance des listes.

35 enfants demeurent néanmoins en attente d'IME, et 15 d'ITEP. Mais ils ne sont pas sans aucune prise en charge, et les services réfléchissent d'ores et déjà à proposer des accompagnements adéquats.

Concernant les adultes, d'une part la création de nouvelles places de FAM, d'autre part la collaboration entre l'EEAP et la MAS de Forcalquier ont permis des fluidités de parcours vers ces deux types de structures.

Les listes les plus conséquentes demeurent en Foyer de vie, avec 22 adultes concernés. Pour autant, rares sont les situations réellement critiques, et les dispositifs de droit commun, tant pour les adultes que pour les enfants, permettent de pallier a minima.

Une dizaine de situations complexes demeurent préoccupantes, pour lesquelles les partenaires sont vigilants.

La volonté des partenaires d'expérimenter de nouvelles pratiques collaboratives d'orientation et d'accompagnement dans le cadre d' « Une réponse accompagnée pour tous » permettra de poursuivre la réflexion concernant l'accompagnement individualisé des situations les plus délicates ».

2.4. L'opinion des experts, des acteurs du milieu et de la population

Outre la collecte et l'analyse des données documentaires, le diagnostic territorialisé devait s'appuyer sur les connaissances et expériences des acteurs impliqués afin d'identifier les besoins en santé mentale de la population du département.

Le modèle d'Ishikawa, symbolisant le parcours de vie, a été utilisé pour fixer un cadre aux échanges au sein du groupe et faciliter le repérage des problèmes et des besoins des personnes atteintes de trouble de la santé mentale. Plus précisément, il a été observé en veillant à identifier les causes et les effets à l'origine d'une **dégradation de l'état de santé mentale**, d'une **décompensation** ou d'une **crise** en lien avec un continuum d'interventions potentiellement en jeu. En effet, les futures actions doivent pouvoir s'inscrire intelligiblement dans un continuum répondant aux besoins évolutifs des personnes. Dès lors, il a été nécessaire de pouvoir le mettre à jour. Dans ce parcours, le groupe a ainsi relevé 6 grands thèmes génériques essentiels :

- en amont des problèmes, la **prévention** et de la promotion de la santé,
- le temps du **dépistage et du diagnostic**,
- le temps de la **prise en charge**,
- et le temps du rétablissement conditionné par le **logement** et le **travail**.

Le continuum propre à préserver, maintenir la santé mentale, éviter des crises peut ne pas répondre aux besoins des personnes dès lors que les interventions engagées présentes des manques, dysfonctionnent ou ne sont pas adaptées à leurs besoins. A titre d'exemple, un défaut de dépistage ou de diagnostic peut être à l'origine d'une aggravation des troubles et des difficultés pour la personne et son entourage. Cette aggravation peut être évitable dès lors que l'on en analyse la ou les causes. Celle(s)-ci peut être à rechercher dans une méconnaissance de la santé mentale par les professionnels de santé, des délais trop longs entre l'identification des premiers signes et le premier rendez-vous dans un centre spécialisé, un déni des parents face aux troubles de leur enfant, une résistance à consulter, ou toute autre cause qu'il convient de mettre à jour.

Chaque thème a donc fait l'objet d'un examen approfondi par le groupe, avec une recherche systématique des situations problématiques, de leurs causes et des effets induits pour ensuite les traduire en besoins à couvrir.

La **Figure 6** ci-dessous, dresse de manière synthétique les problèmes et besoins relevés par le groupe. Ceux-ci sont ensuite explicités dans les chapitres suivants et les pistes d'action attendantes exposées.



Figure 6. Problèmes et besoins relevés par le groupe en matière de santé mentale

2.4.1. Les problèmes, besoins et pistes d'action en lien avec la prévention ou la promotion de la santé

En amont de tout problème de santé mentale, le groupe a travaillé à identifier les facteurs de risque les plus importants ainsi que les conditions de vie ou milieux de vie pouvant fragiliser la santé mentale des individus du département. Ainsi **8 causes principales**, dont certaines attachées aux certains stades de la vie (enfance et âge avancé) et d'autres aux milieux de vie (travail) ou au lien social, sont relevées.

Durant **l'enfance**, les personnes peuvent être fragilisées plus ou moins durablement. Elles peuvent l'être à l'occasion de **ruptures** parentales, difficultés scolaires ou de traumatismes (deuil, violences, accident, ...). Les participants estiment que la bonne santé mentale des enfants est associée à la notion de « parents qui fonctionnent bien ». Les parents peuvent avoir besoin d'être accompagnés dans leur rôle de parents au travers de programmes de soutien à la parentalité. Toutefois, un levier majeur dans le développement de ces programmes est l'implication active des municipalités. Le dialogue direct avec les mairies est difficilement envisageable au sein d'un seul CLSM, tel qu'il est prévu, sur tout le département.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Mettre en place un programme de soutien à la parentalité SFP dans les territoires prioritaires et le programme GBG dans les établissements concernés
- Augmenter le nombre de CLSM dans le département
- Améliorer la coordination avec les services de l'enfance (EN, MDPH, CMP...)

Les **enfants placés dans le cadre de l'ASE** peuvent avoir des parcours ponctués de ruptures. Certaines situations lourdes sont évoquées comme des adolescents ayant changé plusieurs fois de famille d'accueil en 2 ans (jusqu'à 7 fois). La coordination entre le secteur pédopsychiatrique et l'ASE est jugée insuffisante, les liens ne se faisant qu'en cas de crise.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Soutenir les familles d'accueil
- Créer un accueil familial thérapeutique

Le **vieillessement** peut s'accompagner parfois de troubles psychiatriques insuffisamment repérés et traités. A cela s'ajoute les troubles cognitifs liés aux pathologies neurodégénératives.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- S'appuyer sur les expertises de la PTA et de la MAIA du territoire pour la mise en place d'actions de prévention chez les personnes âgées à risque
- Former les intervenants auprès de personnes âgées, au repérage des personnes à risque
- Maintenir le capital et le lien social (cf. actions sur l'isolement)

L'**isolement** des personnes est un autre facteur de risque identifié. L'isolement géographique de certaines populations est une caractéristique propre au département. Les problématiques de transport en font un facteur aggravant. L'isolement numérique est aussi évoqué par plusieurs participants.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Développer des GEM avec l'appui d'équipes mobiles
- Aider financièrement les actions de soutien intergénérationnel par l'intermédiaire d'associations
- Mettre en place des espaces numériques avec des accès réseau dans les villages (partenariat avec les mairies avec mise à disposition d'un endroit physique et un accompagnateur numérique pour aider les personnes concernées à accéder à leurs droits)

La personne avec une différence, quelle que soit, peut être victime de **stigmatisation** et de discrimination, ce qui peut induire ou potentialiser le développement de troubles de la santé mentale. Toute action permettant de faire accepter les différences doit être envisagée.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Mettre en œuvre des sensibilisations à la différence en direction du grand public
- Mettre en œuvre un programme d'information et de formation auprès de l'Education Nationale, des entreprises et du grand public (via les médias)

La stigmatisation et la difficulté des personnes concernées à s'exprimer sur leur **addiction** rendent les personnes plus vulnérables par rapport à la maladie mentale. Il n'existe pas à l'heure actuelle de solution « miracle » pour prévenir les addictions. Il faut donc développer une stratégie combinant différentes approches (comme les programmes SFP et GBG, ...) et ne pas hésiter à recourir à l'expérimentation.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Afficher la volonté du département de participer aux projets de recherche sur la réduction des risques
- Doter le département des moyens permettant de faciliter l'inclusion et le suivi de participants volontaires dans les protocoles de recherches régionaux, nationaux et internationaux
- Faire des actions de sensibilisation dans les entreprises
- Lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation

Le **milieu du travail**, de plus en plus associé au stress, est repéré comme pouvant fragiliser la santé mentale des personnes. Le groupe souligne la hausse de la maltraitance et du harcèlement au travail. Est présenté et discuté, un exemple de solution qui fonctionne depuis plus de 15 ans dans une entreprise du département (EDF). Les agents en difficultés ont à disposition un groupe dit « groupe de confiance indépendant ». Celui-ci est garant des informations confidentielles, ce qui est une clé de son succès.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Reproduire des programmes du type de celui développé au sein d'EDF, dans les grandes entreprises et institutions du département

Le **logement** social accueille des populations de plus en plus en difficultés. Selon certains participants, le département dispose de plusieurs structures médico-sociales mais avec peu de turn-over. Des vieilles habitudes de travail sont installées sans logique de projet. De plus, le système d'intermédiation n'est pas assez présent.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Voir point 4.5

2.4.2. Les problèmes, besoins et pistes d'action en lien avec la prise en charge globale (dépistage et diagnostic)

En premier lieu, les participants souhaitent que certaines valeurs transversales s'appliquent au **dépistage** des troubles de la santé mentale : ouverture sans stigmatisation, humanisme, empathie et écoute.

Etablir un langage commun apparaît nécessaire pour les membres du groupe : repérage vs dépistage, dépistage vs diagnostic, diagnostic vs prise en charge, sur-dépistage. La définition de la santé mentale est interrogée sous l'angle de ce qui est normal et anormal, de l'intérêt de parler de différence plutôt que d'anormalité ou du « savoir-faire une force de son handicap ».

La gradation des interventions est discutée et posée dès le départ. Elle souligne la volonté de se donner toutes les chances d'identifier un trouble de la santé mentale pour pouvoir le traiter précocement.

De nombreux facteurs de risques ont été identifiés autant en matière de dépistage que d'accès aux soins et des pistes de solutions sont envisagées.

Le dépistage des personnes malades peut être entravé du fait de la **résistance à aller consulter d'emblée un psychiatre ou un centre spécialisé**, du **déni des parents** ou de la **stigmatisation**. Différents aspects recouvrent ces situations. Le repérage concerne toute la population et le médecin généraliste n'est pas un passage obligé. Un facilitateur pourrait faire le lien avec la personne, son environnement et faire le lien entre le dépistage et le diagnostic avec la notion de gradation. L'idée de la gradation est de mettre en place des réponses graduées par opposition à la réponse qui consiste à adresser d'emblée la personne dans un centre psychiatrique spécialisé. Concernant les enfants, l'ASE pourrait aussi jouer un rôle de facilitation. L'accompagnement des parents et des proches notamment par rapport au déni des parents est discuté.

S'il existe une équipe mobile à Manosque, il n'existe **pas de dispositif d'appel pour les personnes en difficultés** (parents, proches, professionnels). La pertinence de donner accès à des numéros d'appel aux parents et proches est discutée. S'agissant de l'unité mobile, le groupe souligne qu'elle doit être moderne, répondre aux recommandations actuelles, opérationnelles, c'est-à-dire en capacité de couvrir rapidement les besoins exprimés et non exprimés des patients et de leurs proches.

De plus, les participants font état d'une **méconnaissance de la maladie mentale partagée** par les personnes mais aussi par les professionnels. Les **rôles** de chacun sont aussi **méconnus** : qui fait le dépistage ? qui fait le diagnostic ? qui fait la prise en charge ? Il se pose la question du partage de l'information (dossier médical partagé). La sensibilisation du grand public sur le partage des informations relatives aux troubles repérés apparaît nécessaire. En milieu scolaire, il est précisé qu'il n'y a plus de visite médicale obligatoire à école.

Le groupe note des **délais de consultation pour le diagnostic trop important**. Le facilitateur pourrait s'appuyer sur des structures existantes en élargissant leur champ d'actions et en renforçant les CMP avec des moyens plus importants notamment en psychiatries.

Une idée force est de s'appuyer sur l'existant pour mieux organiser le diagnostic et la prise en charge paraît être une alternative.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Adapter les formations de Premiers Secours en Santé Mentale en créant un module Premiers Signes en Santé Mentale
- Organiser des formations grand public (stigmatisation et santé mentale)
- Diffuser des plaquettes et/ou formation grand public pour vulgariser la maladie mentale dans la population
- Diffuser un annuaire clarifiant qui à quel rôle en santé mentale (référencement des dépisteurs, diagnostics, ...)
- Créer une formation sur le dépistage de troubles de la santé mentale pour les professionnels, notamment les médecins
- Former des IDE en pratiques avancées en psychiatrie
- Créer la fonction de FACILITATEUR (pour les relations aux soins)
- Créer des postes de psychiatres pour les CMP

- Créer un numéro d'appel dépistage 24/24 au niveau d'une plateforme avec des professionnels santé et du médico-social qui permettrait aux parents ou aux proches en difficulté d'avoir des réponses et un premier niveau d'orientation (idée de la gradation) ou un lien avec l'équipe mobile
- Etendre les missions de la PTA pour les professionnels engagés dans la prise en charge de patients avec troubles de la santé mentale
- Développer une plateforme sur le modèle de la PTA pour tout ce qui n'est pas professionnels de la PTA (familles)
- Mettre en place une équipe mobile en capacité d'intervenir au domicile des personnes
- Créer une fiche d'évaluation systématique des troubles précoces, des acquis et du comportement dans le dossier médical
- Mettre en place des visites médicales de l'éducation nationale ?

2.4.3. Les problèmes, besoins et pistes d'action en lien avec la prise en charge globale (prise en charge)

En matière d'accès aux soins et de prise en charge, après l'exposé de cas concrets, le groupe relève les dysfonctionnements et les difficultés auxquels les patients doivent faire face.

Les **délais trop longs** pour le premier rendez-vous (3 à 6 mois), avec une mise en place d'un suivi seulement 1 an après le premier rendez-vous ou **l'impossibilité d'obtenir un avis spécialisé** facilement accessible et sans passer par les urgences sont avancés. **La qualité du suivi** est interrogée quand les délais sont aussi longs et que l'on n'a pas tous les professionnels disponibles. L'entrée des patients dans la filière de soins reste difficile : patients non connus du service, délais d'attente inacceptables pour un rendez-vous soit environ 9 mois, absence de fluidité de la filière (**manque de coordination** entre les différents intervenants), inégalités territoriales d'accès aux soins, pénurie de spécialistes. Il est rajouté le manque d'outils de communication entre les différents intervenants autour d'un même patient.

L'intérêt de la télémédecine peut constituer un gain de temps en termes de déplacement pour le patient et pour les spécialistes. Il existe une expérience de télé-entretien qui pourrait servir de support de formation pour des médecins généralistes. La télé-consultation est finalement assez proche de la consultation et ça marche (on est dans une sémiologie proche de celle de l'entretien).

Une expérience d'équipe mobile est présentée en sachant que pour constituer l'équipe, il a fallu puiser dans les effectifs du CMP et donc fragiliser le CMP. Il existe également une équipe mobile précarité dont les professionnels travaillent à mi-temps au CMP.

Le manque de ressources sanitaires est souligné en lien avec une faible attractivité et une désertification médicale et paramédicale : **nombre insuffisant de psychiatres** et de médecins, manque de structures adaptées, situation globale de l'hôpital publique peu attractive (manque de moyens,..) présentant un double déficit (postes budgétés de plus en plus insuffisants et postes budgétés non pourvus), difficultés liées à la désertification médicale pour répondre aux besoins « somatiques » des patients (orthophonistes,...). Deux Infirmières en Pratiques Avancées (IPA) vont arriver dans le département prochainement et vont pouvoir apporter un soutien complémentaire. Il est noté la suppression de la spécialité dans les études IFSI.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- S'appuyer sur des compétences complémentaires
 - Former des infirmières en pratiques avancées (IPA) en psychiatrie
 - Créer une communauté d'IPA (dans un cadre expérimental) : une sur les 4 principaux CMP (Digne, Manosque, Sisteron, Forcalquier)
 - Développer des formations pour les médecins généralistes
 - Augmenter le nombre de stages d'étudiants en médecine
- Développer une politique de marketing territorial pour attirer des médecins psychiatres et des médecins généralistes

- Renforcer les liens entre la médecine générale et la psychiatrie
- Renforcer les équipes mobiles
- Intégrer le PTSM dans les dispositifs développés par le système de santé en général (PTA, ...)
- Créer des outils de communication entre les différents intervenants autour d'un même patient (grille de suivi, dossier partagé)
- Respecter et valoriser la dimension locale du CLSM

Le groupe souligne **le manque de moyens comme problème central et prioritaire**. Sont cités à titre d'exemple :

- l'expérience de l'équipe mobile de Manosque (2017) reposant actuellement sur un psychologue temps plein et des infirmières du CMP non dédiées spécifiquement à l'équipe mobile.
- un SAMSAH de 50 places avec 50 personnes en attente, la plus ancienne étant en attente depuis octobre 2018
- des enfants atteints d'autisme expatriés en Belgique du fait de l'absence de place.

Le groupe précise que des **efforts** peuvent néanmoins être faits **pour optimiser l'existant**, particulièrement autour du partage des connaissances et expériences pour trouver des solutions innovantes et pertinentes. A titre d'exemple, la MDPH souligne le rôle de médiateur qu'elle assure dans le département pour réunir les acteurs et les faire travailler ensemble. Il est précisé qu'il faut aussi éviter de recréer des nouvelles structures de coordination mais plutôt s'appuyer sur des structures de coordinations existantes comme les PTA par exemple. **Face aux difficultés de coordination, l'existant est réinterrogé au niveau des missions et des ressources**, notamment celle de l'équipe mobile, des CPTS, des GOS ou du PCPE, du dispositif OSIRIS ou de la contribution du Conseil Départemental (ASE) notamment :

- Les missions de l'équipe mobile sont à questionner (coordination et/ou accompagnement comprenant l'observation et l'orientation) et sa composition dans l'optique d'en compléter les compétences : psychiatre, psychologue, infirmier, intervenants du médico-social, gestionnaire de cas ou gestionnaire de parcours ou encore « facilitateur » qui rencontrerait les différents intervenants, les réunirait pour la prise de décision collective et assurerait le suivi au long cours de la personne. Se pose aussi la question de l'aidant proche pour permettre également l'intervention de l'équipe. Le concept de psychiatrie communautaire, au plus près des personnes est évoqué avec un changement de paradigme : passer d'une équipe faite avec les moyens du bord à une véritable plateforme dotée des moyens nécessaires.
- La CPTS est évoquée comme un exemple d'organisation qui pourrait être l'interlocuteur, le relais, entre le patient présentant des difficultés et l'équipe mobile en santé mentale, en particulier pour les problèmes somatiques. Il est envisageable de solliciter la ou les CPTS pour qu'elle développe(nt) un projet centré sur la santé mentale, qui serait un atout supplémentaire pour la coordination.
- L'exemple des groupes opérationnels de synthèse (GOS) coordonnés par la MDPH où tous les partenaires se retrouvent pour trouver des solutions à des situations critiques est aussi évoqué

- Le PCPE (pôle de compétence et de prestations externalisées) soutenue par l'ARS doit aussi être pris en compte. L'exemple du dispositif OSIRIS qui fonctionne sur ce modèle est évoqué.
- Enfin, le rôle du département (Conseil Départemental) est souligné avec le souhait qu'il soit associé étroitement au travail de coordination. L'ASE doit être aussi être partie prenante.

Le groupe évoque également la mesure 12 visant à relancer le **Dossier Médical Partagé pour améliorer le suivi des patients** de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (titre 2 : faciliter au quotidien les parcours de santé). Il insiste sur le fait qu'aucun dossier médical (DMP) n'est **pas opérationnel**, bien que son utilisation soit obligatoire comme le souligne l'assurance maladie. Les informations sur le parcours du patient ne sont pas partagées par tous les professionnels. A chaque fois, il faut « recommencer à zéro ». Ce type d'outil apparaît indispensable **pour réaliser la coordination**. Le médecin généraliste dans son rôle de pivot dans la coordination pourrait minimiser l'impact de la pénurie de médecins généralistes et de psychiatres sur le territoire. Il reste qu'actuellement il est difficile à utiliser. L'intérêt d'un système d'information renseignant sur les structures existantes est interrogé car le référencement des structures existantes est aussi un problème.

De façon générale, les participants expriment leur souhait d'un décloisonnement entre les institutions et le besoin de travailler ensemble.

Pistes d'action envisagées par le groupe :

- Créer une plateforme pluri professionnelle (avec gestionnaire de parcours) intégrant une équipe mobile en capacité d'aller vers la personne en difficulté sans attendre. Cette plateforme pourrait être arrimée à un dispositif de coordination déjà existant (PTA ?)
- Mise en place d'une instance de partage des connaissances et des expériences facilitant le décloisonnement et le travailler ensemble à l'échelon départemental. Cette instance pourrait être celle du groupe PTSM.
- S'appuyer sur des expérimentations existantes Par exemple, l'expérience de Toulouse d'hospitalisation à domicile (PSYDOM31) avec une équipe mobile composée de 1 psychiatre coordonnateur, 1 psychiatre, 1 cadre de santé coordonnateur, 1 interne en psychiatrie, 1 assistante sociale, 2 secrétaires, des infirmiers avec une expérience confirmée en psychiatrie (http://www.ch-marchant.fr/automne_modules_files/pmedia/public/r36305_9_plaquette_presentation_bat.pdf). A Rennes, il existe une recherche action sur la prévention de la crise par la création d'une équipe mobile pluridisciplinaire intervenant au logement de la personne.

2.4.4. Les problèmes et les besoins en lien avec le logement

Le groupe estime, dans le département, des **besoins importants en matière de logement** et singulièrement, des manques de solutions alternatives pour l'accompagnement des personnes. Sur la problématique du logement, il fait état de différents obstacles.

L'absence d'inventaire de l'existant ne permet pas de disposer d'une réelle visibilité et de proposer aux personnes des solutions en plus d'un manque de formation des thérapeutes sur cette problématique du logement.

Certains **dispositifs** ou structures sont **peu adaptés** comme ceux de type ESAT, résidence d'accueil ou CHRS qui ne répondent pas à la demande d'inclusion en milieu ordinaire.

Le **nombre de logement** incluant les logements sociaux est très **insuffisant sur** le département. De plus, les logements prévus initialement pour des personnes avec problème de santé mentale sont attribués à des personnes avec handicap physique. Le département ne compte qu'une résidence accueil avec plus de 10 personnes en attente et l'expérimentation « Un logement d'abord » qui est saturée. Il est précisé :

- « *On devrait avoir la capacité de proposer un choix large, adapté aux personnes que l'on souhaite accompagner.* »
- « *Sur les SAVS, SAMSAH, il y a 40 personnes en attente. La file active des CMP est de 5500. Quand on regarde les documents qui sortent au niveau régional, on a l'impression qu'on est mieux doté qu'ailleurs. Mais ce n'est pas vrai ! Le constat, c'est quand vous avez besoin de d'une AVS, vous avez 70 personnes en liste d'attente.* »

Par ailleurs, le **manque des logements diversifiés** ne permet pas de répondre à la variabilité des besoins des personnes avec des troubles psychiques. Le groupe estime que l'on est encore dans une vision trop monolithique de la situation.

- « *Schématiquement, si on parvient à mettre quelqu'un dans un logement, c'est merveilleux, on repassera dans 5 ans. Or, la caractéristique des troubles psychiques, c'est l'extrême variabilité de l'état de la personne. Il faut que les solutions de logement soient multiples et diverses pour s'ajuster en permanence et dans un parcours d'habitats adaptés à la situation d'évolution de la personne (comme des sas de passage, ...)* ».

Le problème de **l'acceptation par les voisins** est aussi soulevé.

Pour le groupe, il faut certes accompagner, mais la question de la **coordination** est centrale :

- « *Les CMP savent faire ça mais après on ne sait plus et on n'est plus coordonné avec ce qui peut se faire à d'autres niveaux* ».

Le groupe souligne à nouveau l'importance de la coordination en s'appuyant sur un exemple d'expérimentations menées dans le 05 avec 30 résidents accompagnés par une équipe pluridisciplinaire. Depuis 2019, ce service expérimental, cofinancé par l'ARS et la cohésion sociale, a pour mission de loger des personnes sans solution de logement sortant d'incarcération ou d'hospitalisation longue, en « errance » depuis des années et présentant des troubles psychiatriques avérés. Ces personnes sont installées dans des logements loués dans le parc public et privé. Elles sont accompagnées sur le principe du rétablissement, c'est-à-dire accompagner à se réapproprier leurs propres choix de vie, de soins avec une équipe composée des deux infirmier(e)s, deux éducatrices spécialisées, un travailleur de santé et une gestionnaire de cas. Il s'agit d'une déclinaison à l'échelle de petites agglomérations du projet « un chez soi d'abord » qui a été lancé dans des grandes agglomérations comme Lille, Marseille.

Il conviendrait donc que le département se dote des moyens nécessaires pour initier ses propres **expérimentations** et/ou augmenter sa capacité à participer aux protocoles régionaux et nationaux. Pour le groupe, la solution aux problèmes passe par des expérimentations comme « Housing First » et « Working first » :

- « *Le PTSM est conçu sur une période de 5 ans. C'est tout à fait propice à l'expérimentation. Il faut néanmoins bien définir ce qu'on entend par expérimentation, évaluer nos besoins dans ce domaine et pourquoi faire.* »

- « Les actions comme « housing first » et « working first » montre que l'expérimentation a permis d'atteindre des résultats que le commun des mortels n'aurait jamais imaginé ».

Il faut aussi garder en mémoire la spécificité du 04 (faible densité, distances, éloignement). Il a également été souligné la nécessité de faire valoir les particularités territoriales (isolement, distances, engendrant des inégalités d'accès aux soins).

Pistes d'action envisagées par le groupe : Le groupe propose la poursuite de l'accompagnement éducatif, des habitats spécifiques adaptés aux personnes, un cadre facilitant les baux locatifs, une coordination spécifique, des informations régulières et actualisées sur les possibilités de logement et le recours à l'expérimentation.

- Prévoir des logements inclusifs
- Créer des hébergements médico-sociaux spécifiques pour les troubles psychiques
- Prolonger la durée de prise en charge des SAVS et SAMSA
- Offrir des garanties aux bailleurs
- Etablir des conventions avec une agence immobilière à caractère social
- Mettre en place une structure de « coordination logement »
- Organiser des campagnes de communication régulières pour faire mieux connaître les différents dispositifs existants à l'ensemble des partenaires
- Mettre en place des expérimentations de type « housing first »

2.4.5. Les problèmes et les besoins en lien avec le travail

La problématique du travail est une **problématique complexe** pour les membres du groupe. Ils avouent rencontrer de grandes difficultés pour en parler car ils manquent peut-être de connaissances ou d'arguments ou simplement les dispositifs manquent-ils pour les appuyer.

La loi en vigueur stipulant que chaque entreprise d'au moins 20 salariés doit employer des personnes handicapées à hauteur de 6 % de son effectif est rappelée. L'entreprise ne remplissant pas cette obligation d'emploi doit verser une contribution financière à l'Agefiph. Souvent les entreprises préfèrent s'acquitter de cette « taxe » plutôt que d'embaucher une personne avec un handicap. Or,

- *« une personne handicapée n'est pas nécessairement improductive. Elle peut être aussi un levier de management intéressant en termes de mobilisation des équipes dans l'entreprise. Les gens sont à la recherche de garanties. Tout le monde est un peu frileux, que ce soit les logeurs ou les employeurs. Ils veulent pouvoir arrêter l'expérience d'un moment à l'autre ».*

Les raisons avancées à cet état de fait tiendraient à des **garanties insuffisantes données aux employeurs**, à la limitation par la DIRECCTE du nombre de stage d'immersion des personnes handicapées au sein des entreprises, à un système de **financement des dispositifs inadapté** présentant des effets paradoxaux, les dotations venant à diminuer lorsque le nombre de personnes réussissant augmente.

Les changements perpétuels concernant les contrats aidés et les conditions imposées ne favorisent pas l'engagement. Actuellement pour bénéficier d'un contrat aidé, il faut être handicapé mais surtout habité dans une zone « franche » ou être au chômage longue durée, ce qui constitue en soi une nouvelle difficulté à lever pour les personnes vivant dans des zones non prioritaires ou ne disposant pas du chômage de longue durée.

Il est souligné qu'il faut aussi prendre en compte le fait qu'entre le moment où la personne sort de l'hôpital après une crise et le moment où elle pourra trouver un poste même à temps partiel, il y a une « marche qui est un peu haute ».

Face à ces constats, le groupe s'interroge sur un possible **manque de coordination**, de dispositif qui permettrait d'accompagner et donner des garanties à l'employeur en mettant en place un contact avec les entreprises, notamment privées, pour les accompagner et leur proposer de l'aide à moyen et long terme :

- *« on sera à côté de vous, vous pouvez nous appeler quand vous voulez ».*

Pistes d'action envisagées par le groupe : Le groupe propose de dédramatiser l'embauche, et de mettre des garanties en place pour aider l'employeur à gérer le salarié handicapé et de recourir à l'expérimentation comme celle qui est proposée dans le 05.

- Monter une Task Force sur la sensibilisation des entreprises au handicap
- Développer le travail protégé
- Développer le travail inclusif

- Accompagner les entreprises pour le recrutement et le suivi des salariés avec troubles psychiques
- Créer un système de mentorat avec des collègues qui se sentent valorisés parce qu'ils accompagnent une personne handicapée
- Développer les stages thérapeutiques non rémunérés chez l'employeur qu'il serait intéressant d'articuler avec les autres dispositifs
- Créer des SAVP (service d'accompagnement à la vie professionnelle) pour sécuriser les employeurs et pérenniser les sorties dans le milieu ordinaire
- Mettre en place un accompagnement type « working first »
- Faire en sorte que le système « working first » puisse essaimer dans les structures d'insertion par l'activité économique (ESAT, ...) pour faire un effet de levier

2.4.6. Les problèmes et les besoins en lien avec les droits des usagers

Le groupe s'est d'abord interrogé sur la notion de « droits des usagers » et sur les conditions de leur exercice. De quoi parle-t-on quand on parle de droits des usagers : comment se définissent ces droits ? S'agit-il du droit à être soigné ou à ne pas l'être ? S'agit-il du droit de parler et de la place donnée à la personne malade ? S'agit-il encore des conditions d'exercice de ces droits (protocoles, placée la personne comme actrice de son parcours, ...) ?

En premier lieu, le groupe relève le **droit à la parole** avec son corollaire celui de la **nécessaire écoute dans l'optique de soins adaptés** : « *plus on implique les soignants et les usagers et plus on aura une meilleure qualité des soins car elle sera adaptée aux besoins. (...) Les usagers vivent au quotidien leurs pathologies. Ils ne sont pas assez écoutés* ». Il s'agit alors du droit à la parole et du droit à être écouté.

Être acteur et décideur de sa santé nécessite de l'entourage (professionnels soignants, travailleurs sociaux, ...) qu'il mette en application ces droits. Or, bien souvent cette information n'est pas donnée et pour certains professionnels, il est encore impensable qu'une personne souffrant de troubles psychiques puisse être actrice de sa propre santé. Le droit à l'indifférence, à l'anonymat, c'est-à-dire à être traité comme tout un chacun (ce qui témoignerait d'une insertion réussie) n'est pas une réalité. Les pratiques sont en jeu mais aussi les représentations des professionnels.

La difficulté d'intégrer les patients dans des groupes de discussion est évoquée quand certains ne respectent pas les règles de la communication ou ont des comportements inadaptés pendant les séances (dénî, agressivité, ...). L'utilisateur en tant qu'aidant et proche ne doit pas être oublié. Une BD réalisée par un CLSM présente les conduites à tenir devant différents types de situations impliquant des personnes atteintes de troubles de la santé mentale.

Par ailleurs, si les associations de représentants des usagers peuvent amener les personnes à s'exprimer, ces structures restent méconnues par les usagers. Les difficultés pour trouver des usagers à même de participer ou de parler semblent perdurer.

Ainsi, le respect du droit des usagers semble devoir passer par un **travail sur les représentations**. Des formations pour apprendre aux professionnels de santé à laisser une place à la personne, « *non pas en la mettant au centre, mais en l'invitant tout simplement à la table, pour faire partie du groupe* ». D'autres intervenants (comme les policiers, travailleurs de rue, ...) pourraient aussi bénéficier de ces formations.

Une autre difficulté, en matière de droits des usagers, réside dans **la corrélation entre les besoins identifiés par les professionnels et la personne elle-même** et les moyens disponibles pour y répondre. Une expérience menée par le CLSM permet de documenter cette situation. Dans le cas de situations complexes, le groupe de travail avait l'habitude de faire des recommandations mais la personne concernée n'était pas partie prenante. Elle n'était pas impliquée ce qui engendrait des réponses peu adaptées. Un changement de paradigme a été fait et il a été décidé de travailler avec la personne, en lui donnant la possibilité d'être dans le groupe de travail. La personne s'est saisie de l'opportunité donnée d'appliquer son droit à être acteur de sa santé. Toutefois, il est important de souligner que ce genre de dispositif travaille en amont de la crise, en dehors des situations d'urgences, donc en prévention et dans l'anticipation des ruptures.

L'effet paradoxal des campagnes de sensibilisation augmentant les discriminations est discuté sur la base de programmes de lutte contre les produits stupéfiants évalués qui ont produit des effets inverses à ceux recherchés.

Le groupe relève un réel besoin d'échanges et un éclairage indispensable sur les champs d'intervention de chacun au regard des situations de tutelles et curatelles, afin de mieux répondre à certaines situations gravissimes. Les dispositifs favorisant « le travailler ensemble » avec le partage des connaissances et des expériences, comme le CLSM de Digne, sont identifiés comme probablement une bonne réponse pour résoudre les problèmes identifiés. Il faudrait néanmoins que ce type de dispositif agisse sur l'ensemble du département.

Les maisons de santé et les CPTS sont évoquées comme pouvant peut-être apporter aussi du soutien à l'échelle de territoires.

Pistes d'action envisagées par le groupe : Le groupe formule une vision « *Soyons fou, chacun à sa place !* ».

- Communiquer sur les associations d'usagers qui existent déjà
- Evaluer le dispositif mis en place par le CLSM de Digne dans le but de pouvoir le déployer sur l'ensemble du département
- Développer des formations pour les professionnels de santé, du médico-social, du social et autres intervenants sur les représentations en santé mentale

2.5. Avis du Conseil Territorial de Santé du 04

Conformément au décret du 27 juillet 2017 relatif aux Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM), le Conseil territorial de santé (CTS) émet un avis d'une part sur le diagnostic du PTSM et d'autre part sur le plan d'action qui en découle.

La commission spécialisée en santé mentale du CTS (CSSM), émanation du CTS, prépare l'avis du CTS sur le diagnostic territorial partagé en santé mentale et sur le PTSM. Elle s'est réunie le 30 novembre 2020.

Le 10 décembre 2020, le CTS a rendu son avis faisant l'objet de **l'annexe 9 contenant l'avis du conseil local en santé mentale (CLSM) de la commune de Digne Les Bains.**

Chapitre 3 : LE PTSM DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE EN ACTION

La phase de diagnostic partagé a été l'occasion d'établir des constats en termes de besoins de santé mentale de la population, de disponibilité des ressources, et aussi de souligner à quel point la santé mentale peut être complexe à appréhender car soumise à des facteurs multiples individuels, environnementaux (habitat, travail, famille, amis, ...), génétiques, ...

D'une mauvaise santé mentale peut découler des problèmes de santé occultant la dimension psychique. Nombreuses sont les études pointant le stress comme source de troubles psychiques et son implication dans certaines pathologies (maladies cardio-vasculaires par exemple). Les problèmes de santé, trop lourds à porter par les personnes, peuvent à l'inverse être à l'origine de troubles psychiques plus ou moins sévères. Si la frontière entre le psychique et le physique est ténue, les prises en charge sont bien distinctes au point que certains problèmes de santé vécus par des patients présentant des troubles mentaux sévères restent silencieux. Les personnes présentant des problèmes de santé handicapants, d'ordre psychique ou non, peuvent, par ailleurs, aspirer au bien-être et à l'épanouissement et donc à une meilleure santé mentale.

Ainsi, la santé mentale s'entend à la fois comme un absolu dans une vision positive de la santé (bien-être), un relatif dans ce que chacun aspire à ce qu'elle soit la meilleure possible (son propre épanouissement) et un trait d'union entre chaque individu et lui-même en tant qu'être physique (pathologie) et entre chaque individu et son environnement (stimulations positives et négatives). Aborder la problématique de la santé mentale d'une population, c'est se confronter à une éminente complexité autant dans la manière d'en faire état que de trouver les moyens de la maintenir ou de l'améliorer. Loin de vouloir réduire cette dimension, le groupe a souhaité l'intégrer comme un axe majeur d'intervention. Les actions à mener ont été pensées dans un continuum d'intervention tenant compte de l'existant et une gradation à même d'apporter le plus précocement possible des réponses et éviter une dégradation de la santé mentale.

Ainsi le PTSM, pour les 5 prochaines années, se donne pour ligne de force la gestion de la complexité. Après une présentation de la vision et des valeurs qui le guident, ses objectifs et sa stratégie d'action sont exposés ainsi que les actions à entreprendre pour y répondre. Celles-ci sont explicitées sous forme de fiches-action.

Durant le 1er semestre 2021, les aspects opérationnels pour leur mise en œuvre seront travaillés.

3.1. Cadre général d'action du PTSM 04

3.1.1. La vision et les valeurs du PTSM 04

La vision

A l'échéance du terme du PTSM, dans la population générale du département, les troubles psychiques auront diminué et les personnes présentant des troubles psychiques disposeront de conditions pour une vie significative, productive et satisfaisante, en dépit de la maladie mentale (« *Chacun à sa place* »). Si certains troubles psychiques sont temporaires, d'autres accompagnent les personnes toute leur vie. Ces dernières personnes peuvent aspirer à avoir un sentiment de bien-être dès lors qu'elles bénéficient de soins, d'un accompagnement, d'un soutien social qui permet de retrouver une vie satisfaisante.

Les valeurs portées par le PTSM

Les participants ont estimé que les actions menées pour prévenir et/ou prendre en charge les troubles de la santé mentale devaient pouvoir s'appuyer sur les valeurs transversales suivantes :

- une ouverture sans stigmatisation
- l'humanisme
- l'empathie
- et l'écoute.

3.1.2. La stratégie d'action du PTSM 04

Pour répondre aux objectifs, la stratégie retenue du PTSM04 repose :

- d'une part sur l'utilisation d'approches aidant à mieux composer avec la complexité des problèmes posés par les troubles de la santé mentale,
- et d'autre part, sur des interventions, tout au long du parcours de vie, inscrites dans un continuum d'interventions allant de la prévention à la réadaptation.

3.1.3. Les objectifs (généraux et spécifiques) du PTSM 04

Objectifs généraux

Le PTSM 04 se donne pour objectifs principaux de :

- promouvoir la santé mentale dès le plus jeune âge
- et prévenir les crises et les décompensations chez les personnes souffrant de troubles psychiques en apportant de manière précoce et coordonnée, un soutien adapté aux personnes concernées, afin de les appuyer dans leurs efforts d'adaptation et leur permettre de bénéficier d'une bonne qualité de vie.

Objectifs spécifiques

Les objectifs généraux se déclinent en 10 objectifs spécifiques.

Objectif 1 : Accroître les connaissances sur la maladie mentale de la population du département des Alpes-de-Haute-Provence

Cet objectif aborde deux aspects importants liés au pilotage du PTSM. Il s'agit en premier lieu, d'estimer les prévalences et les incidences en matière de santé mentale et de troubles psychiques dans la population du département ainsi que leurs évolutions épidémiologiques. Dans un second temps, cela doit permettre de mieux déterminer les besoins prioritaires et ainsi contribuer à la planification d'interventions cliniques ou de santé publique adaptées et permettre d'évaluer la pertinence et les retombées des activités menées dans le cadre du PTSM.

Objectif 2 : Développer les relations et faciliter la communication

Face à des problèmes complexes, la capacité des professionnels à répondre de façon optimale aux besoins des patients est tributaire de la qualité de leurs relations et de leur disposition à travailler ensemble d'une manière constructive. Le partage des connaissances et des expériences permet l'enrichissement mutuel et permet d'accroître la faculté de développer des nouvelles idées et de nouvelles capacités. L'idée est qu'un groupe d'agents collaborant de manière constructive devient plus que la somme des parties (Synergie).

Objectif 3 : Favoriser les expérimentations dans le département des Alpes-de-Haute-Provence

Parce que l'appréhension de la santé mentale est complexe, les intentions doivent se traduire en stratégies flexibles laissant place à des expérimentations, plus à même de vérifier la pertinence de solutions inspirées d'expériences développées sur un autre territoire ou de données probantes ou encore émergentes des réflexions menées par les membres du PTSM. Le département doit se doter des moyens lui permettant de participer à des expérimentations régionales et/ou nationales, voire à mettre en œuvre lui-même des idées nouvelles et d'en apprendre des résultats.

Objectif 4 : Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département des Alpes-de-Haute-Provence

Cet objectif vise à intégrer la santé mentale comme une composante de la santé, dès le plus jeune âge, dans tous les cursus d'éducation et de formation, à tous les niveaux des soins, de l'accompagnement social et des droits. C'est ouvrir la parole, en tout lieu, sur le mal-être et les troubles psychiques. C'est aussi reconnaître les savoirs d'expérience, défendre la citoyenneté, lever le tabou à la force des mots, déconstruire les stéréotypes, dévoiler les ressources, développer le rétablissement et l'auto-support, valoriser l'entraide et la pair-aidance.

Objectif 5 : Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de la santé mentale

Intervenir dès l'émergence des premiers symptômes, voire dès l'apparition de signes précurseurs, améliore grandement le pronostic et le devenir des patients présentant des troubles de la santé mentale. Compte tenu des particularités géographiques du département, des procédures spécifiques pour l'intervention précoce dans le milieu de vie doivent être développées.

Objectif 6 : Délivrer des services de prise en charge de la santé mentale s'inscrivant dans un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec les besoins des personnes au cours du temps et à différents niveaux du système de santé

Pour répondre aux besoins complexes et changeants des usagers, les dispositifs d'intégration peuvent permettre d'améliorer la coordination entre les praticiens et les établissements et organiser une véritable continuité entre la prévention, les soins et l'accompagnement autour de la personne en vue d'éviter les ruptures dans les parcours ou de les anticiper et de les accompagner si elles ne peuvent être évitées. La qualité et la continuité des traitements des troubles psychiques doivent être développées dans une approche multiprofessionnelle dépassant la sphère sanitaire. L'accent doit être mis sur la communication, la coordination et la complémentarité entre les différents intervenants, notamment dans la coopération santé-sociale.

Objectif 7 : Renforcer les capacités d'intervention des CMP

Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie dont l'accès doit être facilité. En effet, il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...).

Objectif 8 : Appliquer les programmes innovants destinés aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans les domaines du logement, du travail et plus généralement de l'insertion sociale

Le logement est un facteur d'inclusion sociale et de rétablissement pour les personnes vivant avec un trouble psychique sévère ou un handicap mental. De même, il est démontré que l'activité professionnelle joue un rôle dans le processus de rétablissement de personnes vivant avec un handicap psychique.

Ces deux dimensions (le logement et le travail) nécessitent la mise en œuvre de démarches innovantes d'accompagnement et de coordination des acteurs impliqués.

Objectif 9 : Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale

La performance des organisations pour assurer l'accès à des services de qualité et améliorer le niveau de santé de la population est tributaire de la capacité à innover et à modifier les pratiques professionnelles en tenant compte de l'évolution des connaissances en matière de santé mentale, des données probantes et des dispositifs à l'œuvre. Le développement des compétences individuelles et collectives apparaît nécessaire. Ainsi, il importe de compléter les formations initiales des professionnels impliqués dans le parcours des personnes présentant des troubles psychiques et, pour ceux qui ont plusieurs années de pratique, de réactualiser leurs connaissances dans ce secteur en proposant un éventail large de pratiques et de références.

Objectif 10 : Lutter contre les discriminations

Les personnes vivant avec des troubles en santé mentale sont souvent victimes de préjugés. Les idées reçues les plus répandues sont centrées sur la croyance que ces personnes seraient dangereuses et leur maladie incurable. Cette représentation sociale négative est un frein au rétablissement et à l'inclusion de ces personnes dans la société. Des initiatives permettent de lutter contre celle-ci : des actions militantes, éducatives, ainsi que des actions basées sur le contact individuel avec une personne atteinte d'un trouble psychique. Les campagnes

généralistes et ponctuelles sont largement remises en question dans la littérature, car considérées comme peu efficaces et très coûteuses. Les programmes centrés sur des groupes spécifiques, développés localement et inscrits dans la durée sont à développer (Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale. La santé de l'homme - n° 419 - mai-juin 2012 ?).

3.2. Tableau synthétique du PTSM : vision, objectifs et action

Actions	Objectifs spécifiques	Objectifs généraux	Vision
1. Créer une base de données sur la santé mentale	1. Accroître les connaissances sur la maladie mentale de la population du 04	<p>Promouvoir la santé mentale dès le plus jeune âge</p> <p>Prévenir les crises et les décompensations chez les personnes souffrant de troubles psychiques en apportant de manière précoce et coordonnée, un soutien adapté aux personnes concernées, afin de les appuyer dans leurs efforts d'adaptation et leur permettre de bénéficier d'une bonne qualité de vie</p>	<p>A l'échéance du terme du PTSM, dans la population générale du département, les troubles psychiques auront diminué et les personnes présentant des troubles psychiques disposeront de conditions pour une vie significative, productive et satisfaisante, en dépit de la maladie mentale (« Chacun a sa place »). Si certains troubles psychiques sont temporaires, d'autres accompagnent les personnes toute leur vie. Ces dernières personnes peuvent aspirer à avoir un</p>
2. Créer un Espace Partagé en Santé Mentale	2. Développer les relations et faciliter la communication		
3. Créer des Conseils Locaux de Santé Mentale dans tout le département	3. Favoriser les expérimentations dans le département		
4. Créer un poste d'attaché de recherche	4. Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département		
5. Développer le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité® (PSFP)			
6. Mettre en place le programme Good Behavior Game® (GBG)			
7. Développer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans tout le département			
8. Former aux Premiers Secours en Santé Mentale : Action de Prévention et repérage (Formation, Sensibilisation, Déstigmatisation)	5. Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de santé mentale		
9. Conforter la place centrale du CMP au sein du dispositif territorial de psychiatrie générale			
10. Créer une plateforme de coordination intégrée départementale sur la santé mentale	6. Délivrer des services de prise en charge de santé mentale s'inscrivant dans un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec les besoins des personnes au cours du temps et à différents niveaux du système de santé		
11. Adapter le dispositif bâtiminaire de psychiatrie à l'évolution des besoins de la population	7. Renforcer les capacités d'intervention des CMP		
12. Étendre le modèle « un chez soi d'abord »	8. Appliquer les programmes innovants destinés aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans les domaines du logement, du travail et plus généralement de l'insertion sociale		
13. Soutenir les projets d'habitats inclusifs			
14. Étendre le modèle « working first »			
15. Mettre en place un programme de formation continue sur la santé mentale	9. Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale		

16.Mettre en place un programme de lutte contre les discriminations	10.Lutter contre les discriminations		sentiment de bien-être dès lors qu'elles bénéficient de soins, d'un accompagnement, d'un soutien social qui permet de retrouver une vie satisfaisante.
17.Mettre en place un dispositif d'information sur les droits des usagers			

3.3. Les actions du PTSM 04 (fiches-action)

Les 10 objectifs spécifiques sont déclinés en 17 actions présentées ensuite en fiche-action.

Objectif 1 : Accroître les connaissances sur la maladie mentale dans le département des Alpes-de-Haute-Provence	57
Fiche action n°1 Créer une base de données sur la santé mentale	59
Objectif 2 : Développer les relations et faciliter la communication	63
Fiche action n°2 Créer un Espace Partagé en Santé Mentale	65
Fiche action n°3 Créer des Conseils Locaux de Santé Mentale dans tout le département des Alpes-de-Haute-Provence	67
Objectif 3 : Favoriser les expérimentations dans le département	71
Fiche action n°4 Créer un poste d'attaché de recherche	73
Objectif 4 : Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département	75
Fiche action n°5 Développer le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité® (PSFP)	77
Fiche action n°6 Mettre en place le programme Good Behavior Game® (GBG)	79
Fiche action n°7 Développer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans tout le département	81
Fiche action n°8 Former aux Premiers Secours en Santé Mentale : Action de Prévention et repérage (Formation, Sensibilisation, Déstigmatisation)	83
Objectifs 5 à 7	85
5 : Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de santé mentale	
6 : Délivrer des services de prise en charge de santé mentale s'inscrivant dans un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec les besoins des personnes au cours du temps et à différents niveaux du système de santé	
7 : Renforcer les capacités d'intervention des CMP	
Fiche action n°9 Conforter la place centrale du CMP au sein du dispositif territorial de psychiatrie générale	87
Fiche action n°10 Créer une plateforme de coordination intégrée départementale sur la santé mentale	90
Fiche action n°11 Adapter le dispositif bâtementaire de psychiatrie à l'évolution des besoins de la population	92
Objectif 8 : Appliquer les programmes innovants destinés aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans les domaines du logement, du travail et plus généralement de l'insertion sociale	95
Fiche action n°12 Etendre le modèle « un chez soi d'abord » - Améliorer l'accès au logement	97
Fiche action n°13 Soutenir les projets d'habitats inclusifs	100
Fiche action n°14 Etendre le modèle « working first »	101
Objectif 9 : Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale	103
Fiche action n°15 Mettre en place un programme de formation continue sur la santé mentale	105
Objectif 10 : Lutter contre les discriminations	107

Fiche action n°16 Mettre en place un programme de lutte contre les discriminations 109

Fiche action n°17 Mettre en place un dispositif d'information sur les droits des usagers 111



Objectif 1 :
Accroître les connaissances sur la maladie mentale dans le département des Alpes-de-Haute-Provence

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 1 :Créer une base de données sur la santé mentale	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>L'information est primordiale dans les systèmes complexes. Il est crucial pour les agents de bien connaître le système dans lequel ils évoluent pour prendre les meilleures décisions et développer de nouvelles idées qui auront de bonnes chances d'aboutir.</p> <p>Or, il n'existe pas de système d'information permettant d'estimer de façon précise le nombre de personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans le département. Il n'est pas possible de disposer de données de prévalence et d'incidence précises, qui sont pourtant des d'indicateurs essentiels pour répondre de façon adéquate aux besoins des patients.</p> <p>Par ailleurs, des informations sur le parcours des patients (âge au diagnostic, délai entre le dépistage et le 1^{er} rendez-vous dans un centre spécialisé, qualité de l'insertion sociale ...) sont essentielles pour évaluer l'efficacité des actions proposées dans le cadre de ce PTSM.</p> <p>Enfin, les membres du groupe de travail ont souligné que ces informations sont nécessaires pour permettre une coordination efficiente entre les professionnels.</p>
Porteur	MDPH A désigner
Partenaires et membres du groupe action	MDPH Agence Régionale de Santé CLSM
Durée de l'action (Date début - fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale.
Objectif général	Suivre la prévalence et l'incidence des principales maladies mentales et évaluer leurs évolutions cliniques dans le temps.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>L'action consiste à créer une base de données permettant de saisir des données sur le diagnostic, les caractéristiques socio-démographiques, les traitements prescrits et les variables d'évaluation de l'état clinique du patient.</p> <p>Le principe est de saisir un corpus d'informations pré-définies lors de chaque passage du patient dans le système de soins sur modèle de ce qui a été fait pour les patients atteints d'infection par le VIH (base de données DOMEVIH, dossier médical informatisé NADIS) et des patients atteints de pathologies neuro-dégénératives (Banque Nationale Alzheimer).</p> <p>Les données ainsi collectées seront ensuite être organisées pour constituer la base d'un dossier médical informatisé.</p> <p>Il est proposé de créer cette base de données pour une première pathologie cible (troubles bipolaires, par exemple) et d'étendre secondairement le modèle aux autres pathologies.</p>

	<p>La constitution de cette base de données nécessite la création d'un groupe de travail avec les professionnels concernés pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Choisir les pathologies d'intérêts. - Définir le corpus de données minimales à renseigner pour chaque pathologie. - Suivre en temps réel le processus de développement de l'application et sa mise en œuvre.
Logique d'action	<p>Cette action répond à deux dimensions importantes liées au pilotage du PTSM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la nécessité d'estimer les prévalences et les incidences en matière de santé mentale et de troubles psychiques dans la population du département ainsi que leurs évolutions épidémiologiques pour mieux déterminer les besoins prioritaires et ainsi contribuer à la planification d'interventions cliniques ou de santé publique adaptées. - et la nécessité d'évaluer la pertinence et les retombées des activités menées dans le cadre du PTSM.
Moyens à mobiliser	<p>Un soutien méthodologique par un épidémiologiste ayant une expertise sur la mise en œuvre, la gestion et le traitement statistique des données.</p> <p>Un informaticien pour la création de la base de données et sa maintenance</p> <p>Attaché de recherche clinique 0,5 ETP pour la gestion des données</p> <p>Un hébergeur de données</p> <p>Un serveur pour l'hébergement des données</p>
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	<p>Capacité de la base de données à fournir des informations pertinentes sur les pathologies mentales concernées</p> <p>Utilisation des informations fournies par la base par les utilisateurs potentiels (ARS, MDPH, professionnels de santé et du médico-social)</p>
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>A terme, ce système d'information devra fournir les éléments suivants :</p> <p>pour l'évaluation de l'impact des actions menées dans la cadre du PTSM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de patients diagnostiqués - File active des patients pris en charge - Nombre de patients traités - Nombre de patients en rupture de suivi - Incidence des crises et des décompensations <p>pour la prise charge médicale et médico-sociale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partage des informations entre les professionnels : facilité d'accès et exhaustivité des informations nécessaires à chacun - confidentialité des informations et leur préservation - transmission des informations dans l'établissement selon la trajectoire du patient - transmission des informations vers des professionnels hors de l'établissement - accessibilité et lisibilité des informations pour le patient - traçabilité des prises de décision, des prises en charge et des éléments de gestion des risques liés à chaque patient.
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

Bibliographie

Roy DA, Litvak E, Paccaud F. (2010) Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Le Point en administration de la santé et des services sociaux, éditeur.

Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. OMS



Objectif 2 :
Développer les relations et faciliter la communication

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 2 : Créer un Espace Partagé en Santé Mentale	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Le groupe de travail a souligné le manque de moyens comme problème central et prioritaire. Mais le groupe a précisé que des efforts peuvent néanmoins être faits pour optimiser l'existant, particulièrement autour du partage des connaissances et expériences pour trouver des solutions innovantes et pertinentes.</p> <p>La santé mentale est une problématique complexe du fait des caractéristiques propres de la maladie et des multiples facteurs environnementaux (système de soins, logement, travail, stigmatisation, ...) qui interagissent avec elle. Une des approches permettant de mieux appréhender les problématiques complexes est de développer les relations et de faciliter les collaborations afin de faire émerger des solutions innovantes et fonctionnelles.</p> <p>Il importe que les acteurs assument collectivement la responsabilité de la population qu'ils accompagnent, car <i>« la continuité des parcours est le résultat d'une intelligence collective, plutôt que le seul résultat des actes professionnels considérés séparément »</i>.</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	<p>Commission Santé Mentale de la Conférence Territoriale de Santé CLSM de Digne</p> <p>L'ensemble des acteurs ayant participé à l'élaboration du PTSM</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Population générale du département</p> <p>Personnes atteintes de troubles de la santé mentale</p> <p>Professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale</p>
Objectif général	Favoriser le partage des connaissances et des expériences pour répondre à la complexité
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>L'action consiste à créer un Espace Partagé de Santé Mentale, en se basant sur le modèle de l'Espace Partagé de Santé Publique développé dans le département des Alpes-Maritimes depuis 2007. Il est conçu comme un concept ouvert, fédératif, en perpétuelle adaptation aux évolutions des déterminants de santé mentale et aux attentes des citoyens. Cet Espace Partagé de Santé Mentale pourrait avoir comme fonction de suivre la mise en œuvre du PTSM et de le faire évoluer en fonction des nouveaux besoins de la population.</p> <p>La gouvernance de ce dispositif est composée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. d'une instance stratégique (Comité de Pilotage) ayant pour mission de définir les orientations stratégiques, les règles de participation des partenaires, les principales modalités juridiques, financières et de communication. Cette fonction pourrait être assurée par Commission Santé Mentale de la Conférence Territoriale de Santé 2. d'une instance tactique (Comité Programmes) ayant pour mission de développer les projets innovants sur des thématiques prioritaires en santé mentale, en générant une synergie entre partenaires.

	<p>Cette fonction pourrait être assurée par le groupe qui participé à l'élaboration du PTSM.</p> <p>3. des groupes de travail opérationnels soutenus par une équipe projet. Cette mission pourrait être assurée par les (les) CLSM du département.</p> <p>L'agenda de réunion de ces instances est la suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comité de pilotage : 1 à 2 fois par an - Comité programmes : 3 à 4 fois par an.
Logique d'action	Des agents travaillant ensemble dans un système complexe voient s'accroître leur faculté de développer de nouvelles idées et de nouvelles capacités. Ceci est produit par l'enrichissement mutuel, rendu possible par le partage des connaissances, des idées créées par la réflexion commune ou la mise en application de compétences complémentaires. L'idée est qu'un groupe d'agents qui collabore de manière constructive devient plus que la somme des parties.
Moyens à mobiliser	Ce type de dispositif ne nécessite pas de moyen particulier hormis un financement pour des consultants extérieurs au département (mission de conseils et de suivi des actions).
Modalités de suivi	Comptes rendus des réunions
Modalités d'évaluation	Rédaction d'un rapport d'évaluation annuel des activités menées
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>Nombre de réunions organisées</p> <p>Nombre de participants</p> <p>Nombre de projets initiés</p> <p>Nombre de projets ayant été mené à leurs termes</p>
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

Bibliographie

Roy DA, Litvak E, Paccaud F. (2010) Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Le Point en administration de la santé et des services sociaux, éditeur.

Fiche action n° 3 : Créer des Conseils Locaux de Santé Mentale dans tout le département des Alpes-de-Haute-Provence

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Un Conseil Local de Santé Mentale est un lieu de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, les services de psychiatrie publics, les usagers et les aidants. Il définit et met en œuvre les politiques locales et les actions pour améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale.</p> <p>Objectifs stratégiques d'un CLSM :</p> <p>Dans le département des Alpes de Hautes Provence, il n'existe qu'un seul CLSM situé à Digne.</p> <p>Le groupe de travail en charge de l'élaboration du PTSM propose que chaque zone du territoire (par exemple via les communautés d'agglomération et communautés de commune) soit couverte par au moins un CLSM</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	<ul style="list-style-type: none"> - ARS - les services municipaux/agglomération/communauté de commune - les associations d'usagers et de familles d'usagers - les professionnels et associations de santé du territoire - les acteurs sociaux et médico sociaux - le CRES PACA - le CCOMS - le CLSM de Digne
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Dans chaque zone clé du département
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Population générale du département</p> <p>Personnes atteintes de troubles de la santé mentale</p> <p>Professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale.</p>

Objectif général	Définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>L'action consiste à mettre en place un CLSM dans chaque zone clé du territoire</p> <p>Il y a 8 zones économiques identifiées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - CA Durance Luberon Verdon Agglomération - CA Provence Alpes Agglomération (présence d'un CLSM sur la commune de Digne-les-Bains) - CC du Sisteronais-Buëch (qui comprend des communes du 05) - CC Alpes Provence Verdon Source de lumière - CC Pays Forcalquier et Montagne de Lure - CC Haute-Provence-Pays de Banon - CC Vallée de l'Ubaye-Serre Ponçon - CC Jabron-Lure-Vançon-Durance <p>En fonction des enjeux et stratégies géographiques, certains CLSM peuvent se regrouper plusieurs territoires, ce qui permet de se focaliser sur 5 zones géographiques : sud-ouest, sud-est, centre-ouest, nord-est et nord-ouest.</p> <p>L'analyse des territoires doit permettre de déterminer le périmètre d'action (niveau communal, niveau agglomération) des CLSM.</p>
Logique d'action	Coopération, expertise collective, innovation
Moyens à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - Préalable : 1 comité technique départemental afin d'analyser la pertinence de créer des CLSM, de définir des zones clés, de choisir des priorités, ... - Mise en œuvre : 1 comité technique dans chaque territoire ciblé afin de définir les orientations stratégiques du dispositif : diagnostic, périmètre d'action, objectifs spécifiques, objectifs opérationnels, partenariats, ... - Coordination : 1 poste de coordination pour chaque CLSM créé (co-financement Territoire/ARS)
Modalités de suivi	Rédaction d'un rapport d'évaluation annuel des activités menées
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nb de CLSM créés - Nb de dynamiques territoriales engagées - Freins à la création de CLSM
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un minimum de 3 CLSM (en lien avec des dynamiques déjà existantes sur les territoires ou à un besoin identifié) sur le centre ouest (Forcalquier), le sud-ouest (Manosque) et le nord-est (Barcelonnette) - Création de dynamiques territoriales et de partenariats sur la santé mentale au niveau communal, niveau agglomération.

Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.
---	--



Objectif 3 :
Favoriser les expérimentations dans le département des Alpes-de-Haute-Provence

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 4 : Créer un poste d'attaché de recherche	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>De nombreux problèmes et besoins identifiés par le groupe (comme le logement ou l'insertion professionnelle) n'ont pas réponses simples et évidentes et restent donc difficiles à appréhender, d'autant plus que certaines caractéristiques du département complexifient la mise en œuvre de solutions efficaces (faible densité, distances, éloignement).</p> <p>Pour le groupe, les expérimentations comme « Housing First » et « Working first » sont à envisager : « <i>Les actions comme « housing first » et « working first » montre que l'expérimentation a permis d'atteindre des résultats que le commun des mortels n'aurait jamais imaginé</i> ».</p> <p>Le groupe de travail a ainsi proposé que le département se dote des moyens nécessaires lui permettant de participer à des expérimentations régionales et/ou nationales, voire à mettre en œuvre lui-même des idées nouvelles et d'en apprendre des résultats.</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	A déterminer
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes de Hautes Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Personnes atteintes de troubles de la santé mentale</p> <p>Professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale</p>
Objectif général	Favoriser les expérimentations dans le département des Alpes-de-Haute-Provence
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	Création d'un poste d'attaché de recherche clinique
Logique d'action	Parce que la santé mentale est complexe, les intentions doivent se traduire en stratégies flexibles laissant place à une certaines part d'expérimentation.
Moyens à mobiliser	Attaché de recherche 0,5 ETP
Modalités de suivi	RAS
Modalités d'évaluation	Poste créé
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à des protocoles expérimentaux régionaux et nationaux - Elaboration de protocole d'évaluation à l'échelon local - Réalisation de synthèses bibliographiques sur des thématiques qui intéressent les acteurs locaux (données probantes) - Lien entre les acteurs locaux et les équipes de recherches universitaires
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions précoces et bonnes pratiques ; 2. Rétablissement et inclusion sociale ;



Objectif 4 :

Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département des Alpes-de-Haute-Provence

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 5 : Développer le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité® (PSFP)	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Les professionnels de la santé mentale du département estiment que la bonne santé mentale est associée à la notion de « parents qui fonctionnent bien ». Il est souligné qu'un nombre important d'adultes avec troubles psychiques ont connu des traumatismes dans l'enfance (ruptures dans l'enfance, violences sexuelles, placement en famille d'accueil, ...).</p> <p>La « parentalité » est un déterminant majeur de la santé de l'enfant, les difficultés d'exercice peuvent avoir sur les enfants des conséquences sanitaires et sociales, interférer avec la survenue de conduites à risques, de consommations de substances psychoactives, d'échec scolaire, ...</p> <p>Les programmes de soutien à la parentalité basés sur des données probantes permettent de valoriser les compétences parentales et doivent être mis en œuvre.</p>
Porteur	CODES 04
Partenaires et membres du groupe action	Municipalités Agence Régionale de Santé
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Ce programme s'adresse à toutes les familles : de celles qui se posent des questions « pour faire encore mieux » à celles qui ont déjà des soucis parents.
Objectif général	Soutenir la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents, enfants et institutions
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>Le programme est constitué de 14 sessions hebdomadaires de 2 heures chacune. Durant la 1^{ère} heure, parents et enfants sont séparés, afin de découvrir ou d'améliorer, chacun, de nouvelles compétences ; au cours de la 2^{ème} heure parents et enfants sont regroupés pour mettre en pratique ces compétences.</p> <p>Les ateliers parents visent à développer les habiletés parentales : accroître les capacités en matière d'attention positive aux enfants, de communication, de résolution de problèmes, de gestion du stress et des conflits ; la mise en place d'une discipline adaptée, l'organisation du temps, la réalisation d'activités en commun...</p> <p>Les ateliers enfants cherchent à favoriser le développement des compétences psychosociales : communication, résolution de problèmes et de conflits, prise de décision, capacité de résister à la pression des pairs, gestion de la colère...</p> <p>Les ateliers parents et enfants portent sur l'amélioration de la communication et des interactions parents-enfants et la mise en œuvre des habiletés apprises.</p>
Logique d'action	Education pour la santé, Formation, Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation, Soutien aux équipes, Travail en réseau

Moyens à mobiliser	<p>Le programme PSFP nécessite 1 coordinateur local et 4 animateurs</p> <p>En échange de ces efforts, les villes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont autonomes pour dupliquer un programme concret, performant, validé et efficace, qui enthousiasme familles et professionnels - voient leurs équipes bénéficier d'une formation de qualité sur le soutien à la parentalité, qui va bien au-delà de PSFP, formation ample et rapidement investie dans les pratiques professionnelles des agents formés - indiquent une meilleure gestion des trajectoires des familles en difficulté grâce au partenariat développé autour de PSFP lors de son implantation dans la ville - font état d'une participation plus forte des familles aux différentes manifestations organisées par la municipalité - misent sur l'éducation pour l'avenir de leurs cités.
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	Evaluation continue tout au long des 14 sessions de PSFP
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>Augmentation des habiletés parentales et du sentiment d'auto-efficacité parentale</p> <p>Réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives chez les jeunes et leurs parents</p> <p>Diminution des problèmes comportementaux et psychiques : troubles des conduites, agitation, anxiété, dépression</p> <p>Amélioration du climat familial et diminution des conflits familiaux</p> <p>Amélioration des résultats scolaires</p>
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

Bibliographie

Roehrig C, Pradier C. Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. Santé Publique, 2017 ; 5, 29 : 643-653

Fiche action n°6 : Mettre en place le programme Good Behavior Game® (GBG)	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Durant l'enfance, les personnes peuvent être fragilisées plus ou moins durablement. Elles peuvent l'être à l'occasion de ruptures parentales, difficultés scolaires ou de traumatismes (deuil, violences, accident, ...). Par ailleurs, la stigmatisation et la difficulté des personnes concernées à s'exprimer sur leur addiction rendent les personnes plus vulnérables par rapport à la maladie mentale. Il n'existe pas à l'heure actuelle de solution « miracle » pour prévenir les addictions. Il faut donc développer une stratégie combinant différentes approches (comme les programmes SFP et GBG, ...) et ne pas hésiter à recourir à l'expérimentation.</p> <p>Le programme GBG est une stratégie de gestion du comportement en classe qui favorise le développement des compétences psychosociales et vise à l'amélioration du climat scolaire. Il est directement mis en œuvre par les enseignants pendant que les élèves travaillent sur leurs leçons habituelles.</p> <p>Ce programme dit "probant" est fondé sur des preuves scientifiques. Des suivis de cohorte aux États-Unis et aux Pays-Bas montrent que les enfants ayant bénéficié de ce programme connaissent, entre autres, une baisse significative de l'utilisation des services de santé mentale et d'addictologie, de l'usage et abus de drogues illicites, d'alcool et de tabac, des conduites à risques pour la santé et des personnalités antisociales.</p> <p>Ce programme est considéré aujourd'hui comme l'une des méthodes de prévention les plus efficaces.</p>
Porteur	CODES 04
Partenaires et membres du groupe action	<p>Education Nationale</p> <p>Agence Régionale de Santé</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Enfants</p> <p>Professeurs des écoles</p>
Objectif général	Développer les compétences psychosociales (CPS) des enfants (futurs adultes)
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>Les séances dédiées au programme sont présentées aux enfants sous forme de jeu favorisant l'autonomie, la coopération, l'apprentissage, la régulation et la solidarité.</p> <p>Le programme est mis en œuvre par les enseignants formés à la pratique du GBG en une année scolaire.</p> <p>Chaque séance codifiée et ritualisée associée à une approche par l'éducation positive et l'observation active permet aux enfants de développer leurs compétences émotionnelles, sociales et cognitives (sentiment d'efficacité personnelle, communication plus efficace, verbalisation des émotions et des argumentaires).</p>

Logique d'action	Les compétences psychosociales se situent à la jonction entre le champ de la promotion de la santé, celui de la prévention des problèmes de santé physique et celui de la prévention des problèmes de santé mentale, et sont reconnues aujourd'hui en tant que « déterminants des déterminants » (en anglais « causes of the causes »). En effet, il a été démontré que les interventions de développement des CPS des enfants et/ou des parents ont un impact sur le bien-être et la santé mentale positive en ce qu'elles permettent d'augmenter leur estime et leur confiance en soi, de prévenir les troubles affectifs, de réduire les problèmes de comportement et de diminuer les pratiques parentales problématiques. Elles augmentent le sentiment parental d'efficacité et améliorent les relations parent-enfant et les résultats scolaires. Elles ont donc un impact sur le stress, l'anxiété et l'ensemble des conduites à risque.
Moyens à mobiliser	L'intervention de formateurs GBG pour : <ul style="list-style-type: none"> - la formation initiale des enseignants sur une année scolaire. Elle comprend trois journées de formation en regroupement : 2 jours « Initial GBG Training » et 1 journée « GBG Booster Session », ainsi que des séances régulières de coaching constituant la matière première de l'accompagnement continu in situ. - le suivi du programme. Toutes les deux semaines, les formateurs GBG observent dans chaque classe une séquence de 45 minutes à 1 heure, au cours de laquelle se déroule une séance GBG. Chaque séquence d'observation en classe est suivie d'un entretien en face-à-face avec l'enseignant, dédié à l'analyse des pratiques professionnelles.
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	Evaluation continue prévu dans le programme
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Amélioration du climat scolaire Prévention des risques psychosociaux sur le long terme.
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

Bibliographie

Essai-pilote du programme de prévention Good Behavior Game. Rapport Final. Décembre 2017.

<https://grvs06.org/wp-content/uploads/2020/06/rapport-final-grvs-essai-pilote-gbg-dc3a9cembre-2017.pdf>

Fiche action n° 7 : Développer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans tout le département	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Les participants au groupe de travail sur le PTSM ont identifié l'isolement social comme un facteur de risque de troubles de la santé mentale mais aussi comme un facteur d'aggravation des troubles chez les personnes atteintes de pathologies mentales.</p> <p>Le GEM est un outil d'insertion dans la cité, de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande vulnérabilité. Il est constitué de personnes ayant des troubles de santé ou des situations de handicap similaires les mettant en situation de vulnérabilité et de fragilité. Il offre un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne.</p> <p>Les GEM reposent sur la philosophie du soutien par les pairs qui rencontrent des difficultés similaires, et sont donc à même d'apporter un soutien, une écoute, un partage d'expériences autour des troubles et du parcours de chacun. Cette démarche part aussi du principe que chaque personne est experte, de par son expérience de la maladie.</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes présentant un handicap résultant de troubles psychiques, d'un traumatisme crânien ou de toute autre lésion cérébrale acquise, d'un trouble du spectre de l'autisme ou autre trouble du neuro-développement.
Objectif général	Favoriser la sortie de l'isolement, la reconstruction du lien social et le mieux-être
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	A Compléter
Logique d'action	En regroupant des personnes ayant des difficultés communes, les GEM valorisent le soutien mutuel et facilitent le lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Sont recherchés au travers des GEM, la sortie de l'isolement, la reconstruction du lien social et un mieux-être pour les personnes.
Moyens à mobiliser	A Compléter
Modalités de suivi	A Compléter
Modalités d'évaluation	A Compléter
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	A Compléter

Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	2. Rétablissement et inclusion sociale ; 5. Droits des usagers ; 6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.
---	---

Bibliographie

Les cahiers pédagogiques. Les Groupes d'entraide mutuelle. CNSA. Novembre 2019.

https://www.cnsa.fr/documentation/cahierpedagogique_gem2019.pdf

La discussion aboutit à une vision formulée ainsi « *Soyons fou, chacun a sa place !* »

Fiche action n°8 : Former aux Premiers Secours en Santé Mentale : Action de Prévention et repérage (Formation, Sensibilisation, Déstigmatisation)	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence Action au niveau national
Situation problématique initiale	<p>Nombreux sont les adultes et les adolescents avec troubles psychiques repérés tardivement du fait de la méconnaissance des troubles et de la stigmatisation qu'ils entraînent. Apparaissant souvent en fin d'adolescence, chez des étudiants ou de jeunes adultes, ces troubles entraînent très souvent des conduites à risque, des addictions et des ruptures de parcours (isolement, TS, errance, ...).</p> <p>Une sensibilisation est nécessaire auprès d'un très large public pour déstigmatiser, repérer ces troubles, apporter des gestes de premiers secours et l'apprentissage de comportements adaptés.</p>
Porteur	UNAFAM 04
Partenaires potentiels et membres du groupe action	Municipalités Inspection académique (à solliciter) Ministère de la Justice Agence Régionale de Santé
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence (Déploiement de cette action sur le territoire national)
Groupes cibles visés par l'action de formation	Cette formation s'adresse à tous les publics et plus spécifiquement : <ul style="list-style-type: none"> - aux familles, amis ayant des proches touchés par des troubles psychiques - à tous les services en lien avec du public : CCAS, Police municipale, Pompiers, ... - aux Services d'aide à domicile (SAVS, SAMSATH,...) - aux Services de tutelles et curatelles - aux éducateurs d'établissements spécialisés, Esat, foyers occupationnels, ... - aux enseignants et responsables d'écoles, Collèges, Lycées - aux élèves de lycées et écoles - au personnel des établissements de détention (Convention de l'Unafam avec le ministère de la Justice) - aux entreprises
Objectif généraux	Intervenir dans une situation où une personne a besoin d'aide ou de soins liés à un problème de santé mentale : <ul style="list-style-type: none"> - former un public averti : élèves «sentinelles» dans les lycées et universités - prévenir les risques de suicide et amener au soin
Objectifs spécifiques et opérationnels	Apprendre à repérer les signes et symptômes des principaux troubles de santé mentale (dépression, troubles anxieux, psychotiques, liés à une substance, comportement suicidaire, état de panique, ...) Acquérir un savoir-faire pour apporter un soutien immédiat lors de problèmes de santé mentale Renseigner la personne et la diriger vers un service ou professionnel de santé compétent

Modalités d'action retenues	Formation sur 2 jours (14h) des groupes de 12 personnes : Travail en sous-groupes, exercices, jeux pédagogiques, vidéo Délivrance d'une attestation de Secouriste en Santé Mentale
Logique d'action	Formation et information du grand public et soutien aux équipes et aux familles L'Unafam est acteur de ce programme international (Mental Health First Aid) au sein de l'association PSSM France. Conçu en Australie et validé par des experts, il s'est exporté dans plusieurs pays. 3 millions de personnes sont déjà formées dans le monde. Cette formation, ouverte à tous, est utile à tous, que ce soit dans son milieu professionnel, social ou familial.
Moyens à mobiliser	La formation Premiers Secours en Santé Mentale nécessite 2 animateurs formés par l'association PSSM France. 3 associations en font partie. La sensibilisation et la connaissance de ce programme sont nécessaires auprès des acteurs concernés. Villes, services sociaux, établissements et professionnels : <ul style="list-style-type: none"> - sont autonomes pour la programmer - voient leurs équipes bénéficier d'une formation indispensable aujourd'hui pour les personnes au contact du grand public.
Modalités de suivi	
Modalités d'évaluation	Evaluation continue Bilan dans 5 ans
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Connaissance des troubles psychiques auprès du plus grand nombre, Apprentissage des gestes et comportements adaptés, utilisables dans les pratiques professionnelles et dans la vie sociale par les familles et le grand public pour permettre : <ul style="list-style-type: none"> - un repérage précoce, - une meilleure gestion des situations de crises avec les personnes en difficulté - une prise en charge plus rapide grâce à la connaissance des moyens et ressources existants - une information de la personne (CMP, CLSM (cellule de crise)) Diminution de la stigmatisation des problèmes psychiques grâce à leur connaissance et par voie de conséquence une meilleure insertion Diminution des décrochages scolaires et ruptures de parcours
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	1. Interventions précoces et bonnes pratiques ;

Bibliographie : Manuel de Premiers Secours en Santé Mentale (PSSM France) adapté de la 4e édition du manuel australien, rédigé par Betty Kitchener, Anthony Jorm et Claire Kelly



Objectif 5 :

Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de la santé mentale

Objectif 6 :

Délivrer des services de prise en charge de la santé mentale s'inscrivant dans un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec leurs besoins au cours du temps et à différents niveaux du système de santé

Objectif 7 :

Renforcer les capacités d'intervention des CMP

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n°9 : Conforter la place centrale du CMP au sein du dispositif territorial de psychiatrie générale

Contexte de l'action (local, régional, national)

Département des Alpes-de-Haute-Provence
Action au niveau national

Situation problématique initiale

La prise en charge au plus près du lieu de vie des personnes est le fondement premier de l'organisation de l'offre de soins psychiatriques. Le contexte d'exercice est complexifié dans les Alpes-de-Haute-Provence pour différentes raisons liées aux caractéristiques du territoire. En effet, le département est vaste avec une faible densité démographique (23 habitants au km²), ce qui en fait le territoire le plus vaste de la région PACA et le 95^{ème} département de France en termes de densité. Son relief impacte l'accès aux soins. Les caractéristiques socio démographiques de sa population influent grandement sur les possibilités d'accès aux soins (mobilité, isolement, handicap, capacité financière, précarité, etc.). Le département présente une absence d'offre d'hospitalisation privée de soins psychiatriques et une grande faiblesse de l'offre médicale libérale. Il apparaît également une inadéquation progressive de l'offre de soins en CMP avec les évolutions migratoires de la population sur le territoire et une raréfaction de la ressource médicale.

Dans ce contexte, l'enjeu est d'assurer la continuité de missions nombreuses et diversifiées avec un 1^{er} contact, un suivi et des actions au long cours ainsi qu'une organisation permettant de gérer le parcours du patient.

Pour répondre aux besoins d'une file active totale d'environ 5 500 personnes en 2019, le CH de Digne les Bains dispose de 8 CMP et 7 antennes, ainsi répartis :

Secteur Nord	
CMP Digne les Bains	Antenne Saint André les Alpes Antenne Castellane
CMP Sisteron	
CMP Saint Auban	
CMP Barcelonnette	Antenne Seyne les Alpes
Secteur Sud	
CMP Manosque	Antenne Gréoux les Bains
CMP Riez	
CMP Forcalquier	Antenne Villeneuve Antenne Céreste
CMP Oraison	Antenne Les Mées

Cette répartition territoriale des moyens correspond à une réalité originelle qui a notablement évolué au gré des mouvements migratoires de la population qui a vu, notamment, se densifier les zones d'habitation de la moitié sud du département. D'autres phénomènes impactent

	<p>directement la structure de la population, comme le vieillissement de celle-ci et l'accroissement des problématiques liées à la pauvreté et/ou à la précarité.</p> <p>Ainsi, à titre d'exemple, la disparition en 2007 des deux hôpitaux de jour pour personnes âgées fait apparaître aujourd'hui un manque dans le panel des prises en charge qui, du domicile à l'établissement d'hébergement, ne dispose plus de cet entre-deux permettant à la fois un accompagnement sanitaire expert et professionnel des troubles du comportement et un temps de répit pour les aidants naturels en journée. Il s'agit d'une fonction spécifique à laquelle les accueils de jour médico-sociaux Alzheimer ne répondent pas.</p> <p>Par ailleurs, le département est sous doté en SAMSAH et SAVS. Plus que jamais, il importe que l'offre de soins soit en mesure d'adapter sa réponse, tant à la volumétrie de la demande (évolution quantitative), qu'aux spécificités émergentes, dont l'abord thérapeutique diffère grandement d'une problématique à l'autre et, au-delà, d'un individu souffrant à l'autre (évolution qualitative).</p> <p>Un rééquilibrage géographique des effectifs et un étoffement du dispositif vers les zones actuellement les plus peuplées doivent être opérés (cf. réouverture d'un CMP sur Riez).</p> <p>Le développement de structures mobiles est pertinent. Ce type de dispositif possède une souplesse permet une plus grande plasticité de la réponse et un maintien de la proximité de celle-ci, en dépit des problématiques d'enclavement ou de mobilité, intrinsèques ou extrinsèques, de la population. Il importe toutefois de veiller à ce que les personnels affectés à ces équipes soient effectivement dédiés et non en partie prélevés sur l'équipe des CMP, comme c'est le cas aujourd'hui.</p> <p>Cela doit, enfin, se finaliser par une adaptation du plateau technique, c'est-à-dire des moyens humains et de leurs compétences, afin de permettre la réactivité de la réponse et la juste rythmicité du suivi qu'impose chaque situation individuelle. La réduction du nombre de séjours et la prévention de la chronicisation des personnes, étroitement liées à la capacité de l'ambulatoire à répondre à la crise et à prévenir la rechute, sont à ce prix.</p> <p>Le projet de déploiement d'infirmiers en pratiques avancées en psychiatrie participe pleinement de cette dynamique visant à maintenir, voire densifier le rôle du CMP, malgré le contexte de baisse de la démographie médicale auquel le Centre Hospitalier de Digne les Bains n'échappe pas.</p>
Porteur	CH Digne les Bains UNAFAM 04
Partenaires potentiels <i>et</i> membres du groupe action	Associations d'usagers Agence Régionale de Santé
Durée de l'action (Date début-fin)	Continue
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Cible	Population des Alpes-de-Haute-Provence

Objectifs généraux	Rééquilibrer et renforcer le dispositif sectoriel de psychiatrie générale par le déploiement d'infirmiers en pratiques avancées en psychiatrie
Modalités d'action retenues Objectifs spécifiques et opérationnels	<p>Agir sur la structure et la volumétrie des équipes pluriprofessionnelles des Centres Médico-Psychologiques des Alpes-de-Haute-Provence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rééquilibrer géographiquement les effectifs, afin d'adapter les moyens à l'évolution de la densité de population - Développer de nouvelles approches thérapeutiques en réponse à l'évolution qualitative de la structure de la population (cf. précarité, vieillissement, etc.) - Diversifier les compétences pour compléter la pluridisciplinarité des prises en charge (cf. développement des approches éducatives, notamment)
Moyens à mobiliser	<p>Adjonction (recrutement) de nouvelles compétences au sein des CMP</p> <p>Réaffectation des effectifs sur le territoire, en lien avec la réalité populationnelle</p> <p>Recrutement d'infirmiers de pratique avancée en psychiatrie, afin d'œuvrer de concert avec les médecins psychiatres et d'assurer un premier niveau de réponse aux demandes (4 IPA pour le territoire, à raison d'un par sous-secteur)</p>
Modalités de suivi et d'évaluation	Bilan d'activité annuel avec suivi d'indicateurs (cf. file active /CMP ; nombre d'actes par professionnel ; etc.)
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>Diminution du délai d'accès à un premier RV</p> <p>Contribution active à la structuration d'une filière de réhabilitation psychosociale, en développant les aspects éducatifs de l'accompagnement, en complément du seul soin</p> <p>Fluidification des parcours patients</p> <p>Limitation des séjours hospitaliers à la faveur d'une amélioration de la précocité et de la régularité des prises en charge</p>
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions précoces et bonnes pratiques ; 2. Rétablissement et inclusion sociale ; 3. Accès aux soins somatiques ; 4. Prise en charge de la crise

Fiche action n°10 : Créer une plateforme de coordination intégrée départementale sur la santé mentale	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Les groupes de travail du PTSM04 ont plusieurs fois identifié les problèmes et les besoins suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un dépistage trop tardif - des ruptures entre le dépistage, le diagnostic et la prise en charge médicale - l'absence de partage d'informations entre les différents intervenants compliquant encore plus la gestion de la crise et la prise en charge des troubles somatiques - une insuffisance de coordination de la prise en charge des personnes atteintes troubles de la santé mentale entre les différents professionnels dans toutes les dimensions : médicales, médico-sociales ou sociales. <p>Les plateformes intégrées de coordination reposent sur une évolution des façons de travailler de chacun des acteurs, qui, sans aller vers une fusion, harmonisent les outils qu'ils utilisent pour analyser les demandes des usagers et repérer les situations à risque de rupture, échangent régulièrement l'information et les données utiles, structurent des processus de travail explicites reposant sur les compétences de chacun et analysent ensemble les zones de chevauchement et les manques.</p> <p>Ces plateformes doivent ainsi permettre un travail d'équipe multidimensionnel et polyvalent, dans toutes les dimensions de la prise en charge (prévention, dépistage, soins, logement, travail, ...).</p>
Porteur	<p>A désigner</p> <p>Conseil départemental (?)</p>
Partenaires et membres du groupe action	<p>Le groupe ayant travaillé sur le PTSM</p> <p>MDPH</p> <p>PTA 04 ...</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Personnes atteintes de troubles de la santé mentale</p> <p>Professionnels médicaux et médico-sociaux</p>
Objectif général	Organiser l'intervention coordonnée des professionnels dans le cadre d'un continuum d'intervention allant du dépistage à l'insertion sociale
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>Création d'une plateforme intégrée de coordination fonctionnant comme un guichet intégré avec trois niveaux d'actions participant au processus d'information dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un 1^{er} niveau de liaison avec pour objectif de faciliter la collaboration entre les professionnels et la transmission rapide et efficace d'informations sur les besoins des patients et des usagers.

	<ul style="list-style-type: none"> - un 2^{ième} niveau autour de la coordination visant à assurer la continuité dans le «prendre soin» et le partage mutuel d'informations et de bonnes pratiques entre professionnels - un 3^{ième} niveau autour de la coordination de parcours avec pour objectif d'assurer, au plus près du patient, la continuité et la cohérence des parcours présentant une grande complexité. Cette mission, privilégiant la polyvalence, la synergie médico-sociale et l'intersectorialité, est assurée par des coordinateurs de parcours. <p>Il est proposé de doter la plateforme d'une capacité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - à aller vers les patients/familles les plus isolées (fonction d'équipe mobile) - de soutien aux démarches d'insertion dans le logement et dans le milieu professionnel.
Logique d'action	<p>Le processus d'intégration s'appuie sur les structures existantes, sans en ajouter de nouvelle. Il doit permettre de mutualiser les compétences et les moyens, d'optimiser l'emploi des ressources, d'éviter les doublons et les sous- utilisations.</p> <p>L'intégration doit faciliter la mobilisation croisée de l'expertise des différents acteurs en conciliant les impératifs de proximité, de réactivité et de spécificité des réponses. Sont concernées les équipes mobiles, des équipes relais qui font le lien entre les lieux d'expertise et les établissements et les centres de ressources.</p>
Moyens à mobiliser	<p>Un pilote de la plateforme</p> <p>Coordonnateurs de parcours</p> <p>Une IPA de psychiatrie</p> <p>Une assistante sociale</p> <p>Secrétariat</p>
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	<p>Indicateurs de processus, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de personnes contactant le guichet unique téléphonique - nombre de patients orientés en coordination - nombre de patients orientés en coordination de parcours - origine des demandes par service et/ou par type d'appelant
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>Augmentation des dépistages précoces</p> <p>Diminution du délai d'accès à un premier RV</p> <p>Accompagnement en continu des cas les plus complexes</p> <p>Partage des informations entre professionnels</p> <p>Diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier</p>
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions précoces et bonnes pratiques ; 2. Rétablissement et inclusion sociale ; 3. Accès aux soins somatiques ; 4. Prise en charge de la crise ;

Bibliographie

Promouvoir la continuité des parcours de vie d'une responsabilité engagement partagé. CNSA RAPPORT 2012

https://www.cnsa.fr/documentation/promouvoir_la_continuite_des_parcours_de_vie_2012.pdf

Fiche action n° 11 : Adapter le dispositif bâtementaire de psychiatrie à l'évolution des besoins de la population	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence Action au niveau départemental
Situation problématique initiale	<p>En intra hospitalier les secteurs d'hospitalisation du CH de Digne nécessitent une réorganisation bâtementaire afin d'améliorer les conditions d'accueil et de séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vétusté des unités d'hospitalisation temps plein est un frein en matière de confort et d'organisation optimisée des soins. - La nécessité d'adapter les locaux intra aux normes actualisées d'accessibilité handicap. <p>En extra hospitalier l'offre bâtementaire n'a pas suivi les évolutions du besoin de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le choix, pertinent historiquement, de « banaliser » les locaux extra-hospitaliers en recourant à des lieux neutres (habitations, villas) se révèle aujourd'hui une limite à la nécessaire technicisation des soins et se heurte à la baisse du niveau de tolérance de la société civile (cf. voisinage) - La nécessité d'une couverture territoriale suffisante pour faciliter l'accès aux soins et le parcours des personnes en situation de souffrance psychique. - La nécessité d'adapter les locaux extra-hospitaliers aux normes actualisées d'accessibilité handicap.
Porteur	CH Digne les Bains À désigner
Partenaires potentiels <i>et membres du groupe action</i>	Agence Régionale de Santé Associations d'usagers
Durée de l'action (Date début-fin)	Continue
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Cible	Population des Alpes-de-Haute-Provence.
Objectifs généraux	- Réhabiliter, reconstruire les unités d'hospitalisation temps plein, dans une logique de mutualisation et de complémentarité

	- Restructurer le dispositif de soins extra-hospitalier : regrouper les unités d'une même zone géographique sur des unités de lieu aux locaux adaptés
Modalités d'action retenues Objectifs spécifiques et opérationnels	Mettre en œuvre les actions d'amélioration inscrites dans le schéma directeur immobilier établi par le CH Digne en lien avec le projet médical de psychiatrie.
Moyens à mobiliser	Soutien financier de l'ARS : subvention d'investissement et autorisation d'emprunt.
Modalités de suivi et d'évaluation	Bilan annuel de suivi de la mise en œuvre du schéma directeur immobilier Résultats des questionnaires de satisfaction.
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	- amélioration du confort de vie et de travail dans les unités - amélioration de l'accessibilité handicap et générale des bâtiments (aires de stationnement, etc.)



Objectif 8 :

Appliquer les programmes innovants destinés aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans les domaines du logement, du travail et plus généralement de l'insertion sociale

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 12 : Etendre le modèle « un chez soi d’abord » - Améliorer l’accès au logement	
Contexte de l’action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>De nombreuses études de prévalence des troubles psychiatriques réalisées auprès de personnes sans logement personnel depuis le début des années 1980 confirment la prééminence de la problématique du logement chez les personnes souffrant de troubles mentaux. La littérature scientifique indique que le lien entre troubles psychiatriques et sans- abrisisme est double : les maladies mentales prédisposent les personnes à la vulnérabilité résidentielle, et cette dernière donne lieu à des problèmes de santé mentale.</p> <p>Dans le département, il existe des besoins importants en matière de logement et singulièrement, des manques de solutions alternatives pour l’accompagnement des personnes.</p> <p>Le groupe estime, dans le département, des besoins importants en matière de logement et singulièrement, des manques de solutions alternatives pour l’accompagnement des personnes.</p> <p>Cette problématique est aussi celle rencontrée pour les patients ayant réalisé un séjour prolongé dans une unité de soins psychiatriques et pour lesquels la recherche d’une solution d’aval, à la fois adaptée et pérenne, conditionne grandement les possibilités de sortie du dispositif intra-hospitalier. Dans leur souci de prévention du phénomène de chronicisation des personnes accueillies, les acteurs de la psychiatrie ont à cœur d’œuvrer de concert avec l’ensemble des partenaires du territoire à une amélioration de l’accès au logement et à l’accompagnement des personnes vulnérabilisées par la souffrance psychique, permettant ainsi d’agir favorablement sur la réduction des séjours longs.</p> <p>Le groupe PTSM souligne à nouveau l’importance de la coordination et l’intérêt en des expérimentations dans ce domaine, comme le protocole « un chez soi d’abord ».</p> <p>Le modèle « Un chez-soi d’abord » part du principe que pour « s’en sortir » il faut d’abord un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité résidentielle. Cela se traduit par un véritable logement permanent et diffus dans la cité, comme tout un chacun, et non par un hébergement d’urgence ou de plus ou moins long terme dans une institution sociale ou médicosociale. La personne logée est donc suivie par une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, travailleurs sociaux, infirmiers et de médiateurs de santé-pairs ayant connu la maladie mentale, l’addiction ou la rue. L’équipe est présente à toutes les étapes du rétablissement.</p> <p>En outre la dissémination des éléments du modèle (rétablissement, logement d’abord, RdR) favorisent de nouvelles stratégies d’intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partenariats entre bailleurs et secteurs de psychiatrie, en particulier sous l’égide des conseils locaux de santé mentale

	<ul style="list-style-type: none"> - réseaux dits « santé mentale et logement » de la politique de la ville - multiplication de l'auto-support (GEM) - développement de programmes locaux de types Housing First en dehors du cadre expérimental national <p>Il est précisé que ce modèle a été expérimenté avec succès dans le département des Hautes-Alpes.</p>
Porteur	à désigner
Partenaires et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Professionnels médicaux et médico-sociaux.
Objectifs généraux	Améliorer l'accès au logement des personnes en situation de souffrance psychique. Agir favorablement sur la réduction des séjours longs en psychiatrie générale.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	Poursuivre et développer les partenariats avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire dans un maillage contributif à la fluidité du parcours des personnes en situation de souffrance psychique et à leur réinsertion par le logement. Développer des dispositifs innovants permettant un sas entre l'hospitalisation et l'accès à un logement de « droit commun » dans le diffus.
Logique d'action	Inconditionnalité de l'accès au logement : <ul style="list-style-type: none"> - « l'accueil ne peut être subordonné au suivi d'un traitement ou à l'arrêt de la consommation de substances psychoactives » ; - une durée non limitée du temps d'accompagnement
Moyens à mobiliser	
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	

Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier. Fluidification du parcours de vie et de soin des personnes en situation de souffrance psychique. Diversification des formes d'accompagnement en médiation locative.
---	---

Bibliographie

Thomas Gesmond, sous la direction de Christian Laval et Pascale Estecahandy. Le programme expérimental « UN CHEZ-SOI D'ABORD » volet qualitatif de recherche . Octobre 2016.

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf

Christian Laval, Pascale Estecahandy. Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion. Rhizome 2019/1 (N° 71), pages 101 à 110

Fiche action n° 13 : Soutenir les projets d'habitats inclusifs	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>De nombreuses études de prévalence des troubles psychiatriques réalisées auprès de personnes sans logement personnel depuis le début des années 1980 confirment la prééminence de la problématique du logement chez les personnes souffrant de troubles mentaux. La littérature scientifique indique que le lien entre troubles psychiatriques et sans-abrisme est double : les maladies mentales prédisposent les personnes à la vulnérabilité résidentielle, et cette dernière donne lieu à des problèmes de santé mentale.</p> <p>Dans le département, il existe des besoins importants en matière de logement et singulièrement, des manques de solutions alternatives pour l'accompagnement des personnes. Plusieurs projets d'habitats inclusifs, avec un accompagnement dédié, sont en cours de développement dans le Département (portée, entre autres par ISATIS, l'UDAF,...).</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM ISATIS UDAF ...
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes de Hautes Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Bailleurs sociaux Professionnels médicaux et médico-sociaux.
Objectif général	Augmenter le nombre de logement inclusif et accompagné
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	A déterminer
Logique d'action	A déterminer
Moyens à mobiliser	A déterminer
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	A déterminer
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	2. Rétablissement et inclusion sociale ;

Fiche action n° 14 : Etendre le modèle « working first »	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Des études, d'abord américaines puis canadiennes, démontrent l'importance de l'activité professionnelle dans le processus de rétablissement de personnes vivant avec un handicap psychique. L'emploi améliore l'estime de soi et le sentiment d'accomplissement personnel, il donne de l'espoir et contribue également à une meilleure qualité de vie.</p> <p>Le groupe de travail rappelle la loi en vigueur qui stipule que chaque entreprise d'au moins 20 salariés doit employer des personnes handicapées à hauteur de 6 % de son effectif. L'entreprise ne remplissant pas cette obligation d'emploi doit verser une contribution financière à l'Agefiph. Souvent les entreprises préfèrent s'acquitter de cette « taxe » plutôt que d'embaucher une personne avec un handicap car « <i>Les gens sont à la recherche de garanties. Tout le monde est un frileux, que ce soit les logeurs ou les employeurs. Ils veulent pouvoir arrêter l'expérience d'un moment à l'autre</i> ».</p> <p>Les solutions proposées sont de dédramatiser l'embauche, et de mettre des garanties en place pour aider l'employeur à gérer le salarié handicapé. Une action proposée est de mettre en place un contact avec les entreprises, notamment privées, pour les accompagner et leur proposer de l'aide à moyen et long terme : « <i>on sera à coté de vous, vous pouvez nous appeler quand vous voulez</i> ».</p> <p>Pour le groupe, des expérimentations comme Working first doivent être développées : « <i>Les actions comme « housing first » et « working first » montre que l'expérimentation a permis d'atteindre des résultats que le commun des mortels n'aurait jamais imaginé</i> ».</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Chefs d'entreprise et salariés Professionnels médicaux et médico-sociaux.
Objectif général	Favoriser l'accès et le maintien en emploi, en milieu ordinaire de travail, de personnes vivant avec des problématiques de santé psychique.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'emploi rémunéré en milieu ordinaire pour une intégration facilitée. - Un accompagnement basé sur les préférences individuelles en matière d'emploi et de suivi. - Un soutien personnalisé en liaison étroite avec les équipes médico-sociales et illimité dans le temps, tant et aussi longtemps que jugé nécessaire par la personne accompagnée. - Une assistance personnalisée pour l'employeur. - Le développement d'un réseau d'employeurs, basé sur les intérêts de la personne.

Logique d'action	<ul style="list-style-type: none"> - La méthode canadienne « IPS » contribue à la prévention des discriminations à l'embauche. Les grands principes d'action sont : - placer d'abord puis former sur le poste de travail (« place and train ») - travailler sur les forces et les préférences professionnelles de la personne - établir une collaboration renforcée entre le médico-social, l'insertion professionnelle et l'entreprise - constituer une équipe mobile composée de Job Coachs pairs - et opérer un accompagnement à durée illimitée dans le temps.
Moyens à mobiliser	A déterminer
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	Enquête annuelle
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles de la santé mentale ayant trouvé un emploi stable et adapté.
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	2. Rétablissement et inclusion sociale ;



Objectif 9 :
Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 15 : Mettre en place un programme de formation continue sur la santé mentale	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>La communauté des intervenants en santé mentale est hétérogène et nombreuse. Il s'agit notamment des partenaires institutionnels travaillant dans le champ de la santé, du médico-social et du social et dans celui d'hébergement et de l'insertion professionnelle. Les interventions en santé mentale sont donc le fait d'une diversité de professionnels, situés à différents niveaux, obéissant à des paradigmes parfois divergents et chez qui on constate des inégalités d'accès à une formation continue et permanente.</p> <p>En matière de santé mentale, la formation continue devrait constituer la base à partir de laquelle les intervenants peuvent réfléchir à leur pratique et acquérir des habiletés nouvelles.</p> <p>Il existe de nombreuses actions de formation et de sensibilisation. Il apparaît nécessaire de les recenser mais également d'homogénéiser les contenus.</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	<p>Le groupe ayant travaillé sur le PTSM</p> <p>CMP</p> <p>CLSM</p> <p>PTA</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Professionnels médicaux et médico-sociaux.
Objectif général	Compléter les formations initiales des professionnels impliqués dans le parcours des personnes présentant des troubles psychiques et, pour ceux qui ont plusieurs années de pratique, réactualiser leurs connaissances dans ce secteur.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	Il est proposé de mettre en œuvre un programme de formation en e-learning sur un éventail large de pratiques et de références facilement accessibles à l'ensemble des professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale.
Logique d'action	La performance des organisations pour assurer l'accès à des services de qualité et améliorer le niveau de santé de la population est tributaire de la capacité à innover et à modifier les pratiques professionnelles en tenant compte de l'évolution des connaissances en matière de santé mentale, des données probantes et des dispositifs à l'œuvre. En ce sens, le développement des compétences individuelles et collectives est une des clés de la performance.
Moyens à mobiliser	La réalisation de ce programme de formation pourrait être mutualisée à l'échelle de la région avec le soutien du CRES et des services

	<p>universitaires de l'Université d'Aix-Marseille et de l'Université Côte d'Azur.</p> <p>Le Département de Santé Publique du CHU de Nice/UCA a déjà développé de nombreuses formations en e-Learning (Master, Diplôme universitaires, formation santé publique pour les IPA, ...) et possède une expertise reconnue dans la création de formations en e-learning.</p>
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	<p>Bilan annuel des activités de formations réalisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations réalisés - Nombre et profil des personnes formées.
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>Augmentation du nombre de personnes formées</p> <p>Développement de nouvelles compétences</p>
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions précoces et bonnes pratiques ; 2. Rétablissement et inclusion sociale ; 3. Accès aux soins somatiques ; 4. Prise en charge de la crise ; 5. Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers 6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

PTSM



Projets
territoriaux
de santé mentale

**Objectif 10 :
Lutter contre les discriminations**

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

Fiche action n° 16 : Mettre en place un programme de lutte contre les discriminations	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>La personne avec une différence, quelle que soit, peut être victime de stigmatisation et de discrimination, ce qui peut induire ou potentialiser le développement de troubles de la santé mentale. Toute action permettant de faire accepter les différences doit être envisagée.</p> <p>Par ailleurs, les personnes vivant avec des troubles en santé mentale sont souvent victimes de préjugés et de discriminations. Elles peuvent avoir du mal à s'exprimer aux différents stades de leur prise en charge. Nombreux sont les adultes et les adolescents avec troubles psychiques repérés tardivement du fait de la méconnaissance des troubles et de la stigmatisation qu'ils entraînent. En 2008, l'OMS constatait une aggravation de la situation des personnes souffrant de troubles psychiques avec une augmentation de leur vulnérabilité, une accélération et une accentuation de leur paupérisation du fait de la stigmatisation et de la violation de leurs droits. Ces facteurs réduisent les soins et leur réhabilitation.</p> <p>Les campagnes généralistes et ponctuelles sont largement remises en question dans la littérature, car considérées comme peu efficaces et très coûteuses. D'autres approches doivent pouvoir être expérimentées.</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM CMP PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Professionnels médicaux, médico-sociaux et sociaux et population générale
Objectif général	Expérimenter un/des programmes de lutte contre les discriminations en fonction des publics visés afin de faire évoluer les représentations en santé mentale
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	L'action doit pouvoir se consacrer à identifier des initiatives probantes et/ou à mettre en place une expérimentation en direction de publics ciblés. En effet, les programmes centrés sur des groupes spécifiques, développés localement et inscrits dans la durée sont à développer (<i>Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale. La santé de l'homme - n° 419 - mai-juin 2012 ?</i>).

Logique d'action	Une valeur retenue par les participants du PTSM est celle d'une « ouverture sans stigmatisation ». Toutes actions menées dans le cadre de du PTSM doivent pensées et conduites sur la base de cette valeur.
Moyens à mobiliser	A déterminer
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	A déterminer
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Programme(s) expérimental(aux) de lutte contre les discriminations en fonction des publics visés Résultats de ces programmes
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	5. Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers

Fiche action n° 17 : Mettre en place un dispositif d'information sur les droits des usagers	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Situation problématique initiale	<p>Les problématiques de lutte contre les discriminations sont imbriquées à celles du respect des droits des usagers.</p> <p>Etre acteur et décideur de sa santé nécessite de l'entourage (professionnels soignants, travailleurs sociaux, ...) qu'il mette en application ces droits. Or, bien souvent cette information n'est pas donnée et pour certains professionnels, il est encore impensable qu'une personne souffrant de troubles psychiques puisse être actrice de sa propre santé. Le droit à l'indifférence, à l'anonymat, c'est-à-dire à être traité comme tout un chacun (ce qui témoignerait d'une insertion réussie) n'est pas une réalité. Les pratiques sont en jeu mais aussi les représentations des professionnels.</p> <p>Une autre difficulté, en matière de droits des usagers, réside dans la corrélation entre les besoins identifiés par les professionnels et la personne elle-même et les moyens disponibles pour y répondre.</p> <p>Par ailleurs, si les associations de représentants des usagers peuvent amener les personnes à s'exprimer, ces structures restent méconnues par les usagers. Les difficultés pour trouver des usagers à même de participer ou de parler semblent perdurer.</p>
Porteur	A désigner
Partenaires et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM MDPH CMP PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes-de-Haute-Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes atteintes de troubles de la santé mentale et leur entourage proche Professionnels de santé, du médico-social et social
Objectif général	Faire connaître et vivre les droits des usagers
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	A déterminer
Logique d'action	- A déterminer
Moyens à mobiliser	A déterminer
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	A compléter

Résultats attendus (réalisations, effets directs)	A compléter Dispositif opérationnel d'information sur les droits des usagers
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	5. Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers

3.4. Pilotage et suivi de la mise en œuvre

3.4.1. Suivi de la mise en œuvre au niveau départemental

Gouvernance du projet

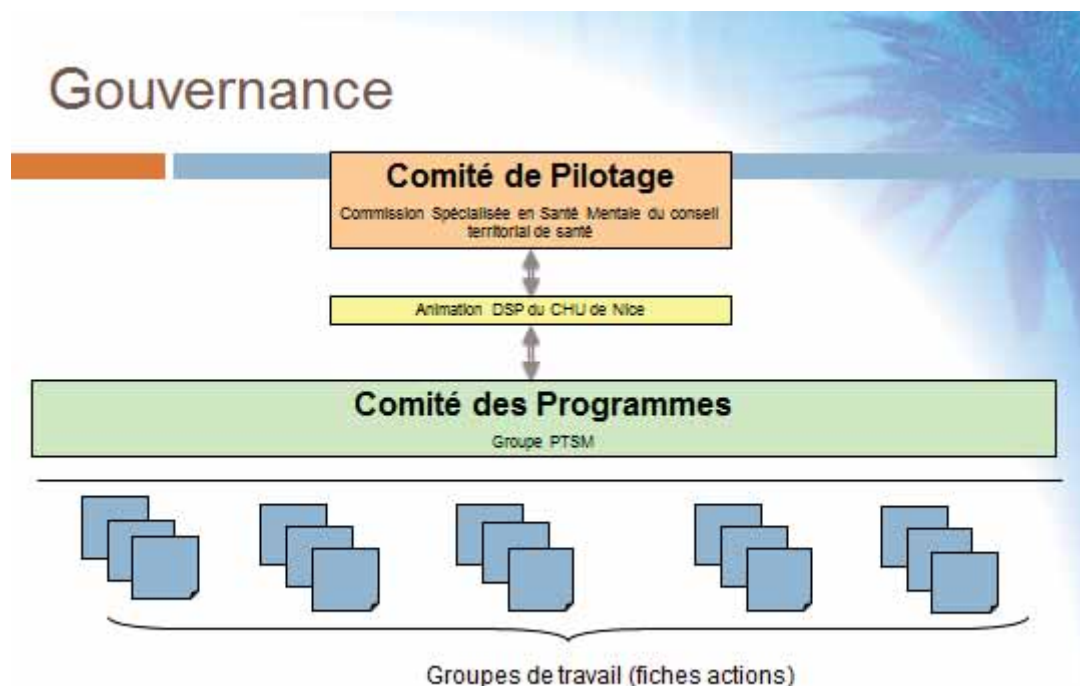
La gouvernance du projet territorial sera assurée par l'Espace Partagé de Santé Mentale créé spécifiquement pour cette mission. En effet, le PTSM a été élaboré par un seul groupe de travail, réunissant l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention et dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Ce groupe a souhaité pouvoir poursuivre son travail pour le premier semestre 2021 et accompagner la mise en œuvre effective du PTSM sur le long cours.

Pilotage du projet

En lien étroit avec la DDARS 04, il sera proposé que l'Espace Partagé de Santé Mentale associe deux instances déjà existantes :

Un comité de pilotage (niveau stratégique). Il sera proposé que la Commission Spécialisée en Santé Mentale du conseil territorial de santé des Alpes-de-Haute-Provence assure ce rôle, avec pour mission d'assurer le respect des orientations stratégiques et le bon déroulement des projets.

Un comité programmes (niveau tactique). Il sera proposé que ce comité soit constitué par l'ensemble des acteurs ayant travaillé à l'élaboration du PTSM (groupe PTSM), avec pour mission de développer les projets du PTSM, en coordonnant différents groupes de travail. Ce comité sera ouvert aux nouveaux partenaires qui souhaiteraient participer.



Cette gouvernance a pour avantage de ne pas créer de nouvelles instances en s'appuyant uniquement sur des groupes déjà existants et ayant pris l'habitude de travailler ensemble.

Animation de la mise en œuvre

L'animation départementale de la mise en œuvre du PTSM est assurée par Département de Santé Publique jusqu'en Juin 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 actions

Le DSP 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 réunions de partage de connaissances et d'expériences sur les 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.

3.4.2. 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.

3.5. 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 DSP en année 1 de la mise en œuvre du PTSM04 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 programmes, 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.

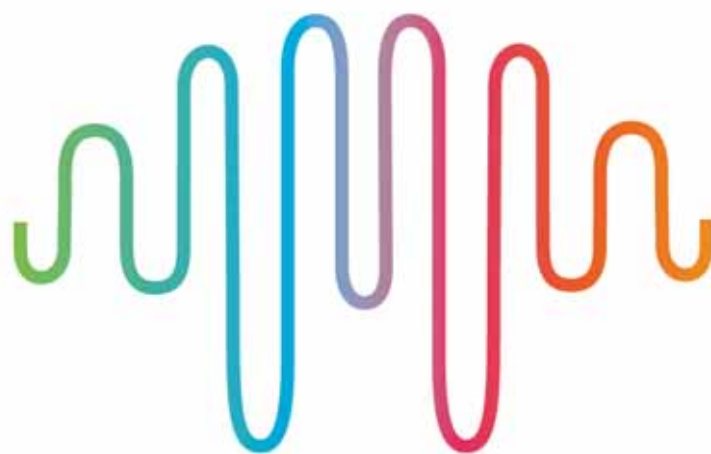
ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

PTSM



Projets
territoriaux
de santé mentale

ANNEXES



Annexe 1 : Liste des acteurs invités par l'ars-dd04 participant au projet territorial de santé mentale en Alpes-de-Haute-Provence (PTSM 04)

Représentants des personnes et des familles

Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) Association Pour la Promotion des Actions Sociales et Educatives (APPASE)	GERAND	Ginette	Membre du Conseil de Vie Sociale (CVS) de l'ESAT Membre du conseil d'administration de l'APPASE (Association Pour la Promotion des Actions Sociales et Educatives)
Etablissement et Service d'Aide par le Travail (ESAT) « Les ateliers du Fournas »	RUIU	Nathalie	Membre du Conseil de Vie Sociale (CVS) de l'ESAT « Les ateliers du Fournas »
Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) « Le chat qui tousse »	MANAI	Fakher	Président
Groupe d'Entraide Mutuelle (GEM) « Le chat qui tousse »	DUCREUX	Nathalie	Coordinatrice
	MESTAS	Bruno	Représentant des usagers
	ALMEIDA	Emmanuelle	Représentante des usagers

Acteurs sanitaires

Centre Hospitalier de Digne Les Bains	NOE	Bernard	Médecin psychiatre
Association Service Interentreprises de Santé au Travail (AISMT) 04	COLLIGNON	Laurence	Médecin du travail
Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Digne les Bains	COULET	Mireille	Responsable département prestations
Centre de Santé Mutuelle d'Action Sociale, Manosque	CHARPY	Rémy	Administrateur
Centre Hospitalier de Digne Les Bains	BASQUEZ	Alexandra	Directrice adjointe Responsable de la psychiatrie
Centre Hospitalier de Digne Les Bains	ZERUBIA	Isabelle	Cadre supérieure de santé psychiatrie générale
Centre Hospitalier de Digne Les Bains	WALGENWITZ	Claude	Cadre supérieur de santé pédopsychiatrie
Centre Hospitalier de Digne Les Bains	ZEPHIR	Pierre-Henri	Pédiatre
Centre Hospitalier de Digne Les Bains	BULTINGAIRE	Vincent	Gériatre
Centre Hospitalier de Digne Les Bains - Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	GRIMAUD	Christophe	Assistant Social

Centre Hospitalier de Digne Les Bains - Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP)	MICHAUD	Jean-François	Cadre de santé
Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP), Digne les Bains - Sisteron	ANDRE	Florian	Coordinateur
Médecin libéral	GARNIER	Michel	Médecin généraliste
Plateforme Territoriale d'Appui (PTA) 04	CLAVERIE - FORGUES	Delphine	Chargée de partenariat

Acteurs sociaux et médico-sociaux dont les Professionnels de l'accès au logement ordinaire, Professionnels de l'inclusion professionnel en milieu ordinaire, Professionnels des activités physiques et des loisirs et Professionnels des activités de culture et de loisir

Association Départementale des Animateurs en Gérontologie et Animation Sociale (ADAGAS) 04	GUILLEMOT	Laurence	Animatrice sociale en EHPAD Coprésidente et responsable des projets et formations de l'association ADAGAS
Association Intégration, Soutien, Accompagnement au Travail et Insertion Sociale (ISATIS)	GRIEU	Laurent	Directeur Territorial Alpes
Association Logement, insertion et amélioration de l'habitat (LOGIAH) 04	BERTHOD	Franck	Directeur
Association pour Adultes et Jeunes Handicapés (APAJH)	BEAUCULAT	Philippe	Directeur du Pôle médico-éducatif « La Durance » APAJH (association pour adultes et jeunes handicapés)
CAP Emploi	PONS	Gilles	Directeur IAP Pôle handicap
Centre Hospitalier de Digne Les Bains - Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP)	QUENETTE	Pascale	Directrice médicale du CAMSP
Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP)	DUBOIS	Blandine	Pédopsychiatre
Comité Départemental de Sport Adapté 04	LUC BOFFA	Annie	Coordnatrice Responsable des séjours et Vacances Adaptées Organisées (VAO)
Professionnel des activités de cultures et de loisirs	GUILLEMOT	Laurence	Animatrice sociale en EHPAD, Coprésidente et responsable des projets et formations de l'association ADAGAS (Association départementale des animateurs en gérontologie et en animation sociale)
Habitations de Haute Provence	MACHET	Didier	Directeur général
Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) 04	BROVELLI	Mélanie	Directrice

Services de l'Etat - collectivités territoriales et acteurs de la démocratie sanitaire dont les membres de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé des Alpes-de-Haute-Provence,

Atelier Santé Ville/Conseil Local en Santé Mentale - Digne les Bains	CHARAPOFF	Sonia	Coordinatrice Atelier Santé Ville/Conseil Local en Santé Mentale
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Digne Bains	KERGADALLAN	Marie Laure	Directrice du CCAS
Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé (CTS) du 04	CARMARAN	Christian	Président de la CSSM Membre de l'Union nationale de familles et amis des personnes malades et/ou handicapées (UNAFAM)
	DURBEC	Yves	Vice-président de la CSSM Directeur du Comité Départemental d'Education pour la Santé du 04 (CODES 04)
	BLANC	Nathalie	Membre de la CSSM Membre de la Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé PACA (FEMAS) Infirmière coordinatrice à la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) de Castellane
	GAY	Chantal	Membre de la CSSM Membre de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) Infirmière
	ROCHAS	Muriel	Membre de la CSSM Déléguée départementale de l'Union nationale de familles et amis des personnes malades (UNAFAM)
	CHAROT	Emmanuel	Membre de la CSSM Vice-président de l'Union Nationale d'associations de parents et amis des personnes handicapées mentale (UNAPEI)
	GIAI GIANETTI	Roselyne	Membre de la CSSM Conseillère régionale au Conseil Régional PACA
	PRIMITERRA	Geneviève	Membre de la CSSM Conseillère départementale au Conseil départemental 04
	COUSIN	Christophe	Membre de la CSSM Directeur des services du cabinet - Préfecture 04
Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du Conseil Territorial de Santé (CTS) du 04	FAURAND	Jean Pierre	Membre de la CSSM Secrétaire général du Centre interrégional d'études, d'actions et d'informations en faveur des

			personnes en situation de vulnérabilité PACA et Corse (CREAI)
	BARRE	Françoise	Membre de la CSSM Mutualité Française PACA
Conseil départemental 04 - Service santé petite enfance)	FRANCOIS	Béatrix	Médecin Chef de Service de la PMI Médecin coordonnateur du CeGIDD (Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic)
Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations (DDCSPP) 04	SCHWARTZ	Antoine	Chef du service Prévention des exclusions et protection des populations vulnérables
Direction des Services Départementaux de l'Education Nationale	DERDINGER	Sophie	Médecin conseillère technique
Préfecture	HAILI	Agnès	Déléguée du Préfet à la politique de la ville

Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé

Centre Hospitalier de Digne Les Bains - Maison de adolescents	FRANCOIS	Yannick	Pédopsychiatre (prévention du suicide)
---	----------	---------	--

Acteurs de la lutte contre les addictions

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)	DUFORT	Sabine	Directrice
Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA) Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)	LELOUTRE	Jacques	Médecin addictologue
Centre Hospitalier de Digne Les Bains	BAUSSON	Jean-Pierre	Addictologue

Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion

Association Pour la Promotion des Actions Sociales Educatives (APPASE)	HUGUES	Céline	Directrice du pôle hébergement-logement
--	--------	--------	---

Association Pour la Promotion des Actions Sociales Educatives (APPASE)	MOYOLO	Augustin	Directeur
Association Pour la Promotion des Actions Sociales Educatives (APPASE)	RAVARD	Hervé	Directeur du pôle handicap
Centre d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) Résidence d'accueil Porte Accueil de Saint Tulle	GALLY	Jean-Luc	Directeur général

Autres acteurs concourant à la politique territoriale de santé mentale dont les représentants des services de tutelle / curatelle

Association Tutélaire des Alpes-de-Haute-Provence (ATAHP)	DEMUTH	Brigitte	Directrice
Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) 04	TRAHAN	Isabelle	Directrice
Union Départementale des Associations Familiales (UDAF) 04	MAILLARDET	Fabienne	Vice-Présidente

Annexe 2 : Principales villes des Alpes-de-Haute-Provence et nombre d'habitants

Villes principales	Nombre d'habitants
Manosque	22 992 hab.
Digne-les-Bains	17 329 hab.
Sisteron	7 697 hab.
Château-Arnoux-Saint-Auban	5 248 hab.
Forcalquier	5 103 hab.
Pierrevet	3 938 hab.
Les Mées	3 778 hab.
Villeneuve	3 881 hab.
Barcelonnette	2 800 hab.
Gréoux-les-Bains	2 681 hab.

Source : INSEE

Annexe 3 : Glossaire des structures ou dispositifs (soins, médico-social, social et entraide)

Structures ou dispositifs	Mission
Accueil familial thérapeutique	<p>Les accueils familiaux thérapeutiques confient un patient à une famille qui n'est pas sa famille d'origine. Le patient est accueilli par une famille qui l'héberge et l'accompagne au quotidien. Il est en parallèle pris en charge par le dispositif de soins ambulatoires de l'établissement auquel l'AFT est rattaché.</p> <p>Comme pour les appartements thérapeutiques, l'AFT s'inscrit dans une durée limitée, le plus souvent à la suite d'une hospitalisation temps plein pour des patients pour qui une prise en charge sociale et affective est indispensable en complément du suivi thérapeutique, notamment dans une phase de réadaptation, mais qui ne peuvent trouver ce soutien dans leur milieu naturel.</p> <p>Il peut concerner des adultes ou des enfants.</p> <p>Un contrat doit être passé par l'équipe avec chacune des familles pour définir précisément :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le rôle et la place des familles d'accueil et de l'équipe dans l'action thérapeutique - les relations avec la famille naturelle (pour les enfants surtout) - les conditions de rétribution des familles et les frais d'entretien du malade.
Appartement thérapeutique	<p>Les appartements thérapeutiques sont des unités de soins, à visée de réinsertion sociale, mises à la disposition d'un ou plusieurs patients pour des durées limitées. Ces structures d'hébergement proposent un accompagnement soignant important, souvent dans une période de transition après une hospitalisation et avant le retour vers le logement habituel. L'entrée du patient se fait sur indication médicale. Le patient est considéré comme étant hospitalisé.</p> <p>Ces appartements sont situés au sein de l'enceinte de l'établissement de santé ou de plus en plus souvent à l'extérieur de celle-ci, au sein de la commune.</p> <p>Ils accueillent des patients adultes.</p>
CAMSP Centres d'Action Médico-Sociale	<p>Etablissements médico-sociaux chargés de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans. Il s'agit d'enfants présentant ou susceptibles de présenter un retard psychomoteur, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, des difficultés relationnelles. La prise en charge de l'enfant est globale et prend en compte à la fois sa problématique médicale, son environnement. La prise en charge précoce des retards de développement vise à atténuer l'installation des troubles et faciliter l'intégration de l'enfant dans son environnement.</p>
CMP Centre médico-psychologique	<p>Ils sont les pivots des secteurs de psychiatrie. Ils assurent des consultations médico-psychologiques pour toutes personnes en souffrance psychique et organise les orientations éventuelles vers des structures adaptées. Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.</p>
CMP Centre Médico-Psychologique	<p>Un CMP est composé d'une équipe pluridisciplinaire (psychiatre, pédiatre, psychologue, assistante sociale, psychomotricien etc.) et propose des consultations médicales et des soins, mais aussi des temps thérapeutiques et éducatifs. Ces consultations sont prises en charge par la Sécurité sociale. Le CMP peut intervenir en soin ambulatoire ou à domicile, pour adultes ou pour enfants.</p>
CMPI et CMPA	<p>ils existent plus particulièrement des centres médico-psychologiques infantiles et pour adolescents</p>
CMPP	<p>Le Centre d'action médico-psycho-pédagogique assure le diagnostic et traitement en cure ambulatoire des enfants et des jeunes de 3 à 18 ans</p>

Centre d'action médico-psycho-pédagogique	atteints de troubles neuro-psychologiques ou de troubles du comportement. L'objectif est de réadapter l'enfant tout en le maintenant dans son milieu naturel.
CSAPA Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	Les CSAPA sont des dispositifs de proximité, pluridisciplinaires et ambulatoires pouvant comporter de l'hébergement. Ils s'inscrivent à la fois dans le temps bref des interventions précoces mais aussi dans la durée qui est nécessaire aux soins et à l'accompagnement. Tous les CSAPA assurent l'accueil, l'information, l'évaluation et éventuellement l'orientation des personnes. Ils ont la possibilité de se spécialiser pour la prise en charge médicale, psychosociale et éducative soit sur l'alcool, soit sur les drogues illicites et le mésusage de médicaments.
Equipe mobile psychiatrie - précarité	Les équipes mobiles spécialisées de psychiatrie sont destinées à favoriser l'accès aux soins et la prise en charge des personnes en situation de précarité et concernent : <ul style="list-style-type: none"> - les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes, qu'elles souffrent d'une pathologie psychiatrique avérée ou d'une souffrance psychique générée par la situation de précarité et d'exclusion ; - les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien. Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation sociale. Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées : <ul style="list-style-type: none"> - d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ; - d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.
FAM Foyer d'Accueil Médicalisé	Etablissement pour adultes gravement handicapés dont la dépendance, totale ou partielle, les rend inaptes à toute activité à caractère professionnel et rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne (ou a minima un soutien et une stimulation constante) pour accomplir les actes essentiels de l'existence ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants (ou a minima un suivi médical et paramédical régulier).
Hospitalisation à temps complet	Les unités d'Hospitalisation à temps Complet sont des lieux de soins, de prévention et de diagnostic sous surveillance médicale, 24 heures sur 24, répondant aux besoins de santé mentale d'une population soit d'adultes soit d'enfants et d'adolescents. Les personnes sont hospitalisées selon des modalités définies par la législation (avec ou sans consentement pour les adultes, avec autorisation parentale ou sur ordonnance du juge pour les enfants).
Hospitalisation à temps plein	Les unités d'hospitalisation à temps plein sont des lieux de soins sous surveillance médicale vingt-quatre heures sur vingt-quatre pour des patients présentant des troubles psychiques dont la gravité requiert pour un temps limité des soins et une surveillance constante.

	<p>Ces unités sont situées dans des établissements publics (spécialisés en psychiatrie ou établissements généraux) ou des établissements privés (plus habituellement appelés cliniques).</p> <p>Le principe lors de l'hospitalisation est celui du consentement aux soins "des personnes atteintes de troubles mentaux" les soins sans consentement représentent une exception dont les lois de juillet 2011 et septembre 2013 définissent les modalités. Seuls les établissements assurant le service public hospitalier sont habilités par le directeur général de l'ARS à recevoir des personnes hospitalisées sans leur consentement.</p> <p>Les unités d'hospitalisation à temps complet fonctionnent dans des centres hospitaliers spécialisés, des centres hospitaliers généraux, des établissements privés participant au service public hospitalier et des maisons de santé pour maladies mentales.</p>
Hospitalisation à temps partiel	L'hospitalisation à temps partiel prend en charge les patients sur une partie de la journée, le plus souvent de jour (hospitalisation de jour) et plus rarement la nuit (hospitalisation de nuit).
ITEP Institut thérapeutique éducatif et pédagogique	L'institut thérapeutique éducatif et pédagogique est une structure médico-sociale accueillant des enfants et adolescents qui présentent des difficultés psychologiques, notamment des troubles du comportement, qui perturbent gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages. L'accueil se fait en internat ou demi-pension. L'enseignement est dispensé soit au sein de l'établissement lui-même par des enseignants spécialisés, soit en scolarisation à temps partiel dans des classes ordinaires ou spécialisées.
MAS Maison d'Accueil Spécialisé	Etablissement qui accueille ou accompagne des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie, dont l'état rend nécessaire l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante ainsi qu'une surveillance médicale et des soins constants. L'établissement leur assure un soutien médico-social et éducatif permettant le développement de leurs potentialités et des acquisitions nouvelles, ainsi qu'un milieu de vie favorisant leur épanouissement personnel et social.
SAMSAH service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés	Le service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de contribuer à la réalisation du projet de vie des personnes handicapées, en favorisant le maintien ou la restauration des liens familiaux, sociaux, universitaires ou professionnels, et l'accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité. Il propose donc une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert.
SAVS service d'accompagnement à la vie sociale	Le service d'accompagnement à la vie sociale permet à des adultes handicapés psychiques de vivre en milieu ordinaire. Ce service leur propose une aide pour les tâches quotidiennes et des activités diverses pour sortir de leur isolement.
SESSAD service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile	Les services d'Education Spéciale et de Soins à Domicile apportent aux familles conseils et accompagnement, ils favorisent l'intégration scolaire et l'acquisition de l'autonomie grâce à des moyens médicaux, paramédicaux, psychosociaux, éducatifs et pédagogiques adaptés. Les interventions ont lieu dans les différents lieux de vie et d'activité de l'enfant ou de l'adolescent (domicile, crèche, école, centre de vacances...) et dans les locaux du SESSAD. En ce qui concerne l'intervention au sein de l'école, elle peut avoir lieu en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS). Chaque SESSAD est spécialisé par type de handicap et porte des appellations différentes.
SUMPSS Service Universitaire de Médecine Préventive et	Le service Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé assure la bonne santé des étudiants par l'intermédiaire de bilans, de consultations de médecine générale, de psychologie, de psychiatrie, de diététique ou bien encore de gynécologie.

de Promotion de la Santé	
GEM groupes d'entraide mutuelle	<p>Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.</p> <p>Les G.E.M. ne constituent pas des structures médico-sociales au sens de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. Leur organisation et leur fonctionnement se différencient à plusieurs titres des établissements et services médico-sociaux. Ainsi, les G.E.M. ne sont pas chargé d'effectuer, comme ces structures, des prestations mises en œuvre par des professionnels (ou par des permanents, comme dans les lieux de vie) et n'ont pas pour missions la prise en charge des personnes.</p> <p>Le G.E.M., qui peut se définir comme un collectif de personnes animées d'un même projet d'entraide, doit s'efforcer d'être une passerelle permettant aux personnes qui le fréquentent de retrouver</p>
communauté thérapeutique	
placement familial thérapeutique	
unité hôpital de jour HDJ	
CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues)	<p>Il s'adresse à des personnes qui ne sont pas forcément engagées dans une démarche de soin, ou qui sont exposées à des risques majeurs (accidents, infections – notamment hépatite C et VIH, etc.) du fait de leurs modes de consommation ou des produits consommés. Une attention particulière est portée aux usagers les plus marginalisés.</p> <p>Les CAARUD sont financés par l'Assurance Maladie et portés soit par des associations, soit par des établissements publics de santé, pouvant par ailleurs gérer des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).</p>
LHSS Lits halte soins santé	<p>Ces structures accueillent temporairement des personnes majeures sans domicile fixe, quelle que soit leur situation administrative, ne pouvant être prises en charge par d'autres structures, dont la pathologie ou l'état général, somatique ou psychique, ne nécessite pas une prise en charge hospitalière ou médico-sociale spécialisée mais est incompatible avec la vie à la rue.</p> <p>Elles ont pour missions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De proposer et dispenser aux personnes accueillies des soins médicaux et paramédicaux adaptés, qui leur seraient dispensés à leur domicile si elles en disposaient, et de participer à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies ; • De mettre en place un accompagnement social personnalisé visant à faire reconnaître et valoir les droits des personnes accueillies ; • D'élaborer avec la personne un projet de sortie individuel. <p>Elles sont ouvertes vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année. La durée prévisionnelle de séjour est de 2 mois, éventuellement renouvelables. Elles disposent d'une équipe pluridisciplinaire.</p>
Maison des adolescents	<p>La maison des adolescents est le lieu d'expression des maux de l'adolescence, elle fournit des réponses rapides et adaptées à l'intention des adolescents, de leur entourage familial, et des partenaires locaux des secteurs de la santé, de l'action sociale, de l'éducation et de la justice, concernés par l'adolescence. Elle ne se substitue pas aux prises en charge existantes, mais permet de mieux les utiliser. Elle se présente comme un lieu spécifique dans lequel toutes les entrées sont possibles, et où les</p>

	<p>intervenants travaillent et réfléchissent ensemble. Elle assure une fonction d'accueil, d'écoute, de soutien, et si nécessaire d'orientation des adolescents.</p>
<p>CASA Centres d'Accueil et de Soins pour Adolescents</p>	<p>Ils font partie du dispositif d'accès aux soins des adolescents du département, gérés par les hôpitaux. Ceux-ci proposent des consultations de pédopsychiatres et/ou de psychologue aux adolescents et un accompagnement des familles.</p>
<p>Point écoute Jeunes et Parents (PAEJP)</p>	<p>Ce dispositif permet d'offrir un lieu d'écoute et de parole aux adolescents de 12 à 25 ans ainsi qu'à leurs parents.</p>
<p>ESAT établissements ou services d'aide par le travail</p>	<p>Il s'agit de structures de travail adapté, dans lesquelles des personnes handicapées exercent une activité professionnelle dans des conditions de travail aménagées et bénéficient d'un soutien social et éducatif.</p>
<p>SSIAD services de soins infirmiers à domicile</p>	<p>Les SSIAD interviennent à domicile pour dispenser des soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Ils contribuent au maintien des personnes à leur domicile. Leurs interventions sont prises en charge par l'Assurance maladie. Elles se font sur prescription médicale.</p>
<p>FV Foyer de vie</p>	<p>Foyer de vie ou « occupationnel », foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés : certains accueillent des personnes qui ne sont pas en mesure de travailler, mais qui disposent d'une certaine autonomie physique ou intellectuelle. Ces foyers de « vie » peuvent offrir un accueil à la journée ou à temps complet. D'autres établissements assurent l'hébergement des travailleurs handicapés exerçant une activité pendant la journée en milieu protégé ou ordinaire.</p>
<p>FH Foyer d'hébergemen t</p>	
<p>EEAP Établissement pour enfants ou adolescents polyhandicapé s</p>	<p>Les EEAP ont pour mission de dispenser à l'enfant ou l'adolescent accueilli un accompagnement thérapeutique, un accompagnement éducatif et un accompagnement pédagogique. Ces établissements accueillent des enfants et adolescents âgés de 3 à 20 ans souffrant d'un polyhandicap, c'est-à-dire associant une déficience mentale grave à une déficience motrice importante, entraînant une restriction de l'autonomie et des possibilités de perception, d'expression et de relations.</p>
<p>IME Instituts Médico Educatifs</p>	<p>Ils accueillent des enfants et adolescents déficients intellectuels, quel que soit le degré de leur déficience.</p>
<p>PMI service de protection maternelle et infantile</p>	<p>C'est un service départemental, placé sous l'autorité du président du conseil départemental et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant. Il organise notamment des consultations et des actions médico-sociales de prévention et de suivi en faveur des femmes enceintes, des parents et des enfants de moins de 6 ans, ainsi que des activités de planification familiale et d'éducation familiale. Il joue également un rôle essentiel en matière d'accueil des jeunes enfants : instruction des demandes d'agrément des assistantes maternelles, réalisation d'actions de formation ; surveillance et contrôle des assistantes maternelles ainsi que des établissements et services d'accueil des enfants de moins de 6 ans. Il participe, enfin, aux actions de prévention et de prise en charge des mineurs en danger.</p>
<p>CHRS Centres d'hébergemen t et de</p>	<p>Les personnes et les familles qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion bénéficient, sur leur demande, de l'aide sociale pour être accueillies dans des</p>

réinsertion sociale	CHRS en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale ". A ce titre, les CHRS peuvent assurer, avec ou sans hébergement, tout ou partie des missions suivantes : " l'accueil, le soutien ou l'accompagnement social, l'adaptation à la vie active et l'insertion sociale et professionnelle des personnes ou des familles en détresse. "
CADA Centres d'accueil pour les demandeurs d'asile	Les CADA ont pour mission d'assurer l'accueil, l'hébergement ainsi que l'accompagnement social et administratif des personnes dont la demande d'asile est traitée par la France, pendant la durée d'instruction de cette demande.
HUDA 'hébergement d'urgence des demandeurs d'asile	Le service HUDA met en œuvre les moyens adaptés d'accompagnement administratif du demandeur d'asile dans sa procédure de demande devant l'OFPRA, tout en organisant des conditions de prise en charge sociale (accès aux droits sociaux, etc.) du demandeur d'asile et de sa famille.
CPH centre provisoire d'hébergement	ils proposent un hébergement temporaire aux bénéficiaires de la protection internationale les plus vulnérables et en besoin d'accompagnement renforcé. Cette période est mise à profit pour les accompagner vers l'autonomie en vue d'une intégration réussie et durable.
Maison Départementale des Personnes Handicapées	Il existe une Maison Départementale des Personnes Handicapées par département sous la direction du Conseil départemental. Elle a une mission d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil des personnes handicapées et de leur famille, ainsi que de sensibilisation de tous les citoyens au handicap. Chaque MDPH met en place entre autres une équipe pluridisciplinaire qui évalue les besoins de la personne handicapée, et une Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui prend les décisions relatives à l'ensemble des droits de la personne.
Tutelle	Régime de protection judiciaire sous lequel peut être placé un majeur qui, en raison d'une altération de ses facultés personnelles, a besoin d'être représenté d'une manière continue dans tous les actes de la vie civile. C'est un régime d'incapacité complète. Ainsi, le majeur protégé, qui perd ses droits civiques, voit son patrimoine et ses revenus gérés par un tuteur désigné par le juge. La tutelle des majeurs est à distinguer de la tutelle aux prestations sociales où celles-ci sont versées à une personne physique ou morale qualifiée, à charge pour elle de les utiliser au profit des bénéficiaires.
Curatelle	Régime de protection judiciaire sous lequel peut être placé un majeur lorsque, sans être hors d'état d'agir lui-même, il a besoin d'être conseillé et contrôlé dans les actes les plus graves de la vie civile, soit en raison d'une altération de ses facultés personnelles, soit à cause de sa prodigalité, de son intempérance ou de son oisiveté. C'est un régime d'incapacité partielle, le majeur protégé pouvant notamment utiliser ses revenus ou voter.

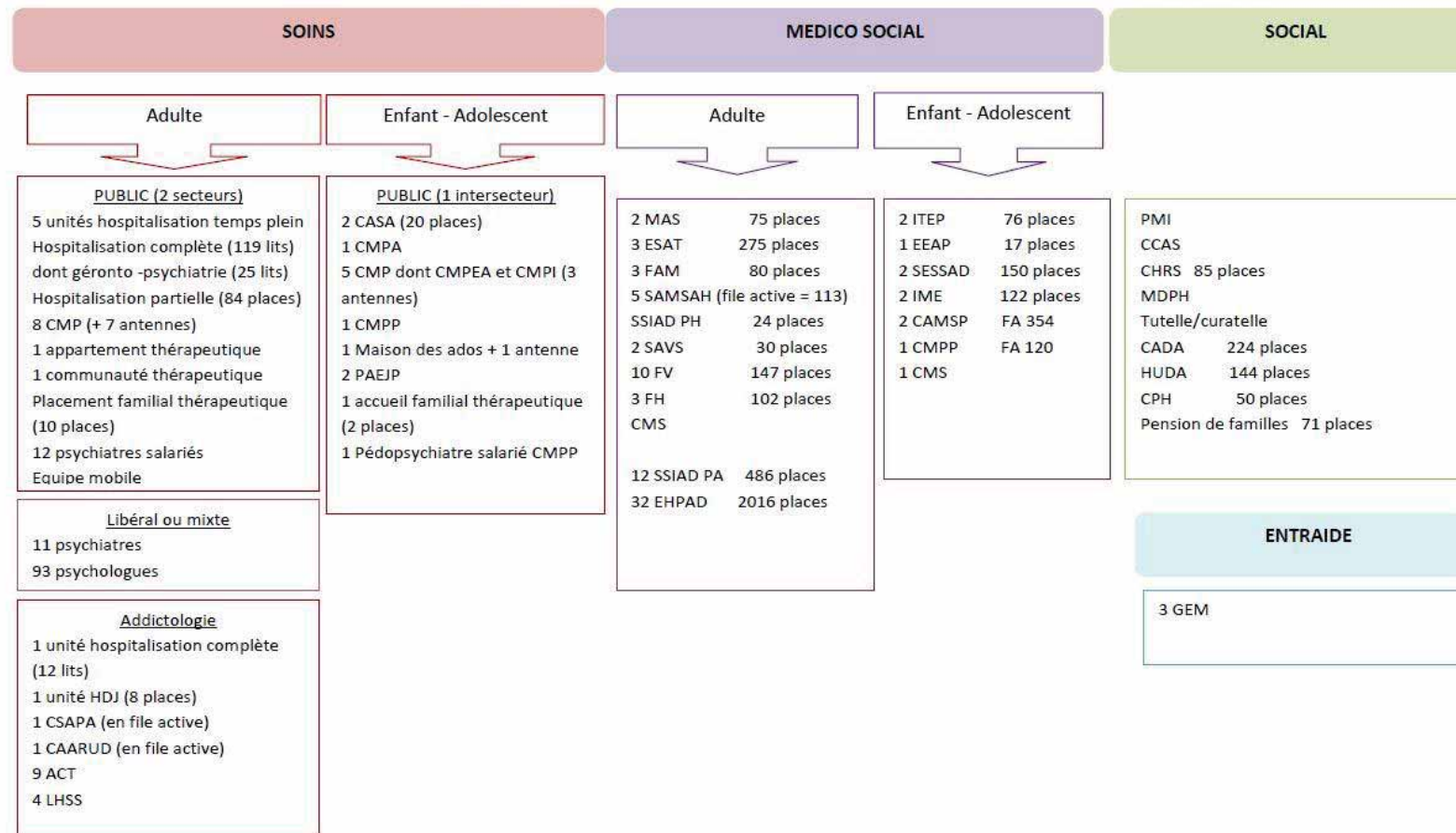
Annexe 4 : Schéma de l'offre de soins, du médico-social, du social et de l'entraide dans les Alpes-de-Haute-Provence (non-exhaustif)

Schéma de l'offre de soins, du médico-social, du social et de l'entraide dans les Alpes-de-Haute-Provence (non exhaustif)

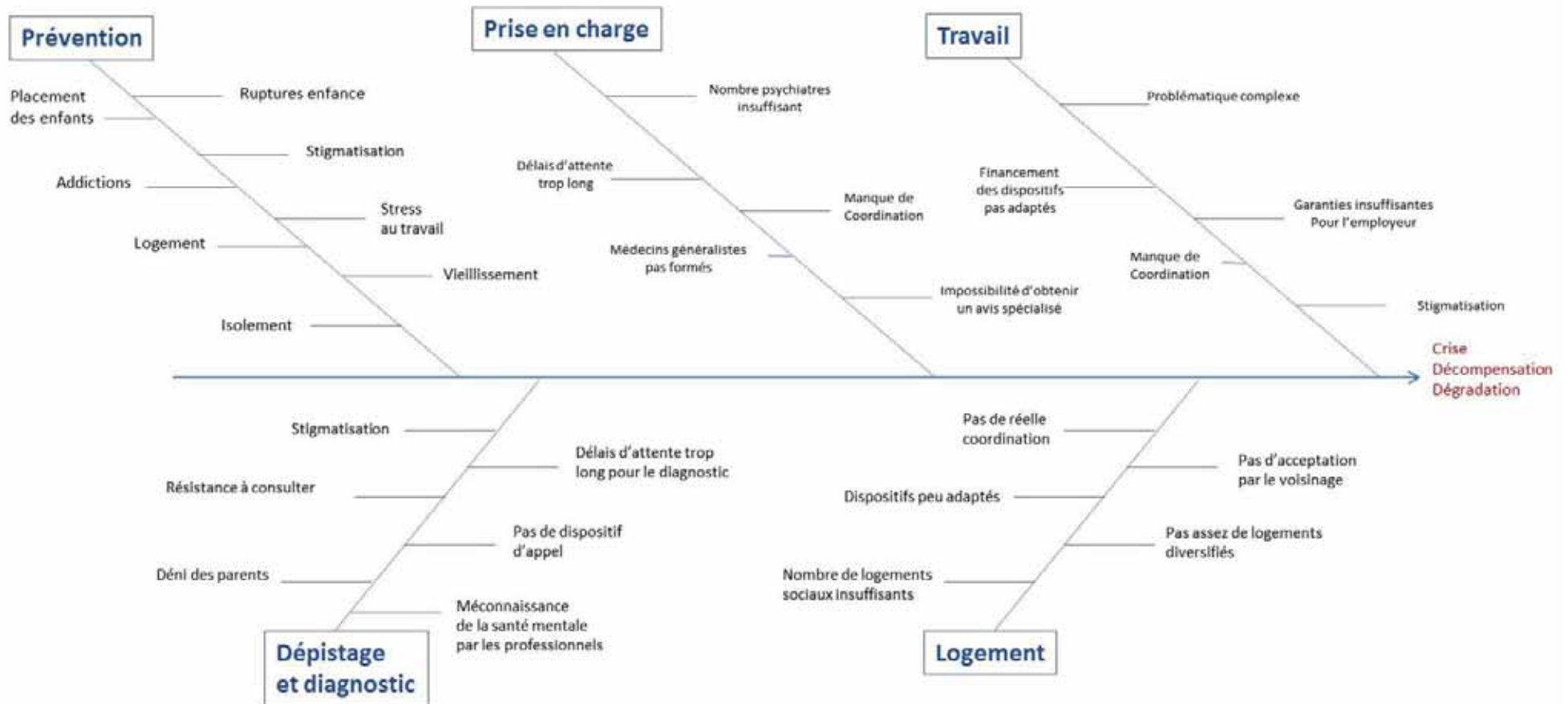
Sources : Statiss 2018, Inventaire des structures 12/12/2017, ARS 04

se reporter à l'annexe 3 – glossaire des structures et des dispositifs

Date d'élaboration : novembre 2020.



Annexe 5 : Problèmes et besoins relevés par le groupe en matière de santé mentale



Annexe 6 : Compte-rendus des réunions de travail

Plan Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la 1^{ère} Réunion de Travail du 20 Juin 2019

I – Préambule

Le Pr Pradier rappelle les objectifs et les missions que l'ARS-PACA lui a confiés pour l'élaboration du Plan Territorial de Santé Mental :

Objet de la convention	Prestations	Livrables attendus	Période de réalisation
Accompagner le collectif local dans sa démarche d'élaboration du projet territorial de santé mentale	Construire avec le comité de pilotage une méthodologie et un rétro planning partagé	Etablissement d'un document cadre définissant ces deux éléments	juin 2019
	Animer le collectif porteur du projet territorial de santé mentale	Rédaction des comptes-rendus de réunions avec une analyse permettant de construire la suite du processus participatif	Tout au long de la démarche d'élaboration du PTSM
	Rendre compte de l'avancement de sa mission de manière régulière au collectif porteur du projet territorial de santé mentale et à l'Agence régionale de santé	Rédaction et présentation de bilans d'étape pour suivre les démarches réalisées	Tout au long de la démarche d'élaboration du PTSM
	Elaborer le diagnostic territorial partagé en santé mentale	Formalisation d'un document identifiant les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du projet territorial de santé mentale Poser : <ul style="list-style-type: none"> > les problématiques > l'analyse causale > les pistes d'actions 	Au plus tard au 31 décembre 2019
	Rédiger le projet territorial de santé mentale	Rédaction d'un document opérationnel décrivant les projets et les actions retenus par les acteurs	au plus tard au 31 mai 2020

Le Pr Pradier rappelle également les six priorités du Projet Territorial de Santé Mentale (*décret 2017-1200 du 27 juillet 2017*) et les missions spécifiques attendues :

1. 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 ;
2. organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale ;
3. organisation des conditions d'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ;
4. organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
5. organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décision et d'action et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;
6. organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Missions spécifiques attendues :

- Un appui scientifique au collectif porteur du Projet Territorial de Santé Mentale pour réaliser le diagnostic territorial partagé en santé mentale (*article R3224-3 du code de la santé publique*) ;
- Un appui méthodologique au collectif porteur du Projet Territorial de Santé Mentale, notamment sous forme d'outils de suivi et d'évaluation de la réalisation ;
- Une mise en cohérence des réflexions, projets et actions portées par le collectif avec le Projet Régional de Santé et les priorités nationales pour la politique de santé mentale ;
- L'organisation d'échanges d'expériences et de pratiques au service du collectif porteur du Projet Territorial de Santé Mentale ;

Ces éléments seront à prendre en compte dans l'élaboration du Projet Territorial de Santé Mentale.

Une proposition d'agenda est présentée et discutée. Il est proposé de partir sur une base de six réunions, sachant que des réunions supplémentaires pourront être organisées si le groupe l'estime nécessaire.



II - Interventions du Pr Pradier et de M. Guennoun

Des concepts clés de santé publique utiles pour l'élaboration du PTSM sont ensuite présentés au groupe.

- Définition de la santé

Le Pr Pradier rappelle que la définition la plus moderne de la santé est donnée par la Charte d'Ottawa : la santé y est définie comme étant « *une ressource de la vie quotidienne – et non un but en soi – qui donne à la personne le pouvoir d'identifier et de réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins, et évoluer avec son milieu ou s'y adapter* ».

Le Pr Pradier insiste sur le fait que cette ressource (la santé), permet l'épanouissement personnel. On peut donc considérer que sont en bonne santé, les personnes qui sont épanouies, c'est-à-dire qui peuvent exprimer pleinement toutes leurs capacités.

C'est un élément particulièrement important à prendre en compte dans le contexte de la santé mentale.

- Parcours de vie

Utilisée dans le champ de la santé (au sens large de l'OMS), la notion de parcours de vie désigne l'ensemble des événements intervenant dans la vie d'une personne et les différentes « périodes » et transitions qu'elle connaît. Pour la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), l'expression « parcours de vie » est préférable aux termes « parcours de soins » (limités aux impacts pour le secteur sanitaire) ou « parcours de santé » (qui risque d'être interprété de façon restrictive aux seuls secteurs sanitaire et médico-social). C'est en effet,

l'ensemble des dimensions de la situation des personnes (y compris la participation sociale, la citoyenneté, l'insertion scolaire et professionnelle...) qui doivent être prises en compte par les acteurs du soin et de l'accompagnement. Optimiser les parcours passe donc par une attention accrue :

- à la prévention et à l'anticipation des moments charnières, des risques de ruptures et de dégradation de l'état de santé,
- à l'agencement des différents accompagnements entre eux,
- et à leur capacité à évoluer dans le temps avec les besoins et attentes de la personne.

- Responsabilité populationnelle

Le Pr Pradier rappelle la définition de la responsabilité (ou approche) populationnelle) : Maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné, en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répond de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population, et en agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Il insiste sur deux points en particulier :

- Cette définition indique qu'on travaille sur l'ensemble de la population du territoire, ce qui inclus les personnes qui n'ont pas de troubles de la santé mentale (mais qui pourraient en développer un jour...).
- Les besoins non-exprimés constituent un enjeu important dans le contexte de la santé mentale.

- Le continuum d'interventions

Cette notion illustre la mise en application de la notion de parcours de vie et d'approche populationnelle. Ainsi, dans le PTSM, il pourrait être pertinent d'agencer les différentes actions pour former un continuum allant de la promotion de la santé et la prévention à la réhabilitation. Pour cela, les acteurs interpellés doivent être non seulement les intervenants du système de soins, mais aussi les acteurs du territoire (la population, l'éducation nationale, les municipalités, les collectivités territoriales...).

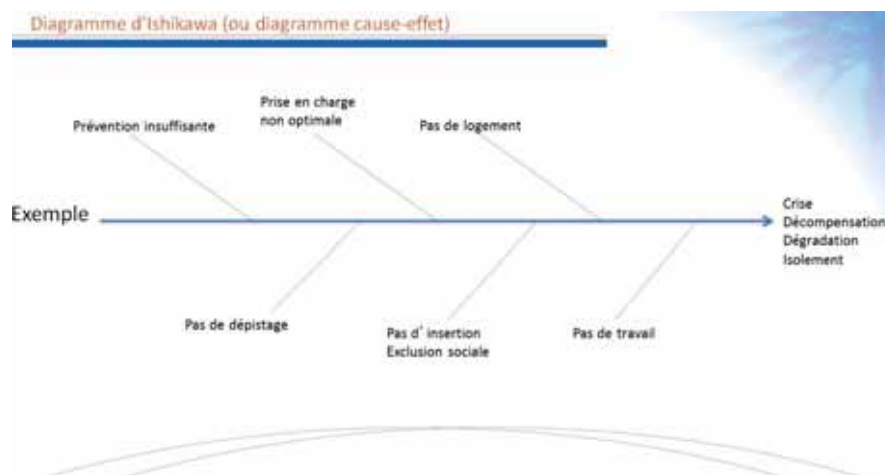
- La complexité

M. Guennoun présente la notion de complexité, qui se définit par l'existence d'une imprévisibilité liée à de multiples composantes qui sont en interaction et qui s'influencent mutuellement. Les problématiques de santé mentale sont très souvent des problématiques complexes. Comprendre la notion de complexité permet d'identifier des solutions qui ont démontré leur efficacité dans de tel contexte.

III – Proposition d'une méthodologie de travail et discussion

Le Pr PRADIER propose une méthodologie de travail pour l'élaboration du PTSM basée sur les éléments conceptuels présentés dans la première partie de la réunion (parcours de vie, approche populationnelle, continuum d'intervention, systèmes complexes). Il présente un diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet) symbolisant le parcours de vie et les différents points ou zones potentiels de rupture dans le parcours d'une personne atteinte de troubles de la santé mentale. Ces points de rupture reprennent les priorités identifiées par le groupe lors de réunion de lancement du PTSM04. Il s'agira, lors des prochaines réunions, de lister les raisons de ces ruptures et de proposer des actions pour y remédier. Par exemple, l'axe « *Pas de dépistage* » (qu'on pourrait appeler aussi « *Pas de prise en charge précoce* »), peut être expliqué par le fait que les professionnels de santé de première ligne ne sont pas suffisamment formés, ou encore que le délai entre l'identification des troubles et le premier rendez dans un centre spécialisé est trop long, etc...). Le Pr Pradier précise que ces propositions ont été placées sur le schéma à titre

indicatif afin de permettre au groupe de démarrer la réflexion sur les besoins et les différents axes de travail tout en se basant sur les spécificités du territoire. L'objectif est d'identifier des actions concrètes à mettre en œuvre pour répondre aux besoins exprimés par les membres du groupe de travail dans un esprit de continuum d'intervention. Ces actions seront alors décrites dans des fiches-actions.



Le débat et les nombreux échanges au cours de cette réunion ont été très riches. Il a été discuté de plusieurs thématiques mais d'ores et déjà deux problématiques se sont révélées majeures dans le territoire (problématiques qui seront travaillées au sein du groupe ultérieurement) :

- Transport : au regard de la géographie du territoire et les grandes distances entre les sites, l'impact sur l'accès aux soins, l'accès au travail, semblent être un problème majeur à traiter dans le département des Alpes-de-Haute-Provence ;
- La question des ressources avec notamment l'absence de lit en pédopsychiatrie.

En conclusion, après divers et riches échanges entre les membres du groupe de travail et en se basant sur le diagramme d'Ishikawa, il a été proposé d'intégrer les 6 axes ci-dessous énoncés, dans une démarche de travail global :

1. Prévention
2. Accès au logement et travail/vie sociale
3. Mobilité, transport
4. Dépistage, diagnostic
5. Ressources du territoire et leurs évolutions
6. Coordination/communication/échange/référencement

La prochaine réunion aura lieu **le jeudi 19 septembre à 14h00** dans les locaux de la MDPH 04.

Projet Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la 2^{ème} Réunion de Travail du 19 septembre 2019

I – Préambule

En préambule, Christian Pradier rappelle que dans le cadre du travail sur la prévention et la promotion de la santé mentale, les discussions ne doivent pas se limiter au seul champ des troubles mentaux. Il faut réfléchir en amont, pour prendre en compte les facteurs généraux qui favorisent la santé mentale. Il présente une synthèse des documents qu'il a adressés au groupe pour nourrir la réflexion de l'atelier d'aujourd'hui. Il fait la distinction entre la prévention des troubles de la santé mentale, qui vise à supprimer ou minimiser des facteurs de risques (par exemple : les addictions) et la promotion de la santé qui vise à agir sur les déterminants de la santé. En effet, le bien-être mental et psychologique est influencé non seulement par les caractéristiques ou ressources psychiques de l'individu, mais aussi par le contexte socio-économique dans lequel il se trouve et, plus largement, par l'environnement dans lequel il vit.

II- Méthode de travail

Constitution de trois groupes de 10 personnes.

Chaque groupe dispose de 1h15 mn pour répondre aux trois questions suivantes :

1. Quels sont les facteurs de risque de troubles de la santé mentale qui vous semblent les plus importants dans le département (ex : addictions ?, isolement ?, maltraitance ?...).
2. Quelles sont conditions de vie ou milieux de vie qui pourraient fragiliser la santé mentale des individus dans le département (isolement social ? condition de travail ? ...)
3. Quelles sont les actions que vous avez déjà envisagées pour répondre à ces problèmes ?

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

Les participants estiment que les piliers d'une bonne santé mentale sont :

- des parents qui fonctionnent ;
- un travail ;
- et du lien social.

Une synthèse des facteurs de risques identifiés et les pistes de solutions envisagées est présentée dans le tableau ci-dessous :

Facteurs identifiés	Commentaires	Pistes d'actions
Isolement	<p>L'isolement numérique a été évoqué par plusieurs participants. L'isolement géographique est une caractéristique propre au département.</p> <p>A noter la problématique du transport qui semble être un facteur aggravant.</p> <p>Le problème de la vie autour de sites industriels a été signalé (pour rappel, il y a 4 sites classés SEVESO)</p> <p>Château-Arnoux-Saint-Auban : Arkema (seuil haut), Meta Regeneration (seuil haut) ; Manosque : Géosel (seuil haut), Géométhane (seuil haut)).</p>	<p>1-Développement de GEM avec appui d'équipes mobiles.</p> <p>2-Aider financièrement les actions de soutien intergénérationnel par l'intermédiaire d'associations</p> <p>3-Mettre en place des espaces numériques avec des accès réseau dans les villages (<i>partenariat avec les mairies avec mise à disposition d'un endroit physique et un accompagnateur numérique pour aider les personnes concernées à accéder à leurs droits</i>).</p>
Stigmatisation	<p>La personne avec une différence (quelle que soit) peut être victime de stigmatisation et de discrimination, ce qui peut induire ou potentialiser le développement de troubles de la santé mentale.</p>	<p>Accepter les différences :</p> <p>1-Mise en œuvre de sensibilisation à la différence en direction du grand public.</p> <p>2-Mise en œuvre d'un programme d'information et de formation auprès l'Education Nationale, entreprises, grand public (via les médias)</p>
Vieillesse de la population	<p>Le vieillissement peut s'accompagner parfois de troubles psychiatriques insuffisamment repérés et traités. A cela s'ajoute les troubles cognitifs liés aux pathologies neurodégénératives.</p>	<p>1-S'appuyer sur les expertises de la PTA et MAIA du territoire pour la mise en place d'actions de prévention chez les personnes âgées à risque.</p> <p>2- Former les intervenants auprès de personnes âgées au repérage des personnes à risque.</p> <p>3- Maintenir le capital et le lien social (cf. actions sur l'isolement)</p>
Enfance : rupture, scolarité, traumatismes	<p>Les participants estiment que la bonne santé mentale est associée à la notion de « parents qui fonctionnent bien ».</p> <p>Un levier majeur dans le développement de programmes de type SFP est l'implication active des Municipalités. C'est dans les CLSM que peut se faire un dialogue direct avec les mairies. Or, les participants déplorent qu'il n'y ait qu'un seul CLSM sur tout le département.</p>	<p>1-Mettre en place le programme de soutien à la parentalité SFP dans les territoires prioritaires et le programme GBG dans les établissements concernés (à préciser)</p> <p>2- Augmenter le nombre de CLSM dans le département.</p> <p>3- Coordination des services de l'enfance. A préciser avec les différents acteurs : EN, MDPH, CMP...</p>
Placement des enfants dans le cadre de l'ASE	<p>Certains exemples lourds ont été évoqués avec des exemples d'adolescents ayant changé plusieurs fois de famille d'accueil en 2 ans (jusqu'à 7 fois).</p>	<p>1-Soutenir les familles d'accueil....</p> <p>2-Idee d'un accueil familial thérapeutique</p>

	La coordination entre le secteur pédopsychiatrique et l'ASE est jugée insuffisante, les liens ne se faisant qu'en cas de crise	
Santé au travail	Le groupe souligne la hausse de la maltraitance et harcèlement au travail. Un exemple de solution est présenté et discuté : dans une entreprise du département (EDF), un groupe dit groupe de confiance indépendant a été mis à la disposition des agents en difficultés. Ce groupe de confiance garde les informations confidentielles, ce qui est une clé de son succès. Ce groupe fonctionne très bien chez EDF depuis plus de 15 ans.	Reproduire ce type de programmes dans les grandes entreprises et institutions du département.
Addiction	Stigmatisation de la problématique et donc la difficulté des personnes concernées à s'exprimer sur leur addiction. Il n'existe pas à l'heure actuelle de solution « miracle » pour prévenir les addictions. Il faut donc développer une stratégie combinant différentes approches (comme les programmes SFP et GBG, ...) et ne pas hésiter à recourir à l'expérimentation	1-Afficher la volonté du département de participer aux projets de recherche sur la réduction des risques. 2-Doter le département des moyens permettant de faciliter l'inclusion et le suivi de participants volontaires dans les protocoles de recherches régionaux, nationaux et internationaux. 3- Faire des actions de sensibilisation dans les entreprises 4-Lutter contre la stigmatisation et l'auto-stigmatisation
Le logement	Le logement social accueille des populations de plus en plus en difficultés. Selon certains participants, le département dispose de plusieurs structures médico-sociales mais avec peu de turn-over. Des vieilles habitudes de travail sont installées sans logique de projet. De plus, le système d'intermédiation n'est pas assez présent.	

D'autres points ont été abordés :

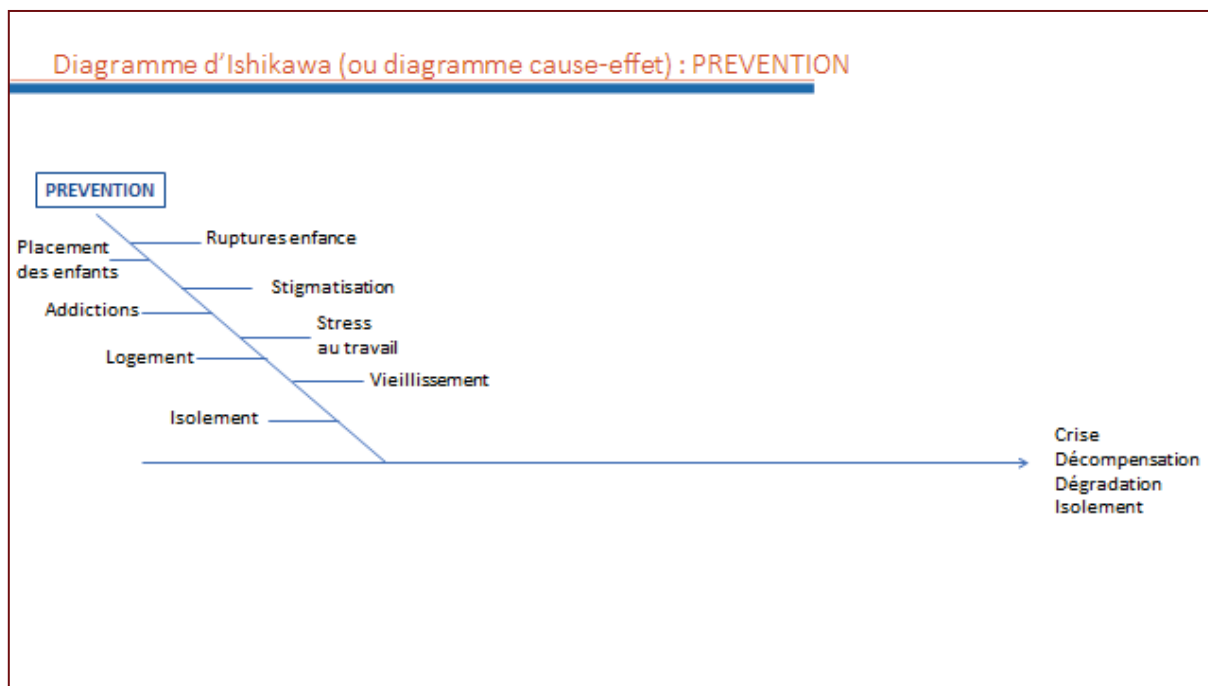
- Quid du remboursement des psychologues (En cas par exemple de maltraitance au travail ou d'addiction) ? une expérimentation a été conduite dans le 13 qui est en cours d'évaluation.
- Le manque de coordination entre CSAPA.
- L'asymétrie entre soignant et patient qu'il faudrait rompre car est peut aggraver le problème. :
- La question de l'annonce du diagnostic qui reste difficile malgré les nouvelles circulaires.
- Le problème de défaut d'explication sur la maladie et les traitements.
- La problématique des changements des pratiques professionnelles

Il est proposé de discuter ces points lors de la prochaine réunion qui sera consacré au dépistage précoce et à la prise en charge.

III- Synthèse

Les facteurs de risque identifiés de troubles de la santé mentale peuvent être positionné sur le diagramme cause effet (voir schéma ci-joint).

Les deux prochaines réunions seront consacrées au dépistage précoce et à la prise en charge (y compris celle des troubles somatiques).



IV- Documents complémentaires :

Placement des enfants :

https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf

Réductions des risques : <https://www.grea.ch/sites/default/files/Alochoix.pdf>

Projet Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 20 novembre 2019

I – Préambule

En préambule, Christian Pradier demande si les participants ont des questions à poser et/ou ont des modifications à apporter sur le compte rendu de la réunion du 19 septembre qui traitait de la prévention et de la promotion de la santé mentale. Il rappelle que pour le travail d'aujourd'hui, on s'intéresse maintenant à la population des personnes présentant des troubles de la santé mentale. Il indique que dans le cadre du travail sur le dépistage et sur la prise charge de ces personnes, deux, voire trois réunions, pourraient être nécessaires, tant ces deux dimensions sont importantes. Il propose que les groupes commencent leur travail à partir de la question du dépistage des troubles de la santé mentale et chemine, en fonction du temps, sur la séquence dépistage-diagnostic-prise en charge, cette dernière incluant aussi les questions de prise en charge des troubles somatiques et la gestion de la crise.

II- Méthode de travail

Constitution de deux groupes de 10 personnes.

Chaque groupe dispose de 1h15 mn.

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

Les participants ont estimé que le dépistage des troubles de la santé mentale devait se faire en tenant compte des valeurs transversales suivantes :

- Une ouverture sans stigmatisation
- Humanisme
- Empathie
- Ecoute

Une synthèse des facteurs de risques identifiés et les pistes de solutions envisagées est présentée dans le tableau ci-dessous :

Facteurs identifiés	Commentaires	Pistes d'actions
<p>Dépistage</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résistance à aller consulter d'emblée un psychiatre ou un centre spécialisé - déni des parents - Stigmatisation 	<p>Le repérage concerne toute la population. Le MG n'est pas un passage obligé. Un facilitateur pourrait faire le lien avec la personne, son environnement et faire le lien entre le dépistage et le diagnostic avec la notion de gradation. L'idée de la gradation est de mettre en place des réponses graduées par opposition à la réponse qui consiste à adresser d'emblée la personne dans un centre psychiatrique spécialisé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Créer la fonction de FACILITATEUR - Adapter les formations de Premiers Secours en Santé Mentale en créant un module Premiers Signes en Santé Mentale - Organiser des formations grand public.

	<p>La formation permet de déstigmatiser la maladie mentale et de rassurer tout le monde</p> <p>L'ASE pourrait aussi jouer un rôle de facilitation</p>	
<ul style="list-style-type: none"> - Pas de dispositif d'appel pour les personnes en difficultés (parents, proches, professionnels) 	<p>Il existe une équipe mobile à Manosque</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'un Numéro d'appel dépistage 24/24 (?) au niveau d'une plateforme avec des professionnels santé et du médico-social qui permettrait aux parents ou aux proches en difficulté d'avoir des réponses et un premier niveau d'orientation (idée de la gradation) ou un lien avec l'équipe mobile. - Etendre les missions de la PTA pour les professionnels engagés dans la prise en charge de patients avec troubles de la santé mentale
<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance de la maladie mentale par les personnes mais aussi les professionnels - Méconnaissance des rôles de chacun (qui fait le dépistage, qui fait le diagnostic, qui fait la prise en charge ?) 	<p>Se pose la question du dossier médical partagé. Il faudrait aussi sensibiliser le grand public sur le fait de partager des informations sur les troubles repérés. Il n'y a plus de visite médicale obligatoire à école.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diffusion de plaquettes et/ou formation grand public pour vulgariser la maladie mentale dans la population - Création d'une formation sur le dépistage de troubles de la santé mentale pour les professionnels, notamment les médecins - Création d'une Fiche d'évaluation systématique des troubles précoces, des acquis et du comportement dans le dossier médical - Visite médicale de l'éducation nationale ? - Diffusion d'un annuaire clarifiant qui à quel rôle en santé mental (référencement des dépisteurs, diagnostics, ...)
<ul style="list-style-type: none"> - Délai de consultation pour le diagnostic trop important 	<p>Le facilitateur pourrait s'appuyer sur de structures existantes en élargissant leur champ d'actions et en renforçant les CMP avec des moyens plus importants notamment en psychiatres. S'appuyer sur l'existant pour mieux organiser le diagnostic et la prise en charge.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Etendre les missions de la PTA au soutien des professionnels engagés dans la prise en charge de patients avec troubles de la santé mentale - Développer d'une plateforme sur le modèle de la PTA pour tout ce qui n'est pas professionnels de la PTA (familles)

	Le CMP dispose d'une unité qui peut aider le MG. Il faudrait savoir quelles sont ces missions.	<ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur le facilitateur - Création de postes de psychiatres pour les CMP ; - Former des IDE en pratique avancées en psychiatrie - Mettre en place une équipe mobile en capacité d'intervenir au domicile des personnes
Accès aux soins		<ul style="list-style-type: none"> - Création de programmes d'ETP pour faire participer la personne dans la gestion de sa crise.

Ont été également discutés :

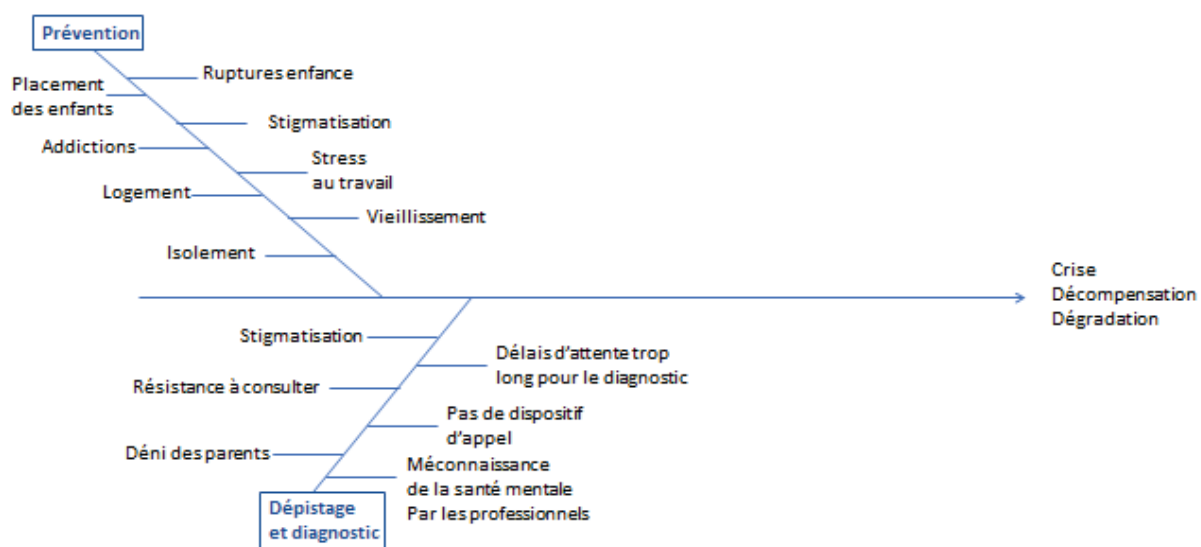
- La question des définitions (repérages vs dépistage, dépistage vs diagnostic, diagnostic vs prise en charge), et la nécessité d'établir un langage commun.
- La question du sur-dépistage.
- La question de la gradation des interventions qui est posée dès le départ et qui souligne la volonté de se donner toutes les chances d'identifier un trouble de la santé mentale pour pouvoir le traiter précocement.
- La définition de la santé mentale. Ce qui est normal et anormal.
- Les codes sociaux (et les règles minimales) dont le respect se joue dès la petite enfance et qui mettent en jeu des risques d'exclusion (exemple d'un enfant scolarisé mais mis à l'écart dans une classe...).
- Savoir-faire une force de son handicap.
- La pertinence de donner accès à des numéros d'appel aux parents et proches.
- Parler de différence plutôt que d'anormalité.
- L'accompagnement des parents et des proches notamment par rapport au déni des parents.
- L'intérêt de développer la prévention pour réduire les coûts.
- L'unité mobile : Elle doit être moderne, répondant aux recommandations actuelles, opérationnelle, c'est à dire en capacité de répondre rapidement aux besoins exprimés et non exprimés des patients et de leurs proches.

III- Synthèse

Les problèmes identifiés concernant le dépistage des troubles de la santé mentale peuvent être positionné sur le diagramme cause effet (voir schéma ci-joint).

Les deux prochaines réunions seront consacrées à la prise en charge (y compris celle des troubles somatiques), et à la gestion de la crise.

Diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet)



IV- Documents complémentaires :

1. Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Institut Montagne. ÉTUDE - Octobre 2014

Projet Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 29 janvier 2020

I – Préambule

En préambule, Christian Pradier demande si les participants ont des questions à poser et/ou ont des modifications à apporter sur le compte rendu de la réunion du 19 novembre qui traitait du dépistage et du diagnostic précoce en santé mentale. Il indique que la séance d'aujourd'hui est l'une des plus importantes, car elle concerne la question de la prise en charge médicale et sociale. Il rajoute que deux réunions seront probablement nécessaires pour appréhender l'ensemble des besoins et des solutions à proposer. Il précise que la prise en charge concerne aussi les troubles somatiques et la gestion de la crise.

II- Méthode de travail

Constitution de deux groupes de 10 personnes.

Chaque groupe dispose de 1h30 mn.

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

De façon générale, les participants estiment qu'ils doivent s'inscrire dans un changement de paradigme en termes d'organisation de santé, ce qui implique :

- De sortir de sa zone de confort,
- De changer ses pratiques ...
- Présentation d'un cas clinique :

Un des participants (médecin addictologue) a exposé le cas d'un patient schizophrène, suivi au CSAPA pour une addiction, qui avait arrêté son suivi au CMP parce qu'il trouvait que les rendez-vous étaient trop éloignés les uns des autres. Bien qu'il aille beaucoup mieux sur le plan de son addiction, cette rupture de suivi a entraîné une décompensation de sa maladie psychiatrique sous la forme d'un syndrome paranoïaque. Ne sachant à qui référer pour ce problème psychiatrique, il l'a adressé aux urgences où le patient a vu une infirmière psychiatrique. Celle-ci a obtenu une consultation au CMP en urgences où le médecin a modifié son traitement et l'a renvoyé à son domicile. Ce changement de traitement n'a pas permis l'amélioration du patient, dont l'état s'est aggravé et qui a été finalement adressé de nouveau aux urgences. Une hospitalisation est alors décidée mais aucune place n'étant disponible, il est proposé de le maintenir à domicile en attendant qu'une place se libère. Après quatre jours d'attente, n'ayant aucune place de libre en hospitalisation publique, l'infirmière propose de rechercher une place en hospitalisation privée.

Ce cas illustre bien les dysfonctionnements et les difficultés auxquels les patients doivent faire face :

- Manque de médecins et de structures adaptées.
- Impossibilité d'obtenir un avis spécialisé facilement sans passer par les urgences.
- Un autre participant (médecin gériatre) relève que l'entrée des patients dans la filière de soins reste difficile (patients non connus du service, délais d'attente inacceptables pour un rendez-vous (environ 9 mois)), absence de fluidité de la filière (manque de coordination entre les différents intervenants), inégalités territoriales d'accès aux soins, pénurie de spécialistes). Il souligne l'intérêt de la télémédecine qui est un gain de temps en termes de déplacement pour le patient et pour les spécialistes.

- Il est rajouté la nécessité de créer des outils de communication entre les différents intervenants autour d'un même patient.

Problèmes identifiés :

- Nombre de psychiatres insuffisants
- Les postes budgétés sont en nombre insuffisants et de plus, les postes budgétés sont non pourvus (double déficit)
- Délais trop longs pour le premier rendez-vous (3 à 6 mois)
- Mise en place d'un suivi seulement 1 an après le premier rendez-vous
- Question de la qualité du suivi quand les délais sont aussi longs et que l'on n'a pas tous les professionnels disponibles
- Les difficultés liées aux conséquences désertification médicale pour répondre aux besoins « somatiques » des patients (orthophonistes,)
- Situation globale de l'hôpital publique peu attractive (manque de moyens, ...)
- Plus de liens, plus de partage

Idées/Pistes

- Infirmières en pratiques avancées : pouvoir apporter un soutien complémentaire (à noter le problème lié à la suppression de la spécialité dans les études IFSI). Deux IPA vont arriver dans le département prochainement. Créer une communauté d'IPA : une sur chaque CMP principaux (Digne, Manosque, Sisteron, Forcalquier). Intérêt d'être expérimentateur.
- Respecter et valoriser la dimension locale du CLSM (A Digne 3 groupes de travail (situations critiques, discriminations, habitats accès et maintien dans le logement) : pertinence du diagnostic et des solutions, véritable confort de travailler en concertation intersectorielle (relations de confiance) = une autre façon de travailler
- Intégrer le PTSM dans les dispositifs développés par le système de santé en général (PTA,...)
- Développer des formations pour les médecins généralistes pour leur permettre de participer à la prise en charge des patients
- Renforcer les liens entre MG et la psychiatrie et renforcer les équipes mobiles. Une expérience d'équipe mobile est présentée en sachant que pour constituer l'équipe, il a fallu puiser dans les effectifs du CMP et donc fragiliser le CMP.
- Développer la formation aux gestes de premiers secours en santé mentale pour le grand public (à l'apparition des premiers symptômes) → à mettre dans dépistage (?)
- Offrir plus de stages aux étudiants (MG ?)

Une synthèse des problèmes identifiés et les pistes de solutions envisagées sont présentées dans le tableau ci-dessous :

Facteurs identifiés	Commentaires	Pistes d'actions
Offre de soins <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de psychiatres insuffisants - Situation globale de l'hôpital publique peu attractive (manque de moyens...) - Les difficultés liées à la désertification médicale et aux besoins « somatiques » des patients (orthophonistes, ...) 	<p>Les postes budgétés sont en nombre insuffisants et de plus, les postes budgétés sont non pourvus (double déficit).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Infirmières en pratiques avancées : pouvoir apporter un soutien complémentaire (à noter le problème lié à la suppression de la spécialité dans les études IFSI). Deux IPA vont arriver dans le 	<ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur des compétences complémentaires <ul style="list-style-type: none"> o Former des infirmières en pratiques avancées en psychiatrie o Créer une communauté d'IPA : une sur chaque CMP principaux (Digne, Manosque, Sisteron, Forcalquier). Intérêt d'être expérimentateur. o Développer des formations pour les

	département prochainement. Créer une communauté d'IPA : une sur chaque CMP principaux (Digne, Manosque, Sisteron, Forcalquier). Intérêt d'être expérimentateur.	médecins généralistes pour leur permettre de faire des choses... <ul style="list-style-type: none"> o Augmenter le nombre de stages d'étudiants en médecine - Développer une politique de marketing territorial pour attirer des médecins psychiatres et des médecins généralistes
<ul style="list-style-type: none"> - Délais trop longs pour le premier rendez-vous (3 à 6 mois) - Mise en place d'un suivi seulement 1 an après le premier rendez-vous 	Une expérience d'équipe mobile est présentée en sachant que pour constituer l'équipe, il a fallu puiser dans les effectifs du CMP et donc fragiliser le CMP.	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les liens entre MG et la psychiatrie - Renforcer les équipes mobiles.
<p>Coordination</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impossibilité d'obtenir un avis spécialisé facilement accessible et sans passer par les urgences. 	<p>Il existe une expérience de télé-entretien qui servira aussi de support de formation pour des médecins généralistes.</p> <p>La télé-consultation est finalement assez proche de la consultation et ça marche (on est dans une sémiologie proche de celle de l'entretien).</p> <p>Il existe une équipe mobile précarité dont les professionnels travaillent à mi-temps au CMP</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intégrer le PTSM dans les dispositifs développés par le système de santé en général (PTA,...) - Créer des outils de communication entre les différents intervenants autour d'un même patient (grille de suivi, dossier partagé). - Solutions d'orientation en urgences
<ul style="list-style-type: none"> - Respecter et valoriser la dimension locale du CLSM 	A Digne 3 groupes de travail, (situations critiques, discriminations, habitats accès et maintien dans le logement) : pertinence du diagnostic et des solutions, véritable confort de travailler en concertation intersectorielle (relation de confiance) = une autre façon de travailler	<ul style="list-style-type: none"> - Respecter et valoriser la dimension locale du CLSM

Il a également été souligné la nécessité de faire valoir les particularités territoriales (isolement, distances, engendrant des inégalités d'accès aux soins). Il faut que l'ARS les prenne en considération.

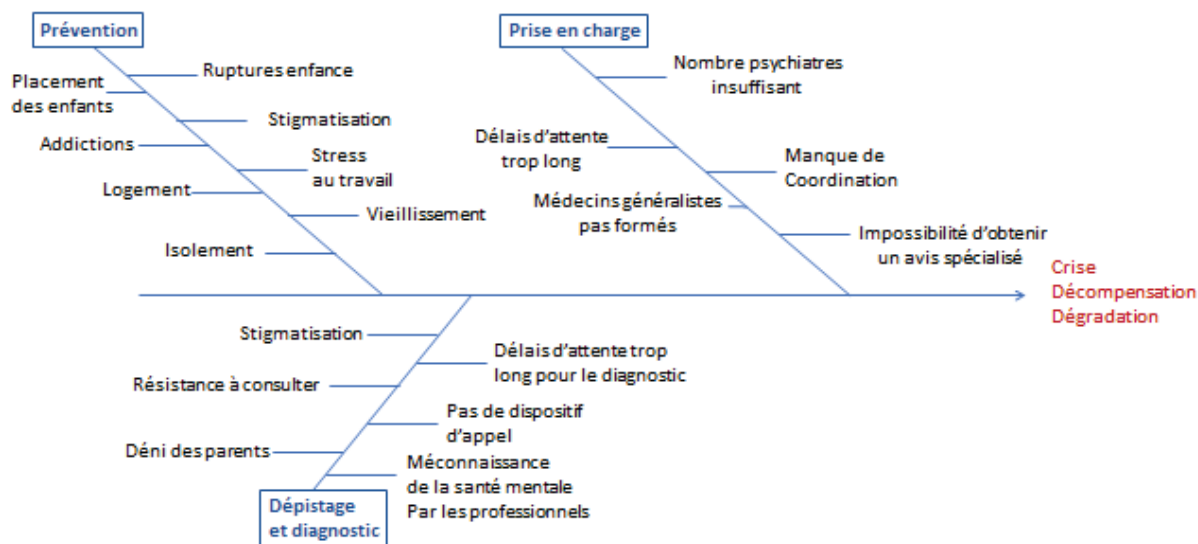
III- Synthèse

Comment optimiser le dispositif avec les moyens dont on dispose ?

Reste aussi à discuter :

- La question de la prise en charge sociale
- La question des soins somatiques
- La gestion de la crise

Diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet)



IV- Documents complémentaires :

2. Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Institut Montaigne. ÉTUDE - Octobre 2014

Projet Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 20 février 2020

I – Préambule

En préambule, Christian Pradier demande si les participants ont des questions à poser et/ou ont des modifications à apporter sur le compte rendu de la réunion du 29 janvier qui traitait de la prise en charge. Il propose que la séance d'aujourd'hui se fasse sous la forme d'un brainstorming avec tout le groupe. Il précise que le but de la journée est d'arriver à des propositions concrètes et opérationnelles pour répondre aux problèmes de prise en charge médicales et sociales des personnes.

II- Méthode de travail

Brainstorming.

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

La discussion aborde les conditions de la mise en place d'une équipe mobile santé mentale, pluridisciplinaire évoquée lors des réunions précédentes.

Un problème central et prioritaire : le manque de moyens

L'expérience de l'équipe mobile de Manosque est évoquée (2017) qui n'a obtenu que des moyens très limités. L'équipe repose actuellement sur un psychologue temps plein et sur des infirmières du CMP qui ne sont pas dédiées spécifiquement à l'équipe mobile. Il faudrait vraiment avoir des gens dédiés à cette fonction. L'exemple d'un SAMSAH est cité avec 50 places et cinquante personnes en attente... Aujourd'hui la personne en attente la plus ancienne attend une prise en charge depuis octobre 2018 !

Pour le groupe, la question des moyens ne peut donc pas être éludée et est la première des priorités. Le PTSM apparaît comme une opportunité pour pointer les manques et proposer les moyens adaptés pour répondre aux besoins identifiés.

Faire mieux avec les moyens existants

Les participants soulignent que des efforts peuvent néanmoins être faits pour optimiser l'existant. En particulier, il est souligné que lorsque les acteurs travaillent ensemble, partagent connaissances et expériences, ils arrivent alors à trouver des solutions innovantes et pertinentes. Par exemple, la MDPH souligne le rôle de médiateur qu'elle assure dans le département pour réunir les acteurs et les faire travailler ensemble. Le CLSM assure également ce type de travail relationnel, sachant que la coordination ne concerne pas que les questions sanitaires, mais mobilise aussi des problématiques sociales, scolaires, de logement. Le PTSM pourrait être vu comme un CLSM à l'échelle départementale qui faciliterait ce travail relationnel. Il est précisé qu'il faut aussi éviter de recréer des nouvelles structures de coordination mais plutôt s'appuyer sur des structures de coordinations existantes comme les PTA par exemple.

Le dossier partagé pour améliorer la coordination de l'ensemble des intervenant

Le groupe évoque la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé (titre 2 : faciliter au quotidien les parcours de santé) et la mesure 12 visant à relancer le Dossier Médical Partagé pour améliorer le suivi des patients. Il regrette qu'aucun dossier médical ne soit opérationnel pour que les professionnels du sanitaire et du médico-social puissent partager leurs informations. Tant qu'on n'aura pas de trace réelle de ce qui est fait et que les informations sur

le parcours du patient ne seront pas partagées par tous les professionnels, il faudra à chaque fois « recommencer à zéro ». Ce type d'outil apparaît donc indispensable pour réaliser la coordination. Il permettrait au médecin généraliste de jouer son rôle de pivot dans la coordination et il pourrait minimiser l'impact de la pénurie de médecins généralistes et de psychiatres sur le territoire. L'assurance maladie souligne l'obligation maintenant d'utiliser le DMP. Il est souligné le fait que ce dossier est actuellement difficile à utiliser. Le référencement des structures existantes est aussi un problème. Pourquoi ne peut pas voir un système d'information qui renseigne sur les structures existantes ?

S'appuyer sur des expérimentations existantes

Il est également proposé de s'appuyer sur des expérimentations existantes :

Par exemple, l'expérience de Toulouse d'hospitalisation à domicile (PSYDOM31) avec une équipe mobile composée de 1 psychiatre coordonnateur, 1 psychiatre, 1 cadre de santé coordonnateur, 1 interne en psychiatrie, 1 assistante sociale, 2 secrétaires, des infirmiers avec une expérience confirmée en psychiatrie (http://www.ch-marchant.fr/automne_modules_files/pmedia/public/r36305_9_plaquette_presentation_bat.pdf)

A Rennes, il existe une recherche action sur la prévention de la crise par la création d'une équipe mobile pluridisciplinaire intervenant au logement de la personne.

L'équipe mobile

Qu'est-ce qu'on attend de l'équipe mobile ? Doit-elle faire uniquement de la coordination ou doit-elle aussi accompagner, au risque de d'être vite débordée ? Ne vaudrait-il pas mieux que cette unité ne fasse que de la coordination ? Où encore avoir un rôle d'observation et d'aiguillage pour accompagner le patient dans son parcours de santé dans un contexte d'attente ? Et surtout faire fonctionner le réseau, travailler au décroisement.

La proposition est faite d'une équipe mobile qui travaillerait avec l'ensemble des intervenants qui gravitent autour du patient. Elle devrait être composée au minimum d'un psychiatre, d'un psychologue et d'un infirmier en binôme qui travailleraient en lien avec les intervenants du médico-social. A cela s'ajouterait un gestionnaire de cas ou gestionnaire de parcours ou encore « facilitateur » qui rencontrerait les différents intervenants, les réunirait pour la prise de décision collective et assurerait le suivi au long cours de la personne. Se pose aussi la question de l'aidant proche pour permettre l'intervention de l'équipe. L'apport de patients experts ou pairs-aidants pourrait être pertinent. Le bénévolat est aussi une piste à explorer.

Se dessine ainsi une plateforme polyvalente avec équipe mobile pluri-professionnelle en capacité de se déplacer, mais aussi de répondre au téléphone, de faire les formations pour les des médecins mais aussi à l'Education Nationale et de réaliser les conventionnements avec les médecins généralistes (pour les problèmes somatiques, par exemple plages de consultations en fin de journée données par des médecins généralistes formés à la santé mentale).

Le concept de psychiatrie communautaire, au plus près des personnes est évoqué. L'importance du social y apparaît majeure. Il faudrait revenir à ce modèle où la psychiatrie et le social travailleraient d'emblée ensemble. Ce modèle de psychiatrie communautaire ne serait plus une vision de secteur mais une autre façon de fonctionner : Il serait intéressant que la plateforme intègre ce modèle.

Le changement de paradigme : passer d'une équipe faite avec les moyens du bord à une véritable plateforme dotée des moyens nécessaires.

Travailler ensemble

La CPTS est évoqué comme un exemple d'organisation qui pourrait être l'interlocuteur, le relais, entre le patient présentant des difficultés et l'équipe mobile en santé mentale, en particulier pour les problèmes somatiques. Il est envisageable de solliciter la ou les CPTS pour qu'elle développe(nt) un projet centré sur la santé mentale, qui serait un atout supplémentaire pour la coordination.

L'exemple des groupes opérationnels de synthèse (GOS), coordonnée par la MDPH où tous les partenaires se retrouvent pour trouver des solutions à des situations critiques est évoqué ; Se pose la question de qui coordonnera la plateforme ou l'équipe mobile. Le PCPE (pôle de compétence et de prestations externalisées) soutenue par l'ARS doit aussi être pris en compte. L'exemple du dispositif OSIRIS qui fonctionne sur ce modèle est évoqué.

Enfin, le rôle du département (Conseil Départemental) est souligné avec le souhait qu'il soit associé étroitement au travail de coordination. L'ASE doit être aussi être partie prenante.

Autres points discutés :

- Les besoins en AVS et SAMSAH mériteraient d'être précisés dans le diagnostic du PTSM. Dans les moyens la PCH est encore très peu attribuée aux personnes avec troubles psychiques.
- Les enfants atteints d'autisme qui sont expatriés en Belgique du fait de l'absence de place. Il est à souligner que ce problème ne concerne pas le 04, aucune personne n'ayant été obligé de partir en Belgique (hormis une personne qui l'a fait par choix).
- Pour ce qui concerne les UTEP, dans certains territoires, elles ont pu apporter des éléments de réponses qui permettent de désamorcer certaines situations explosives, comme c'est le cas des MAKARAS (équipe mobile autisme) à Marseille.
- Certaines grandes villes ont des dispositifs de types SOS médecins ou SOS psy : Est-ce que cette possibilité est envisageable avec un médecin généraliste qui se déplacerait pour faire un premier bilan ?

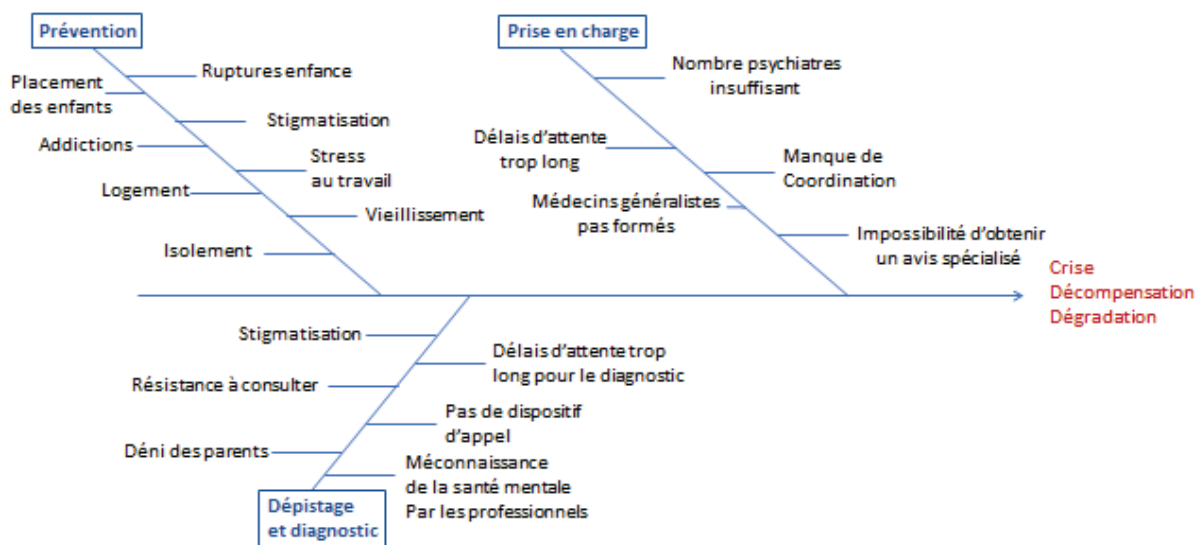
III- Synthèse

De façon générale, les participants expriment leur souhait d'un décloisonnement entre les institutions et le besoin de travailler ensemble...

Au final deux propositions sont formulées :

1. La création d'une plateforme pluri professionnelle (avec gestionnaire de parcours) intégrant une équipe mobile en capacité d'aller vers la personne en difficulté sans attendre. Cette plateforme pourrait être arrimée à un dispositif de coordination déjà existant (PTA ?)
2. La mise en place d'une instance de partage des connaissances et des expériences facilitant le décloisonnement et le travailler ensemble à l'échelon départemental. Cette instance pourrait être celle du groupe PSM.

Diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet)



IV- Documents complémentaires :

1. « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé »

EXTRAIT DU RAPPORT 2012 DE LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE.

2. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Rapport méthodologique d'élaboration. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

Projet Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 09 septembre 2020

I – Préambule

En préambule, Christian Pradier demande si les participants ont des questions à poser et/ou ont des modifications à apporter sur le compte rendu de la réunion du 2 février qui traitait de la prise en charge médicale et sociale. Il rappelle que la séance d'aujourd'hui est consacrée aux problématiques du logement et du travail.

II- Méthode de travail

Trois groupes de travail de 8 personnes.
Présentation des travaux en plénière.

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

De façon générale, les participants expriment leur difficulté à proposer des solutions efficaces tant les deux problématiques sont complexes.

Logement

Des besoins importants en matière de logement

Le groupe estime qu'on manque singulièrement dans ce département de solutions alternatives pour l'accompagnement des personnes. Sur le logement par exemple, il n'y a qu'une résidence accueil dans le département (plus de 10 personnes en attente) et l'expérimentation « Un logement d'abord » est saturée. « *On devrait être en capacité de proposer un choix large, adapté aux personnes que l'on souhaite accompagner.*

Sur les SAVS, SAMSAH, il y a 40 personnes en attente. La file active des CMP est de 5500. Quand on regarde les documents qui sortent au niveau régional, on a l'impression qu'on est mieux doté qu'ailleurs. Mais ce n'est pas vrai ! Le constat, c'est quand vous avez besoin de d'une AVS, vous avez 70 personnes en liste d'attente ».

Le besoin d'une offre de logement diversifiée

Le groupe estime que l'on est encore sur une vision trop monolithique de la situation. « *Schématiquement, si on parvient à mettre quelqu'un dans un logement, c'est merveilleux, on repassera dans 5 ans. Or, la caractéristique des troubles psychiques, c'est l'extrême variabilité de l'état de la personne. Il faut que les solutions de logement soient multiples et diverses pour s'ajuster en permanences et dans un parcours d'habitats adaptés à la situation d'évolution de la personne (comme des sas de passages, ...)* ». Se pose aussi le problème de l'acceptation par les voisins. Le groupe propose de mettre en avant les expérimentations dans le domaine du logement et du travail. Par exemple, le protocole « *Housing first* ». Il s'agit d'un service expérimental mis en place depuis 2019 dans le 05, cofinancé par l'ARS et la cohésion sociale. Il a pour mission de loger trente personnes sans solution de logement sortant d'incarcération ou d'hospitalisation longue, en « errance » depuis des années, présentant des troubles psychiatriques avérés. Ces personnes sont installées dans des logements loués dans le parc public et privé. On accompagne ces personnes sur le principe du rétablissement, c'est à dire les accompagner à se réapproprier leurs propres choix de vie, de soins avec une équipe composée des deux infirmier(e)s, deux éducatrices spécialisées, un travailleur de santé, une gestionnaire de cas. C'est la déclinaison à l'échelle de petites agglomérations du projet « *un chez soi d'abord* » qui a été lancé dans des grandes agglomérations comme Lille, Marseille.

La coordination

Pour le groupe, il faut certes accompagner, mais la question de la coordination est centrale. « Les CMP savent faire ça mais après on ne sait plus et on n'est plus coordonné avec ce qui peut se faire à d'autres niveaux ». L'accompagnement par une équipe de coordination apparaît comme un point essentiel dans la réussite du projet de la personne.

Travail

Les membres du groupe affirment rencontrer de grandes difficultés pour en parler car ils manquent peut-être de connaissance ou d'arguments ou simplement les dispositifs manquent-ils ?

Le groupe rappelle la loi en vigueur qui stipule que chaque entreprise d'au moins 20 salariés doit employer des personnes handicapées à hauteur de 6 % de son effectif. L'entreprise ne remplissant pas cette obligation d'emploi doit verser une contribution financière à l'Agefiph. Souvent les entreprises préfèrent s'acquitter de cette « taxe » plutôt que d'embaucher une personne avec un handicap.

« Or, une personne handicapée n'est pas nécessairement improductive. Elle peut être aussi un levier de management intéressant en termes de mobilisation des équipes dans l'entreprise. Les gens sont à la recherche de garanties. Tout le monde est un frileux, que ce soient les logeurs ou les employeurs. Ils veulent pouvoir arrêter l'expérience d'un moment à l'autre ».

Les solutions proposées sont de dédramatiser l'embauche, et de mettre des garanties en place pour aider l'employeur à gérer le salarié handicapé. Donc, accompagner et donner des garanties à l'employeur : Une action proposée est de mettre en place un contact avec les entreprises, notamment privées, pour les accompagner et leur proposer de l'aide à moyen et long terme : « on sera à côté de vous, vous pouvez nous appeler quand vous voulez ».

Problèmes et besoins identifiés	Commentaires	Pistes d'actions
<p>Logements</p> <ul style="list-style-type: none"> - nombre de logements sociaux très insuffisant. - Il manque un inventaire de l'existant. - non acceptation des voisins d'une personne avec problème de santé mentale. - dispositifs ou structures type ESAT, de résidence d'accueil ou de CHRS... qui ne répondent pas à la demande d'inclusion en milieu ordinaire. - Logements prévus au départ pour des personnes avec problème de santé mentale sont attribués à 	<p>L'importance de la coordination est mise en avant.</p> <p>Exemple d'expérimentations faites dans le 05 avec 30 résidents accompagnés par une équipe pluridisciplinaire : Educ spé, psychologue...etc.</p> <p>Ils proposent notamment la poursuite de l'accompagnement éducatif et des habitats spécifiques adaptés aux personnes.</p>	<p>1-prévoir des logements inclusifs.</p> <p>2-garanties pour les bailleurs.</p> <p>3-mettre en place une structure de « coordination logement »</p> <p>4-campagnes de communication régulières pour faire mieux connaître les différents dispositifs existants à l'ensemble des partenaires.</p> <p>5-prolonger la durée de PEC des SAVS et SAMSA.</p> <p>6-mettre en place des expérimentations de type « housing first ».</p>

<p>des personnes avec handicap physique.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de formation des thérapeutes. 		<p>7-mise en place ou conventionnement avec une agence immobilière à caractère social.</p> <p>8-Création d'hébergements médico-sociaux spécifiques pour les troubles psychiques.</p>
<p>Travail</p> <ul style="list-style-type: none"> - grandes difficultés pour en parler - le système de financement des dispositifs avec effets paradoxal: les dotations diminuent si le nombre de personnes réussissant augmente. - limitation par la DDIRECT du nombre de stage d'immersion des personnes handicapées au sein des entreprises. - Les changements perpétuels concernant les contrats aidés et les conditions imposées. - Le groupe propose une expérimentation suite à ce PTSM comme celle proposées dans le 05. - Manque de garanties pour les employeurs - Problème des contrats aidés quand on habite pas dans une zone prioritaire 	<p>Il faut aussi prendre en compte le fait qu'entre le moment où la personne sort de l'hôpital après une crise et le moment où elle pourra trouver un poste même à temps partiel, il y a une marche qui est un peu haute.</p> <p>C'est un problème car aujourd'hui, pour bénéficier d'un contrat aider, il faut être handicapé mais surtout habité dans une zone « franche » ou être au chômage longue durée.</p>	<p>1-Monter une Task Force sur sa sensibilisation des entreprises au handicap.</p> <p>2-Développer le travail protégé,</p> <p>3-Développer le travail inclusif</p> <p>4-accompagner les entreprises pour le recrutement et le suivi des salariés avec troubles psychiques</p> <p>5- mise en place d'un accompagnement type <i>working first</i>.</p> <p>6-Créer un système de mentorat avec des collègues qui se sentent valorisés parce qu'ils accompagnent une personne handicapée.</p> <p>7-Développer les stages thérapeutiques non rémunéré chez l'employeur qu'il serait intéressant d'articuler avec les autres dispositifs.</p> <p>8-Faire en sorte que le système « working first » puisse essaimer dans les structures d'insertions par l'activité économique (ESAT,...) pour faire un effet de levier.</p> <p>9-Créer des SAVP (service d'accompagnement à la vie professionnel) pour sécuriser les employeurs et pérenniser les sorties dans le milieu ordinaire.</p>

III- Synthèse

L'expérimentation comme solution pour diminuer la complexité de ces problèmes.

Pour le groupe, la solution aux problèmes passe par des expérimentations comme Housing First et Working first.

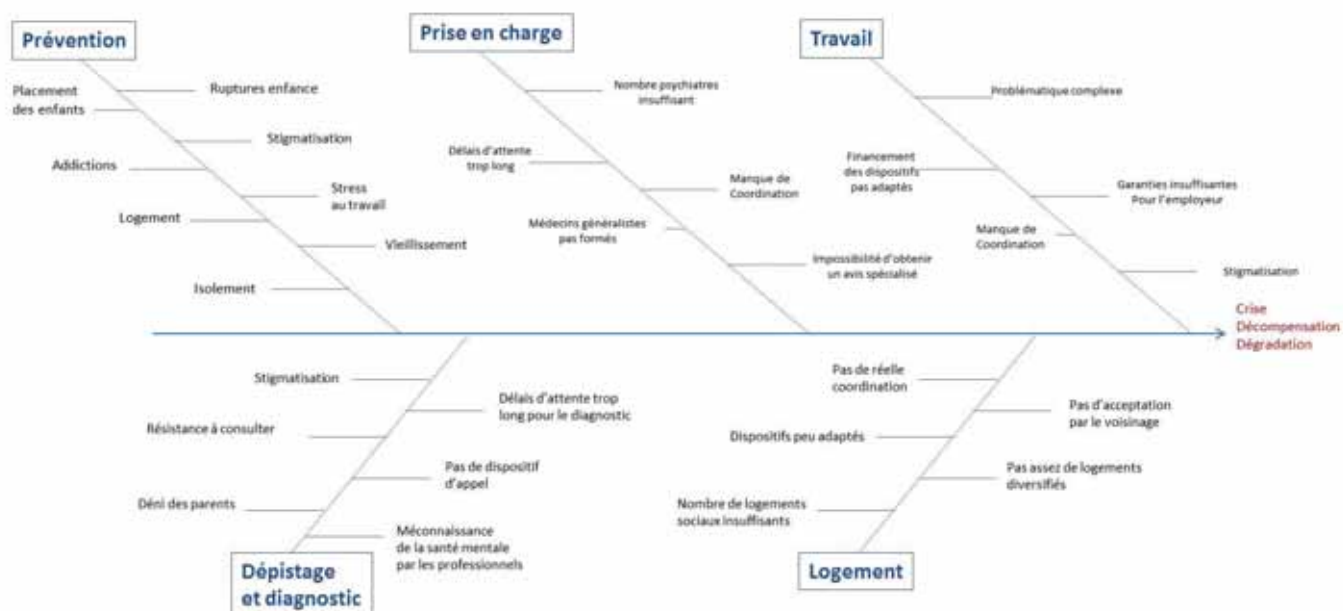
« Le PTSM est conçu sur une période de 5 ans. C'est tout à fait propice à l'expérimentation. Il faut néanmoins bien définir ce qu'on entend par expérimentation, évaluer nos besoins dans ce domaine et pourquoi faire ».

« Les actions comme « housing first » et « working first » montre que l'expérimentation a permis d'atteindre des résultats que le commun des mortels n'aurait jamais imaginé ».

Il conviendrait donc que le département se dote les moyens nécessaires pour initier ses propres expérimentations et/ou augmenter sa capacité à participer aux protocoles régionaux et nationaux.

Il faut aussi garder en mémoire la spécificité du 04 (faible densité, distances, éloignement). Il a également été souligné la nécessité de faire valoir les particularités territoriales (isolement, distances, engendrant des inégalités d'accès aux soins).

Diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet)



IV- Documents complémentaires :

- Sur le logement et la santé mentale

<https://www.paca.ars.sante.fr/logement-et-sante-mentale?parent=12647>

- Sur le « working first » **nouveau programme d'accès et de maintien à l'emploi.**

<https://workingfirst.fr/dispositif-working-first/>

Projet Territorial de Santé Mentale 04

Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 29 Octobre 2020

I – Préambule

- En préambule, Christian Pradier demande si les participants ont des questions à poser et/ou ont des modifications à apporter sur le compte rendu de la réunion du 9 septembre qui traitait du logement et de l'insertion professionnelle. Il rappelle que la séance d'aujourd'hui est consacrée aux droits des usagers.

II- Méthode de travail

- Dans contexte de l'épidémie de COVID 19, la réunion est restreinte à une dizaine personnes avec port du masque et distanciation physique (une personne par table, tables distantes de 1 mètre). La méthode d'animation utilisée est celle du brainstorming.

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

Définir ce que sont les droits des usagers

Qu'appelle-t-on les droits des usagers ? Est-ce le droit de parler ? Le droit d'être soigné ou de ne pas être soigné ? Quels sont les conditions d'exercices de ces droits ? Les conditions pour pouvoir les appliquer (quels sont les protocoles dans les CMP pour que la personne puisse être pleinement actrice de son dossier de soin et de son parcours par exemple) ? Quelle place on donne à la personne atteinte d'un handicap ?

Le droit à la parole

« Je suis contre ce qui descend directement d'en haut et donc plus on implique les soignants et les usagers et plus on aura une meilleure qualité des soins car elle sera adaptée aux besoins. On est trop confronté à ce jacobinisme français qui nous dit ce qui nous faut faire. Les usagers vivent au quotidien leurs pathologies. Ils ne sont pas assez écoutés ».

Le premier des droits serait donc le droit à la parole. Il faut écouter. Mais il peut y avoir des difficultés de trouver des usagers qui aient envie de participer, de parler.

Les associations de représentants des usagers accueillent les personnes et font un travail dans la durée qui peut permettre d'amener les personnes à plus se confier. Cependant, il semble exister une méconnaissance de ces structures par les usagers. Il faudrait soutenir ce qui existe déjà et améliorer la diffusion cette information (« communiquer sur ce qui existe déjà »).

Le droit des usagers passe par un travail sur les représentations

A partir du moment où on donne à la personne une ouverture bienveillante, non stigmatisante, pour pouvoir s'exprimer, alors la participation devient possible.

Mettre un contexte favorable à l'application de ces droits passe aussi par l'entourage (professionnels soignants, travailleurs sociaux, ...). Il faudrait que l'utilisateur soit acteur mais aussi décideur par rapport à sa santé. Souvent, ce n'est pas le cas parce que l'information ne lui a pas été donnée. Pour certains professionnels c'est encore impensable qu'une personne souffrant de troubles psychiques puisse être actrice de sa propre santé. Le droit à l'indifférence, à l'anonymat, c'est-à-dire d'être traité comme tout un chacun (ce qui témoignerait d'une insertion réussie).

Il existe des formations pour apprendre aux professionnels de santé à laisser une place à la personne, « non pas en la mettant au centre, mais en l'invitant tout simplement à la table, pour

faire partie du groupe ». Il faut travailler sur les représentations des professionnels et aussi sur les pratiques.

D'autres intervenants (comme les policiers, travailleurs de rue,...) pourraient aussi bénéficier de ces formations.

Droits des usagers : La corrélation entre les besoins identifiés par les professionnels et les besoins identifiés par la personne elle-même et des moyens dont on dispose pour y répondre

L'exemple d'une action menée par le CLSM de Digne est présenté. Dans le cas de situations complexes, un groupe de travail avait l'habitude de faire des recommandations mais la personne concernée n'était pas partie prenante. Elle n'était pas impliquée ce qui engendrait des réponses peu adaptées. Un changement de paradigme a été fait et il a été décidé de travailler avec la personne, en lui donnant la possibilité d'être dans le groupe de travail. Donc, on donne l'opportunité à la personne de se saisir de ce droit d'être acteur.

Il est important de souligner que ce genre de dispositif travaille en amont de la crise, en dehors des situations d'urgences, donc en prévention et dans l'anticipation des ruptures.

On peut imaginer que cette expérience soit évaluée pour voir comment elle pourrait être déployée sur l'ensemble du département (tester le dispositif et apprendre des résultats)

Les droits et le rôle de l'entourage

Une BD fait par un CLSM présente les conduites à tenir devant différents types de situations impliquant des personnes atteintes de troubles de la santé mentale.

La difficulté d'intégrer les patients dans des groupes de discussion est évoquée quand certains ne respectent pas les règles de la communication ou ont des comportements inadaptés pendant les séances (dénî, agressivité, ...). L'utilisateur en tant qu'aidant et proche ne doit pas être oublié.

Le risque des campagnes de sensibilisation : aggraver les discriminations ?

Exemple de l'article de La Provence : pleine page sur la santé mentale avec présentation d'associations et de témoignages de patients, qui semble avoir eu un effet très positif.

Mais la question d'un effet paradoxal des campagnes de sensibilisation qui pourrait augmenter les discriminations est discutée. Exemple est donné de certains programmes de lutte contre les produits stupéfiants qui ont produits des effets inverses à ceux recherchés.

Tutelles et curatelles

Les gens ne savent pas ce que c'est. Il y a un réel besoin d'échanges et d'un éclairage sur les champs d'intervention de chacun. Cela permettrait de mieux répondre à certaines situations gravissimes. C'est une thématique très compliquée. Les dispositifs favorisant « le travailler ensemble » avec le partage des connaissances et des expériences, comme le CLSM de Digne, sont probablement une bonne réponse pour résoudre les problèmes identifiés. Il faudrait néanmoins que ce type de dispositif agisse sur l'ensemble du département.

Les maisons de santé et les CPTS sont évoquées, qui pourraient peut-être apporter aussi du soutien à l'échelle de territoires.

Autres :

Au cours de la réunion, le renforcement des CMP avec des effectifs d'IPA est réitéré.

III- Travail sur la vision

Quelques éléments de la discussion :

- La santé mentale fait partie de la vie.
- le regard doit être bienveillant quel que soit l'état de la santé mentale.
- Il faudrait avoir les outils pour la gérer quand ça ne va pas.
- Il faudrait une bonne santé mentale pour tous (sans que ce soit une injonction).
- Une société inclusive.

Finalement, la discussion aboutit à une vision formulée ainsi : « *Soyons fou, chacun à sa place !* ».

IV- Synthèse

La question des droits des usagers est aujourd'hui plus que jamais essentielle.

Les pistes d'actions sont :

- Communiquer sur les associations d'usagers qui existent déjà
- Evaluer le dispositif mis en place par le CLSM de Digne dans le but de pouvoir le déployer sur l'ensemble du département
- Développer des formations pour les professionnels de santé, du médico-social, du social et autres intervenants sur les représentations en santé mentale.

IV- Documents complémentaires :

Extrait du plan de santé mentale du Québec 2015-2020

La lutte contre la stigmatisation et la discrimination au sujet de la maladie mentale.

Toutes les maladies mentales s'accompagnent d'une stigmatisation, bien que celle-ci soit plus marquée concernant certains diagnostics ou lorsque le comportement adopté par la personne atteinte diffère de ce qui est reconnu comme étant la norme. La souffrance occasionnée par la stigmatisation peut être plus grande que celle causée par les symptômes de la maladie. La stigmatisation peut prendre de nombreuses formes : la stigmatisation sociale, la stigmatisation par association, l'auto-stigmatisation et la stigmatisation structurelle. Certaines personnes doivent composer avec une double ou une multiple stigmatisation en raison de leur appartenance à une minorité (minorité culturelle ou religieuse, minorité sexuelle, etc.), d'un autre état, trouble ou affection (déficience physique ou intellectuelle, VIH-SIDA, etc.) ou de troubles concomitants alcoolisme, toxicomanie, dépendance, etc.), du fait qu'elles soient judiciairisées, en situation d'itinérance ou de pauvreté. Dans le réseau de la santé et des services sociaux, la stigmatisation peut prendre la forme de préjugés, de propos et de comportements discriminatoires ou de contraintes d'accès aux services. Une expérience de stigmatisation dans le système de santé et de services sociaux peut avoir un impact négatif sur la disposition future de la personne à se rendre à l'hôpital ou à faire appel à d'autres organismes en cas de besoin, à consentir à des traitements ou à des services. Le programme Pairs Aidants Réseau constitue le premier programme de pairs aidants de la francophonie. Le pair aidant est une personne qui présente ou qui a présenté un trouble mental et dont les aptitudes personnelles, professionnelles et la formation de pair aidant en font un modèle de rétablissement positif pour l'équipe soignante et pour les personnes utilisatrices de services. Ce dernier intègre son milieu de travail à titre de membre du personnel. Il représente une source d'espoir et de reprise du pouvoir d'agir, procure entre autres un soutien social en brisant l'isolement, fait bénéficier la personne utilisatrice de services d'une reconnaissance de son vécu, participe à la réduction des hospitalisations, facilite le maintien de la personne dans la communauté tout en rehaussant la qualité des services offerts. De plus, l'implication d'un pair aidant dans la formation des professionnels de la santé

et des services sociaux ainsi que dans les activités de recherche joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité des soins et des services.

LA PRIMAUTE DE LA PERSONNE DANS LA PRESTATION DES SERVICES

La personne en tant qu'actrice principale des soins et des services la concernant : l'implantation et le maintien de soins axés sur le rétablissement

La prestation de soins et de services orientés vers le rétablissement a pour préalable la reconnaissance de la personne utilisatrice de services et des membres de son entourage en tant que membres à part entière de l'équipe de soins. Comme le rétablissement se nourrit grandement d'espoir, la personne doit être soutenue dans le renforcement de ses aptitudes, dans la réalisation de ses objectifs ou des projets qu'elle aura elle-même déterminés. Loin de mettre de côté l'avis professionnel, la prestation de soins et de services orientés vers le rétablissement sensibilise les acteurs concernés au risque de sous-estimer le potentiel des personnes utilisatrices de services. Ces acteurs ont pour rôle d'encourager ces personnes à profiter des occasions de changement et de croissance, à prendre conscience de leurs responsabilités et à déterminer les risques qu'elles sont prêtes à prendre. Les membres de l'entourage d'une personne qui souffre d'une maladie mentale vivent un degré de détresse psychologique plus élevé que celui de la population générale. Ils ont de nombreux besoins qui doivent être reconnus, notamment en matière d'information sur les maladies mentales, sur les services disponibles, sur le soutien qu'ils peuvent obtenir (interventions psychosociales, activités d'information, formation, accompagnement, groupes d'entraide, mesures de répit-dépannage, etc.) et sur les stratégies à adopter afin de faire face à cette nouvelle réalité

Reconnaître, favoriser et soutenir l'implication des membres de l'entourage

Encore aujourd'hui et malgré la reconnaissance de l'importance de leur rôle, des membres de l'entourage des personnes atteintes d'un trouble mental n'ont pas le sentiment de participer à la mesure des responsabilités qu'ils assument. Dans l'exercice de leur rôle d'accompagnateur, des proches sont maintenus à distance de l'équipe soignante ou des intervenants, ce qui rend difficile la transmission d'information ou d'observations pouvant être utiles à l'évaluation de l'état clinique de la personne qui reçoit des soins. Il semble que certains intervenants refusent d'écouter les membres de l'entourage, un comportement qu'ils justifient par le respect de la confidentialité. Pourtant, l'écoute ne brime en rien les droits de la personne utilisatrice de services. De plus, le Code de déontologie des médecins du Québec, comme celui d'autres professionnels de la santé, fait état de l'obligation qu'ont ces derniers de collaborer avec les proches du patient ou avec toute autre personne qui montre un intérêt significatif pour celui-ci. L'implication de membres de l'entourage contribue à une diminution de la détresse psychologique de ceux-ci tout en réduisant le nombre de rechutes chez la personne atteinte de maladie mentale. Cette implication doit être promue et favorisée dans les établissements responsables d'offrir des soins et des services en santé mentale. À cette fin, les intervenants doivent être sensibilisés à l'importance de la contribution des membres de l'entourage et informés sur les différentes façons de favoriser et de soutenir leur implication, tout en respectant la volonté exprimée par la personne qui reçoit des soins.

Annexe 7 : Références et supports utilisés lors des travaux de groupe

Placement des enfants :

- https://www.onpe.gouv.fr/system/files/publication/20150710_af_web_0.pdf

Réductions des risques :

- <https://www.grea.ch/sites/default/files/Alochoix.pdf>

Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Institut Montaigne. ÉTUDE - Octobre 2014

Rapport 2012, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie « Promouvoir la continuité des parcours de vie : d'une responsabilité collective à un engagement partagé » (Extrait)

Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux.

- Rapport méthodologique d'élaboration
- https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

Le logement et la santé mentale

- <https://www.paca.ars.sante.fr/logement-et-sante-mentale?parent=12647>

Le « working first » nouveau programme d'accès et de maintien à l'emploi.

- <https://workingfirst.fr/dispositif-working-first/>

16/11/20



La mission

Objet de la contribution	Prestations	Livrables attendus	Période de réalisation
Accompagner le Collectif local dans sa démarche d'établissement d'un projet territorial de santé mentale	Construire avec le collectif de pilotage une feuille de route sur un thème phare (ex: partage)	Établissement d'un document cadre définissant les axes de la démarche	juin 2019
	Assurer le contact pour le projet territorial de santé mentale	Mise à jour des contacts, besoins de réunions avec les acteurs concernés et de construction de la feuille de route de la démarche participative	Tout au long de la démarche d'établissement du PTSM
	Faciliter l'accès de l'accompagnement de la phase de mise en œuvre régulière au collectif de pilotage du projet territorial de santé mentale et à l'Agence régionale de santé	Mise à jour et présentation de l'état d'avancement de la phase de mise en œuvre régulière	Tout au long de la démarche d'établissement du PTSM
	Établir le diagnostic territorial partagé en santé mentale	Formalisation d'un document identifiant les besoins, d'un inventaire et de l'accompagnement au changement à mettre en œuvre au sein du projet territorial de santé mentale	au plus tard au 31 décembre 2019
	Mettre en œuvre le projet territorial de santé mentale	Mise à jour d'un document synthétique des actions prévues et des actions effectuées par les acteurs	au plus tard au 31 mai 2020

1

Annexe 8 : Liste des figures, tableaux, graphes et cartes

- Figure 1** La promotion de la santé dans le continuum d'intervention
- Figure 2** Diagramme de Stacey : un outil indispensable pour étudier et comprendre la complexité des problématiques de santé publique
- Figure 3** Diagramme d'Ishikawa (a) Cet outil permet de décrire les effets multifactoriels à l'origine du dysfonctionnement d'une approche traditionnelle dans un domaine précis. Les causes peuvent être hiérarchisées entre elles. (b) Diagramme d'Ishikawa adapté aux problématiques de santé mentale.
- Figure 4** Parcours de vie et milieux de vie
- Figure 5** Schéma de l'offre de soins, du médico-social, du social et de l'entraide dans les Alpes-De-Haute-Provence (non-exhaustif)
- Figure 6** Problèmes et besoins relevés par le groupe en matière de santé mentale
-
- Tableau 1** L'approche populationnelle : une nouvelle façon de voir et d'agir en santé
- Tableau 2** Acteurs conviés pour l'élaboration du PTSM 04
- Tableau 3** Calendrier des réunions d'élaboration du PTSM
- Tableau 4** Quelques indicateurs clés sur la population du département
-
- Graphe 1** Distribution de la population par tranche d'âge en 2013
- Graphe 2** Prévalence des personnes atteintes par un trouble mental
-
- Carte 1** Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure
- Carte 2** Part des élèves vivants dans une famille monoparentale en 2013 (%)
- Carte 3** Part des élèves entrant en 6ème avec au moins un an de retard, à la rentrée 2015 (%)

Annexe 9 : Avis CTS et avis CLSM

 <p>Service démocratie sanitaire</p> <p>Affaire suivie par : Christine PORTIER Courriel : ars-paca-d04-conseil-territorial-sante@ars.sante.fr Téléphone : 04 13 55 88 26</p>	
	<p align="center">Délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'agence régionale de santé Paca</p>
	<p align="center">Digne les Bains, le 16 décembre 2020.</p>
<p align="center">Avis du conseil territorial de santé des Alpes-de-Haute-Provence sur : le projet territorial de santé mentale (PTSM)</p>	
<p>Destinataires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - membres titulaires et suppléants du Conseil Territorial de Santé (CTS) - président de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Paca - directeur général de l'agence régionale de santé Paca (direction des politiques régionales de santé - département Parcours, territoires et démocratie en santé) <p>Pour information : avis public.</p>	

Références :

- code de la santé publique :
 - partie législative : articles L3221-1 à L3221-6
 - partie réglementaire : articles R3224-1 à R3224-10
- instruction du 5 juin 2018 sur les PTSM.

VU le projet territorial de santé mentale (PTSM) ;

Vu l'avis de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé (CTS) du 1^{er} décembre 2020 ;

Vu l'avis du conseil local de santé mentale de la commune de Digne les Bains du 8 décembre 2020 ;

VU l'ensemble des contributions des membres du CTS ;

Contexte

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) : un projet d'animation territoriale.

La loi de modernisation de notre système de santé a modifié l'animation territoriale de la politique publique en santé mentale.

Elle est conçue comme une action globale qui comprend des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale où tous les acteurs sont associés (y compris ceux du logement, de l'hébergement et de l'insertion).

Elle repose sur l'élaboration d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), dont l'objet est défini par l'article L3221-2 du code de la santé publique :

« Un projet territorial de santé mentale, dont l'objet est l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture, est élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées. »

L'objectif du PTSM est donc de **mieux répondre aux besoins des usagers en santé mentale** en travaillant sur 6 priorités définies par le décret du 27 juillet 2017.

Elles sont déclinées selon les besoins et aspirations des personnes dans le cadre de leur parcours et sont les suivantes :

1. **Le repérage précoce des troubles psychiques**, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements, conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles.
2. **Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture**, notamment pour les personnes souffrant de troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.
3. **L'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins.**
4. **La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.**
5. **Le respect et la promotion des droits des personnes** présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir, ainsi que la lutte contre la stigmatisation de ces troubles.
6. **L'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.**

La commission spécialisée en santé mentale du (CSSM du CTS), présidée par Christian CARMARAN, a fusionné avec un collectif d'acteurs constitué par la délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'ARS Paca (DD 04 ARS Paca). Ce collectif composé de 53 personnes a eu pour principale mission l'élaboration du PTSM.

Avec l'appui de la DD 04 ARS Paca, le consultant chargé d'accompagner ce collectif était le Professeur Christian PRADIER, chef de service du département de santé publique du CHU de Nice. Pour la réalisation de cette mission, il a été assisté de M Mohamed GUENNOUN, président de l'Association Autisme Apprendre Autrement (3A).

Ce collectif d'acteurs s'est réuni entre le 20 juin 2019 et le 12 novembre 2020 à 8 reprises.

Le 20 novembre 2020, le PTSM a été remis à la DD 04 ARS Paca.

Ce projet est composé :

- d'un diagnostic territorial partagé
- et de fiches action.

La CSSM, en tant que formation du CTS, a participé à son écriture et a émis un avis sur ce projet.

Suite à la crise sanitaire liée à la COVID 19, la date limite de transmission du PTSM au DGARS initialement prévu le 28 juillet 2020 a été reportée au 31 décembre 2020.

Il se traduira par un contrat territorial de santé mentale signé avec le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (A.R.S).

C'est donc dans ce contexte que se réunit le CTS, amené à rendre son avis sur le PTSM, avant sa transmission au DGARS.

Observations préalables

Le CTS des Alpes-de-Haute-Provence souligne que le projet territorial de santé mentale (PTSM) répond aux besoins identifiés dans le département des Alpes-de-Haute-Provence par la présentation de fiches actions adaptées au territoire.

Le projet territorial de santé mentale, présenté en assemblée plénière, intégrera les avis et contributions émises par les membres du CTS ; à savoir :

- l'avis de la commission spécialisée en santé mentale du conseil territorial de santé du 1^{er} décembre 2020,
- l'avis du conseil local de santé mentale de la commune de Digne les Bains du 8 décembre 2020 (annexe 5),
- la contribution du Dr Pierre-François CHEVALLIER, représentant de l'Union Régionale des Professionnels de Santé – URPS médecins libéraux et vice président du CTS,
- la contribution de Mme Anne BERNIE, directrice de la Caisse primaire d'assurance maladie
- et la contribution de Mme Françoise BARRE, représentante de la mutualité française (annexes 2 – 3 et 4).

Le PTSM ainsi complété constituera la version finale communiquée au directeur général de l'ARS Paca.

En conclusion :

Le conseil territorial de santé des Alpes-de-Haute-Provence émet
un avis FAVORABLE
sur le projet territorial de santé mentale

Digne-les-Bains, le 9^{er} DEC 2020

La présidente
du conseil territorial de santé
des Alpes-de-Haute-Provence

Patricia GRANET BRUNELLO

 <p>Conseil Territorial de Santé Alpes de Haute-Provence</p> <p>Service démocratie sanitaire</p> <p>Affaire suivie par : Christine PORTIER Courriel : ars-paca-dt04-conseil-territorial-sante@ars.sante.fr</p> <p>Téléphone : 04 13 55 88 26</p>	<p align="center">Délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'agence régionale de santé Paca</p> <p align="right">Annexe 1</p>
<p align="center">Liste de la composition du conseil territorial de santé des Alpes-de-Haute-Provence du jeudi 10 décembre 2020</p>	

- Mme Patricia GRANET BRUNELLO – présidente du CTS - maire de Digne-les-Bains ;
- Dr Pierre-François CHEVALLIER – vice président du CTS - URPS médecins libéraux.

Membres titulaires présents

1. Collège des professionnels et offreurs des services de santé :

- M. Franck POUJILLY, Fédération Hospitalière de France (FHF), directeur des établissements publics de santé (EPS) de Digne-les-Bains, Manosque, Banon, Castellane, Forcalquier, Riez et Seyne Les Alpes et des EHPAD de Puimoisson, Thoard et Valensole ;
- Mme Alexandra BASQUEZ, FHF, directrice adjointe du centre hospitalier (CH) de Digne-les-Bains ;
- M. Jean-Pierre FAURAND, secrétaire général du Centre interrégional d'études, d'actions et d'informations en faveur des personnes en situation de vulnérabilité Paca et Corse (CREAI Paca et Corse) ;
- M. Yves DURBEC, directeur du comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-de-Haute-Provence (CODES 04) ;
- Mme Bénédicte MARTIN DUBOYS, URPS orthophoniste ;
- Mme Nathalie BLANC, Fédération Française des Maisons et Pôles de Santé Paca (FEMAS), infirmière coordonnatrice à la maison de santé pluridisciplinaire de Castellane ;

2. Collège des usagers et associations d'usagers œuvrant dans les domaines de compétence de l'agence régionale de santé :

- M. Henri MARCONCINI, Association des Paralysés de France (APF) France handicap ;
- Mme Mireille QUADRIO, Fédération Nationale des Associations de Retraités (FNAR) ;
- M. Christian CARMARAN, union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;

3. Collège des collectivités territoriales ou de leurs groupements, du territoire de démocratie sanitaire concerné :

- Mme Roselyne GIAI-GIANETTI, conseillère régionale ;

4. Collège des représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale :

- Mme Anne BERNIÉ, directrice de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-de-Haute-Provence (CPAM 04) ;
- Mme Sophie LAMBERT, administratrice de la mutualité sociale agricole (MSA) Alpes-Vaucluse ;

5. Personnalités qualifiées :

- M. Serge BRANDINELLI, pharmacien ;

Membres suppléants présents :

- Mme Tania JEAN, FEHAP, directrice du SSIAD du Sisteronnais ;
- Mme Chantal GAY, URPS infirmière ;
- Mme Muriel ROCHAS, union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM 04) ;
- Mme Chantal MARCONCINI, Union nationale des associations familiales (UNAF) ;
- M. Franck LACOSTE, directeur des services du cabinet – Préfecture

Membres titulaires excusés :

- Mme Corinne FAU, Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), directrice du centre de rééducation fonctionnelle « L'eau vive » ;
- Docteur Didier DESMETTRE, FHP, président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) de la clinique Jean Giono ;
- Docteur Abder ASRI, FHF, président de la CME du centre hospitalier intercommunal de Manosque ;
- Docteur Yann COULON, FHF, président de la CME du CH de Digne-les-Bains ;
- Mme Emmanuelle LACOUR, Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP), directrice de l'EHPAD « Notre dame du bourg » ;
- M. Denis LABARRE, Union Régionale Interfédérale des Œuvres et Organismes Privés non lucratif Sanitaires et Sociaux (URIOPSS), directeur du pôle offre de services adultes 04 et 05 de l'APF France handicap ;
- Mme Françoise BARRE, secrétaire départementale de la mutualité française Paca ;
- M. Rodolphe BIZET, URPS, masseur-kinésithérapeute ;
- M. Emmanuel CHAROT, vice-président de l'UNAPEI Alpes - Provence (Union Nationale d'associations de parents et amis de personnes handicapées mentales) ;
- M. Christian LECAILLE, France Rein Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse (Pacac) ;
- M. Laurent QUARANTA, Association des Paralysés de France (APF) France handicap ;
- Mme Geneviève PRIMITERRA, 3^{ème} vice-présidente du Conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence, déléguée aux ressources humaines, à l'enfance, famille et actions de santé publique, administration générale et patrimoine ;
- Docteur Beatrix FRANCOIS, médecin coordonnateur du service de la protection maternelle et infantile (PMI), Conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence ;

Membres suppléants excusés :

- Mme Hélène BRUN, FHF, directrice de l'EHPAD « Lou cigalou » des Mées ;
- M. Jacques BOUCRAUT, délégué départemental SYNERPA 04 ;

Intervenants :

- Professeur Christian PRADIER, Chef du service santé publique au CHU de Nice et consultant du PTSM
- Mme Sonia CHARAPOFF, coordonnatrice du conseil local de santé mentale (CLSM) de la commune de Digne les Bains.

Représentantes de l'agence régionale de santé Paca :

- Mme Anne HUBERT, déléguée départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'ARS Paca ;
- Mme Christine PORTIER, responsable démocratie sanitaire - délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'ARS Paca ;
- Mme Magali BOUDOUX, responsable du département parcours, territoires et démocratie en santé - direction des politiques régionales de santé de l'ARS Paca ;
- Mme Mariam KONE, cheffe de projets parcours et territoires - direction des politiques régionales de santé de l'ARS Paca.

 <p>Conseil Territorial de Santé Alpes de Haute-Provence</p> <p>Service démocratie sanitaire</p> <p>Affaire suivie par : Christine PORTIER Courriel : ars-paca-d04-conseil-territorial-sante@ars.sante.fr Téléphone : 04 13 55 88 26</p>	<p align="center">Délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'agence régionale de santé Paca</p> <p align="right">Annexe 2</p>
<p align="center">OBSERVATIONS et PROPOSITIONS Du CONSEIL TERRITORIAL DE SANTE DU JEUDI 10 DECEMBRE 2020</p>	

1. Le CTS propose d'élaborer un tableau synthétique permettant de rendre plus lisible les fiches actions et les objectifs et les fiches actions qui y sont rattachées.
2. Le CTS propose de compléter la fiche action n°11 concernant l'amélioration de l'accès au logement pour y intégrer la diminution des séjours longs en psychiatrie et favoriser les solutions de transfert vers le secteur médico social (fiche n°11 modifiée - annexe 3).
3. Le CTS est favorable à l'introduction d'une nouvelle fiche concernant l'adaptation du dispositif bâti-mentaire de psychiatrie à l'évolution des besoins de la population (fiche action jointe en annexe 4)
4. Le CTS demande que figurent dans le PTSM la liste exhaustive :
 - des acteurs, de leur fonction et des instances qu'ils représentent
 - des acronymes
 - des représentants des usagers

5. Le CTS propose que l'ARS identifiée comme « porteur » sur 11 fiches actions soit remplacée par la mention « à désigner ».

6. Le CTS met l'accent sur deux points concernant les postes de psychiatres :
- le nombre de postes alloués au département est insuffisant
 - de nombreux postes budgétés ne sont pas pourvus.
- Le CTS souhaite :
- la création de postes de psychiatres pour le secteur psychiatrique dont les CMP et le développement d'une politique de marketing territorial (page 24)
 - le renforcement du lien entre la médecine générale, la psychiatrie, les IDE libérales, les associations d'aide à domicile et les services mandataires pour améliorer la coordination entre les professions concernées par la santé mentale (page 34)

7. Le CTS constate que le schéma présentant l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale des Alpes-de-Haute-Provence présenté en page 27 et annexe 4 contient une liste de structures qui n'est pas exhaustive et dont les capacités sont erronées.
Le CTS souhaite que les corrections nécessaires soient apportées.

8. Le CTS considère que plusieurs thématiques prioritaires telles que le travail, le logement et le placement des enfants n'ont pas fait l'objet d'une approche suffisamment approfondie et souhaite que ces sujets soit abordés lors de la mise en œuvre du PTSM afin d'aboutir à de réelles fiches actions.

9. Contribution de l'URPS – médecins généralistes - la formation des médecins libéraux dans le domaine de la psychiatrie
Le diagramme d'Ishikawa (pages 105, 109, 113 et annexe 5 du PTSM) mentionne « médecins généralistes pas formés » en psychiatrie.

A la demande de l'URPS médecins libéraux, pour éviter toute stigmatisation des généralistes, trois propositions documentées sont formulées :

- soutenir la coordination entre professionnels par des systèmes informatiques simples et fiables,
- respecter et promouvoir les chartes de coordination interprofessionnelles existantes en rappelant les dispositions de la loi sur la qualité et le délai d'envoi des lettres de sortie hospitalisation (référéncé : décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016) et délivrer la lettre de liaison à J-0
- aider et soutenir la formation de tous les soignants (y compris du secteur médico social) sur les besoins qu'ils ont identifiés pour prévenir les crises suicidaires.

Les médecins libéraux, médecins des soins primaires, sont des « spécialistes de la dépression » et des troubles anxieux.

Ils savent repérer la plupart du temps et prendre en charge les crises suicidaires lorsque leurs conditions d'exercice le permettent pour édifier et construire la relation d'aide.

Pour la prise en charge des pathologies moins fréquentes comme les schizophrénies ou les trouble bipolaires, l'aide des psychiatres est toujours précieuse et complémentaire.

Quand aux liens avec les CMP, l'URPS médecins libéraux précisent les difficultés de retour des fiches de liaison pour assurer le suivi de leur patient.

Bibliographie du site de l'URPS médecins libéraux :

<https://www.mqfrance.org/publication/communiquypress/232-communiqués-en-commun/2593-pour-mq-france-et-le-syndicat-des-psychiatres-français-la-santé-mentale-est-l-affaire-de-tous-les-soignants>

<https://ecmq.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-dépression-en-MG-2017.pdf>

Schéma de démographie médicale de la région Paca – département des Alpes-de-Haute-Provence (mise à jour 2018) : http://www.urps-mi-paca.org/?page_id=1248

Messageries sécurisées de santé : mode d'emploi : http://www.urps-mi-paca.org/?page_id=2559

Application de l'avenant télémedecine au 15 septembre : http://www.urps-mi-paca.org/?page_id=2564

10. Contribution de la CPAM

La création d'une base de données sur la santé mentale - fiche action n°1

Cette fiche action vise une meilleure connaissance pour une aide à la décision et une évaluation des politiques publiques et des parcours de soins.

Toutefois, il est cité l'objectif de créer un dossier médical patient afin d'améliorer la coordination autour du patient.

Si cet objectif est essentiel, il semble complexe et risqué de tenter de recréer à l'échelle locale un outil qui est visé au niveau national.

Il semblerait plus intéressant, à l'échelle du département, que les acteurs du soin se coordonnent pour utiliser de manière optimisée les outils existants, malgré leurs imperfections : dossier médical partagé, messagerie sécurisée de santé etc.

Cette coordination concrète pourrait être discutée, organisée et promue au sein de l'Espace partagé en santé mentale et des Conseils locaux en santé mentale (fiches actions 2 et 3).

Aussi la base de données pourrait se concentrer sur sa finalité non individuelle.

11. Contribution de la Mutualité Française

La Mutualité Française remercie tous les acteurs du territoire qui se sont mobilisés et impliqués dans ce groupe de travail. Ils ont su diagnostiquer, échanger, élaborer et construire des propositions répondant de la prise en compte des besoins de la santé mentale.

Elle souligne l'apport méthodique du Professeur PRADIER et de M. GUENNOUN au bon travail du groupe et la qualité du rapport final présenté, diagnostic et fiches actions. Il est l'exact reflet de la mise en mots des connaissances de terrain des participants, de leurs questionnements et de leurs réflexions

La Mutualité Française partage l'avis positif émis par la Commission Spécialisée Santé Mentale.

Elle exprime sa volonté de participation à la continuation du groupe pour finaliser et suivre la mise en œuvre des fiches actions retenues. La Mutualité Française sera attentive à ce que les moyens financiers soient engagés pour atteindre les objectifs fixés et qu'au besoin, elle saura le rappeler. La concrétisation des fiches matérialisant la dynamique et récompensant « l'enthousiasme » l'inverse étant susceptible de perte de confiance.

 <p>Conseil Territorial de Santé Alpes de Haute-Provence</p> <p>Service démocratie sanitaire</p> <p>Affaire suivie par : Christine PORTIER Courriel : ars-paca-d04-conseil-territorial-sante@ars.sante.fr</p> <p>Téléphone : 04 13 55 88 26</p>	<p align="center">Délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'agence régionale de santé Paca</p> <p align="right">Annexe 3</p>
--	---

Objectif 8 : Appliquer les programmes innovants destinées aux personnes atteintes de troubles de la santé mentale dans les domaines du logement, du travail et plus généralement de l'insertion sociale.

<p align="center">Fiche action n°11 Etendre le modèle « un chez soi d'abord » - Améliorer l'accès au logement</p>	
<p>Contexte de l'action (local, régional, national)</p>	<p>Département des Alpes de Haute Provence</p>
<p>Situation problématique initiale</p>	<p>De nombreuses études de prévalence des troubles psychiatriques réalisées auprès de personnes sans logement personnel depuis le début des années 1980 confirment la prééminence de la problématique du logement chez les personnes souffrant de troubles mentaux. La littérature scientifique indique que le lien entre troubles psychiatriques et sans- abris est double : les maladies mentales prédisposent les personnes à la vulnérabilité résidentielle, et cette dernière donne lieu à des problèmes de santé mentale.</p> <p>Dans le département, il existe des besoins importants en matière de logement et singulièrement, des manques de solutions alternatives pour l'accompagnement des personnes.</p> <p>Le groupe estime, dans le département, des besoins importants en matière de logement et singulièrement, des manques de solutions alternatives pour l'accompagnement des personnes.</p> <p>Cette problématique est aussi celle rencontrée pour les patients ayant réalisé un séjour prolongé dans une unité de soins psychiatriques et pour lesquels la recherche d'une solution d'aval, à la fois adaptée et pérenne, conditionne grandement les possibilités de sortie du dispositif intra-hospitalier. Dans leur souci de prévention du phénomène de chronicisation des personnes accueillies, les acteurs de la psychiatrie ont à cœur d'œuvrer de concert avec l'ensemble des partenaires du territoire à une amélioration de l'accès au logement et à l'accompagnement des personnes vulnérabilisées par la souffrance psychique, permettant ainsi d'agir favorablement sur la réduction des séjours longs.</p> <p>Le groupe PTSM souligne à nouveau l'importance de la coordination et l'intérêt en des expérimentations dans ce domaine, comme le protocole « un chez soi d'abord ».</p> <p>Le modèle « Un chez-soi d'abord » part du principe que pour « s'en sortir » il faut d'abord un toit qui procure intimité, sécurité et stabilité résidentielle. Cela se traduit par un véritable logement permanent et diffus dans la cité, comme tout un chacun, et non par un hébergement d'urgence ou de plus ou moins long terme dans une institution sociale ou médicosociale. La personne logée est donc suivie par une équipe pluridisciplinaire, composée de psychiatres, travailleurs sociaux, infirmiers et de médiateurs de santé-pairs ayant connu la maladie mentale, l'addiction ou la rue. L'équipe est présente à toutes les étapes du rétablissement.</p>

	<p>En outre la dissémination des éléments du modèle (rétablissement, logement d'abord, RdR) favorisent de nouvelles stratégies d'intervention :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partenariats entre bailleurs et secteurs de psychiatrie, en particulier sous l'égide des conseils locaux de santé mentale - réseaux dits « santé mentale et logement » de la politique de la ville - multiplication de l'auto-support (GEM) - développement de programmes locaux de types Housing First en dehors du cadre expérimental national <p>Il est précisé que ce modèle a été expérimenté avec succès dans le département des Hautes-Alpes.</p>
Porteur	à désigner
Partenaires et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	Continu
Périmètre géographique	Département des Alpes de Haute Provence
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes atteintes de troubles de la santé mentale. Professionnels médicaux et médico-sociaux.
Objectifs généraux	Améliorer l'accès au logement des personnes en situation de souffrance psychique. Agir favorablement sur la réduction des séjours longs en psychiatrie générale.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	Poursuivre et développer les partenariats avec les acteurs sociaux et médico-sociaux du territoire dans un maillage contributif à la fluidité du parcours des personnes en situation de souffrance psychique et à leur réinsertion par le logement. Développer des dispositifs innovants permettant un sas entre l'hospitalisation et l'accès à un logement de « droit commun » dans le diffus.
Logique d'action	Inconditionnalité de l'accès au logement : <ul style="list-style-type: none"> - « l'accueil ne peut être subordonné au suivi d'un traitement ou à l'arrêt de la consommation de substances psychoactives » ; - une durée non limitée du temps d'accompagnement
Moyens à mobiliser	
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier. Fluidification du parcours de vie et de soin des personnes en situation de souffrance psychique. Diversification des formes d'accompagnement en médiation locative.

Bibliographie

Thomas Gesmond, sous la direction de Christian Laval et Pascale Estecahandy. Le programme expérimental « UN CHEZ-SOI D'ABORD » volet qualitatif de recherche . Octobre 2016.
https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2016/11/abrege_du_rapport_final_volet_qualitatif_de_recherche.pdf

Christian Laval, Pascale Estecahandy. Le modèle « Un chez-soi d'abord » au risque de sa diffusion.
 Rhizome 2019/1 (N° 71), pages 101 à 110

 <p>Conseil Territorial de Santé Alpes de Haute-Provence</p> <p>Service démocratie sanitaire</p> <p>Affaire suivie par : Christine PORTIER Courriel : ars-paca-dt04-conseil-territorial-sante@ars.sante.fr</p> <p>Téléphone : 04 13 55 88 26</p>	<p align="center">Délégation départementale des Alpes-de-Haute-Provence de l'agence régionale de santé Paca</p>
	<p>Annexe 4</p>

Objectif 6 : Délivrer des services de prise en charge de la santé mentale s'inscrivant dans un continuum de soins préventifs et curatifs, en adéquation avec les besoins des personnes au cours du temps et à différents niveaux du système de santé. »

<p align="center">FICHE ACTION N°..... :</p> <p align="center">ADAPTER LE DISPOSITIF BATIMENTAIRE DE PSYCHIATRIE A L'EVOLUTION DES BESOINS DE LA POPULATION</p>	
Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Alpes de Haute Provence Action au niveau départemental
Situation problématique initiale	<p>En intra hospitalier les secteurs d'hospitalisation du CH de Digne nécessitent une réorganisation bâtementaire afin d'améliorer les conditions d'accueil et de séjours :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La vétusté des unités d'hospitalisation temps plein est un frein en matière de confort et d'organisation optimisée des soins. - La nécessité d'adapter les locaux intra aux normes actualisées d'accessibilité handicap. <p>En extra hospitalier l'offre bâtementaire n'a pas suivi les évolutions du besoin de la population :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le choix, pertinent historiquement, de « banaliser » les locaux extra-hospitaliers en recourant à des lieux neutres (habitations, villas) se révèle aujourd'hui une limite à la nécessaire technicisation des soins et se heurte à la baisse du niveau de tolérance de la société civile (cf. voisinage) - La nécessité d'une couverture territoriale suffisante pour faciliter l'accès aux soins et le parcours des personnes en situation de souffrance psychique. - La nécessité d'adapter les locaux extra-hospitaliers aux normes actualisées d'accessibilité handicap.
Porteur	CH Digne les Bains à désigner
Partenaires potentiels et membres du groupe action	Agence Régionale de Santé Associations d'usagers
Durée de l'action (Date début-fin)	Continue
Périmètre géographique	Département des Alpes de Haute Provence

Cible	Population des Alpes de Haute Provence.
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> - Réhabiliter, reconstruire les unités d'hospitalisation temps plein, dans une logique de mutualisation et de complémentarité - Restructurer le dispositif de soins extra-hospitalier : regrouper les unités d'une même zone géographique sur des unités de lieu aux locaux adaptés
Modalités d'action retenues	Mettre en œuvre les actions d'amélioration inscrites dans le schéma directeur immobilier établi par le CH Digne en lien avec le projet médical de psychiatrie.
Objectifs spécifiques et opérationnels	
Moyens à mobiliser	Soutien financier de l'ARS : subvention d'investissement et autorisation d'emprunt.
Modalités de suivi et d'évaluation	Bilan annuel de suivi de la mise en œuvre du schéma directeur immobilier Résultats des questionnaires de satisfaction.
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - amélioration du confort de vie et de travail dans les unités - amélioration de l'accessibilité handicap et générale des bâtiments (aires de stationnement, etc.)

PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE DES ALPES DE HAUTE PROVENCE

Annexe 5

AVIS DU CONSEIL LOCAL EN SANTE MENTALE DE DIGNE-LES-BAINS

8 DECEMBRE 2020

I. PREAMBULE

Dans le cadre de l'instruction du 5 juin 2018 relative aux Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et de sa mise en place sur le département des Alpes de Haute Provence pour la période 2021-2025, le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) de Digne-les-Bains est sollicité par la délégation territoriale de l'ARS (DT ARS) afin d'émettre un avis sur le diagnostic, les objectifs et les fiches actions définis dans le PTSM du département.

Cet avis est ensuite présenté en assemblée plénière au Conseil Territorial de Santé des Alpes de Haute Provence (CTS 04), qui transmet son rapport final sur le PTSM à la Direction Générale de l'ARS PACA pour validation définitive.

II. METHODE

Au vu du calendrier imposé par l'ARS PACA sur la finalisation du PTSM, le CLSM de Digne-les-Bains propose une concertation sur le projet à l'occasion de son Comité de Pilotage annuel. Les étapes sont les suivantes :

25 NOVEMBRE 2020	RECEPTION	Réception par la coordinatrice du document PTSM.
27 NOVEMBRE 2020	SOLLICITATION	Envoi du document PTSM à tous les membres du CLSM de Digne-les-Bains + proposition de recueillir les avis de chacun.
8 DECEMBRE 2020	COFIL	Discussion sur le PTSM04 et synthèse des avis.
10 DECEMBRE 2020	PRESENTATION	Présentation de l'avis du CLSM au CTS par la coordinatrice.

Les structures membres du CLSM de Digne-les-Bains et donc sollicitées pour émettre un avis sur le PTSM sont :

INSTITUTIONS	Mairie - DT04 ARS - Centre Hospitalier – CCAS - Conseil Départemental – DDCSPP – DDSP – MDPH - Police Municipale
ASSOCIATIONS	GEM LA COLOMBE DIGNOISE - AMIS DE LA TOUR - UNAFAM04 – ISATIS – APPASE – ATAHP - UDAF04

III. AVIS DU CLSM DE DIGNE LES BAINS

A noter :

- *La grande majorité des structures membres du CLSM de Digne-les-Bains fait partie du comité de pilotage du PTSM04. Depuis le lancement du PTSM en 2019, elles ont été impliquées dans la phase de diagnostic ainsi que dans la réalisation des fiches actions. Le CLSM a donc une vision précise des enjeux du PTSM04 ;*
- *Plusieurs membres du CLSM de Digne-les-Bains font partie de la Commission Spécialisée en Santé Mentale (CSSM) du CTS 04. La CSSM, présente dans le COPIL du PTSM, a également rédigé un avis sur le projet le 1^{er} décembre 2020. Certains éléments de l'avis de la CSSM ont été présentés mais n'ont pas été remis dans l'avis du CLSM.*

Après consultation de chaque membre du CLSM et après discussions à l'occasion de la réunion du COPIL le mardi 8 décembre 2020, sont émises les préconisations suivantes :

1. Le CLSM de Digne-les-Bains, dont les orientations actuelles concordent avec les objectifs du PTSM04, continue de développer sa stratégie et sa mise en œuvre opérationnelle sur son périmètre de compétence à savoir la commune de Digne-les-Bains. C'est dans ce cadre territorial et selon les domaines d'expertise qui lui sont propres (par exemple le CLSM dignois ne traite pas à ce jour des problématiques de santé mentale des mineurs), que le CLSM apportera sa contribution à l'atteinte des objectifs opérationnels du PTSM04.
2. Le CLSM de Digne-les-Bains, de part ses compétences développées depuis 2012 dans la coordination en santé mentale, propose son expertise en tant que partenaire dans la mise en œuvre opérationnelle du PTSM04, et notamment sur les actions suivantes :
 - a. Créer un espace partagé en santé mentale (Fiche n°2) ;
 - b. Créer des CLMS dans tout le département (Fiche n°3).
3. Le CLSM de Digne-les-Bains soutient la proposition d'un positionnement fort du Conseil Départemental (CD04) (conformément à sa demande) dans la réalisation du PTSM04, notamment sur les axes suivants :
 - a. Recoupement des programmes similaires (CD04-PTSM04), particulièrement sur les champs de l'enfance et de l'insertion ;
 - b. Formation des travailleurs sociaux sur le champ de la santé mentale ;
 - c. Valorisation de l'expertise territoriale des travailleurs sociaux ;
 - d. Positionnement en tant qu'acteur du repérage, acteur ressource et relai via les différentes instances du CD04 : PMI, ASE, Service Social Polyvalent, Service insertion... ;
 - e. Participation du Conseil Départemental en tant que membre des groupes actions associés aux fiches action.
4. Le CLSM de Digne-les-Bains, en lien avec son groupe de travail thématique « Habitat », réaffirme l'importance de développer des stratégies innovantes dans l'accès et le maintien dans le logement des personnes concernées par des troubles psychiques.

Annexe à l'avis du conseil local de santé mentale (CLSM) de Digne Les Bains

Propositions du Conseil départemental des Alpes-de-Haute-Provence

N° Fiche	ACTIONS	ROLES
5	Développer le programme de soutien aux familles et à la parentalité	Porteurs (animateurs)
6	Mettre en place le programme "GOOD BEHAVIOR GAME"	Participants (acteurs de groupe de travail)
8	Former aux premiers secours en santé mentale	Porteurs avec la santé mentale (participants)
9	Conforter la place centrale du CMP au sein du dispositif	Acteur de groupe de travail
10	Créer une plateforme de coordination intégrée	Acteurs notamment du 3ème niveau d'actions sur la coordinations du parcours (membres du groupe)
11	Etendre le modèle "Un chez soi d'abord"	Membres du groupe action
13	Etendre le modèle "WORKING FIRST"	Membres du groupes action ou porteurs
14	Mettre en place le programme de formation continue	Membres du groupe action