

PROJET TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE

Département des Hautes-Alpes
2021-2025

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

Département de Santé Publique du CHU de Nice

18 décembre 2020

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES	7
INTRODUCTION	9
MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PTSM	11
1. Le cadre méthodologique d'élaboration du PTSM	11
1.1. <i>Quelques définitions en vue de l'élaboration du PTSM 05</i>	11
A. La santé mentale et la maladie mentale	11
B. La promotion de la santé et le continuum d'intervention	12
C. La complexité de la santé mentale et les réponses à apporter	13
D. Le parcours de vie (Diagramme d'Ishikawa)	14
1.2. <i>L'approche populationnelle et les grands principes fondateurs du PTSM 05</i>	15
A. L'approche populationnelle.....	15
B. Les grands principes fondateurs du PTSM des Hautes-Alpes.....	18
2. La démarche et les modalités d'élaboration du PTSM	18
2.1. <i>Un cadre d'appréhension, de réflexion et de travail adapté au regard du cadre ministériel</i>	18
2.2. <i>Les acteurs et participants du PTSM</i>	20
2.3. <i>L'animation, les étapes et le calendrier d'élaboration</i>	21
LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DANS LES HAUTES-ALPES (05)	23
1. Les déterminants de la santé mentale dans les Hautes-Alpes	23
1.1. <i>Un département rural, enclavé, avec des contraintes fortes de déplacement</i>	23
1.2. <i>Un département qui vieillit et qui perd ses jeunes</i>	24
1.3. <i>Une précarité liée à l'emploi chez les jeunes adultes</i>	26
1.4. <i>Une précarité liée au logement et à l'isolement social chez les personnes âgées</i>	26
1.5. <i>Les migrants : une nouvelle problématique qui pèse sur la santé mentale du territoire</i>	27
1.6. <i>Quelques indicateurs clés sur la population</i>	28
2. L'état de santé mentale de la population des Hautes-Alpes	29
2.1. <i>Des besoins non couverts au regard des études épidémiologiques</i>	29
2.2. <i>Une population à la santé mentale plutôt bonne mais compromise par un accès aux soins trop restreint</i>	29
2.3. <i>L'isolement social et spatial : principal facteur délétère de la santé mentale dans les Hautes-Alpes</i>	30
2.4. <i>La crise sanitaire de la COVID-19 : une problématique émergente en santé mentale</i> .	30
3. Les services et les ressources actuellement disponibles	31
LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ DE SANTÉ MENTALE DANS LES HAUTES-ALPES (05)	33
1. L'opinion des experts, des acteurs du milieu et de la population	34
1.1. <i>Promotion et prévention de la santé</i>	35
A. Périnatalité	35
B. Enfance.....	36
C. Adolescence	37

D.	Âge adulte.....	38
E.	Âge avancé.....	38
1.2.	Dépistage et diagnostic précoce.....	39
1.3.	Prise en charge globale.....	40
A.	Démarches.....	40
B.	Gestion de crise.....	40
C.	Gestion des errances.....	41
D.	Cloisonnement.....	41
1.4.	Logement et emploi.....	41
A.	Cloisonnement.....	42
B.	Logement.....	42
C.	Emploi.....	42
1.5.	Insertion sociale (droits des usagers).....	43
A.	Consentement et gestion de la crise.....	43
B.	Accompagnement.....	43
C.	Stigmatisation.....	44

LE PTSM DES HAUTES-ALPES EN ACTION.....45

1.	Cadre général d'action du PTSM 05.....	45
1.1.	<i>La vision et les valeurs du PTSM 05.....</i>	<i>45</i>
A.	La vision.....	45
B.	Les valeurs portées par le PTSM.....	46
1.2.	<i>La stratégie d'action du PTSM 05.....</i>	<i>46</i>
1.3.	<i>Les objectifs (généraux et spécifiques) du PTSM 05.....</i>	<i>46</i>
A.	Objectifs généraux.....	46
B.	Objectifs spécifiques.....	46
1.4.	<i>Réflexions et contributions du CTS05 et de l'Unafam.....</i>	<i>50</i>
A.	Diagnostic territorial.....	50
B.	Attractivité du territoire.....	50
C.	Prévention et promotion de la santé mentale.....	51
D.	Interactions entre les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes.....	51
E.	Sujets divers.....	51
2.	Pilotage et suivi de la mise en œuvre.....	52
2.1.	<i>Suivi de la mise en œuvre au niveau départemental.....</i>	<i>52</i>
2.2.	<i>Suivi de la mise en œuvre au niveau régional.....</i>	<i>53</i>
3.	Evaluation.....	54

FICHES ACTIONS.....55

OBJECTIF 1 :	<i>Développer les relations et faciliter la communication entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale.....</i>	<i>57</i>
	<i>Fiche action n°1 Création d'un espace partagé en santé mentale.....</i>	<i>59</i>
	<i>Fiche action n°2 Création de conseils locaux de santé mentale dans le département des Hautes-Alpes.....</i>	<i>61</i>
OBJECTIF 2 :	<i>Favoriser les expérimentations dans le département des Hautes-Alpes.....</i>	<i>63</i>
	<i>Fiche action n°3 Création d'un poste d'attaché de recherche.....</i>	<i>65</i>
OBJECTIF 3 :	<i>Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département des Hautes-Alpes.....</i>	<i>67</i>
	<i>Fiche action n°4 Systématiser les consultations néo-natales et post-natales (PMI, Programme PRADO, dispositif de prévention périnatalité).....</i>	<i>69</i>
	<i>Fiche action n°5 Soutenir la parentalité dans le cadre de la prévention des troubles de la santé mentale.....</i>	<i>71</i>

Fiche action n°6 Mise en place de programmes Good Behavior Game® (GBG).....	75
Fiche action n°7 Développer les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM) dans tout le département	77
Fiche action n°8 Premiers secours en santé mentale : action de prévention et repérage (formation, sensibilisation, déstigmatisation).....	79

OBJECTIF 4 : Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de la santé mentale.....83

Fiche action n°9 Création d'une plateforme de coordination intégrée départementale sur la santé mentale	85
Fiche action n°10 Plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement. 87	
Fiche action n°11 « Commission d'Analyse des Situations Complexes (CASC) » : Améliorer l'accompagnement des jeunes en souffrance psychique, faciliter les parcours et éviter les ruptures de prise en charge	89

OBJECTIF 5 : 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.....93

Fiche action n°12 Doter le département des Hautes-Alpes en Infirmières en Pratiques Avancées de psychiatrie (IPA)	95
Fiche action n°13 Elaborer et mettre en place une politique de marketing territoriale pour augmenter l'attractivité du territoire et fidéliser les psychiatres.....	97
Fiche action n°14 Développer « l'Aller-vers » en addictologie (territoires isolés et publics précaires).....	99

OBJECTIF 6 : Renforcer les capacités d'intervention des CMP101

Fiche action n°15 Création d'une Equipe Mobile de Liaison Psychiatrie Précarité (EMLPP) intégrée à la plateforme de coordination départementale sur la santé mentale	103
Fiche action n°16 Création d'une Equipe Mobile de gérontopsychiatrie en lien avec l'équipe mobile de gériatrie du CHICAS	105
Fiche action n°17 Création d'un PASA de nuit au CHBD	109
Fiche action n°18 Prise en charge des personnes migrantes et des réfugiés.....	113

OBJECTIF 7 : Développer et soutenir 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.....115

Fiche action n°19 Etendre le modèle « Un chez soi d'abord »	117
Fiche action n°20 Etendre le modèle « Working First »	119
Fiche action n°21 Travailler la transition du retour à domicile après un sevrage résidentiel, un séjour de cure ou une hospitalisation des personnes souffrantes d'addictions.....	121

OBJECTIF 8 : Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale ...123

Fiche action n°22 Mise en place d'un programme de développement des compétences en santé mentale	125
--	-----

OBJECTIF 9 : Renforcer les capacités des acteurs à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et à promouvoir les droits humains et le rétablissement127

Fiche action n°23 Fournir une information fiable et facile d'accès sur les droits des usagers en santé mentale	129
Fiche action n°24 Humaniser les locaux d'hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiques.....	131

PILOTAGE ET SUIVI133

EVALUATION	135
ANNEXES	137
Annexe 1 : Liste des acteurs invités par l'ARS-DD05 participant au projet territorial de santé mentale en Hautes-Alpes (PTSM 05)	138
Annexe 2 : Références et supports utilisés lors des travaux de groupe	141
Annexe 3 : Glossaire des structures ou dispositifs (soins, médico-social, social et entraide)	142
Annexe 4 : Participants au Conseil territorial en santé des Hautes-Alpes (CTS 05)....	146
Annexe 5 : Compte-rendu des réunions de travail.....	147

LISTE DES ACRONYMES

ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
APPASE	Association Pour la Promotion des Actions Sociales et Educatives
ARS	Agence Régionale de Santé
ARS - DD	Agence Régionale de Santé – Délégation Départementale
AVS	Auxiliaire de Vie Scolaire
C3S	Centre de Soutien Santé Social
CADA	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CAO	Centre d'Accueil et d'Orientation
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CeGIDD	Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHEB	Centre Hospitalier des Escartons de Briançon
CHBD	Centre Hospitalier de Buech-Durance
CHICAS	Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud
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
CoDES	Comité Départemental d'Education pour la Santé
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
ELSA	Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie

ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FTDA	France Terre D'Asilem
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
GHT	Groupements Hospitaliers de Territoires
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
MDA	Maison Des Adolescents
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MNS	Mental Neurological Substance
MSP	Maisons de Santé
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPH	Office Public de l'Habitat
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
PEP ADS	Association territoriale des Publics de l'Enseignement Public des Alpes Du Sud
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PTSM 05	Projet Territorial de Santé Mentale des Hautes-Alpes
RAPT	Réponse Accompagnée Pour Tous
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAVP	Service d'Accompagnement à la Vie Professionnelle
SIAO	Service Intégré d'Accueil et d'Orientation
SOLIHA	SOLIdaires pour l'HABitat
STATISS	STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social
TSA	Troubles du Spectre de l'Autisme
UNAFAM	Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques
UNAPEI	Union nationale des associations de parents, de personnes handicapées mentales et de leurs amis
URPS-ML	Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux
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 Hautes-Alpes (ARS-DD 05) a confié la mission d'accompagnement du collectif local, dans sa démarche d'élaboration du PTSM 05¹, 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 troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décision et d'action et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles ;*

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

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 (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.

MODALITÉS D'ÉLABORATION DU PTSM

Avant d'exposer la démarche et les modalités concrètes d'élaboration du PTSM des Hautes-Alpes (05), il est apparu nécessaire de revenir sur quelques définitions (santé et maladie 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. Le cadre méthodologique d'élaboration du PTSM

1.1. Quelques définitions en vue de l'élaboration du PTSM 05

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la **santé** comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »². La santé est ainsi prise en compte dans sa globalité et est associée à la notion de bien-être. Elle permet à la personne de fonctionner et de s'adapter à son milieu. 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 La santé permet donc l'épanouissement personnel et la capacité de tenir un rôle social dans un groupe d'appartenance (Charte d'Ottawa, 1986).

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

² Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États.

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

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

La santé, la santé mentale et la maladie mentale sont en étroite relation. L'absence de maladie mentale ne veut pas dire que la santé mentale existe pour autant, pas plus que la santé mentale n'implique l'absence de maladie mentale⁵. 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.

B. 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.
»

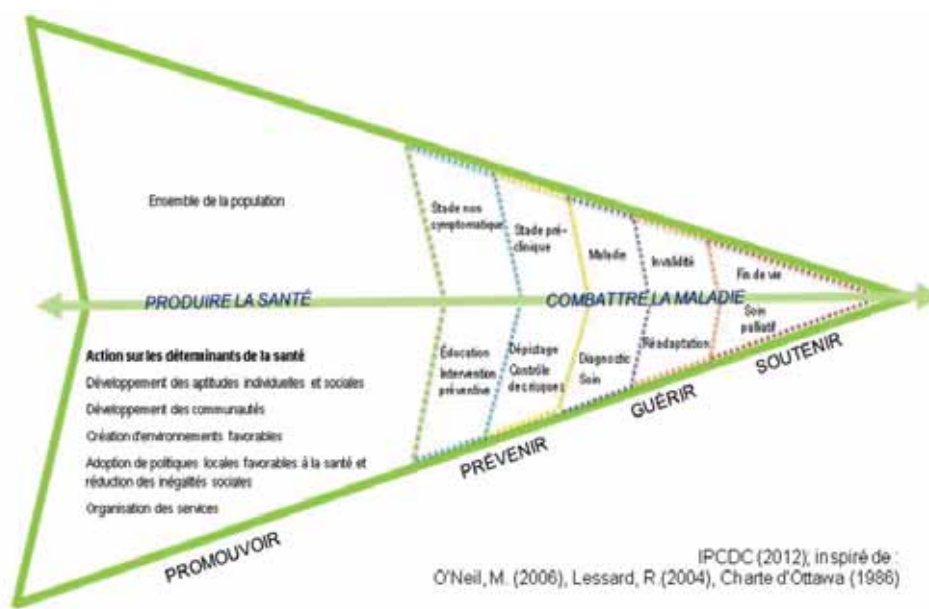


Figure 1. La promotion de la santé dans le continuum d'intervention

⁵ Gilmour, H. Santé mentale positive et maladie mentale. 25, 10 (2014)

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.

C. La complexité de la santé mentale et les réponses à apporter

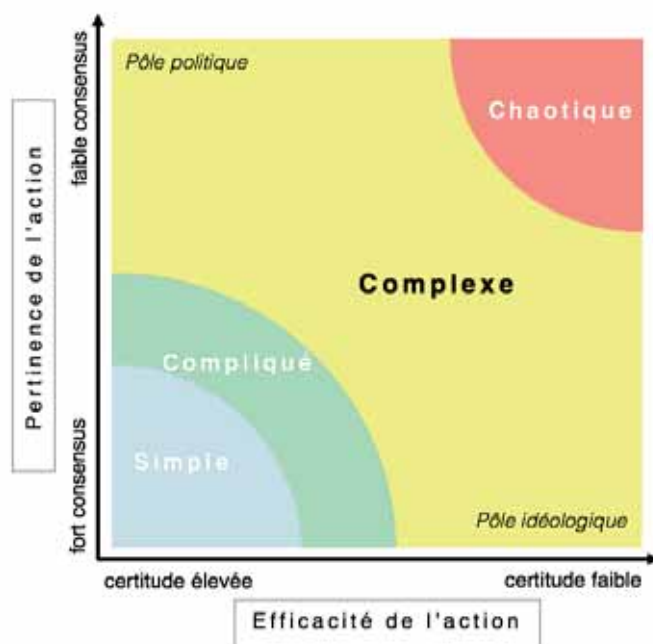
On parle de « **complexité** » dès lors qu'un ensemble d'éléments entre en jeu et un ou plusieurs d'entre eux ne sont pas maîtrisés. Un état ou une situation est alors difficile à appréhender, à analyser et donc à restituer. Leur perception est alors subjective et le partage de l'analyse est difficile.

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.⁶

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.

Figure 2. Diagramme de Stacey : un outil indispensable pour étudier et comprendre la



⁶ TERRITOIRES GOUVERNANC, Le territoire au cœur de la transition

complexité des problématiques de santé publique⁷.

Agir en matière de santé mentale exige d'adopter une approche capable avec les acteurs de tenir compte de cette complexité.

D. Le parcours de vie (Diagramme d'Ishikawa)

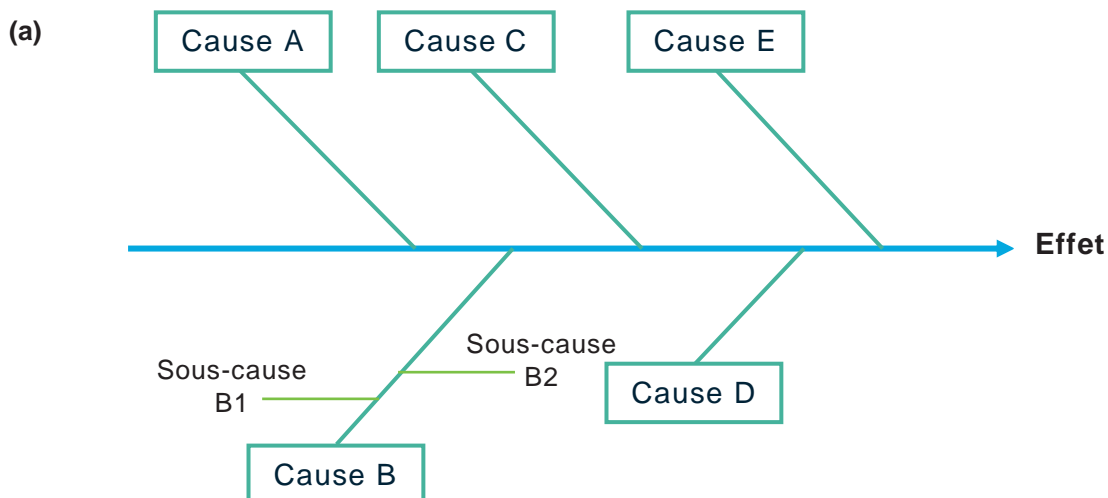
La notion de **parcours de vie** recouvre le cheminement individuel de chaque personne dans les différentes dimensions de sa vie : personnelle et relationnelle, professionnelle et sociale, familiale et citoyenne.

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



⁷ Adapté de Stacey R.D. (1996). *Emerging strategies for a Chaotic Environment*, Long Range Planning, Vol.16., April 1996, pp. 182-189

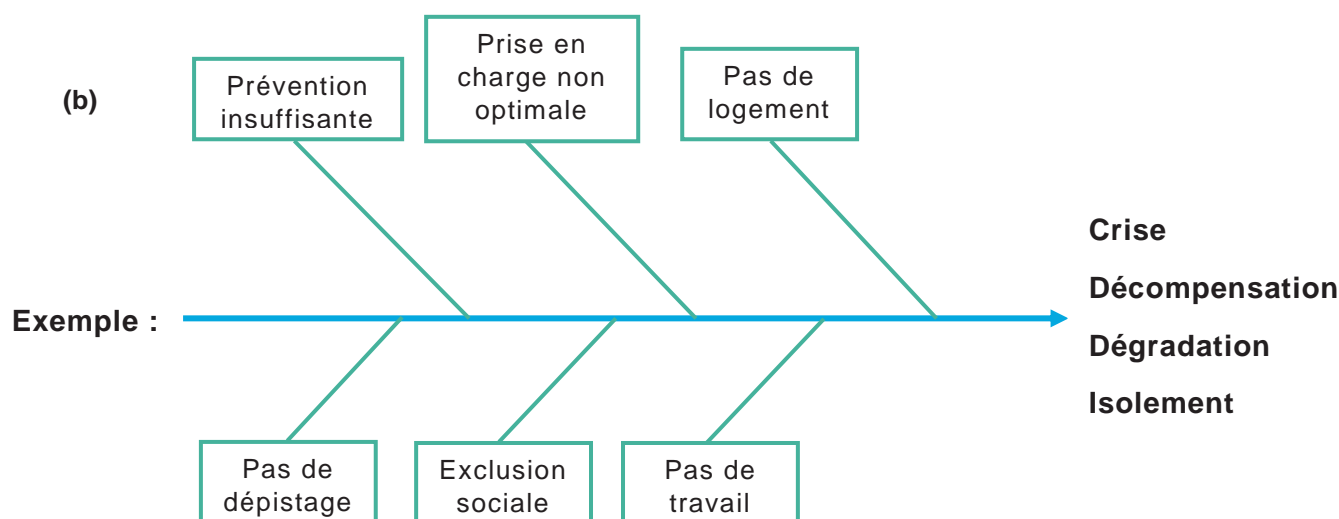


Figure 3. Diagramme d'Ishikawa (a) Cet outil permet de décrire les effets multifactoriels à l'origine du dysfonctionnement d'une approche traditionnelle dans un domaine précis. Les causes peuvent être hiérarchisées entre elles. (b) Diagramme d'Ishikawa adapté aux problématiques de santé mentale.

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

0.5

Pour élaborer le PTSM, le groupe a adopté l'approche populationnelle dont les contours sont exposés ci-dessous et énoncé les grands principes fondateurs du PTSM des Hautes-Alpes.

A. 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.⁸

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.

⁸ 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 établit 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

	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 Pelitti, 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.

populationnelle.⁹

B. Les grands principes fondateurs du PTSM des Hautes-Alpes

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

2. La démarche et les modalités d'élaboration du PTSM

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.

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

En accord avec la DD-05, 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.

⁹ « 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

Plusieurs raisons d'ordre méthodologique sont à l'origine des **ajustements de la démarche d'élaboration** du PTSM 05. 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 être en capacité de proposer des solutions non explorées jusqu'alors. On parle également de système complexe adaptatif¹⁰.

Dans cette logique, le COPIL initialement mis en place par la DD05 en avril 2019 s'est confondu avec le groupe de travail auquel la DD05 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 et gestion de crise
- Logement et travail
- Droits des usagers

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.

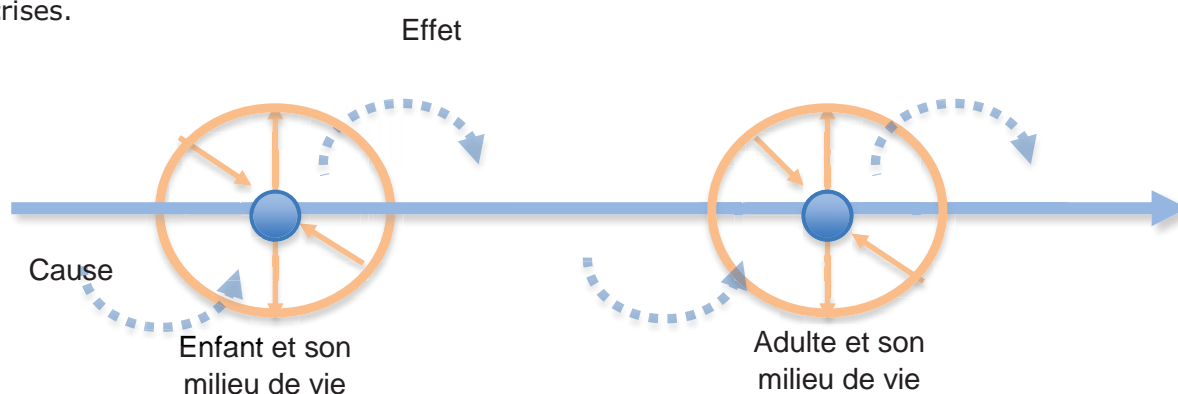


Figure 4. Parcours de vie et milieux de vie

¹⁰ Holland, 1995, Théorie des systèmes complexes adaptatifs

2.2. Les acteurs et participants du PTSM

Au total, ce sont **78 personnes** conviées par l'ARS-DD 05 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 05¹¹

Type d'acteurs	Nombre de personnes	Organismes
Représentants des personnes et des familles	1	UNAFAM 05
Acteurs du sanitaire	31	CHBD, GHT 05, CHICAS, CHEB Briançon, CHEB Embrun/Aiguille, Le Futur antérieur, Fondation Seltzer, MDA / Pôle médical, CPTS Champsaur-Valgaudemar, PTA 05, CPAM 05, SSR La Source (Groupe SOS), MSP Haut Champsaur, CeGIDD
Acteurs sociaux et médico-sociaux	20	EHPAD les Trois Fontaines, EHPAD Jean Martin, PTA 05, EHPAD La Durance, EHPAD Tiers-temps, Centre Cluzel (IME/ITEP/SESSAD), Isatis, Groupe SOS, CAMSP, CMPP, PEPADS, UNAPEI Alpes-Provence, Sport Adapté, MDPH, RAPT, Cap Emploi 05, FTDA, CAO, CADA Gap
Services de l'Etat	3	DDCSPP, SPIP 05, Préfecture
Collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire	5	CLS / Ville de Gap, CD 05, CCAS Embrun
Acteurs de la prévention et de la promotion de la santé	3	MDA 05, CoDES 05
Acteurs de la lutte contre les addictions	4	ANPAA 05, CSAPA Sud, Fondation Seltzer, CSAPA Nord, ELSA, CHICAS
Acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion	3	OPH 05, SIAO 05, APPASE, SOLIHA Alpes du Sud

¹¹ ARS – DD 05, la liste des personnes est disponible en **Annexe 1**

En octobre 2019, le premier COPIL organisé par l'ARS-DD05 avait rassemblé 19 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 **19 novembre 2019** et le **10 novembre 2020**.

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

Après une phase de lancement par l'ARS-DD05 en avril 2019, le groupe s'est réuni régulièrement, à Gap (locaux de l'ARS-DD05), entre novembre 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 demi**. Les temps de réunion ont été décidés en collaboration avec la DD05 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 le 19 novembre 2020.

Tableau 3. Calendrier des réunions d'élaboration du PTSM¹²

Date de réunion (groupe)	Nombre de participants	Les 6 priorités	Ordre du jour Animation Modalités de travail
Avril 2019 (COPIL)	69	-	Cadre réglementaire, des tenants et des aboutissements et du cadre méthodologique attendants à l'élaboration du PTSM Animation DD05 En plénière
10 Oct. 2019 (Groupe)	23	-	Concepts pour une approche populationnelle et démarche à engager Animation DSP En plénière et débat
19 Nov. 2019 (Groupe)	19	<i>Déterminants sociaux, territoriaux et</i>	Promotion et prévention de la santé (facteurs de risque, conditions ou milieux de vie)

¹² DSP – CHU Nice

		<i>environnementaux de santé</i>		Animation DSP En plénière et en groupe
29 Janv. 2020 (Groupe)	30	<i>Interventions précoces et bonnes pratiques</i>	Dépistage - Diagnostic	Animation DSP En plénière et en groupe
17 Sept. 2020 (Groupe)	22	<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
27 Oct. 2020 (Groupe)	23	<i>Parcours rétablissement et inclusion sociale</i>	Logement et travail	Animation DSP En plénière et en groupe
10 Nov. 2020 (Groupe)	9	<i>Lutte contre la stigmatisation et les droits des usagers</i>	Stigmatisation et droits des usagers	Animation DSP En groupe restreint (COVID)
19 Nov. 2020 (Groupe)	11	-	Priorisation des actions	Animation DSP Visioconférence
26 Nov. 2020	-	-	Remise du rapport et des fiches action à l'ARS-DD 05	

Les supports utilisés pendant les réunions sont disponibles en **141** ainsi que les comptes-rendus en **147**.

LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL DE SANTÉ MENTALE DANS LES HAUTES-ALPES (05)

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.

Ces données sont tirées des travaux de l'INSEE, du Portrait socio-sanitaire et environnemental des Hautes-Alpes 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.

1. Les déterminants de la santé mentale dans les Hautes-Alpes

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

Les Hautes-Alpes sont un département français de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (**Carte 1**). Il s'agit d'un territoire de 5549km² organisé en 2 arrondissements (Gap et Briançon), 15 cantons et 162 communes (93 % des communes ont moins de 2 000 habitants). Selon le découpage effectué en 2010 par l'INSEE¹³, quatre aires urbaines étaient centrées sur des unités urbaines des Hautes-Alpes, triées ici selon leur population en 2012 :

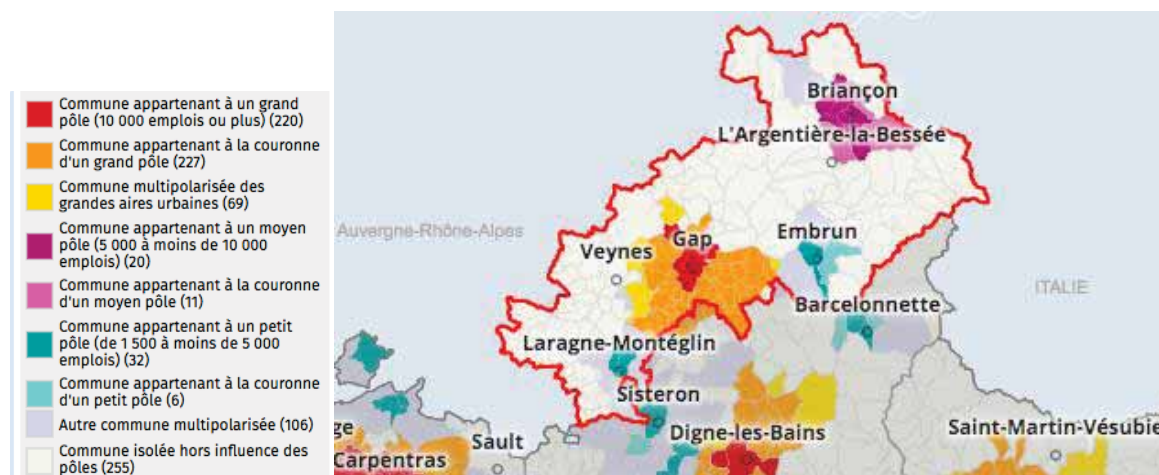
- Gap : 109 985 hab.
- Briançon : 35 898 hab.
- Embrun : 11 420 hab.
- Laragne-Montéglin : 7 981 hab.



Carte 1. Cartographie du département des Hautes-Alpes

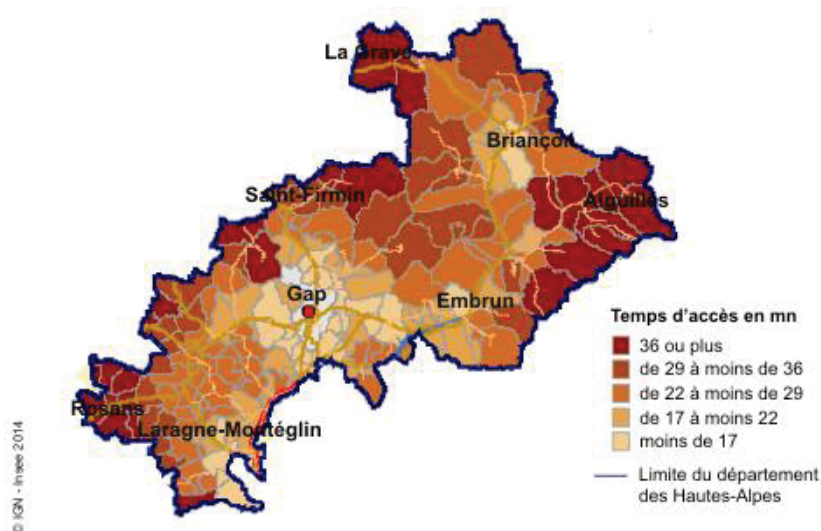
¹³ INSEE : Dossier complet, Hautes-Alpes, consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-05#consulter-sommaire>

Ils constituent un département à dominante rurale (**Carte 2**) : 44 % de sa population vit dans des bassins de vie ruraux contre 10 % dans la région¹³. Les zones urbaines sont concentrées principalement autour de deux grands pôles : Gap et Briançon.



Carte 2. Zonage en aires urbaines en 2010

Bien qu'il soit globalement bien équipé en biens et services, le territoire est enclavé et sa localisation à l'écart des principaux axes routiers et ferroviaires de la région présente des contraintes de déplacement importantes pour la population (**Figure 7**). De plus, la circulation au sein du département s'avère relativement difficile, surtout en altitude (routes de montagne, cols) et l'hiver (éboulement, inondations, avalanches)¹⁴.



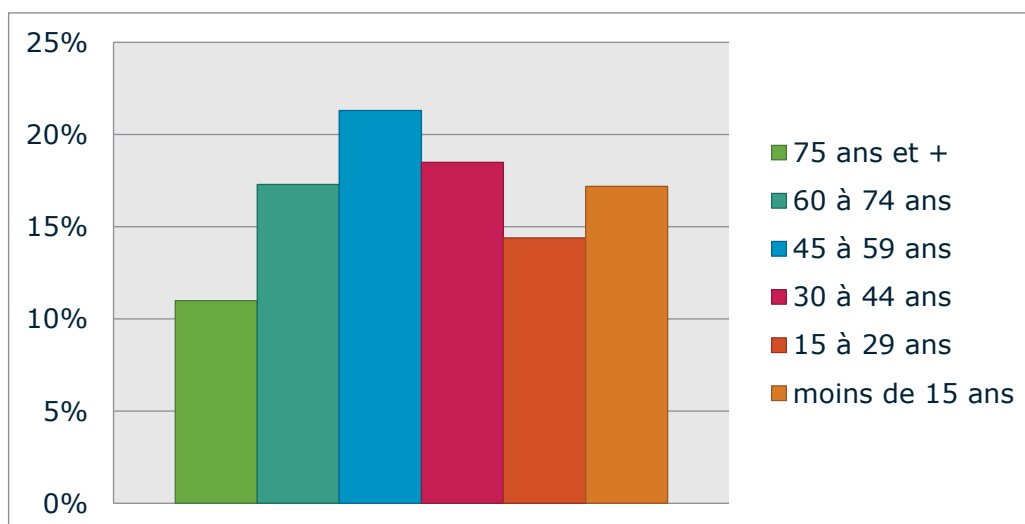
Carte 3. Temps d'accès moyen aux équipements de la gamme supérieure¹⁵

1.2. Un département qui vieillit et qui perd ses jeunes

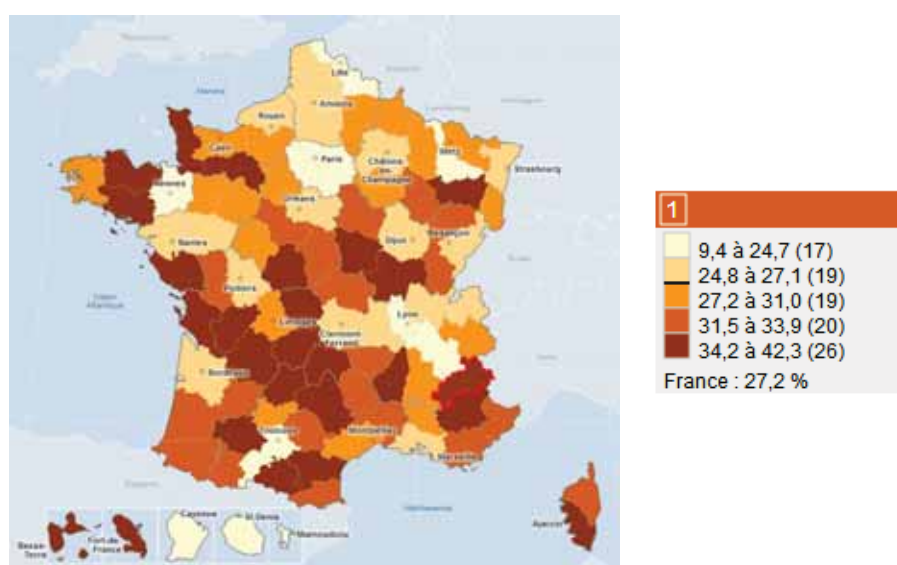
¹⁴ INSEE « *Hautes-Alpes : des arrivées toujours plus nombreuses* », consultable sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285745>

¹⁵ INSEE, BPE2013, recensement de la population, Distantier Métric

Le portrait socio-sanitaire et environnemental des Hautes-Alpes établi par l'ORS PACA, en 2018, fait état d'un des départements les moins peuplés de la région et un des moins peuplés de France métropolitaine (99e sur 101) avec 145 883 habitants.¹⁶ Depuis quelques années le département des Hautes-Alpes connaît un ralentissement de sa croissance démographique ainsi qu'une grande progression du vieillissement de sa population. En effet, le département séduit moins, en particulier les jeunes qui lui préfèrent les grandes métropoles pour effectuer leurs études ou rechercher un premier emploi. On estime que d'ici 2050, la part de la population âgée de 65 ans et + atteindra les 40% (**Carte 4**).



Graphe 1. Distribution de la population par tranche d'âge (2013)¹⁷



Carte 4. Projection de la part de la population âgée de 65 ans et + en 2050 (%)¹⁷

¹⁶ ORS PACA « Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Hautes-Alpes », consultable sur : http://www.orspaca.org/sites/default/files/portrait_hautes-alpes_orspaca.pdf

¹⁷ Coldefy, M. & Gandré, C. Atlas de la santé mentale en France, consultable sur : <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

1.3. Une précarité liée à l'emploi chez les jeunes adultes

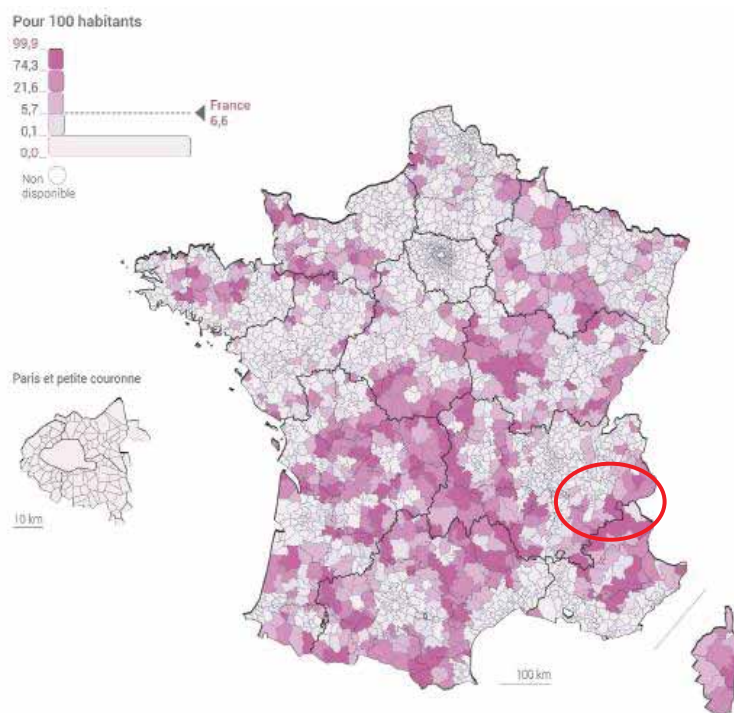
Les Hautes-Alpes se distinguent du reste de la région par la double saisonnalité de l'emploi touristique. En été, les touristes viennent profiter du patrimoine naturel (parc des Écrins et du Queyras, lac de Serre-Ponçon). En hiver, ils se concentrent dans les stations de ski (Serre-Chevalier, Vars-Risoul...). Le tourisme pèse fortement dans l'emploi local : les activités caractéristiques du secteur (hébergement et autres activités comme les remontées mécaniques) occupent 6,8 % des actifs en 2010 contre 1,8 % en PACA. L'emploi précaire est cependant plus répandu et touche particulièrement les jeunes. Parmi les salariés hauts-alpins entre 18 et 24 ans, 20,3 % sont en CDD en 2010 (9,9 % en PACA). De plus, la saison d'hiver qui reste prédominante est mise à mal depuis quelques années à cause du réchauffement climatique qui perturbe l'enneigement, ce qui a entraîné une chute des effectifs au sein de la restauration-hébergement. L'INSEE estime également que les niveaux de vie sont plus modestes dans les Hautes-Alpes qu'ailleurs dans la région. Le niveau de vie, en 2016, était de 19 950 euros contre 20 520 euros pour PACA. Un foyer sur deux a un niveau de vie modeste.¹⁸

Paradoxalement, ce département présente le taux de chômage le plus faible de la région (10,1% contre 14,6% en PACA). Ceci s'explique notamment par l'augmentation du nombre de retraités et l'exode des jeunes travailleurs vers les grandes métropoles.

1.4. Une précarité liée au logement et à l'isolement social chez les personnes âgées

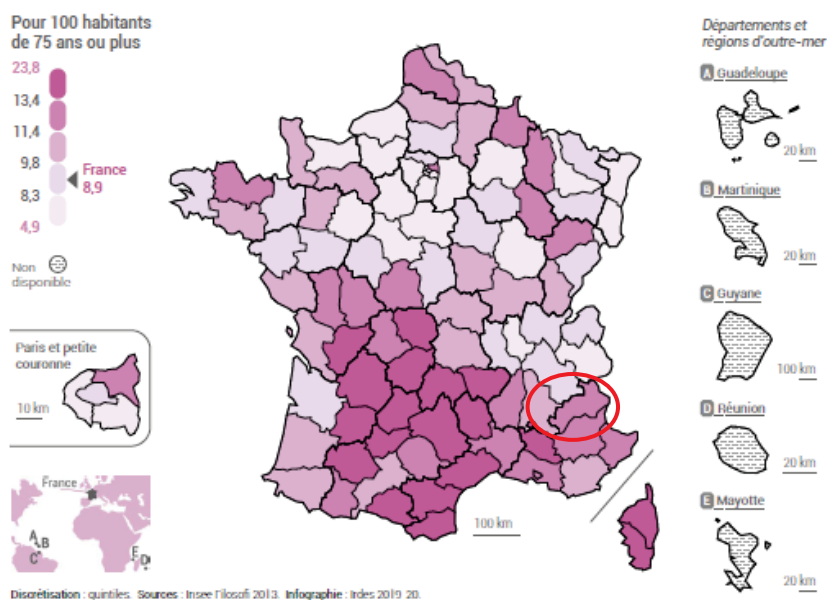
La grande majorité des personnes âgées des Hautes-Alpes se concentrent dans les zones rurales (**Carte 5**). Et malgré la grande offre de services d'accompagnement et de soins, il est difficile pour ces personnes vivants dans des zones isolées d'y accéder à cause des contraintes de déplacement.

Carte 5. Part des personnes âgées vivants dans des communes rurales isolées en 2013¹⁷



¹⁸ INSEE « Hautes-Alpes : 3ème département le moins peuplé de France métropolitaine », consultable sur : <https://alpesdusud.alpes1.com/news/hautes-alpes/81449/hautes-alpes-3eme-departement-le-moins-peuple-de-france-metropolitaine>

La vulnérabilité écologique est aussi plus forte dans les Hautes-Alpes, du fait du climat de montagne : un tiers des ménages est en situation de vulnérabilité, soit 20.000 foyers (**Carte 6**). C'est l'un des plus forts taux de France, et les dépenses pour chauffer convenablement son logement sont deux fois plus élevées que dans l'ensemble de la région. Ceci entraîne donc une augmentation de la pauvreté dans ces foyers principalement composés de personnes âgées



Carte 6. Taux de pauvreté de personnes âgées de 75 ans ou plus en 2013¹⁷

1.5. Les migrants : une nouvelle problématique qui pèse sur la santé mentale du territoire.

Depuis quelques années, le département des Hautes-Alpes connaît une explosion du flux migratoire. En effet, le secteur est devenu depuis peu et de manière inédite une nouvelle route de passage pour les migrants, sorte d'alternative à la frontière franco-italienne dans les Alpes-Maritimes, dans le secteur de Vintimille.

A Briançon, la ville de montagne est devenue un lieu de transit il y a plus de trois ans, quand les personnes migrantes en provenance d'Italie ont cherché à déjouer les contrôles frontaliers dans les Alpes-Maritimes en s'aventurant, plus au nord, à travers les cols alpins. Pour venir en aide à ces personnes, le Refuge solidaire de Briançon, structure d'accueil mise en place par l'association « *Tous Migrants* » a, depuis juillet 2017, ouvert ses portes à plus de 10 000 personnes de passage, le temps d'un repas, d'un répit, d'une paire de nuits dans les locaux d'une ancienne caserne de CRS, à quelques mètres de la gare. Le Refuge s'est structuré avec le temps: chaque migrant est accueilli personnellement (les mineurs sont confiés aux autorités départementales), Médecins du Monde (MDM) assure des permanences, la blanchisserie est assurée avec l'hôpital de la ville grâce à des financements de l'Agence régionale de santé.¹⁹

¹⁹ https://www.lepoint.fr/societe/migrants-le-refuge-halte-salvatrice-en-sursis-a-briancon-02-10-2020-2394587_23.php#

Néanmoins malgré les efforts et les moyens mis en œuvre par les bénévoles et intervenants de l'association, ceux-ci rapportent que les migrants se sentent délaissés en partie à cause de la barrière de la langue. Ils ont donc besoin de traducteurs, de médiateurs et pour cela un budget. Il faudrait également établir un parcours de soins spécifique pour les migrants avec une attention particulière accordée au respect des droits de l'Homme.

Les personnes migrantes constituent un groupe particulièrement vulnérable, avec une prévalence des syndromes de stress post-traumatique et de dépression plus élevée que dans la population générale. Cette situation, largement documentée par la recherche clinique, s'explique autant par le vécu pré-migratoire que par le trajet ou les aspects transculturels à l'arrivée en France.

Les professionnels de la santé mentale sont fortement impactés par la demande de soin en santé mentale de ce public (plus de 100 demandes pour le CAC en 2020) mais déplore un manque de formation sur les questions du psycho-trauma, de la clinique de l'exil ou encore de la conduite d'entretien avec un tiers interprète.

1.6. Quelques indicateurs clés sur la population

Le tableau ci-dessous reprend quelques indicateurs clés sur la population du département.²⁰

	Hautes-Alpes	PACA
Population au 1 ^{er} janvier 2018	145 883	5 065 723
Part de la population vivant dans les grandes aires urbaines en 2011	45,3%	91%
Population habitant dans un quartier prioritaire en 2013	1%	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)	106,5	97,9
Personnes âgées de 60 ans et +	30,5%	28,8%
Personnes âgées de 75 ans et +	11,4%	11%
Part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules dans leur résidence principale en 2017	41,5%	42,1%
Enfants et jeunes de - de 20 ans	22,1%	22,6%
Familles monoparentales avec enfants de - de 25 ans	25,6%	28,3%

²⁰ SirséPACA, consultable sur: <http://www.sirsepaca.org/#c=home>

2. L'état de santé mentale de la population des Hautes-Alpes

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

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'OMS²¹, 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. Une population à la santé mentale plutôt bonne mais compromise par un accès aux soins trop restreint

Dans les Hautes-Alpes, les données disponibles concernent les troubles mentaux fréquents (humeur et addiction), les troubles sévères (schizophrénie, bipolarité, troubles de comportement alimentaire) et les déficiences mentales.¹⁷

Ainsi, la prise en charge des **troubles de l'humeur** y est supérieure à la moyenne nationale soit 17,4 pour 1000 bénéficiaires de l'assurance maladie contre 16,6.

Néanmoins pour ce qui est de la prise en charge des **troubles addictifs et des troubles mentaux sévères**, elle reste relativement proche de la moyenne nationale.

Aux vues des taux de prise en charge et de la démographie du territoire composée d'une forte part de personnes âgées, une des tranches de la population les plus vulnérables à l'émergence de troubles mentaux, on peut dire que la problématique n'est donc pas tant la

²¹ mhGAP Programme d'action Comblant 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

densité de malades mais plutôt la possibilité pour les malades d'accéder aux services de soins et d'accompagnement.

2.3. L'isolement social et spatial : principal facteur délétère de la santé mentale dans les Hautes-Alpes

Plus d'un Haut-Alpin sur quatre renonce à se soigner pour des raisons financières ou à cause de l'éloignement géographique. Cet éloignement géographique entraîne souvent l'isolement social des personnes vivant reculées des centres urbains. Les personnes âgées sont plus touchées par l'isolement social que les autres catégories d'âge. En effet, pour la Fondation de France, c'est près d'une personne âgée de plus de 75 ans sur trois qui serait objectivement isolée. D'après un sondage de l'institut CSA pour les Petits frères des pauvres, 300 000 Français de plus de 60 ans sont en situation de « mort sociale », c'est-à-dire qu'ils ne rencontrent que très rarement d'autres personnes. Cette étude confirme aussi le lien étroit entre isolement et précarité.

Mais cet isolement affecte également les jeunes : 6 % des 15-30 ans sont en situation d'isolement social, identifiant là aussi des effets de cumul avec la précarité et la vulnérabilité sociale et économique. Cet isolement mène à des situations de mal-être et l'apparition de troubles psychiques mais semblent cependant moins déterminants pour les jeunes que pour les adultes et personnes âgées.²²

2.4. La crise sanitaire de la COVID-19 : une problématique émergente en santé mentale

La pandémie inattendue du Covid-19 qui a des effets multiples et parfois très graves sur la santé physique des sujets infectés a également des effets délétères sur la santé mentale des populations exposées.

Le stress chronique lié à la pandémie, à ses incertitudes et aux mesures sanitaires mises en place par les gouvernements a eu et va encore provoquer de nombreux effets dommageables au plan psychique. L'anxiété générée par cette pandémie affecte la population générale mais plus encore les sujets souffrant déjà d'un trouble psychique. La crainte de tomber gravement malade ou qu'un proche contracte la maladie, les mesures de confinements et les incertitudes majeures concernant le futur sont génératrices d'anxiété et de dépression. De plus, les troubles anxieux déjà présents avant la pandémie peuvent également être exacerbés par le contexte sanitaire.²³

Les patients âgés avec un trouble psychique et suivis en ambulatoire représentent un groupe particulièrement vulnérable du fait de la mortalité élevée à la suite d'une infection par le SARS-CoV-2 et des difficultés liées aux consultations à distance. L'isolement relatif préconisé pour minimiser les risques d'infections a induit chez une majorité de sujets âgés un sentiment d'exclusion et de stigmatisation injustifié.

Par ailleurs, la crise économique mondiale engendrée par la pandémie de Covid-19 aura inévitablement des effets durables sur la santé mentale des populations. Comme pour les crises économiques majeures des dernières décennies, la récession due à la pandémie actuelle aura un impact notable sur la prévalence d'insomnies, de consommation d'alcool, d'anxiété, de dépression et de comportements suicidaires.²⁴

²² Mutualité Française PACA « L'accès aux soins dans les Hautes-Alpes », consultable sur : <https://placeladelaante.mutualite.fr/acces-aux-soins-territoires-isoles/>

²³ A Fiorillo P. Gorwood The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. Eur Psychiatry 2020 (63)

²⁴ M Martin-Carrasco, S Evans-Lacko, G Dom, "EPA guidance on mental health and economic crises in Europe.", Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2016 (266)

Néanmoins, nous n'avons pas encore assez de recul dans le département pour proposer des actions pouvant être concrétisées immédiatement. Le soutien que pourront apporter les filières de soins en santé mentale sera en première ligne pour prévenir, soigner et accompagner les patients et leurs proches pendant ces périodes de remise en question sociétale, et il sera intéressant pour les participants du PTSM05 de discuter dans les mois à venir de cette nouvelle problématique et d'identifier les besoins spécifiques de la population des Hautes-Alpes face à cette crise sanitaire.

3. Les services et les ressources actuellement disponibles

Dans leurs missions, les ARS doivent veiller à une meilleure répartition des médecins et de l'offre de soins dans leurs régions, à une meilleure utilisation des ressources et à la maîtrise des dépenses de santé.

En 2018, l'ORS PACA²⁵ présentait un département où :

- les médecins généralistes libéraux sont plutôt âgés et sont inégalement répartis au sein du département. Près de la moitié des médecins du département (74/153) sont ainsi installés dans les deux principales villes du département, à Gap (n=61) et Briançon (n=13). Globalement, le territoire du Gapençais est mieux doté en médecins que le reste du département. A l'inverse les territoires de haute-montagne (Queyras, Briançonnais, Champsaur-Valgaudemar) comptent peu de médecins, qui sont de plus relativement âgés ;
- 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 ;
- En 2016, il fallait en moyenne 37 minutes aux habitants du département pour accéder à un psychiatre contre respectivement 26 minutes dans la région
- 9 structures d'exercice coordonné ouvertes ou en projet ;
- les spécialistes libéraux et les établissements sanitaires sont concentrés dans les grandes villes (Gap, Briançon et Embrun) ;

Par contre :

- C'est le seul département de la région à avoir vu son effectif de spécialistes augmenter sur la période 2012-2017
- et l'équipement en structures médico-sociales est plus important que dans la région.

²⁵ Portrait socio-sanitaire et environnemental du département des Hautes-Alpes (2018), consultable sur : http://www.orspaca.org/sites/default/files/portrait_hautes-alpes_orspaca.pdf

Le schéma ci-dessous synthétise, de manière non-exhaustive, l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale des Hautes-Alpes.

Figure 5. Schéma de l'offre sanitaire, médico-sociale et sociale dans les Hautes-Alpes²⁶

Malgré la disponibilité de services assez importante comparée à la région et à la taille du département, ceux-ci restent trop souvent centraliser dans les zones urbaines. Or l'accès aux grandes villes reste difficile pour une grande partie de la population qui est éloignée géographiquement et qui n'a pas les moyens matériels, physiques et économiques pour se déplacer. Ce département rural de haute montagne n'est donc pas une destination plébiscitée par les médecins de ville du fait de la complexité de déplacement au sein du territoire, de l'offre d'emploi restreinte pour le conjoint ou encore de choix limité pour les études supérieures des enfants. D'après la *Mutualité Française Sud-Provence Alpes-Côte d'Azur*, un syndicat professionnel des mutuelles de la région PACA, il semblerait qu'en Hautes-Alpes nous assistons à l'apparition de déserts médicaux dans le Queyras, le Buëch et les hautes vallées de montagne.²²

Le présent diagnostic vise à identifier ce qui fait défaut et ce qui peut constituer des leviers

SOINS					MEDICO SOCIAL		SOCIAL	ENTRAIDE
ADULTES			ENFANT ADO		ADULTES	ENFANTS ADO		
Public	Privé	Addictologie	Public	Privé				
Unité d'hospitalisation : 2					SAMSAH : 4		MDS/PMI : 1	
Urgences psychiatriques : 6	Psychiatres : 0	Psychiatrie : 1	CMP : 5		Résidence d'accueil : 1		Maison des ados : 1	
CMP : 8	Psychologues : 39	SSR : 1	CPJ :		ACT : 14	ITEP : 1	CCAS / CIAS : 6	
CPJ (HDJ et CATP) : 5	Clinique privée : 1	ELSA : 2	Equipe mobile : 1	Pédopsychiatres : 0	ACT-DOM : 4	SESSAD : 4	SAMU Social : 1	
Appartements thérapeutiques : 12	Programme ETP PSY : 1	CSAPA : 2	Unité d'hospitalisation : 2	Psychologues : 3	Logement d'abord : 30	CAMSP/CMPP : 1	CHRS collectifs : 2	GEM : 2
Programme ETP PSY : 2		CJC : 2			Familles Gouvernantes : 1	IME : 3	PAEJ : 1	
		CARRUD : 0					MJC : 2	
							Centre socio-culturel intercommunal : 1	
							Maison de service au public : 3	
							Centre Social Rural : 1	

d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du Projet Territorial de Santé Mentale. Il s'appuie sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offres ainsi que sur les documents et schémas existants. Néanmoins il ne permet pas d'identifier de manière précise les problématiques présentes sur le terrain. C'est dans cet objectif que des groupes de travail ont été formés afin de déterminer les principaux facteurs de risques présents sur le territoire et d'apporter des premières pistes d'actions pour répondre aux problématiques identifiées.

²⁶ ARS PACA « Inventaire des structures de psychiatrie et des structures en lien avec la psychiatrie en PACA »

LE DIAGNOSTIC PARTAGÉ DE SANTÉ MENTALE DANS LES HAUTES-ALPES (05)

L'enjeu-clé de cette phase de construction de la feuille de route est la transformation des propositions des pistes de travail issues du diagnostic partagé en actions réalisables qui permettent de transformer durablement les conditions de prises en charge des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques.

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.

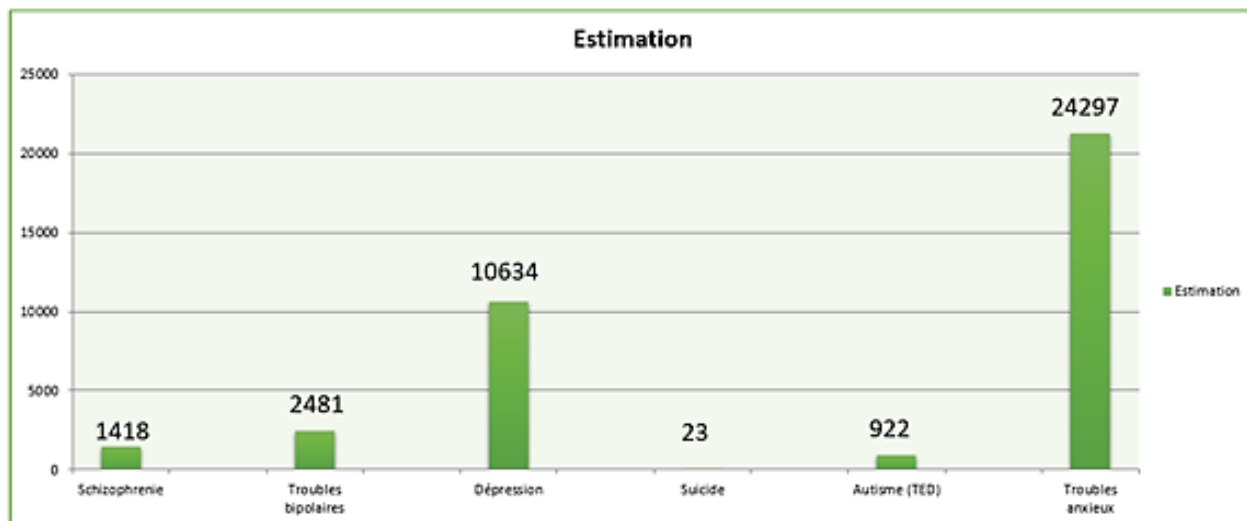
Le modèle d'Ishikawa, symbolisant le parcours de vie, a été utilisé pour fixer un cadre aux échanges au sein du groupe et faciliter le repérage des problèmes et des besoins des personnes atteintes de trouble de la santé mentale. Plus précisément, il a été observé en veillant à identifier les causes et 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.

Dans un premier temps, ces réunions ont permis de faire un état des lieux de la prévalence des troubles mentaux sur le territoire (Graphe 2). Les troubles dépressifs et anxieux semblent être les plus présents sur le territoire puisqu'ils concernent respectivement 10 634 et 24 297 habitants.



Graph 2. Estimation de la prévalence des troubles de santé mentale en Hautes-Alpes (05)

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

Le projet territorial de santé mentale est réalisé à partir d'un diagnostic territorial partagé qui permet de construire des actions d'amélioration inscrites dans une feuille de route. Il associe les acteurs concernés par la santé mentale du territoire : les personnes qui présentent des troubles psychiques, leurs proches et familles, les acteurs du soin, de la prévention et de la promotion de la santé, les acteurs de l'accompagnement à l'autonomie et les acteurs de la vie sociale.

A la suite de ces différentes réunions des groupes de travail, les acteurs ont pu élaborer un diagnostic partagé des principales difficultés rencontrées par les personnes souffrant de pathologies psychiatriques dans leur parcours de santé et de vie ainsi que des principales causes de rupture de parcours. Il s'agit d'identifier les besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population du territoire et de mesurer les manques entre ces besoins et les réponses apportées sur le département. Le diagnostic territorial se compose d'une part, d'un état des lieux quantitatif des besoins et des ressources et, d'autre part, d'un volet plus qualitatif proposant une synthèse des forces et faiblesses de l'offre de prévention, de soins et d'accompagnement dans une logique de continuité des parcours pour les usagers en santé mentale.

A partir de ce diagnostic, des actions prioritaires pourront être identifiées et mises en place pour lever les obstacles et difficultés de parcours et mieux répondre aux attentes et des personnes concernées vivant avec une pathologie psychiatrique avec ou sans handicap psychique.

La **Figure 6** ci-dessous, dresse de manière synthétique les problèmes et besoins relevés par le groupe :

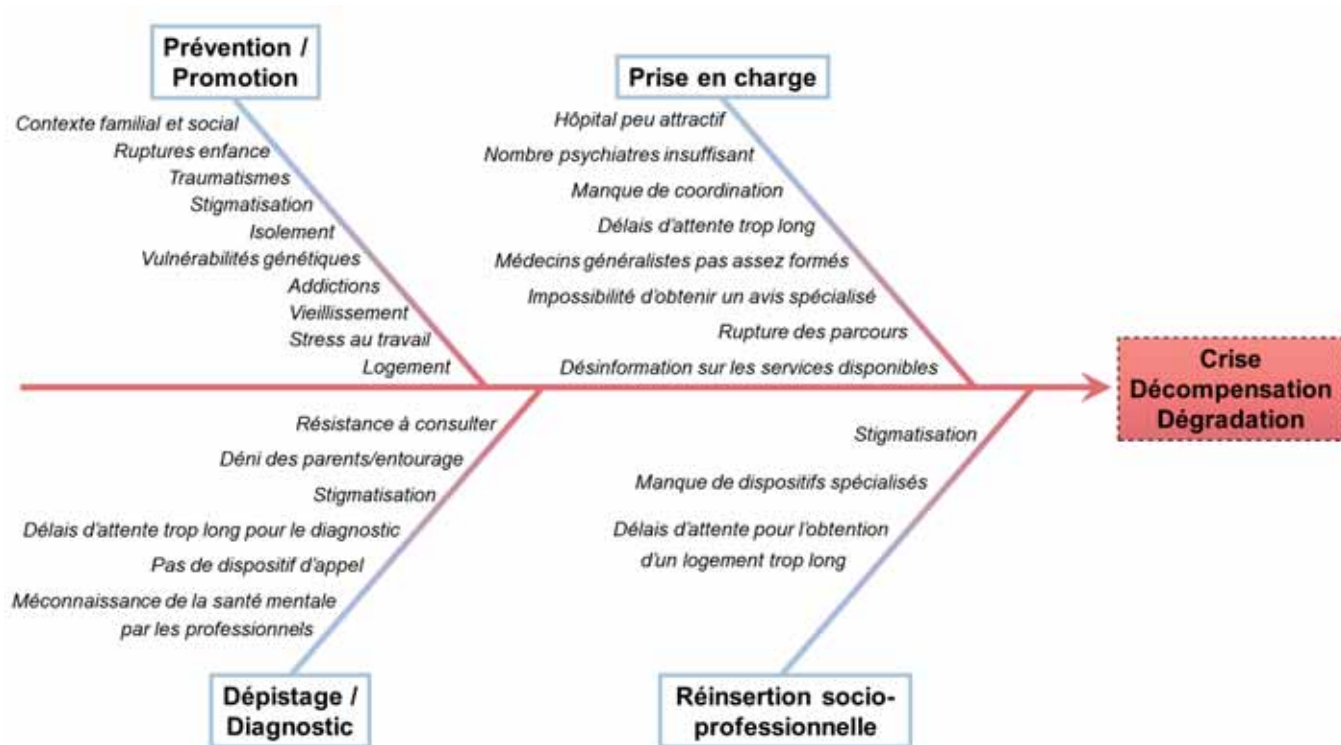


Figure 6. Problèmes et besoins relevés par le groupe en matière de santé mentale

Les réunions ont permis au groupe d'apprenants d'échanger des idées, de débattre et de répondre à des questions en réponse à chacune des problématiques émises. Afin de proposer des actions visant les principaux facteurs de risque en santé mentale et pouvant s'inscrire dans un continuum d'intervention, une synthèse pour chaque thème abordé a été faite.

Pour chaque thème, on pourra trouver les facteurs de risques identifiés, ainsi que les pistes d'actions envisagées qui ont permis de définir les objectifs spécifiques de la **45**.

Les comptes-rendus ainsi que les retranscriptions brutes des réunions sont présentés à l'**147**.

1.1. Promotion et prévention de la santé

Lors de cette 1^{ère} réunion, le groupe de travail a pu identifier 5 stades de la vie où des actions de promotion et de prévention s'avèrent déterminantes pour améliorer la santé mentale globale :

- Périnatalité
- Enfance
- Adolescence
- Âge adulte
- Âge avancé

A. Périnatalité

Il semble évident que se préoccuper de l'enfant dès la grossesse est essentiel car pour certains parents cet évènement constitue un changement radical dans leurs vies, tant sur le plan social que sur le plan psychologique. De plus, la bonne santé mentale des enfants est associée à la

notion de « *parents qui fonctionnent bien* ». Les parents peuvent donc avoir besoin d'être accompagnés dans leur rôle de parents au travers de programmes de soutien à la parentalité.

En effet, le groupe de travail a pu identifier trois problématiques principales :

- 1) Il existe une précarité psycho-sociale au niveau du couple
- 2) La sortie des maternités est trop rapide, avec peu de temps pour identifier les familles à risque ou ayant besoin d'un accompagnement
- 3) Il y a un manque d'accompagnement des parents à partir de la maternité

Malgré le fait qu'il existe une multitude de structures et de professionnels, il manque un travail en réseau qui permettrait un meilleur accompagnement des familles.

Pour remédier à cela, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Systématiser les consultations néo-natales et post-natales : PMI, programme PRADO ; D2P (dispositif de prévention périnatalité)
- Mettre en place des programmes de prévention autour du tabac, de l'alcool... chez la femme enceinte et élargir les formations CSAPA sur « addiction et grossesse » pour sages-femmes aux autres professionnels et les pérenniser dans le temps
- Programme d'aide à la parentalité
- Observation du développement de l'enfant (entourage familial, crèches, médecins, assistantes maternelles)
- Rembourser les consultations de psychologue en libéral
- Orientation vers des dispositifs de soutien à la parentalité
- Améliorer l'accueil des mères en proximité (partout dans le département)
- Accueil mère-enfant en cas de troubles psychiatriques de la mère

B. Enfance

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,...).

Le groupe de travail a pu identifier plusieurs facteurs susceptibles de dégrader la santé mentale pendant l'enfance :

- 1) Problèmes dans la famille
- 2) Ecoles et classes surchargées
- 3) Harcèlement scolaire
- 4) Précarité
- 5) Sur-handicap
- 6) Cyberaddiction

Il semble donc important d'avoir le support de l'Education Nationale afin de favoriser la coordination et l'articulation des programmes de l'éducation nationale, du CODES 05 et autres structures impliquées dans l'éducation pour la santé et l'enfance, pour qu'ils puissent travailler ensemble.

Pour répondre à ces problématiques, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Formations au repérage
- Formations de renforcement des compétences psychosociales
- Aide à la périnatalité
- Formation et accompagnement des parents sur tout ce qui est audiovisuel (réseaux sociaux, médias, écrans...)

- Baisser le nombre d'enfants par classe
- Mettre en place des programmes type GBG (Good Behavior Game) afin de développer les compétences psychosociales des élèves
- Prévenir le sur-handicap en ajoutant un item dans la consultation du médecin généraliste
- Favoriser la coordination avec les préventeurs
- Travailler avec l'Education Nationale
- Travailler sur les représentations, stigmatisations ...
- Favoriser les liens avec les collectivités territoriales

C. Adolescence

Tout comme pendant l'enfance, à l'adolescence les habitudes de vie sont en construction et les compétences en cours d'acquisition. La promotion du bien-être psychologique et la protection des adolescents contre les expériences néfastes et les facteurs de risque susceptibles d'avoir un impact sur leur potentiel d'épanouissement sont essentielles non seulement pour leur bien-être à l'adolescence, mais aussi pour leur santé physique et mentale à l'âge adulte. Cette population est donc particulièrement réceptive aux apprentissages et à la prévention.

Les problèmes de santé mentale non traités chez les adolescents peuvent avoir des conséquences multiples : mauvais résultats scolaires, chômage, consommation de stupéfiants, comportements à risque, criminalité, mauvaise santé sexuelle et procréative, automutilation, mauvaise hygiène personnelle – autant de facteurs qui accroissent le risque de morbidité et de mortalité prématurée tout au long de la vie.²⁷

Le groupe de travail a notamment pu identifier plusieurs problématiques sur le territoire susceptibles de détériorer la santé mentale des adolescents :

- 1) Addictions
- 2) Sédentarité
- 3) Mauvaises conditions familiales entraînant une précarité socio-psychologique de l'adolescent
- 4) Harcèlement scolaire et discrimination pouvant pousser à la déscolarisation (une augmentation a été constatée dans le département) voire au suicide
- 5) Inadéquation des dispositifs pour adolescents par rapport à l'âge : pas de médecins scolaires dans le département

Encore une fois, ce n'est pas tant le manque de professionnels qui empêche une meilleure organisation mais plutôt le manque de travail en réseau. Ce cloisonnement est donc un frein important à la mise en place d'actions de promotion et de prévention de la santé mentale, et ce, de manière générale.

Pour remédier à cela, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Développement des compétences psychosociales
- Sensibiliser les surveillants des collèges et lycées
- Renforcement du rôle du médecin scolaire
- Renforcement du rôle de la MDA (Maison Des Adolescents) et du planning familial
- Favoriser l'accès à la culture et au sport pour tous
- Créer une commission d'analyse des situations pour les adolescents : commission intersectorielle qui permet l'interface entre les partenaires et recherche de synergie pour favoriser l'innovation

²⁷ « Santé mentale des adolescents », OMS, consultable sur : <https://www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>

D. Âge adulte

Lorsqu'on devient adulte et qu'on entre dans la vie active, de nouveaux facteurs de risques peuvent apparaître et nuire à notre santé mentale.

Parmi eux, le groupe de travail a pu citer :

- 1) La perte d'emploi
- 2) Les ruptures
- 3) Les difficultés d'accès aux services
- 4) Les logements précaires
- 5) Management et ambiance au travail pouvant aboutir à des burn-out
- 6) Un manque de cohésion sociale

De plus, ce sont souvent les CLSM qui sont en charge de coordonner les services de psychiatrie publics, les élus locaux du territoire concerné, les usagers et les aidants. Néanmoins il n'en existe pas sur le département, ce qui est problématique notamment pour définir des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale de la population.

Pour répondre à ces problématiques, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Travailler avec les services de santé au travail
- Relayer la semaine internationale de la santé mentale pour lutter contre les discriminations
- Etendre les formations à la crise suicidaire
- Team building (destigmatiser les approches bienveillants)
- Développer le CLSM
- Développer les premiers secours en santé mentale

E. Âge avancé

Le vieillissement peut s'accompagner parfois de troubles psychiatriques insuffisamment repérés et traités. A cela s'ajoute les troubles cognitifs liés aux pathologies neurodégénératives. De plus, ces personnes se trouvent très souvent isolées ce qui constitue un facteur de risque très important pour la santé mentale de cette population.

Le groupe de travail a notamment pu citer comme facteurs aggravants :

- 1) L'isolement géographique, social et numérique lié aux problématiques de transport dans le département
- 2) La maltraitance
- 3) Le deuil
- 4) La perte d'autonomie et la dénutrition

Pour remédier à cela, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Formation au repérage des fragilités par la PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)
- Formations aux repérages des crises suicidaires
- Mise en place d'ateliers bien-être (café des aidants, renforcement lien social...)
- Sport et culture pour tous

1.2. Dépistage et diagnostic précoce

Les participants ont estimé que le dépistage précoce est difficile à l'adolescence et inexistant à l'âge adulte dans le département. Ils suggèrent qu'il faut se montrer créatif dans les pratiques de chacun, encore plus pour ce public.

En France, le dépistage des troubles mentaux en population générale doit pouvoir s'appuyer sur le dispositif existant de surveillance systématique des enfants depuis la naissance jusqu'à l'adolescence. Ce dispositif doit bénéficier des avancées des connaissances sur le développement de l'enfant et de la mise au point d'indicateurs validés. Il doit également prendre en considération les facteurs de risque qui peuvent être associés aux troubles mentaux. Pour réussir cette action de santé publique, il est nécessaire d'informer et de former tous les acteurs en contact avec les enfants : les parents, les enseignants et les éducateurs, les plus à même de repérer les premiers signes d'un trouble mental ; les médecins généralistes, les pédiatres, les médecins scolaires et de PMI, capables de reconnaître un tel trouble et d'orienter l'enfant vers les structures adaptées pour le diagnostic et la prise en charge ; enfin les pédopsychiatres, susceptibles de s'approprier les résultats de la recherche et d'enrichir leur pratique clinique.²⁸ Ceci vaut également pour les personnes adultes et âgées dont la méconnaissance de la maladie mentale et le manque de partage des informations sur les troubles repérés par les professionnels ainsi que par l'entourage entraîne un retard dans le dépistage, le diagnostic et donc la prise en charge.

De plus, il est essentiel de former tous les acteurs aux signes d'appel de troubles mentaux qui vont pouvoir apporter toutes les garanties d'expertise pour un diagnostic rapide permettant une intervention précoce. Ceci doit également s'accompagner d'un suivi pour prévenir l'apparition d'autres troubles puisque les comorbidités sont très fréquentes. Mais cela reste assez difficile sur le territoire à cause des difficultés de déplacements qui empêchent souvent la transmission du diagnostic aux tiers (parents, familles).

Le groupe de travail a pu identifier plusieurs problématiques sur le territoire qui sont un frein au dépistage et diagnostic précoce :

- 1) Mauvaise articulation entre la PMI et le PRADO qui peut nuire au repérage des problèmes
- 2) Sensibilisation et informations insuffisantes du grand public
- 3) Méconnaissance du réseau d'alerte
- 4) Pas de dispositif d'appel pour les personnes en difficulté (parents, proches, professionnels)
- 5) Peu de travail en réseau ce qui entraîne un manque de coordination entre les acteurs
- 6) Manque de disponibilités des équipes spécialisées
- 7) Consultations chez le psychologue non remboursées
- 8) « Disparition » des médecins et des IDE scolaires
- 9) Professionnels de la PJJ (Protection Judiciaire de la Jeunesse) peu formés à la santé mentale
- 10) Médecins généralistes pas assez formés au repérage
- 11) Méconnaissance de la maladie mentale par les personnes mais aussi les professionnels

Pour répondre à ces problématiques, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Mieux articuler les interventions PMI et PRADO
- Organiser des formations et/ou sensibiliser le grand public
- Créer un numéro d'appel dépistage 24h/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

²⁸ Étiemble, Jeanne. « Une expertise collective pour promouvoir le dépistage précoce des troubles mentaux de l'enfant », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2004, pp. 15-33.

- Formaliser le travail en réseau
- Favoriser les formations en commun
- Former les professionnels de la PJJ au repérage des troubles de la santé mentale et développer un partenariat PJJ/professionnels de santé
- Créer une formation sur le dépistage de troubles de la santé mentale pour les professionnels, notamment les médecins
- Mettre en place une équipe mobile en capacité d'intervenir au domicile des personnes (principe de l' « Aller-vers »)
- Développer les groupes de pairs-aidants/patients-experts

Les participants ont également fait remarquer qu'une autre population souffre de l'échec du dépistage et diagnostic précoce : il s'agit du public étranger et notamment des migrants dont le nombre a considérablement augmenté dans les Hautes-Alpes depuis quelques années. En effet la méconnaissance de leurs besoins ainsi que la barrière de la langue sont un frein important à la prise en charge de ces personnes. Le groupe de travail a donc suggéré qu'il serait intéressant de former les professionnels à ce type de population et d'introduire des interprètes afin de comprendre et de pouvoir répondre au mieux à leurs besoins.

1.3. Prise en charge globale

Lorsque la maladie mentale a pu être diagnostiquée, la prise en charge doit être optimale, c'est-à-dire rapide et répondant aux besoins du patient.

Néanmoins, le groupe de travail a fait remarquer qu'il y avait un échec de cette prise en charge à plusieurs niveaux :

- Démarches
- Gestion de crise
- Gestion des errances
- Cloisonnement des structures

A. Démarches

Les participants ont fait remarquer que la complexité des démarches est problématique pour garantir une prise en charge optimale. Ils nous ont notamment fait noter que :

- 1) Les listes d'attentes sont trop longues
- 2) La prise en charge et orientation vers les structures adaptées sont trop tardives
- 3) Pas de couverture territoriale
- 4) Les équipes mobiles ne sont pas présentes sur tout le territoire

Pour répondre à ces problématiques, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Faciliter les démarches administratives
- Former et recruter plus de personnels compétents afin d'augmenter les places en établissements spécialisés
- Augmenter le nombre d'équipes mobiles et étendre cela sur tout le territoire

B. Gestion de crise

Il arrive parfois que des professionnels de santé ou des personnes de l'entourage se retrouvent face à une personne dont le comportement relève des troubles mentaux manifestes et qui refuse le soin. Dans ces moments-là il faut être formé aux procédures de la gestion de la crise pour permettre la prise en charge du malade. Néanmoins les participants ont fait remarquer que sur le territoire :

- 1) Il y a un manque de consignes claires sur les conduites à tenir en cas de crise
- 2) Il est difficile de gérer les crises le week-end ou dans les zones isolées

Pour remédier à cela, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Créer un mode opératoire avec la préfecture qui précise qui appeler et qui actionner
- Etendre les équipes mobiles hors établissements qui peuvent se rendre à domicile pour désamorcer une situation ou apaiser le malade et éviter la crise

Les participants nous ont notifié qu'en pédopsychiatrie, il existait déjà un appel à projet financé par l'ARS dédié à une équipe mobile pour aller dans les IME.

C. Gestion des errances

Un des phénomènes très présent sur le territoire est celui d'errance. Il en existe de deux types : celle de la rue et celle des itinérants. Chacune d'elle connaît donc sa propre problématique :

- 1) Errance de la rue : personnes sans abri, plus ou moins psychiatriquées, plus ou moins atteintes de différentes addictions
- 2) Errance des itinérants : personnes qui partent de leur département avec une décompensation psychiatrique

La piste d'action privilégiée par le groupe de travail dans ces deux cas et qui a été prise en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50**, est qu'il faudrait pouvoir répertorier et avoir un suivi de ces personnes que finalement personne ne connaît.

D. Cloisonnement

Comme pour la prévention et le diagnostic, le manque de travail en réseau est un frein à la prise en charge optimale des patients.

Les participants ont notamment notifié qu'il y avait une méconnaissance des structures et des dispositifs existants du fait de ce manque de coordination entre les professionnels, intervenants et familles.

Pour remédier à cela, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Inciter les médecins traitants à se rendre à domicile afin de permettre une surveillance thérapeutique
- Informer les spécialistes afin qu'ils puissent se coordonner et orienter les patients vers les structures adaptées à leur situation sanitaire

1.4. Logement et emploi

Les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants souffrent généralement d'un grand isolement, d'une perte de capacité à entreprendre, à vivre dans un logement autonome ou à tenir un emploi.

Certaines personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ne trouvent pas de solution dans le système d'hébergement classique et sont en grave précarité de logement. Cela aboutit à des hospitalisations inappropriées, à des périodes sans-abri, à une instabilité psychique et à la consommation de substances, voire au suicide.

A. Cloisonnement

Une fois de plus, les participants nous ont fait remarquer que le manque de travail en réseau entre le domaine médical, social et médico-social, ainsi que le cloisonnement des financements, sont un frein important à l'insertion socio-professionnelle de ces personnes.

Pour répondre à ces problématiques, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Créer une instance de mutualisation des acteurs : elle permettrait de créer le lien entre les différents acteurs et de jouer le rôle d'accompagnement des personnes grâce au recrutement d'équipes mobiles pour empêcher voire anticiper la rupture dans les parcours de vie
- Eviter que chaque établissement soit financé par un organisme différent (Conseil départemental, ARS...)
- Créer un espace de partage de santé mentale car la connaissance d'un secteur dépend souvent d'une seule personne qui a cette connaissance et qui a son propre réseau, mais ce réseau n'est pas forcément partagé
- Mettre en place le PSSM (Premier Secours en Santé Mentale) pour former des personnes (tout public) non spécialistes de la santé mentale (employeurs, bailleurs, familles ...)

B. Logement

En ce qui concerne le logement, plusieurs problématiques ont été évoquées :

- 1) Il existe une multiplicité de solutions mais il manque une structure pour les répertorier et les coordonner
- 2) Manque de logements intermédiaires avec des accompagnements
- 3) Carence de logements T1, T2

Pour remédier à cela, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Création d'un Bureau du Logement Unique, plateforme ou SIAO pour faire la coordination
- Projet avec ISATIS en cours (« un chez-soi d'abord »)
- Améliorer les appartements thérapeutiques existants
- Favoriser l'accompagnement de la personne dans le logement social conventionné par les services de psychiatrie et CSAPA
- Il faudrait un endroit où l'on pourrait diriger les gens en 4 étapes : orientation/ouverture des droits, comment accéder au logement, comment se maintenir dans le logement, différence entre le logement et l'hébergement adapté
- Il faudrait des résidences intergénérationnelles (populations mixtes, personnes âgées, personnes handicapées...)

C. Emploi

En ce qui concerne l'emploi, plusieurs problématiques ont été évoquées :

- 1) Un grand nombre de personnes qui ont des troubles psychiatriques ne pourront pas accéder à un emploi
- 2) Difficile de passer d'un emploi adapté à un emploi en milieu ordinaire

Pour répondre à ces problématiques, plusieurs pistes d'actions ont été suggérées et ont été prises en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Il faut créer des emplois « adaptés » qui permettrait un accès et un maintien dans l'emploi chez ces personnes-là grâce à un accompagnement spécifique
- Il faudrait permettre aux personnes en situation de handicap de pouvoir faire un « essai échec »
- Développer les ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail) pour une première insertion professionnelle
- Développer le « working first »

1.5. Insertion sociale (droits des usagers).

Lorsqu'on parle des droits des usagers en santé mentale, ceux-ci correspondent à l'accès aux soins, l'égalité d'accès aux soins, que l'information soit accessible et loyale, le consentement libre et éclairé, le respect de la vie privée et l'accès direct à ses informations de santé et aux choix du traitement.

Les participants ont également notifié que 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.

Des problématiques ont pu être soulevées à trois niveaux :

- Consentement et gestion de la crise
- Accompagnement
- Stigmatisation

A. Consentement et gestion de la crise

Un des principales problèmes soulignés par le groupe de travail est qu'il y a un manque de formation des intervenants de 1^{er} recours, qui se trouvant face à une personne en crise ne pourront pas proposer le traitement le plus adapté à la nature de cette crise. Il faudrait donc pouvoir former les urgentistes, les médecins généralistes, la police, les pompiers ainsi que l'entourage afin que ceux-ci puissent prendre les décisions les plus justes.

B. Accompagnement

Pour que la personne atteinte de troubles psychiques ou son entourage puissent être informés concernant les droits des usagers et les procédures à suivre en cas de crise, les participants ont donné l'idée d'un guichet unique doté d'un personnel formé et qui correspondrait à un endroit ressource avec un numéro spécial où l'information concernant la prise en charge des personnes ayant un handicap serait centralisée, et qui permettrait aux patients d'être orientés vers un référent ou vers les associations adaptées.

Pour cela une piste d'action a été envisagée et a donc été prise en compte pour la mise en place des fiches-action présentées **50** :

- Création d'une plateforme dotée d'un comité de pilotage avec tous les gens compétents capables d'intervenir. Grâce à la mise en place d'un numéro spécial les patients, selon leur demande, pourront être orientés vers le CSAPA, le CODES, l'hôpital ...
- Doter cette plateforme d'une équipe mobile qui pourrait se déplacer chez les populations isolées
- Créer une équipe pluridisciplinaire qui pourra mettre en place de la formation, de l'information et de l'éducation thérapeutique au sein même de cette plateforme

C. Stigmatisation

Les participants nous ont notifié que c'était surtout le manque de sensibilisation de la population sur la santé mentale qui crée cette stigmatisation.

Ils ont donc proposé comme piste d'action de :

- Créer des campagnes de sensibilisation avec par exemple des bus itinérants qui pourraient sillonner la campagne pour donner des informations directement là où habitent les gens

LE PTSM DES HAUTES-ALPES EN ACTION

La phase de diagnostic partagé a été l'occasion d'établir des constats en terme 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 guide, ses objectifs et sa stratégie d'action sont exposés puis 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.

1. Cadre général d'action du PTSM 05

1.1. La vision et les valeurs du PTSM 05

A. 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.

B. 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.

1.2. La stratégie d'action du PTSM 05

Pour répondre aux objectifs, la stratégie retenue du PTSM05 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.

1.3. Les objectifs (généraux et spécifiques) du PTSM 05

A. Objectifs généraux

Le PTSM 05 se donne pour objectifs principaux de :

- Promouvoir la santé mentale dès le plus jeune âge
- 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
- Travailler la transition du retour à domicile après un sevrage résidentiel, un séjour de cure ou une hospitalisation de personnes souffrantes d'addictions

B. Objectifs spécifiques

Les objectifs généraux se déclinent en **9 objectifs spécifiques**.

OBJECTIF 1

DEVELOPPER LES RELATIONS ET FACILITER LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

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 qui collabore de manière constructive devient plus que la somme des parties (synergie).

OBJECTIF 2

FAVORISER LES EXPERIMENTATIONS DANS LE DEPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

Parce que le contexte 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 3

RENFORCER LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE ET LA PREVENTION DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LE DEPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

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 4

ASSURER LES CONDITIONS D'UN DEPISTAGE PRECOCE DES TROUBLES DE LA SANTE 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 5

DELIVRER DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE S'INSCRIVANT DANS UN CONTINUUM DE SOINS PREVENTIFS ET CURATIFS, EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS DES PERSONNES AU COURS DU TEMPS ET À DIFFERENTS NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE

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 6

RENFORCER LES CAPACITES 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...). Ses moyens doivent être renforcés en personnels infirmiers et en psychiatres.

OBJECTIF 7

DEVELOPPER ET SOUTENIR LES PROGRAMMES INNOVANTS DESTINES AUX PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE LA SANTE MENTALE DANS LES DOMAINES DU LOGEMENT, DU TRAVAIL ET PLUS GENERALEMENT 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 8

AUGMENTER LE NIVEAU DE COMPETENCES DES PROFESSIONNELS EN SANTE 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 9

RENFORCER LES CAPACITES DES ACTEURS A LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION, ET A PROMOUVOIR LES DROITS HUMAINS ET LE RETABLISSEMENT

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. Les problèmes de santé mentale créent ainsi le risque que les droits fondamentaux ne soient pas respectés. Or, il existe un manque d'information sur l'existence de ces droits, aussi bien chez les professionnels que chez les usagers eux-mêmes. *(Pourquoi et comment lutter contre la stigmatisation en santé mentale. La santé de l'homme - n° 419 - mai-juin 2012).*

1.4. Réflexions et contributions du CTS05 et de l'Unafam

Une première version du PTSM05 a été envoyée pour révision au Conseil territorial en santé des Hautes-Alpes (CTS05) ainsi qu'à l'Unafam (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques) afin de s'assurer que celui-ci répond aux demandes du département, mais également pour permettre la vérification des données du diagnostic et de la pertinence et faisabilité des actions proposées.

Le procès-verbal a eu lieu le 3 décembre 2020, et chaque participant a eu jusqu'au 15 décembre 2020 pour nous faire parvenir ses commentaires. La nouvelle version de ce PTSM05 suite aux avis rendus devant être remise le 18 décembre 2020, en termes de temps il ne nous a pas été possible de prendre en considération toutes les remarques et propositions dans la mise-à-jour du document.

Nous avons donc décidé de faire un compte-rendu de toutes ces remarques et propositions dans ce chapitre. Le document publié officiellement étant modifiable par avenant pendant ses cinq années d'effet, nous nous assurerons que toutes les demandes soient honorées.

A. Diagnostic territorial

Pour le **CHBD**, il y a une imprécision sur l'offre en psychiatrie libérale, et qu'il faudrait proposer plus d'actions concernant les personnes âgées (*2 fiches actions ont d'ailleurs été proposées par le CHBD et ajoutées au PTSM*).

Pour le **CoDES**, il serait important d'étudier l'impact de la Covid-19 sur la santé mentale du département, de parler d'avantage des saisonniers et des problématiques auxquels ils sont sujets, mais également de développer des données concernant les consultations de psychologies d'enfants.

Pour la **Fondation Seltzer**, il serait intéressant de prioriser les actions selon les conclusions du diagnostic.

Pour l'**Unafam**, ils nous ont cité trois points sur lesquels il semblerait particulièrement nécessaire de donner toute l'importance qu'ils méritent :

- Absence totale de médecins psychiatres libéraux
- Coordination insuffisante avec les médecins généralistes
- Impossibilité pour tous les malades de bénéficier de stratégies de réhabilitation

Pour la **Mutualité française**, concernant la problématique des migrants, il serait intéressant d'entrer en contact avec les associations. Une fiche action co-écrite avec France Terre d'Asile et la PASS PSY a d'ailleurs été proposée et intégrée au PTSM.

B. Attractivité du territoire

Pour l'**URPS-ML**, il y a un manque de médecins généralistes et en plus de cela, les médecins exerçant sur le territoire sont âgés et pas suffisamment formés. Il faudrait donc reconstruire la santé mentale à partir de la médecine de proximité et les professionnels de soins locaux doivent être mis au centre et faire la prise en charge au plus près des patients.

Pour le **CHBD**, ils ont notifié que cela faisait deux qu'il n'avait pas reçu de stagiaire au CMP (centre médico-psychologique) et qu'ils se retrouvaient dans une situation de désertification médicale. Il faudrait donc favoriser les stages d'internes en médecine, notamment en s'aidant de l'Association des internes et de l'Académie d'Aix-Marseille Université.

C. Prévention et promotion de la santé mentale

Pour le **PEPADS**, il manque la Commission des cas complexes organisée par la MDA (Maison Des Adolescents) et animé par un pédopsychiatre. Une fiche action a d'ailleurs été proposée et ajoutée au PTSM.

Pour le **CoDES**, il est indispensable d'avoir l'appui d'une collectivité territoriale pour le projet concernant la mise en place d'un programme de soutien aux familles et à la parentalité. Concernant la crise suicidaire, le CoDES a proposé des formations qui sont actuellement en cours mais qui seraient mises en place de manière beaucoup plus efficace s'ils avaient l'appui des CLSM.

D. Interactions entre les Alpes-de-Haute-Provence et les Hautes-Alpes

Certains points de vue divergent concernant une possible mutualisation du 05 avec le 04.

Pour la **Mutualité française**, il faut que les Hautes-Alpes existent en tant que département et donc fusionner le 04 et 05 ne semble pas judicieux.

Pour l'**URPS-ML**, vu la localisation du CHBD à Laragne (Sud-Ouest proche du 04), il serait dommage de ne pas mutualiser les moyens entre les PTSM, car il va être difficile de trouver tous les moyens nécessaires pour honorer toutes les fiches-action.

Pour le **CCSB**, il y a un manque d'incitation et de temps pour les formations en santé mentale. Pour inciter les internes à faire des stages dans les Hautes-Alpes, une mutualisation de la communication et des moyens pourrait donc être faite entre le 04 et le 05.

Le **CHBD** nous a notifié que concernant la psychiatrie ils étaient déjà en lien avec le 04, et que sur l'addictologie ils ont lancé une filière 04-05 avec tous les acteurs.

E. Sujets divers

L'**Unafam** nous ont également fait part de leur souhait que :

- Toutes les actions visant à la réhabilitation des patients soient regroupées sous un seul objectif, pour mettre en évidence la cohérence nécessaire des parcours de soin et de réhabilitation
- Qu'une nouvelle fiche action regroupant les 3 domaines complémentaires que constituent la réhabilitation psychosociale, la remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales, soit élaborée.

La **PTA** a proposé de créer un espace collaboratif dans l'Agora social club pour échanger plus rapidement concernant les problématiques en addictologie.

2. Pilotage et suivi de la mise en œuvre

2.1. Suivi de la mise en œuvre au niveau départemental

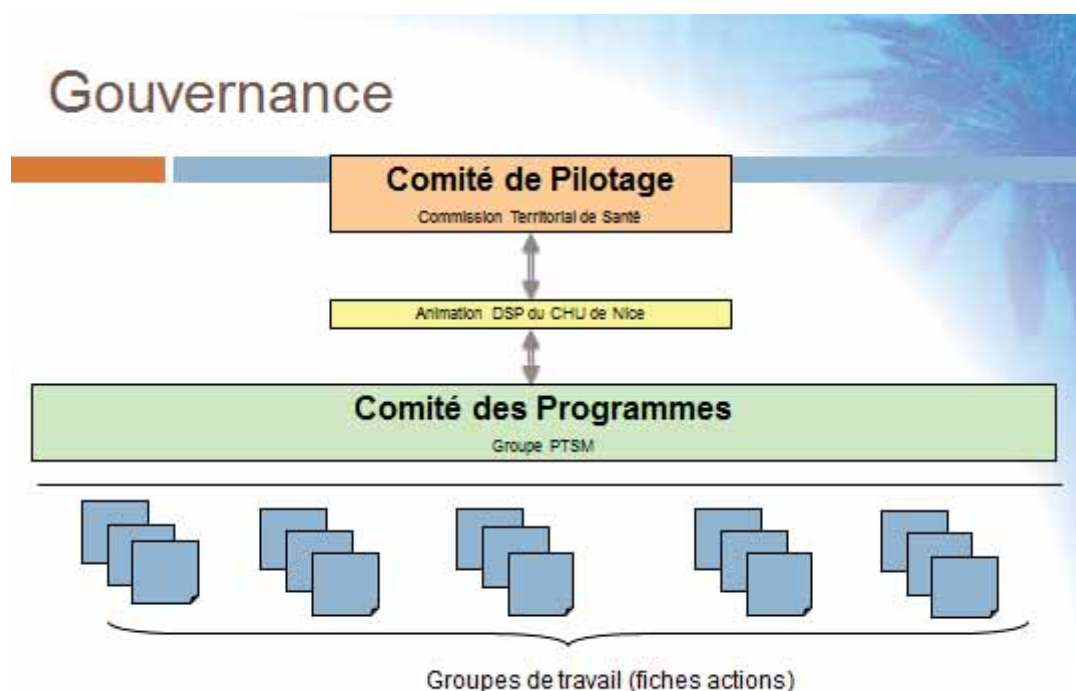
Gouvernance du projet

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 05, 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 Territoriale de Santé des Hautes-Alpes joue 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 y 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.

2.2. 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. 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 PTSM05 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.

FICHES ACTIONS

Les 9 objectifs spécifiques sont déclinés en **24 actions** présentées ensuite en fiche-action.

Objectif 1 : Développer les relations et faciliter la communication entre les professionnels impliqués dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles de la santé mentale

- Fiche n°1 : Création d'un espace partagé en santé mentale
- Fiche n°2 : Création de conseils locaux de santé mentale dans le département des Hautes-Alpes

Objectif 2 : Favoriser les expérimentations dans le département des Hautes-Alpes

- Fiche n°3 : Création d'un poste d'attaché de recherche

Objectif 3 : Renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques dans le département des Hautes-Alpes

- Fiche n°4 : Systématiser les consultations néo-natales et post-natales (PMI, programme PRADO, dispositif de prévention périnatalité)
- Fiche n°5 : Soutenir la parentalité dans le cadre de la prévention des troubles de la santé mentale
- Fiche n°6 : Mise en place de programmes Good Behavior Game (GBG)
- Fiche n°7 : Développer les groupes d'entraide mutuelle (GEM) dans tout le département
- Fiche n°8 : Premiers secours en santé mentale : Action de prévention et repérage (formation, sensibilisation, déstigmatisation)

Objectif 4 : Assurer les conditions d'un dépistage précoce des troubles de la santé mentale

- Fiche n°9 : Création d'une plateforme de coordination intégrée départementale sur la santé mentale
- Fiche n°10 : Plateforme d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neuro-développement
- Fiche n°11 : « Commission d'Analyse des Situations Complexes (CASC) » : Améliorer l'accompagnement des jeunes en souffrance psychique, faciliter les parcours et éviter les ruptures de prise en charge

Objectif 5 : 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

- Fiche n°12 : Doter le département des Hautes-Alpes en Infirmières en pratiques avancées de psychiatrie
- Fiche n°13 : Elaborer et mettre en place une politique de marketing territoriale pour augmenter l'attractivité du territoire et fidéliser les psychiatres
- Fiche n°14 : Développer « l'Aller-vers » en addictologie (territoires isolés et publics précaires)

Objectif 6 : Renforcer les capacités d'intervention des CMP

- Fiche n°15 : Création d'une équipe mobile de liaison psychiatrie précarité (EMLPP) intégrée à la plateforme de coordination départementale sur la santé mentale
- Fiche n°16 : Création d'équipe mobile de gérontopsychiatrie en lien avec l'équipe Mobile de gériatrie du CHICAS
- Fiche n°17 : Création d'un PASA de nuit au CHBD
- Fiche n°18 : Prise en charge des personnes migrantes et des réfugiés

Objectif 7 : Développer et soutenir 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

- Fiche n°19 : Etendre le modèle « Un chez soi d’abord »
- Fiche n°20 : Etendre le modèle « working first »
- Fiche n°21 : Travailler la transition du retour à domicile après un sevrage résidentiel, un séjour de cure ou une hospitalisation des personnes souffrantes d’addictions

Objectif 8 : Augmenter le niveau de compétences des professionnels en santé mentale

- Fiche n°22 : Mise en place d’un programme de développement des compétences en santé mentale

Objectif 9 : Renforcer les capacités des acteurs à lutter contre la stigmatisation et la discrimination, et à promouvoir les droits humains et le rétablissement

- Fiche n°23 : Fournir une information fiable et facile d’accès sur les droits des usagers en santé mentale
- Fiche n°24 : Humaniser les locaux d’hospitalisation des personnes souffrant de troubles psychiques



OBJECTIF 1

DEVELOPPER LES RELATIONS ET FACILITER LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N°1 CRÉATION D'UN ESPACE PARTAGÉ EN SANTÉ MENTALE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Tout au long des réunions de travail du groupe en charge de l'élaboration du PTSM, les participants ont exprimé le besoin de « décloisonner » pour améliorer les relations entre les professionnels impliqués : la question du « travailler ensemble » qui est transversale est d'alimenter les réseaux car il y a beaucoup d'acteurs dans le département, de les faire vivre, réseau entendu comme une organisation où chacun est reconnu, identifié et qui permet « le travailler ensemble » ;</p> <p>La santé mentale est une problématique complexe du fait des caractéristiques propre de la maladie et des multiples facteurs environnementaux (système de soins, logement, travail, stigmatisation,...) qui interagissent avec elle. Une des approches qui permet 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>On retrouve la même demande dans l'état des lieux départemental de l'offre de soins en Addictologie, mené en parallèle du PTSM, par la PTA Hautes-Alpes.</p> <p>Il importe que les acteurs assument collectivement la responsabilité de la population qu'ils accompagnent, car « la continuité des parcours est le résultat d'une intelligence collective, plutôt que le seul résultat des actes professionnels considérés séparément ».</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	L'ensemble des acteurs qui ont participé à l'élaboration du PTSM
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Population générale du département ▪ Personnes atteintes de troubles de la santé mentale ▪ Personnes souffrants d'addictions ▪ Professionnels impliqués dans la prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale. ▪ Professionnels de la filière Addictologique
Objectif général	Favoriser le partage des connaissances et des expériences pour répondre à la complexité
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	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.

	<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 le Conseil en 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. Cette fonction pourrait être assurée par le groupe qui participé à l'élaboration du PTSM. 3. Des groupes de travail opérationnels soutenus par une équipe projet. Cette mission pourrait être assurée par le (les) CLSM du département. Un groupe de travail spécifique, constitué des professionnels de l'Addictologie, pourrait être mis en place pour permettre le partage et les échanges de pratiques. <p>L'agenda de réunion de ces instances est la suivante :</p> <p>Comité de pilotage : 1 à 2 fois par an Comité programmes : 3 à 4 fois par an.</p>
Logique d'action	Des agents qui travaillent 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	Rédaction d'un rapport d'évaluation annuel des activités menées
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de réunions organisées ▪ Nombre de participants ▪ Nombre de projets initiés ▪ Nombre de projets ayant été mené à leurs termes
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décloisonnement ▪ Amélioration de la coopération ▪ Meilleure circulation de l'information ▪ Co-construction ▪ Harmonisation des pratiques
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

FICHE ACTION N°2 CRÉATION DE CONSEILS LOCAUX DE SANTÉ MENTALE DANS LE DÉPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Le groupe de travail a identifié plusieurs situations susceptibles de générer des troubles de la santé mentale dans le département : la perte de l'emploi, les ruptures, le logement précaire, management au travail,...</p> <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 qui met en œuvre les politiques locales et les actions pour améliorer la prévention et le parcours de soins en santé mentale.</p> <p>Or, dans le département les Hautes-Alpes, il n'existe pas de CLSM.</p> <p>Le groupe de travail en charge de l'élaboration du PTSM propose que des CLSM soient créés sur l'ensemble du territoire.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels 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
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Dans chacune des agglomérations du département avec opportunité de coordination entre les différents CLSM au niveau départemental.
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)	<p>L'action consiste à mettre en place un CLSM dans chaque zone clé du territoire</p> <p>L'analyse des territoires doit permettre de déterminer le périmètre</p>

spécifiques et opérationnels)	d'action (niveau communal, niveau agglomération) des CLSM.
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 crée - 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) - 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 2

FAVORISER LES EXPERIMENTATIONS DANS LE DEPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N°3 CRÉATION D'UN POSTE D'ATTACHÉ DE RECHERCHE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
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.</p> <p>Il faut également garder en mémoire la spécificité du 05 qui complexifie la mise en œuvre de solutions efficaces (faible densité, distances, éloignement).</p> <p>Le groupe de travail a ainsi proposé d'inscrire le département dans les démarches favorisant la production de données probantes avec une volonté de changer de dimension. Le groupe souhaite se donner les moyens pour mettre en place des solutions pérennes. Ainsi le groupe propose 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	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	ARS CMP MDPH CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes.
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 Hautes-Alpes
Modalités d'action retenues (objectifs)	Création d'un poste d'attaché de recherche clinique

spécifiques et opérationnels)	
Logique d'action	Parce que le contexte de la santé mentale est complexe, les intentions doivent se traduire en stratégies flexibles laissant place à une certaine part d'expérimentation.
Moyens à mobiliser	Attaché de recherche 0,5 ETP
Modalités de suivi	Rapport d'activité
Modalités d'évaluation	Poste créé
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à de 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 3

RENFORCER LA PROMOTION DE LA SANTE MENTALE ET LA PREVENTION
DES TROUBLES PSYCHIQUES DANS LE DEPARTEMENT DES HAUTES-ALPES

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHE ACTION

FICHE ACTION N°4 SYSTÉMATISER LES CONSULTATIONS NÉO-NATALES ET POST-NATALES (PMI, PROGRAMME PRADO, DISPOSITIF DE PRÉVENTION PÉRINATALITÉ)

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Le groupe de travail a souligné la précarité psychosociale de beaucoup de couples dans le département et il a estimé qu'il était primordial de se préoccuper de l'enfant dès la grossesse. En effet, la grossesse et la naissance d'un bébé constituent une période à risque pour la santé mentale des femmes. Les enfants, eux, peuvent être impactés à vie par ces débuts difficiles.</p> <p>Concernant la périnatalité, le groupe a également identifié les problèmes suivants :</p> <p>Une sortie trop rapide des maternités avec peu de temps pour identifier les familles à risque ou ayant besoin d'un accompagnement.</p> <p>Le manque d'accompagnement des parents à partir de la maternité.</p> <p>Pour prévenir les troubles de la relation qui font le lit de la psychopathologie, l'organisation du soin en période périnatale devrait donc :</p> <p>faciliter pour tous le processus de parentalité et la sécurité affective de la naissance ;</p> <p>prévenir et prendre en charge les troubles psychiques maternels à cette période d'exceptionnelle vulnérabilité ;</p> <p>prévenir les troubles de la relation mère-enfant et assurer les conditions les plus favorables au développement psychoaffectif de l'enfant.</p> <p>Il existe une multitude de structures et de professionnels dans le département :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protection Maternelle Infantile - Dispositif PRADO - Dispositif D2P <p>Mais la mauvaise articulation entre ces dispositifs peut nuire au repérage des problèmes.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et	Conseil départemental

membres du groupe action	Assurance Maladie Agence Régionale de Santé
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Femmes enceintes
Objectif général	Optimiser l'accompagnement du processus de parentalité qui prend en compte les besoins psychologiques pour assurer à l'ensemble des femmes comme aux futurs pères une sécurité affective maximale, qui préviendra l'apparition de troubles.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	Mise en place d'un groupe de travail avec les organismes impliqués
Logique d'action	Une des clés est permettre de faire vivre le réseau de professionnels pour accompagner les parents. Ainsi, la mise en relations des institutions supports dans le département pourraient favoriser un meilleur accompagnement des familles ²⁹
Moyens à mobiliser	A déterminer
Modalités de suivi	Annuel
Modalités d'évaluation	Enquête qualitative et quantitative annuelle
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure articulation entre les dispositifs - Coopération entre les différents acteurs - Amélioration du taux de couverture
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.

²⁹ Dugnat Michel, « Santé mentale et psychiatrie périnatales : renouveler l'approche de la prévention », Dialogue, 2002/3 (no 157), p. 29-41. DOI : 10.3917/dia.157.0029. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-dialogue-2002-3-page-29.htm>

FICHE ACTION N°5 SOUTENIR LA PARENTALITÉ DANS LE CADRE DE LA PRÉVENTION DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Les participants ont estimé que l'enfance est sans doute le moment le plus important pour la prévention des troubles de la santé mentale. Les problèmes identifiés à cette période sont les problèmes dans la famille, la cyber-addiction, le harcèlement, la précarité,...</p> <p>A l'adolescence, les problèmes identifiés dans le département, en lien avec les risques de troubles de la santé mentale, sont les conditions familiales, les addictions, les discriminations, les tentatives de suicide,...</p> <p>Le soutien à la parentalité au travers de programmes basés sur des données probantes permet de développer les compétences psychosociales et de prévenir les conduites addictives à l'adolescence.</p> <p>Le programme PSFP et « trajectoires enfants » sont des programmes de développement conjoint des compétences parentales et des compétences psychosociales des enfants entre 6 et et 11 ans.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Municipalités</p> <p>Communauté de communes</p> <p>Agence Régionale de Santé</p> <p>CSAPA pour leur action de prévention en direction des publics ados</p> <p>REAAP</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Ce programme s'adresse à toutes les familles : de celles qui se posent des questions « <i>pour faire encore mieux</i> » à celles qui ont déjà des soucis patents.
Objectif général	Soutenir la fonction parentale pour favoriser, maintenir ou améliorer les liens entre parents, enfants et institutions
Modalités d'action retenues	Le soutien à la parentalité peut se développer par une action probante (Le programme PSFP) et une action déjà réalisée (Trajectoire Enfant)

<p>(Objectifs spécifiques et opérationnels)</p>	<p>Mise en œuvre du programme PSFP :</p> <p>Le programme est constitué de 14 sessions hebdomadaires de 2 heures chacune.</p> <p>Durant la 1ère heure, parents et enfants sont séparés, afin de découvrir ou d'améliorer, chacun, de nouvelles compétences ; au cours de la 2ème heure parents et enfants sont regroupés pour mettre en pratique ces compétences.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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... - 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>Durant la 2eme heure, les ateliers familles portent sur l'amélioration de la communication familiale et des interactions parents-enfants, et la mise en œuvre des habiletés apprises.</p> <p>Mise en œuvre du dispositif d'accueil, d'écoute et d'orientation Trajectoire enfant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réalisation d'un entretien d'évaluation de la situation avec la famille. - Réalisation de 4 entretiens d'écoute avec les parents et l'enfant, conduits par les écoutants du réseau MDA 05 pour évaluation / développement des compétences psychosociales. Le premier accueil et l'accompagnement proposés dans le cadre du dispositif « Trajectoire enfant » reposent sur une approche globale de l'enfant et de sa santé, prenant en compte son inscription dans un environnement social et familial, c'est pourquoi toutes les compétences psychosociales pourront être travaillées, en fonction des besoins repérés. - Evaluation de la situation de l'enfant et de son évolution, des compétences psychosociales à développer, des éventuels partenaires à mobiliser, lors des réunions de synthèse multidisciplinaires, tout au long de sa prise en charge – 1 réunion toutes les 3 semaines environ. - Selon les besoins repérés chez l'enfant : orientation (ou non si pas de besoin) vers les services ou structures appropriés (pédopsychiatrie de secteur, bilan somatique, psychologue scolaire...) jusqu'à une prise en charge effective. En ce sens, le projet contribue- « Favoriser le repérage et le dépistage des troubles du développement » : en cas de doute quant à d'éventuels troubles du développement chez l'enfant, les professionnels en réunion de synthèse pourront décider de proposer une orientation à la famille vers les structures adéquates pour dépister et prendre en charge les troubles de développement (CMPP, CAMSP...).
<p>Logique d'action</p>	<p>Education pour la santé, Formation, Appui et/ou suivi en méthodologie et évaluation, Soutien aux équipes, Travail en réseau</p> <p>S'appuyer sur deux actions : le PFSP et « Trajectoire enfant » déployé sur le territoire du Serre Ponçon</p> <p>Articuler les deux dispositifs selon les demandes des territoires.</p>

<p>Moyens à mobiliser</p>	<ul style="list-style-type: none"> - PSFP nécessite 1 coordinateur local et 4 animateurs - En échange de ces efforts, les villes : <ul style="list-style-type: none"> o sont autonomes pour dupliquer un programme concret, performant, validé et efficace, qui enthousiasme familles et professionnels o voient leurs équipes bénéficier d'une formation de qualité sur le soutien à la parentalité, qui va bien au delà de PSFP, formation amplement et rapidement investie dans les pratiques professionnelles des agents formés o indiquent une meilleure gestion des trajectoires des familles en difficulté grâce au partenariat développé autour de PSFP lors de son implantation dans la ville o font état d'une participation plus forte des familles aux différentes manifestations organisées par la municipalité o misent sur l'éducation pour l'avenir de leurs cités <p>Trajectoire enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equipe MDA avec l'appui de son réseau déployé à partir de 13 antennes
<p>Modalités de suivi</p>	<p>Indicateurs pour le Projet Trajectoire Enfant:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de familles et d'enfants entrant en contact avec l'éducateur référent du projet - Nombre d'entretiens réalisés par l'éducateur référent du projet - Nombre d'entretiens réalisés par les écoutants du réseau MDA05 - Nombre de réunions de synthèse et assiduité des professionnels - Nombre d'écoles du territoire concernées <p>Outils :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau de bord de suivi de l'action - Fiches de primo-accueil - Fiches d'émargement réunions de synthèse
<p>Modalités d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation continue tout au long des 14 sessions de PSFP et du projet Trajectoire Enfant
<p>Résultats attendus (réalisations, effets directs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - augmentation des habiletés parentales et du sentiment d'auto-efficacité parentale - réduction de la consommation et de l'initiation de substances psychoactives chez les jeunes et leurs parents - diminution des problèmes comportementaux et psychiques : troubles des conduites, agitation, anxiété, dépression - amélioration du climat familial et diminution des conflits familiaux - amélioration des résultats scolaires
<p>Priorités définies dans le décret du 27/07/2017</p>	<p>6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.</p>

FICHE ACTION N°6 MISE EN PLACE DE PROGRAMMES GOOD BEHAVIOR GAME® (GBG)

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
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,...).</p> <p>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 PSFP 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. GBG est directement mis en oeuvre par les enseignants pendant que les élèves travaillent sur leurs leçons habituelles et vise à l'amélioration du climat scolaire.</p> <p>Ce programme est dit "probant" car il est fondé sur des preuves scientifiques. Des suivis de cohorte aux États-Unis et aux Pays-Bas montrent que les enfants ayant bénéficié du 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 donc considéré aujourd'hui comme l'une des méthodes de prévention les plus efficaces.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Education Nationale</p> <p>Agence Régionale de Santé</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
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

<p>Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)</p>	<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>
<p>Logique d'action</p>	<p>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 comportements 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.</p>
<p>Moyens à mobiliser</p>	<p>GBG l'intervention de formateurs GBG pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La formation initiale des enseignants qui s'effectue en une année scolaire. Elle comprend trois journées de formation en regroupement (2 jours en septembre « Initial GBG Training » et 1 journée en mars (« GBG Booster Session »), ainsi que des séances régulières de « coaching », qui constituent 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.
<p>Modalités de suivi</p>	<p>A définir</p>
<p>Modalités d'évaluation</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation continue
<p>Résultats attendus (réalisations, effets directs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration du climat scolaire - Prévention des risques psychosociaux sur le long terme.
<p>Priorités définies dans le décret du 27/07/2017</p>	<p>6. Déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux.</p>

FICHE ACTION N°7 DÉVELOPPER LES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE (GEM) DANS TOUT LE DÉPARTEMENT

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Les participants au groupe de travail sur le PTSM ont identifié les discriminations et le harcèlement comme des facteurs de risques de troubles de la santé mentale dans le département 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. Un GEM 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>À travers ce partage, c'est la sortie de l'isolement qui est recherchée, la reconstruction du lien social et un mieux-être pour les personnes. 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.</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> <p>Il n'existe qu'un seul GEM dans le département.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
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.

FICHE ACTION N°8 PREMIERS SECOURS EN SANTÉ MENTALE : ACTION DE PRÉVENTION ET REPÉRAGE (FORMATION, SENSIBILISATION, DÉSTIGMATISATION)

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Un nombre important d'adultes et de jeunes adolescents avec troubles psychiques sont 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	
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)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action de formation	<p>Cette formation s'adresse à tous les publics - et plus spécifiquement :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aux familles, amis ayant des proches touchés par des troubles psychiques - A tous les services en lien avec du public : CCAS, Police municipale. Pompiers ... - Aux Services d'aide à domicile (SAVS, SAMSATH...) - Services de tutelles et curatelles - Auprès des éducateurs d'établissements spécialisés, Esat, foyers occupationnels.. - Auprès des enseignants et responsables d'écoles, Collèges, Lycées - Auprès des élèves de lycées et écoles

	<ul style="list-style-type: none"> - Auprès du personnel des établissements de détention - Entreprises
Objectif généraux	<p>Intervenir dans une situation où une personne a besoin d'aide ou de soins liés à un problème de santé mentale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Former un public averti : Elèves «sentinelles» dans les lycées et fac - Prévenir les risques de suicide, Amener au soin
Modalités d'action retenues	<p>Formation sur 2 jours (14h), Groupe de 12 personnes :</p> <p>Travail en sous-groupes, exercices, jeux pédagogiques, vidéos</p> <p>Une attestation de Secouriste en Santé Mentale est délivrée à l'issue de la formation.</p>
Objectifs spécifiques et opérationnels	<ul style="list-style-type: none"> - 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
Logique d'action	<p>Conçu en Australie et validé par des experts, il s'est exporté dans plusieurs pays.</p> <p>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, son social ou familial</p>
Moyens à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - 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 est nécessaire auprès des acteurs concernés - Villes, services sociaux, établissements et professionnels : <ul style="list-style-type: none"> o sont autonomes pour la programmer o voient leurs équipes bénéficier d'une formation indispensable aujourd'hui pour les personnes au contact du grand public
Modalités de suivi	A définir
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluation continue - Bilan dans 5 ans

<p>Résultats attendus (réalisations, effets directs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissance des troubles psychiques auprès du plus grand nombre, - Apprentissage des gestes et comportements adaptés, utilisables <ul style="list-style-type: none"> . dans les pratiques professionnelles . dans la vie sociale par les familles et le grand public pour : <ul style="list-style-type: none"> o permettre un repérage précoce, o une meilleure gestion des situations de crises avec les personnes en difficulté- o une prise en charge plus rapide grâce à la connaissance des moyens et ressources existants o une information de la personne (CMP, CLSM (cellule de crise) - Une diminution de la stigmatisation des problèmes psychiques grâce à leur connaissance et par voie de conséquence une meilleure insertion - Une prévention des décrochages scolaires et ruptures de parcours
<p>Priorités définies dans le décret du 27/07/2017</p>	<p>1. Interventions précoces et bonnes pratiques ;</p>



OBJECTIF 4

ASSURER LES CONDITIONS D'UN DEPISTAGE PRECOCE DES TROUBLES DE LA SANTE MENTALE

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N°9 CRÉATION D'UNE PLATEFORME DE COORDINATION INTÉGRÉE DÉPARTEMENTALE SUR LA SANTÉ MENTALE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Le groupe de travail du PTSM05 à plusieurs fois soulignés le besoin d'une plus grande coordination entre les professionnels dans tous les domaines de la santé mentale y compris l'addictologie (prévention, dépistage, prise en charge, insertion sociale et professionnelle). L'état des lieux départemental de l'offre de soins en Addictologie a également montré un besoin d'identifier un référent pour le suivi des situations complexes qui permettrait de s'assurer que les actions soient menées et les engagements respectés.</p> <p><i>« La prise en charge de la santé mentale à domicile est très difficile : il y a une méconnaissance des structures et des dispositifs existants non seulement de la part des professionnels de terrain et mais aussi des structures. Il manque des liens et de la coordination entre les professionnels, les intervenants, les familles. Cette prise en charge à domicile bien souvent quand nous avons une demande le MT dit il faudrait aller à domicile pour une surveillance thérapeutique chez tel ou tel patient, on ne connaît rien, on n'a même pas le diagnostic, on ne sait pas de quoi souffre ce patient et on n'a aucun autre lien que celui-là et du coup cela va redéfinir le rôle du MT en créant aussi un lien avec les spécialistes».</i></p> <p>La création d'une équipe mobile pluridisciplinaire est proposée avec la possibilité de cibler des populations élargies (personnes âgées, migrants...), sous la forme d'une expérience pilote.</p> <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 de l'information et des données utiles, structurent des processus de travail compétences de chacun de façon très explicite et en analysant 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	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Le groupe ayant travaillé sur le PTSM</p> <p>MDPH</p> <p>PTA 05</p> <p>Acteurs de la santé Mentale et de l'Addictologie sur le territoire</p> <p>....</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles	Personnes atteintes de troubles de la santé mentale et/ou de conduites

visés par l'action (ultime, intermédiaire)	addictives Professionnels médicaux et médico-sociaux.
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)	Création d'une plateforme intégrée de coordination fonctionnant comme un guichet intégré avec trois niveaux d'actions qui participe au processus d'information et - 1er niveau : La liaison qui a pour objectif de faciliter la collaboration entre les professionnels et la transmission rapide et efficiente d'informations sur les besoins des patients et usagers. - 2ième niveau : La coordination qui vise à assurer la continuité dans le «prendre soin» et le partage mutuel d'informations et de bonnes pratiques entre professionnels. - 3ième niveau : La coordination de parcours qui a pour objectif d'assurer, au plus près du patient, la continuité et la cohérence des parcours présentant une grande complexité. Cette mission, qui privilégie la polyvalence, la synergie médico-sociale et l'intersectorialité, est assurée par des coordinateurs de parcours. Il est proposé de doter la plateforme : - D'une capacité d'aller vers les patients/familles les plus isolées (fonction d'équipe mobile) - D'une capacité de soutien aux démarches d'insertion dans le logement et dans le milieu professionnel.
Logique d'action	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. 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. ²⁵
Moyens à mobiliser	Un pilote de la plateforme Coordonnateurs de parcours spécialisés dans différents domaines (dont l'addictologie) Une IPA de psychiatrie Une assistante sociale Secrétariat
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	Indicateurs de processus, tels que : - 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)	- Augmentation des dépistages précoces - Diminution du délai d'accès à un premier RV - Accompagnement en continu des cas les plus complexes - Partage des informations entre professionnels - Diminution de la durée des séjours en milieu hospitalier
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	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 PLATEFORME D'ORIENTATION ET DE COORDINATION DANS LE CADRE DU PARCOURS DE BILAN ET D'INTERVENTION PRÉCOCE POUR LES ENFANTS AVEC DES TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

Contexte de l'action (local, régional, national)	La circulaire du 22 novembre 2018 relative à la mise en place des plateformes d'orientation et de coordination dans le cadre du parcours de bilan et d'intervention précoce pour les enfants avec des troubles du neurodéveloppement (TND) prévoit que chaque ARS doit avoir constitué ou préfiguré au moins une plateforme dans un territoire à l'issue de l'année 2019.
Situation problématique initiale	<p>Tout enfant repéré comme ayant un potentiel TND doit pouvoir accéder à la plateforme de coordination et d'orientation responsable sur son territoire de résidence.</p> <p>Les TND regroupent selon la classification du DSM-V et de la CIM X (en attente de la CIM XI) : les troubles du développement intellectuel, les DYS (dyspraxie, dysphasie, dyslexie, etc.), les troubles du spectre de l'autisme, les troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité.</p> <p>Le nombre d'enfants destinataires du dispositif estimé à 60 enfants souffrant de TND</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>DD05</p> <p>PEP 05</p> <p>PMI</p> <p>MDPH</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes (avec extension possible au 04)
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Les patients souffrants de TND et leur famille</p> <p>Les professionnels de la 1ère ligne</p> <p>Les professionnels de santé libéraux participant au parcours de soins</p>
Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en charge réactive : en s'appuyant sur les réseaux des partenaires et les CMP de proximité, lien direct pour la mise en place des entretiens de « détection » puis si nécessaire orientation vers la plateforme de coordination - Prise en charge concentrée : le délai entre le premier contact et la première PEC spécialisée dans les 2 mois. Les bilans nécessaires au diagnostic se font concomitamment. - o Organiser la coordination des bilans diagnostiques et du parcours de PEC sans délais conformément au cahier des charges de l'ARS.

Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<ul style="list-style-type: none"> - Des équipes de CMP et CATTP dédiés au TND des 2 ans dans le cadre de prises en charge intégratives (apports de la neurosciences, des travaux neurodéveloppementaux, de la neuropsychologie et guidance parentale) avec la possibilité de développer des PEC TSA spécifique pour les jeunes enfants. - Des conventions avec le secteur libéral et médico-social - Psychologue expert pouvant assurer la mission de sensibilisation des partenaires en amont de la PEC et en aval soutiens aux libéraux. - Expertise de liaison sur le CHICAS (Pédiatrie, Maternité, Urgences). - Expert de la consultation de crise. - Un lieu de soin TSA après 6 ans. <ul style="list-style-type: none"> o Des HDJ et CMP pour les 6-18 ans dans le service.
Logique d'action	<p>Orientation par un médecin →1er RDV pédopsychiatre et /ou psychologue →Orientation bilan et intervention précoce →Suivi des interventions (psychologue) → Réception et synthèse des bilans et PEC (psychologue) → Réunion de synthèse des intervenant (pédopsychiatre) et prescription de la suite du parcours→ Organisation de la suite du parcours (psychologue).</p>
Moyens à mobiliser	<p>La plateforme nécessite :</p> <ul style="list-style-type: none"> o 0.2 pédo-psychiatre o 0.5 psychologue o 0.1 secrétaire médicale <p>Par ailleurs, la plateforme devra s'appuyer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Un comité de pilotage : <ul style="list-style-type: none"> - composé des représentants des institutions partenaires PEP 05, PMI, MDPH,... - Il se réunira 2 fois par an pour définir et suivre la mise en œuvre et le suivi des collaborations au sein du dispositif. o Un réseau actif : <ul style="list-style-type: none"> - des réunions partenaires trimestrielles - participation au Lieu d'Accueil Parents –Enfant (LAPE) (co-constructeur et animateur) avec la PMI et les PEP 05. - Centre de Psychologie - Neuropsychologie05
Modalités de suivi	<p>Suivi en réunion partenaire</p>
Modalités d'évaluation	<p>Evaluation en COPIL</p>
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure réactivité pour la détection - Meilleure coordination des acteurs intervenants dans la prise en charge
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°11 « COMMISSION D'ANALYSE DES SITUATIONS COMPLEXES (CASC) » : AMÉLIORER L'ACCOMPAGNEMENT DES JEUNES EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE, FACILITER LES PARCOURS ET ÉVITER LES RUPTURES DE PRISE EN CHARGE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Le groupe de travail a estimé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que l'enfance est sans doute le moment le plus important pour la prévention des troubles de la santé mentale ; - que « le travailler ensemble » des acteurs du département est une clé essentielle d'une prévention réussie en santé mentale. <p>Plusieurs comportements à risques sont identifiés chez les adolescents haut-alpins : addictions, sédentarité, conditions familiales dégradées, harcèlement, discrimination, suicide.</p> <p>Le groupe note également l'absence de médecins scolaires dans les collèges, une augmentation du niveau de la déscolarisation dans le département.</p> <p>La question qui est transversale est d'alimenter les réseaux car il y a beaucoup d'acteurs dans le département, de les faire vivre, réseau entendu comme une organisation où chacun est reconnu, identifié et qui permet « le travailler ensemble » ; Cela nécessite un décloisonnement qui n'est pas toujours facilité par l'organisation administrative.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Réseau MDA 05 (PAEJ, écoutants, Centres Hospitaliers, éducateurs de prévention, médecins coordonnateurs etc...)</p> <p>CSAPAA</p> <p>Education Nationale</p> <p>Conseil départemental</p> <p>Agence Régionale de Santé</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Jeunes de 11 à 25 ans</p> <p>20 à 40 situations analysées par an.</p>
Objectif général	<p>Objectif général: soutenir les professionnels intervenant auprès des adolescents et de leurs familles, quel que soit leur institution et leur discipline, dans leur capacité à repérer, orienter et accompagner les jeunes en souffrance psychique.</p> <p>Objectifs spécifiques :</p>

	<p>_ créer des espaces de réflexion et d'échange sur des situations difficiles, élaborer ensemble des propositions de réponse, améliorer la fluidité des parcours et des accompagnements</p> <p>_ rapprocher les professionnels concernés par l'adolescence, créer un climat de confiance pour dépasser les clivages institutionnels et favoriser le décloisonnement pour une meilleure prise en charge des jeunes en souffrance psychique</p> <p>_ apporter aux professionnels du département l'expertise d'un pédopsychiatre auquel ils n'ont pas accès dans leur pratique quotidienne</p>
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>L'action consiste à mettre en place et animer, deux groupes de Commission d'Analyse des Situations Complexes (CASC) dans le département des Hautes-Alpes.</p> <p>Cette commission est une instance de réflexion et de soutien pour tous les professionnels du champ de l'adolescence rencontrant des situations particulièrement complexes ; elle permet une approche multidimensionnelle et pluridisciplinaire d'une situation nécessitant un regard croisé des différents acteurs de terrain afin de proposer des pistes d'orientation et d'optimiser le recours au réseau.</p> <p>Cette instance est supervisée par un pédopsychiatre et animée par un représentant de la coordination départementale de la MDA 05, elle est ouverte à tout professionnel haut-alpin intervenant au contact d'adolescents ou de familles, à titre gratuit.</p> <p>Chaque groupe de CASC rassemblera 10 à 12 professionnels constitués en 2 groupes réduits afin de favoriser l'instauration d'un climat de confiance et d'un cadre de travail facilitant les échanges et la répartition de la parole entre les professionnels.</p> <p>Chacun des 2 groupes de CASC se réunira 1 fois par mois pendant une demi-journée soit 10 fois par an. Cela signifie donc pour la MDA 05 l'organisation de 20 rencontres par an.</p>
Logique d'action	<p>Permettre aux professionnels d'examiner de manière pluridisciplinaire les situations des adolescents et de leur famille afin de garantir une prise en charge en continue et d'éviter les interruptions dans le suivi, supervisé par un professionnel compétent en la matière et garantissant un cadre légal de partage d'informations à caractère confidentiel.</p>
Moyens à mobiliser	<p>Equipe MDA, 1 pédopsychiatre = vacataire ou prestataire</p> <p>20 réunions de synthèse</p> <p>Locaux</p>
Modalités de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire de satisfaction rempli par les professionnels participant aux réunions - Questionnaire d'évaluation rempli par les professionnels ayant soumis une situation - Compte rendu réunion, Plan d'action individualisé et suivi
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre de commissions réalisées et Nbre de professionnels présents à chaque commission - Nbre de situations présentées / Nbre de situations dont la prise en charge est améliorée ou résolues - Evolution constatée dans les dynamiques institutionnelles et/ou partenariales - Appréciation qualitative des professionnels participant à la CASC sur le renforcement de leurs compétences et l'appui apporté par la CASC dans leur pratique
Résultats attendus (réalisations,	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la prise en charge des adolescents en souffrance psychique afin d'éviter les ruptures de parcours en contribuant au

effets directs)	renforcement du travail en réseau - Renforcement des compétences des professionnels dans le repérage, l'accompagnement et l'orientation des jeunes en souffrance psychique
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	1. Interventions précoces et bonnes pratiques



OBJECTIF 5

DELIVRER DES SERVICES DE PRISE EN CHARGE DE LA SANTÉ MENTALE S'INSCRIVANT DANS UN CONTINUUM DE SOINS PREVENTIFS ET CURATIFS, EN ADEQUATION AVEC LES BESOINS DES PERSONNES AU COURS DU TEMPS ET À DIFFERENTS NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N°12 DOTER LE DÉPARTEMENT DES HAUTES-ALPES EN INFIRMIÈRES EN PRATIQUES AVANCÉES DE PSYCHIATRIE (IPA)

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	Le groupe de travail à fait le constat du manque de psychiatres et de pédopsychiatres et que l'offre est essentiellement publique. Une solution serait peut-être un transfert de compétences par des IPA qui peuvent soutenir les psychiatres en place qui sont fortement occupés.
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	Associations d'usagers Agence Régionale de Santé
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Cible	Population des Hautes-Alpes.
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	Agir sur la structure et la volumétrie des équipes pluriprofessionnelles des Centres Médico-Psychologiques des Hautes-Alpes <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	<ul style="list-style-type: none"> - Adjonction (recrutement) de nouvelles compétences au sein des CMP - Réaffectation des effectifs sur le territoire, en lien avec la réalité populationnelle - 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)

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)	<ul style="list-style-type: none"> - diminution du délai d'accès à un premier RV - contribution active à la structuration d'une filière de réhabilitation psychosociale, en développant les aspects éducatifs de l'accompagnement, en complément du seul soin - fluidification des parcours patients - limitation des séjours hospitaliers à la faveur d'une amélioration de la précocité et de la régularité des prises en charge
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°13 ELABORER ET METTRE EN PLACE UNE POLITIQUE DE MARKETING TERRITORIALE POUR AUGMENTER L'ATTRACTIVITÉ DU TERRITOIRE ET FIDÉLISER LES PSYCHIATRES

Contexte de l'action (local, régional, national)	<p>Sur le plan national, la démographie médicale des médecins psychiatres s'est tendue dans un contexte d'augmentation des besoins des patients.</p> <p>Dans les Hautes-Alpes, l'offre médicale psychiatrique est portée par le secteur public puisqu'il n'existe plus de psychiatres libéraux acceptant de nouveaux patients.</p>
Situation problématique initiale	<p>Le CHBD et le CHEB parviennent difficilement à recruter de nouveaux psychiatres. Au CHBD, la pyramide des âges laisse augurer un départ à la retraite simultané d'une génération de psychiatres.</p> <p>Si cette situation met en péril l'offre de soins des établissements, elle renforce aussi les difficultés des structures sociales et médico-sociales à accéder à un psychiatre.</p> <p>Il faut donc « séduire » les médecins par l'élaboration, la mise en œuvre et la communication d'une offre territoriale. Les techniques de marketing territorial permettent d'apporter des réponses à une telle problématique. Cette construction collective au service du développement local agira in fine sur la valorisation du territoire et cela dans une optique de satisfaction et de fidélisation des publics cibles, en l'occurrence les professionnels de la santé mentale (entre autres).</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>DD05</p> <p>CHBD</p> <p>CTS</p> <p>Collectivités (Gap, Briançon)</p> <p>ARS</p> <p>Conseil Départemental</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Internes en psychiatrie, psychiatres diplômés
Objectif général	- Accueillir des internes

	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter des psychiatres - Fidéliser les psychiatres
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<ul style="list-style-type: none"> - Poursuivre la démarche auprès des responsables de la formation des internes en psychiatrie (exemple : participation au forum de présentation des établissements aux internes) - Proposer des conditions d'accueil attractives (matérielles, logistiques, prime d'engagement dans la carrière hospitalière)
Logique d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Logique coopérative avec les CH Universitaires (APHM, Grenoble, Nice) - Limiter la problématique de l'installation en zones rurales aux seules conditions d'exercice (maison de santé,...) et aux incitatifs financiers ne répond pas totalement aux attentes des futurs professionnels. Les mesures les plus efficaces sont d'abord des solutions qui prennent en compte l'évolution des modes de vie et l'aménagement du territoire.
Moyens à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - communication (sur le territoire, l'établissement, ses projets) - moyens matériels d'accueil (logement, véhicule) - moyens financiers (régime de primes issu du statut des praticiens hospitaliers)
Modalités de suivi	Evaluation en continue
Modalités d'évaluation	Evaluation en continue
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Recrutement effectif de psychiatres - Fidélisation des psychiatres
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interventions précoces et bonnes pratiques ; 3. Accès aux soins somatiques ; 4. Prise en charge de la crise ;

FICHE ACTION N°14 DÉVELOPPER « L'ALLER-VERS » EN ADDICTOLOGIE (TERRITOIRES ISOLÉS ET PUBLICS PRÉCAIRES)

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Un état des lieux départemental de l'offre de soins en Addictologie a été mené en parallèle du PTSM. Les professionnels libéraux ont été interrogés dans ce cadre et l'ensemble des acteurs spécialisés de la filière Addictologie a été entendu en entretiens. La synthèse de ce travail a permis de dégager 4 thèmes importants. Certains points, correspondants déjà aux axes étendus du PTSM, ont pu être directement insérés dans des fiches actions. Pour d'autres, des actions spécifiques « Addictologie » sont proposées :</p> <p>Une problématique soulevée concerne l'accès aux soins et aux conseils préventifs des publics les plus vulnérables et précaires et des populations isolées géographiquement.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les déplacements sont souvent impossibles pour certains usagers alcoolisés pour se rendre en consultations externes ou en CSAPA. Il manque de moyens humains, de compétences spécifiques ou de lieux d'accueil dans ces territoires isolés. ▪ La marginalité de rue est une population difficile à toucher et à prendre en charge. Si on ne va pas la chercher, ce public ne poussera pas la porte d'un CSAPA. De plus, il est compliqué parfois de mélanger tous les types de publics au sein d'une même structure. <p>De plus les financements et moyens humains manquent aux structures désireuses de rayonner en dehors de leur secteur.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<ul style="list-style-type: none"> • L'ensemble des partenaires de la filière Addicto (ELSA, CSAPA, Centre de cure et SSR spécialisé) • Médecin du Monde, Croix Rouge ? • ARS ... ?
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes souffrants d'addictions et résidents sur des territoires isolés • Personnes très précaires et marginaux de rue • Professionnels libéraux exerçants en territoire isolé
Objectifs généraux	Apporter un accès aux consultations spécialisées en addictologies, aux structures d'accueil, de prévention et de suivi en addictologie, à toute la population du territoire, par la création d'un dispositif spécifique aux publics les plus précaires et un meilleur rayonnement des compétences et expertises des dispositifs existants.
Modalités d'action retenues	<ul style="list-style-type: none"> ○ organiser des consultations extérieures spécialisées en s'appuyant sur des structures existantes type MSP pour apporter un soutien, des compétences et une expertise dans les zones enclavées ○ créer davantage d'antennes CSAPA sur le territoire ou équipe de

objectifs spécifiques et opérationnels	<p>terrain mobile pour réaliser des permanences dans certains lieux isolés</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ créer un CAARUD, une solution plus disponible pour les marginaux de rue
Logique d'action	
Moyens à mobiliser	Moyens humains et financiers
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation continue • Bilan dans 5 ans
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	
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



OBJECTIF 6

RENFORCER LES CAPACITES D'INTERVENTION DES CMP

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHE ACTION

FICHE ACTION N°15 CRÉATION D'UNE EQUIPE MOBILE DE LIAISON PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMLPP) INTÉGRÉE À LA PLATEFORME DE COORDINATION DÉPARTEMENTALE SUR LA SANTÉ MENTALE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Local dans le Département des Hautes Alpes
Situation problématique initiale	<p>Il existe sur le territoire deux types de publics aux besoins spécifiques pour lesquelles les réponses actuelles en termes d'accès aux soins, de prise en charge et d'accompagnement en santé mentale s'avèrent insuffisantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les publics en situation de précarité, - Les publics migrants. <p>Les publics sont connus par les professionnels participant au SIAO, à la Cellule de veille de l'agglomération ainsi que par les professionnels ayant pour mission l'intégration des publics migrants.</p> <p>Ces publics, présentent des troubles divers de la santé mentale et demandent des réponses spécifiques et cordonnées.</p> <p>La PASS de psychiatrie et les CMP n'ont plus la possibilité actuellement de répondre de façon pleinement satisfaisante à ces problématiques du fait de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Baisse des moyens humains spécialisés dans ce domaine, • Baisse de la mobilité de l'équipe du fait du nombre de demandes et de PEC à la PASS, • Nécessité de formations complémentaires, • Travail partenarial à renforcer.
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Le groupe ayant travaillé sur le PTSM</p> <p>Partenaires de la PASS de psychiatrie DDCSPP / SIAO</p> <p>Partenaires de la cellule de veille sociale de l'agglomération Service de prévention spécialisée ville de Gap France Terre d'asile</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Secteur de psychiatrie 05G01
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes atteintes de troubles de santé mentale en précarité - Publics migrants - Professionnels en première ligne
Objectif général	Mettre en place un dispositif mobile très réactif et opérationnel constitué de professionnels de la psychiatrie articulé aux partenaires du territoire

	pour faciliter l'accès, le maintien et la reprise des soins psychiques pour les publics en situation de précarité et publics migrants.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>Création d'une EMLPP avec pour objectif :</p> <p>Favoriser l'accès aux soins et l'accompagnement des publics précaires et migrants par des interventions dans leur environnement (VAD, interventions en structures accompagnantes), en tenant compte de la géo démographie du territoire.</p> <p>Développer l'étayage des professionnels en première ligne (logement, insertion par l'activité économique, maraudes, CHRS, accueils d'urgence) par des rencontres régulières, favorisant le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes ou non demandes et la mise en œuvre des premiers stade d'écoute et de soutien,</p> <p>Développer des formations communes sur les thématiques spécifiques des états de stress post traumatique en lien avec la précarité et l'exil,</p> <p>Poursuivre l'articulation avec le SIAO et le Cellule de veille sociale de l'agglomération afin de favoriser le repérage et l'orientation des publics vers l'EMLPP,</p> <p>Poursuivre les interfaces avec les bailleurs sociaux et les maisons relais pour favoriser le maintien dans le logement et prévenir les expulsions.</p>
Logique d'action	La mise en œuvre des actions de l'EMLPP vient s'appuyer et compléter les actions déjà mise en œuvre dans le cadre de la PASS de psychiatrie et des CMP du secteur de Gap ; en particulier le réseau de partenaires en lien avec les précarités sur le territoire.
Moyens à mobiliser	<p>Psychiatre coordonnateur de l'EMLPP Cadre de santé IDE possédant des compétences en psychiatrie</p> <p>Psychologue Assistant(e) social(e) Educateur spécialisé Secrétariat Un véhicule type minibus</p>
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	<p>Indicateurs de processus, tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de personnes accédant aux soins, • Nombre de rencontres inter partenariales à visée résolutive de situations complexes, • Nombre de temps de sensibilisation / formation

FICHE ACTION N°16 CRÉATION D'UNE EQUIPE MOBILE DE GÉRONTOPSYCHIATRIE EN LIEN AVEC L'ÉQUIPE MOBILE DE GÉRIATRIE DU CHICAS

Contexte de l'action	Département 05 (sud 04 ?)
Situation problématique initiale	Lors des premières rencontres du PTSM la problématique du parcours des personnes âgées est ressortie pour tous les partenaires sanitaires et médicosociaux comme un axe de travail prioritaire dans le département.
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	ARS CD
Durée de l'action (date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes Alpes
Groupe ciblés visés par l'action	Population âgée du département
Objectif général	Prévenir et/ou limiter la souffrance psychique des personnes âgées et de leurs familles et éviter le recours aux urgences et/ou les hospitalisations liées à leurs troubles.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<p>Collaboration Equipe Mobile de Gériatrie et Equipe Psychiatrique de Secteur :</p> <p>La coopération CHICAS/CHBD dans le cadre de la mise en place expérimentale d'une équipe mobile de gériatrie et psychiatrie s'appuie sur un diagnostic interne et sur les constats du PRS.</p> <p>Nécessité de définir une avancée progressive et dans l'immédiat sans personnel supplémentaire (Le projet peut-être une réponse à un futur AAP.)</p> <p>PILOTAGE :</p> <p>Envisager un temps de rencontre des médecins référents du GHT et des cadres de la filière gériatrique et psychiatrique référents deux fois par an afin d'évaluer l'étendue des actions de coopération.</p> <p>Il aura pour fonctions de :</p> <ul style="list-style-type: none"> - valider les projets, - suivre l'expérimentation, - évaluer les résultats et d'orienter les travaux en conséquence. - étudier en particulier les aménagements à apporter (y compris à la présente convention) pour une reconduction éventuelle à la fin de la deuxième année, - étudier et proposer la communication et des supports, - définir les compétences acquises dans le cadre de cette coopération pour les transférer dans le cadre d'une formation. <p>2 ETAPES :</p> <p>1. Dans un premier temps : 2020-2021</p> <p>VAD en commun EMG/CSM sur Gap, afin d'appuyer les professionnels des EHPAD par un rôle d'expertise, et effectuer un travail d'analyse des pratiques en lien avec le médecin coordonnateur qui pourrait aboutir à la mise en place d'actions de prévention programmées.</p>

Souhait de mettre en place des RCP Réunions mensuelles type RCP mises en place concernant les professionnels des équipes de l'équipe mobile de gériatrie du CHICAS, des équipes du CSM à Gap, des équipes du CMP Le Club et de l'unité de gérontopsychiatrie Le Chabre à Laragne, puis s'étendra aux équipes d'Embrun et Briançon.

Les interventions sont à contractualiser par convention, une fois par mois, grâce à une équipe constituée d'un soignant de la filière gériatrique, un soignant de la filière gérontologique ou un soignant de gérontopsychiatrie : calendrier à partager lors des réunions RCP.

Nous prévoyons de débiter avec une fréquence de ½ journée par mois. Le dispositif ne se veut pas urgentiste ou prescripteur en revanche des consignes écrites sont laissées à l'EHPAD et un courrier est adressé au médecin traitant et au médecin coordonnateur dans les jours suivants. Un suivi peut être proposé (n'est pas systématique). Toutefois pour l'équipe de gérontopsychiatrie une évaluation pourrait être envisagée avant une hospitalisation en service de gérontopsychiatrie

Les visites en EHPAD ou les RCP peuvent conduire à l'organisation de parcours pour certains patients y compris par la mise en place d'un étayage médicosocial ou autre

Les binômes s'organisent sur le secteur centre entre le CSM et le CHICAS, sur le secteur sud entre le CMP Le Club et l'unité de gérontopsychiatrie du Chabre du CHBD, le secteur nord CH Embrun et CMP d'Embrun, CH Briançon et Psychiatrie de Briançon
Des collaborations existent déjà comme par ex. sur le secteur d'EMBRUN, mais non formalisée et ponctuelle.

2. Dans un deuxième temps 2021-2022:

Un renfort de l'équipe mobile :

- l'équipe de gériatrie/psychiatrie et gérontopsychiatrie/psychiatrie pourra être sollicitée par appels.
- l'équipe de gériatrie/psychiatrie et gérontopsychiatrie/psychiatrie pourra avoir un rôle de coordination lors des hospitalisations
- Un suivi plus rapproché pourra être réalisé par téléconsultation (visio-conférence avec smartphone ou tablette).
- Extension de l'activité à envisager vers le domicile en collaboration avec la PTA et les Médecins traitants, uniquement en cas de problème requérant une réponse rapide.
- l'extension vers les institutions prenant en charge le « handicap vieillissant » sera discutée après renforcement des équipes et de l'expertise.

<p>Logique d'action</p>	<p>VALEURS AJOUTEES DU CHBD</p> <ul style="list-style-type: none"> - bénéficie d'une reconnaissance territoriale comme établissement de référence en psychiatrie et aujourd'hui en gérontopsychiatrie par sa technicité, les compétences spécifiques de ses équipes, son engagement dans des activités de recherche (liens étroit avec l'AREPSHA Association de Formation et de Recherche des personnels de Santé des Hautes Alpes, SERPSY Association de Soins Etude et Recherche en Psychiatrie, participation à de nombreux colloques et organisation de congrès en interne : notamment organisé par la MAS Soleil'Âme spécialisée autisme, ou Les Rencontres Soignantes faisant participer le GHT. - A atteint une maturité dans le champ des équipes mobiles - Souhaite compléter le dispositif de prise en charge des personnes âgées dans le département voire le haut du département 04 : <p>Ouverture d'une unité de Gérontopsychiatrie de 15 lits Réorganisation de son offre de soins permettant une réponse adaptée aux besoins du territoire</p> <ul style="list-style-type: none"> - A la volonté de s'impliquer dans une démarche territoriale <p>VALEUR AJOUTEE DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DES ALPES DU SUD (CHICAS) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Établissement de référence au sein du territoire et support du groupement hospitalier de territoire - En lien avec la médecine de ville - Au regard des ressources contraintes (notamment médicales) le CHICAS avec le Dr JEANBLANC a développé la télémédecine et les EHPAD en sont équipés. Elle est notamment tout à fait adaptée aux consultations de suivi. - La télé expertise est possible entre le Service de Gériatrie du CHICAS et les EHPAD et SSR de la région gapençaise (soit 21 établissements). La téléconsultation est opérationnelle depuis septembre 2018. Le déploiement de cette solution de télémédecine sur l'ensemble du secteur sera réalisé d'ici 6 mois. Également développée par le CHICAS - Souhaite renforcer sa coopération avec l'ensemble des acteurs du soin, et économiques locaux.
<p>Moyens à mobiliser</p>	<p>A évaluer en fonction de la fréquence des interventions et en fonction du périmètre d'action défini ; comprenant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Personnel IDE dédié à l'équipe mobile pour l'équipe de gérontopsychiatrie du Chabre, et le CSM Gap - Personnel IDE (éventuellement ergothérapeute ou kinésithérapeute formés à la gériatrie) pour EMG à GAP, EMBRUN, BRIANCON - Personnel Médical (psychiatre et gériatre) - Temps de coordination des équipes, d'évaluation du dispositif, de valorisation de l'activité.
<p>Modalités de suivi</p>	<p>Comité de pilotage</p>
<p>Modalités d'évaluation</p>	<p>Nombre d'évaluations réalisées Nombre d'hospitalisations évitées Composition de l'équipe médicale et para-médicale en équivalent plein temps.</p>

<p>Résultats attendus</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fluidification du parcours de santé des personnes âgées - Anticipation permettant le repérage des pertes d'autonomie - Formation et expertise des professionnels - Prise en charge des déterminants de la fragilité donc des conséquences - Diminution du recours aux urgences - Meilleure coordination et pilotage de cette coordination ville – domicile-hôpital-EHPAD permettant une préparation des transitions établissement domicile en amont et en aval. - Accessibilité des zones rurales avec un développement des équipes permettant aussi d'éviter les renoncements aux soins pour causes financières (conduisant à des hospitalisations) - Eviter les hospitalisations - Améliorer la prise en charge et la formation des professionnels en EHPAD autour des personnes âgées présentant des affections somatiques et psychiatriques - Accompagner l'insertion (ville ou EHPAD) permettant a réalisation pour la personne âgée d'une vie satisfaisante et choisie - Soutien aux familles, aux médecins traitants et équipes soignantes
----------------------------------	---

FICHE ACTION N°17 CRÉATION D'UN PASA DE NUIT AU CHBD

Contexte de l'action	<p>L'augmentation de l'espérance de vie, le vieillissement de la population en France entraînent un déploiement de dispositifs importants permettant une prise en charge individualisée au plus près des besoins dont les pôles d'activités et de soins adaptés PASA.</p> <p>C'est aussi dans ce contexte que Le Plan Maladies Neurodégénératives (PMND) 2014-2019 s'inscrit dans la continuité du Plan Alzheimer 2008-2012, et s'élargi aux personnes atteintes de la maladie de Parkinson et aux personnes atteintes de sclérose en plaques (SEP).</p> <p>La création d'un PASA s'inscrit dans les pré requis du cahier des charges de l'ARS PACA et dans les projets d'adaptation du site du Centre Hospitalier Buëch Durance et figure parmi les orientations stratégiques d'évolution et de restructuration que le projet d'établissement réactualisé intègre.</p>
Situation problématique initiale	<p>Les pathologies neuro déficitaires, associées à un syndrome démentiel, parfois à des troubles psychiques, altèrent les capacités de mémoire, entraînent une perte des repères dans le temps et/ou l'espace, et provoquent une diminution progressive de l'autonomie fonctionnelle, sociale et relationnelle des personnes.</p> <p>Ces troubles induisent également une diminution des capacités de communication verbale, d'adaptation et une hypersensibilité à l'environnement. Les personnes atteintes sont souvent dans l'incapacité de décrire leur souffrance, physique, morale, et l'expriment par des modifications de comportement face auxquelles il s'agit d'être bienveillant, vigilant, accompagnant.</p> <p>L'établissement, tant au plan des pratiques professionnelles qu'architectural et organisationnel, se veut capable de prendre en compte ces particularités et de compenser les limitations et difficultés d'expression et de participation liées à la maladie des personnes âgées en EHPAD.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	ARS
Durée de l'action (date début-fin)	
Périmètre géographique	Centre hospitalier Buëch Durance
Groupe ciblés visés par l'action	Résidents des EHPAD BUËCH et CHABRE et des EHPAD partenaires
Objectif général	<p>L'amélioration de la qualité de vie</p> <p>L'amélioration, pour l'ensemble des résidents, de la prise en charge des troubles du comportement perturbateurs nocturnes</p> <p>Le respect des singularités.</p>
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<ul style="list-style-type: none"> • D'adapter la prise en soins nocturne pour réduire les troubles du comportement • D'améliorer la sécurité des résidents la nuit en renforçant l'équipe de nuit par la présence d'agents formés supplémentaires • De limiter le danger pour les personnes atteintes de troubles cognitifs elles-mêmes mais aussi pour les autres résidents • De poursuivre la prise en soins individualisée, dans le cadre des projets de vie individualisés, avec l'aide de ce PASA de nuit ; • De réévaluer la place du médicament qui doit rester thérapeutique et

	<p>non un traitement à but de contention chimique. Le médicament doit rester un facilitateur pour la mise en place des thérapies non médicamenteuses</p> <ul style="list-style-type: none"> • De réduire les chutes • De permettre aux résidents non suivis par le PAS une ambiance de nuit plus apaisée, des soignants plus disponibles pour leurs besoins quotidiens, leurs moments de solitude, leurs habitudes de vie. <p>Le PASA fonctionne après le repas du soir : L'amplitude horaire est de 10 heures : de 19H30 jusqu'à 5h30 du matin, 365 nuits par an. Un temps de repos minimal le lendemain en journée doit être prévu pour le personnel présent au sein du PASA de nuit. Le personnel du PASA ne porte pas de blouse blanche, mais des tenues professionnelles ressemblant à un vêtement du quotidien cela participe du « cadre familial » et rassurant.</p>
<p>Logique d'action</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Public <p><input type="checkbox"/> Tout résident de l'EHPAD présentant un trouble du comportement nocturne, ils pourront être proposé par l'équipe de manière programmée mais aussi une réponse pourra être apportée dans la nuit à un résident qui présenterait des troubles du comportement non constaté plus tôt et non programmé par l'équipe. L'idée restant d'apporter une réponse en temps réel aussi.</p> <p><input type="checkbox"/> Il devra être évalué par le NPI-ES comportant à minima :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Une cotation Fréquence X Gravité supérieure ou égale à 4 o Un retentissement (perturbation) sur les occupations professionnelles du soignant, supérieur à 2, o L'évaluation et le bilan des symptômes peuvent être réalisés notamment à l'aide du MMSE, du NPI-ES ou encore, de l'échelle d'agitation CMAI. <ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge du résident : <p>Le lieu nous permet d'individualiser les soins et l'accompagnement des résidents suivis par le PASA. Le cadre est connu, donc sécurisant, apaisant et bienveillant par des techniques d'apaisement, des jeux de lumières, un confort, tout en restant contenant par les paravents.</p> <p>L'essentiel de la prise en charge permet d'accueillir le résident angoissé, déambulant, agité, effrayé, Les activités de groupe ou individuelles visent à favoriser la socialisation (activités collectives, jeux, chants, goûters) et retrouver l'ambiance apaisante du passé (se réunir le soir autour de la cheminée),</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permettre à la personne angoissée d'écluser la violence de l'angoisse par le jeu. Pour : <ul style="list-style-type: none"> • Limiter les troubles du comportement de nuit chez les résidents souffrants de troubles cognitifs (DTA ou autres). • Réduire les crises d'angoisse, les chutes et les déambulations nocturnes. • Réduire le recours aux traitements médicamenteux en cas de crise induisant un risque iatrogène pour la personne ou pour les autres résidents. • Réduire les appels itératifs la nuit, signe de réveils multiples et donc d'un temps de sommeil insuffisant et d'une qualité de sommeil médiocre. • Préserver le sommeil des résidents ne souffrant pas de trouble du comportement la nuit. <ol style="list-style-type: none"> 1. Identification des besoins du résident accueilli 2. Préparation des activités en amont de l'arrivée en lien avec l'équipe de jour 3. En début de soirée les résidents se réunissent autour d'une tisane

	<p>4. La soirée sera ponctuée des activités :</p> <p>a. Programmées (de groupe ou individuelles),</p> <p>b. Et/ou liées aux réveils nocturnes, ceux-ci se déroulant la plupart du temps entre minuit et 4h du matin.</p> <p>Les activités sont axées sur la détente et le bien-être, l'atelier réminiscence, mais aussi sur les propositions de temps individuels particuliers réfléchis en équipe pluridisciplinaire. Elles se déclinent ainsi :</p> <p>c. Bien être : fauteuil berçant, aromathérapie, balnéothérapie, snoezelen, peluche « empathique », toucher bien-être</p> <p>d. Utilisation de la musique et du chant comme médiateur</p> <p>e. Utilisation d'objets transitionnels (poupées)</p> <p>f. Utilisation d'espaces transitionnels pour la résolution des crises d'angoisse.</p> <p>g. Mise en place d'activités de groupe permettant un étayage mutuel des participants</p> <p>h. Réminiscence : ateliers mémoire accès sur les sensations</p> <p>5. Organisation d'une collation aux premières heures du jour</p> <p>6. Accompagnement individuel en chambre</p>
<p>Moyens à mobiliser</p>	<p>Les formations sont indispensables afin de mettre en place des TNMP (thérapies non médicamenteuses personnalisées) apaisantes, en réponse à l'émergence de troubles du comportement pour un résident que l'on ne peut identifier à l'avance de façon certaine.</p> <p>Trois actions sont fondamentales :</p> <p>a. Mettre en place un environnement et une prise en charge propices au sommeil et au lever du résident</p> <p>b. Mettre en œuvre des stratégies de TNMP: il s'agit d'identifier les troubles du comportement, leurs causes, les relier au projet personnalisé et de mettre en place une ou des TNM adaptées. Il convient de connaître les trois troubles les plus fréquents (cri, opposition, déambulation) et les 5 TNM les plus apaisantes : Montessori-rot-réminiscence-synchronisation-thérapies par les sens)</p> <p>c. Mettre en place des TNM soignantes et apaisantes lorsqu'un trouble apparaît : elles visent à ramener le résident dans sa chambre au moyen de techniques personnalisées. Il faut donc éviter tout programme d'activités thérapeutiques stimulantes.</p>
<p>Modalités de suivi</p>	<p>Comité de suivi du projet : Direction, Cadre supérieur de santé, Cadre de Santé, Psychomotricien.</p>
<p>Modalités d'évaluation</p>	<p>Ce suivi de dispositifs d'expérimentation fera également l'objet d'un rapport d'activité annuel qui sera transmis à l'ARS précisant les critères ci-dessus.</p>
<p>Résultats attendus (réalisations, effets directs)</p>	<p>Nombre de personnes accueillies par nuit</p> <p>Nombre et durée des sonnettes actionnées de nuit,</p> <p>Nombre de chutes ou encore utilisation de neuroleptiques</p> <p>Nombre de projets personnalisés de nuit</p> <p>Nombre de thérapies non médicamenteuses personnalisées (TNMP) mises en place</p> <p>Pourcentage de fréquentation par tranche horaire : 19h-23h, 23h-3h, 3h-7h</p> <p>Répartition des résidents par trouble du comportement et par TNMP</p> <p>Pour les résidents inclus dans la file active :</p> <p>O Evaluation du NPI-ES</p> <p>O Evaluation comparée du MMSE (entre début et fin de l'expérimentation)</p> <p>O Evaluation de l'évolution des prescriptions de neuroleptiques, anxiolytiques et benzodiazépines.</p> <p>Evaluation des activités :</p>

	<ul style="list-style-type: none">O Cohérence du programme d'activités avec les profils des personnes accueillies (évaluation équipe)O la validation en équipe du programme d'activités ;O La participation des agents à l'élaboration des activitésO L'évaluation personnalisée des activités en vue d'une réadaptation ;O La participation des personnes accueillies aux activités qui leur sont le plus adaptées ;O Renforcement du lien social par les activités et les moments clés de la journée.
--	--

FICHE ACTION N°18 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES MIGRANTES ET DES RÉFUGIÉS

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Les personnes migrantes constituent un groupe particulièrement vulnérable, avec une prévalence des syndromes de stress post-traumatique et de dépression plus élevée que dans la population générale. Cette situation, largement documentée par la recherche clinique, s'explique autant par le vécu pré migratoire que par le trajet ou les aspects transculturels à l'arrivée en France.</p> <p>SI des dispositifs spécifiques se sont développés dans de nombreuses agglomérations (Osiris à Marseille, Centre Primo Levi à Paris, coordination santé mentale migrants Rhône à Lyon...), aucun n'existe dans le département des Hautes-Alpes, malgré la situation frontalière du département et le nombre élevé de personnes migrantes hébergées comme non-hébergées (210 places d'hébergement pour demandeurs d'asile, 60 places d'hébergement pour bénéficiaire d'une protection internationale, services MNA, squats de migrants à Gap et Briançon...).</p> <p>La Maison des Adolescents a développé une expertise dans l'accueil des jeunes migrants dans le cadre de sa mission d'écoute qu'elle déploie sur le département.</p> <p>Les professionnels de la santé mentale sont fortement impactés par la demande de soin en santé mentale de ce public (plus de 100 demandes pour le CAC en 2020) mais déplore un manque de formation sur les questions du psychotrauma, de la clinique de l'exil, de la conduite d'entretien avec un tiers interprète.</p> <p>De plus, les financements pour cet indispensable interprétariat sont limités et ne permettent pas les prises en charge à long terme qui seraient, dans bien des cas, nécessaires.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Le groupe ayant travaillé sur le PTSM</p> <p>ARS</p> <p>FTDA, Fondation Seltzer et autres opérateurs de l'action sociale intervenant auprès de personnes étrangères.</p> <p>CAC, CSM, CMP</p> <p>Maison des Adolescents des Hautes-Alpes</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime,	<p>Migrants arrivant ou résidant dans les Hautes-Alpes</p> <p>Demandeurs d'asile</p>

intermédiaire)	Bénéficiaires d'une protection internationale Professionnels les prenant en charge
Objectif général	Améliorer la prise en charge des personnes étrangères par la création d'un dispositif dédié et/ou une meilleure capacité de prise en charge dans les dispositifs existants.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	Pour les publics MNA et jeunes adultes : <ul style="list-style-type: none"> - Proposer une prise en charge d'écoute anonyme et gratuite pour les migrants MNA et jeunes adultes en mettant au service de ce public les services de Maisons des Adolescents des Hautes Alpes et de leurs parents le cas échéant - Développer de la co-formation pour permettre une meilleure connaissance du traumatisme et de l'exil, développer une réflexion sur les dispositifs d'accueil et de soin adaptés et acquérir des connaissances sur les spécificités du traumatisme et sur le fonctionnement psychique du sujet (Intervention Ethnopsychiatre)
Logique d'action	Prise en charge individuelle et co-formation des acteurs sur le public migrant et ses modalités de charge
Moyens à mobiliser	Equipe MDA 05 + vacation expert « ethnopsychiatre » Échange et analyse de situations pratiques à partir des situations professionnelles vécues par les participants
Modalités de suivi	Continu <ul style="list-style-type: none"> - Nbre de bénéficiaires reçus / Nbre bénéficiaires dont la prise en charge est améliorée ou résolues - Nbre d'intervenants participants aux journées de co-formation
Modalités d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Evolution constatée dans les dynamiques institutionnelles et/ou partenariales - Appréciation qualitative des professionnels participant à la co-formation sur le renforcement de leurs compétences et l'appui apporté par la co-formation dans leur pratique
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de la prise en charge des publics migrants en souffrance psychique présentant des symptômes post traumatiques liés à leur histoire au pays et à leur parcours d'exil en intervenant dans une prise en charge de première intention - Renforcement des compétences des professionnels dans le repérage, l'accompagnement et l'orientation des jeunes migrants en souffrance psychique
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 ;



OBJECTIF 7

DEVELOPPER ET SOUTENIR LES PROGRAMMES INNOVANTS DESTINES AUX PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES DE LA SANTE MENTALE DANS LES DOMAINES DU LOGEMENT, DU TRAVAIL ET PLUS GENERALEMENT DE L'INSERTION SOCIALE

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N°19 ETENDRE LE MODÈLE « UN CHEZ SOI D'ABORD »

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
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- 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 des manques de solutions alternatives pour l'accompagnement des personnes.</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, Réduction des Risques) 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 » - multiplication de l'auto-support (GEM) - développement de programmes locaux de types Housing First en dehors du cadre expérimental national <p>Il a été souligné que ce modèle a déjà été expérimenté avec succès dans le département des Hautes-Alpes</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM ARS PTA

groupe action	CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
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 personnes présentant des troubles de la santé mentale disposant d'un logement indépendant.
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<ul style="list-style-type: none"> - Accès rapide à un logement ordinaire répondant au choix de la personne ; - Accompagnement qui se poursuit autant que de besoin ; - Séparation des services de logement et de traitement ; - Services de soutien individualisé orientés vers le rétablissement ; - Un engagement intensif et non coercitif.
Logique d'action	Le logement comme droit fondamental (Inconditionnalité de l'accès au logement) ^{30, 31}
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 ;

³⁰ 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

³¹ 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°20 ETENDRE LE MODÈLE « WORKING FIRST »

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
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>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 : <i>« on sera à côté de vous, vous pouvez nous appeler quand vous voulez ».</i></p> <p>Pour le groupe, la solution aux problèmes passent par des expérimentations comme Working first.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM ARS PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
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	<p>La méthode canadienne « IPS » contribue à la prévention des discriminations à l'embauche. Les grands principes d'action sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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	<p>A déterminer</p>
Modalités de suivi	<p>Continu</p>
Modalités d'évaluation	<p>Enquête annuelle</p>
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<p>Augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles de la santé mentale ayant trouvé un emploi stable et adapté.</p>
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	<p>2. Rétablissement et inclusion sociale ;</p>

FICHE ACTION N°21 TRAVAILLER LA TRANSITION DU RETOUR A DOMICILE APRES UN SEVRAGE RESIDENTIEL, UN SÉJOUR DE CURE OU UNE HOSPITALISATION DES PERSONNES SOUFFRANTES D'ADDICTIONS

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>Un état des lieux départemental de l'offre de soins en Addictologie a été mené en parallèle du PTSM. Les professionnels libéraux ont été interrogés dans ce cadre et l'ensemble des acteurs spécialisés de la filière Addictologie a été entendu en entretiens. La synthèse de ce travail a permis de dégager 4 thèmes importants. Certains points, correspondants déjà aux axes étendus du PTSM, ont pu être directement insérés dans des fiches actions. Pour d'autres, des actions spécifiques « Addictologie » sont proposées :</p> <p>Une problématique soulevée concerne le manque de solutions d'hébergements intermédiaires post-cure/hospitalisation lorsque le retour à domicile n'est pas encore possible et/ou les conditions sont trop précaires. Parce que certains patients ont juste besoin d'un peu plus de temps, de régler certaines problématiques sociales ou ont plus de difficultés à revenir à une autonomisation complète, il conviendrait de leur offrir une période de transition par un accompagnement plus adapté et/ou des logements transitoires</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>L'ensemble des partenaires de la filière Addicto (ELSA, CSAPA, Centre de cure et SSR spécialisé)</p> <p>CSM</p> <p>ARS</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Personnes souffrants d'addictions
Objectif général	Offrir une possibilité de transition en douceur après une post-cure/hospitalisation aux patients souffrants d'addictions, sans besoins de soins médicaux poussés, mais en difficultés sociales et/ou psychologiques
Modalités d'action	<ul style="list-style-type: none"> - Créer des places d'hospitalisation de jour et de nuit pour préparer plus en douceur le retour à domicile et la prise en autonomie - Créer des logements accompagnés, intermédiaires, type semi-

retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	collectifs, moins spécialisés mais couplés à un suivi ambulatoire (à l'exemple de Paramar). - Rendre possible l'accompagnement HAD à domicile (pour les sevrages)
Logique d'action	A déterminer
Moyens à mobiliser	A déterminer
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	- Evaluation continue - Bilan dans 5 ans
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	A déterminer
Priorités définies dans le décret du 27/07/2017	2. Rétablissement et inclusion sociale ;



OBJECTIF 8

AUGMENTER LE NIVEAU DE COMPETENCES DES PROFESSIONNELS EN
SANTE MENTALE

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHES ACTIONS

FICHE ACTION N°22 MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES EN SANTÉ MENTALE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
Situation problématique initiale	<p>« Il y a un gros manque au niveau des formations, formations des professionnels qui accompagnent les personnes dans leur cap de vie au quotidien (auxiliaire de vie, aide-ménagère etc...). Des formations également sur la connaissance du handicap ».</p> <p>Il paraît important de former les professionnels au sens large, mais aussi de les former à la gestion d'une crise chez des patients atteints de troubles psychiatriques. « La formation, c'était le soutien des équipes aidantes et il y a aussi l'occasion pour les participants de se rencontrer. Cela permet de dédramatiser ». Au-delà de la formation, il y a donc le soutien qui peut être important auprès des équipes qui accompagnent les personnes au quotidien, en crise ou pas en crise.</p> <p>On entend par « compétence » une combinaison des trois éléments suivants : le savoir (connaissances), le savoir-faire (habiletés) et le savoir-être (qualités personnelles). De plus, les connaissances peuvent être considérées comme explicites (transmissibles dans un langage formel et structuré, comme des spécifications ou un manuel d'instructions), ou tacites (plus difficiles à communiquer, plus personnelles, comme les trucs du métier, les intuitions, les actions routinières).</p> <p>Alors que la formation vise davantage l'acquisition ou l'amélioration des compétences requises pour réussir dans l'emploi actuel, le développement des compétences vise plutôt l'évolution professionnelle, permettant ainsi de répondre aux besoins futurs de l'entreprise et de l'individu.</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	Le groupe ayant travaillé sur le PTSM CMP PTA CLSM
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre	Département des Hautes-Alpes

géographique	
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 universitaires de l'Université d'Aix-Marseille et de l'Université Côte d'Azur. 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.
Modalités de suivi	Continu
Modalités d'évaluation	Bilan annuel des activités de formations réalisées <ul style="list-style-type: none"> - Nombre de formations réalisés - Nombre et profil des personnes formées.
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	Augmentation du nombre de personnes formées Développement de nouvelles compétences
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.



OBJECTIF 9

RENFORCER LES CAPACITES DES ACTEURS A LUTTER CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION, ET A PROMOUVOIR LES DROITS HUMAINS ET LE RETABLISSEMENT

Projet Territorial de Santé Mentale

FICHE ACTION

FICHE ACTION N°23 FOURNIR UNE INFORMATION FIABLE ET FACILE D'ACCÈS SUR LES DROITS DES USAGERS EN SANTÉ MENTALE

Contexte de l'action (local, régional, national)	Département des Hautes-Alpes
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.³²</p>
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	<p>Le groupe ayant travaillé sur le PTSM</p> <p>MDPH</p> <p>CMP</p> <p>PTA</p> <p>CLSM</p>
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	<p>Personnes atteintes de troubles de la santé mentale et leur entourage proche</p> <p>Professionnels de santé, du médico-social et social</p>

³² Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. OMS, 2002. https://www.who.int/mental_health/media/en/consensus_elderly_fr.pdf

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

FICHE ACTION N°24 HUMANISER LES LOCAUX D'HOSPITALISATION DES PERSONNES SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES

Contexte de l'action (local, régional, national)	Parmi les établissements assurant la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, certains d'entre eux disposent de locaux vétustes et inadaptés.
Situation problématique initiale	Les locaux les plus vétustes ne permettent pas la prise en charge digne des patients (cf rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté suite à sa visite du 14-18 mai 2018) Par ailleurs, ces locaux sont contraignants pour l'admission de certains patients. Selon les services, certains sont en étage (géronto psychiatrie au Chabre) d'autres ne sont pas sectorisables (soins aigus en psychiatrie adulte au Provence)
Porteur	
Partenaires potentiels et membres du groupe action	DD05 CHBD Représentants des usagers
Durée de l'action (Date début-fin)	
Périmètre géographique	Département des Hautes-Alpes
Groupes cibles visés par l'action (ultime, intermédiaire)	Tous les patients pris en charge en hospitalisation au CHBD
Objectif général	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le parcours patient pour que celui-ci soit déterminé par l'état de santé plutôt que par les locaux les plus adaptés à l'accueil - Améliorer les conditions matérielles d'accueil des patients et éviter des refus d'hospitalisation - Améliorer les conditions de travail
Modalités d'action retenues (objectifs spécifiques et opérationnels)	<ul style="list-style-type: none"> - Valider le schéma directeur immobilier - Définir un plan de financement soutenu par les autorités de financement - Déployer d'une équipe projet associant équipes de soins et représentants des usagers
Logique d'action	Projet largement participatif : équipe de soins, usagers
Moyens à mobiliser	<ul style="list-style-type: none"> - autofinancement - PAI (CNSA) - Subventions diverses (CD, institutions de retraites complémentaires, appels à projets)

	- Soutien à l'investissement ARS PACA
Modalités de suivi	COFIL schéma immobilier
Modalités d'évaluation	Evaluation en continue
Résultats attendus (réalisations, effets directs)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure prise en charge du patient (le bon patient dans le bon lit, au bon moment) - Respect des droits des patients (dignité des locaux)

PILOTAGE ET SUIVI

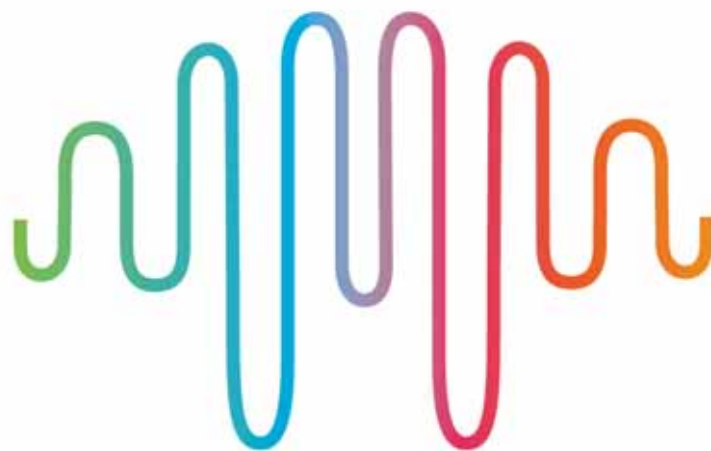


EVALUATION





ANNEXES



Annexe 1 : Liste des acteurs invités par l'ARS-DD05 participant au projet territorial de santé mentale en Hautes-Alpes (PTSM 05)

Les acteurs participant au PTSM 05			
Nom Prénom	Organisme	Fonction	
Les représentants des personnes et des familles			
ELIOT Véronique	UNAFAM 05	Déleguée départementale	
SAEZ-NECTOUX Brigitte		Représentant d'utilisateur	
ORSINI José	Personne qualifiée	PA	
MISTRAL Solange	GEM Passe-muraille	Administratrice	
Les acteurs sanitaires			
ORSATELLI Jean-Michel	GHT 05 / CHICAS	Directeur adjoint	
ROUX Nathalie	CHICAS	Cadre de santé	
CHEVALLIER Caroline		Pédicure, podologue	
PASCUITO Céline		Médecin généraliste	
RIPERT Bastien	GHT 05 / CHEB Briançon	Directeur délégué	
LUCHE Béatrice		Psychiatre	
DESLANDES Gaël	CHEB Briançon	Cadre du pôle psychiatrique	
DUCHET Nadia	CHEB Embrun / Aiguille	Directrice déléguée	
VOILMY Ludovic	CHBD	Directeur	
REBOUL Isidorine		DRH	
BIMIER Arnaud		DA / DAF	
DELRIEUX Anthony		Directeur des soins	
DURIEUX Annie		Présidente de CME / psychiatre addicto	
CAYOL Fabienne		Chef de pôle psychiatrie	
LEFORT Aneila		Chef de service psychiatrie adulte	
ANDRE Frédéric		Chef de service PIJ	
CARRE Michel		Chef de pôle PAH	
OLIVIER Didier		Cadre supérieur de santé	
AVENA Myriam		Cadre supérieur de santé PA/PH	
HARDY Sébastien		PH Pharmacien	
BRIAND Maria		CHBD PASS PSY	Cadre socio-éducatif
ROUGEMONT Mickael		Futur antérieur	Cadre de santé
CARABOEUF Alain	Psychiatre libéral		
LEFEBVRE Laetitia	Fondation Seltzer	Directrice des soins	
VIONNET Virginie		Cadre de santé Psychiatrie	
HENRY Florence	MDA / Pôle médical	Médecin départemental	
EYRAUD Marc	CPTS Champsaur- Valgaudemar	Coordinateur	
CARLE Marielle	PTA 05	Directrice	

BAROU Estelle		Pilote projet : parcours de territoire
MEAILLE Florence	PTA	
DIDIER Marie-Sophie	CPAM 05	Service GDR/RPS
VIVES Isabelle	SSR La Source (Groupe SOS)	Directrice
CHARUS Nicolas		Cadre de santé
BOISSET Agnès	SSR ESSOR	Cadre de direction
GRATAROLI Agnès		Directrice
MACIEJOWSKI Céline	MSP Haut Champsaur	Coordinatrice
DOPRE (Mme.)	CeGIDD / CHICAS	IDE
POLETTI Muriel	URPS IDE	
Les acteurs sociaux et médico-sociaux		
ANDRE Anne	EHPAD les Trois Fontaines	Psychologue
MEAILLE Florence	EHPAD Jean Martin / PTA 05	MEDEC
COMBE David	EHPAD La Durance	Directeur
BRUNET Benjamin		Président de CME
FINET Sophie	EHPAD Tiers-temps	Directrice
HIDOUX Patrick		MEDEC
REVEL Claire	Centre Cluzel (IME/ITEP/SESSAD)	Directrice
GRIEU Laurent	Isatis	Directeur départemental
BOULAY Jean-Luc	FAM les Guérins (Groupe SOS)	Directeur
GREGOIRE Olivier	PEPADS	DG
POTZEELE Sophie		Directrice-adjointe
SOTTEAU Christine	CAMSP / CMPP / PEPADS	Directrice-adjointe
BORNE-WERY Valérie	MAS les Roseaux	Directrice
ARNAUD Mireille	UNAPEI Alpes-Provence	Directrice du territoire 05
LAPARLIERE Cécile		Directrice d'établissements
BRIAND Rémy	CDSA (Sport adapté)	Directeur
BLANC David	MDPH	Directeur
BOIS Corinne	PMI	Médecin PMI
EYNAC Céline	RAPT	Chargée de mission
DUSSAIS Albane	Cap Emploi 05	Directrice
AUBERT Emmanuelle	FTDA / CADA Gap	Coordinatrice
Les services de l'Etat		
ASARO Sandrine	Préfecture	Chargée de mission aménagement du territoire
LOCURATOLO Nathalie	DDCSPP	Cheffe de service Hébergement-logement
CASTELLI Cécile	SPIP 05	Directrice

Les collectivités territoriales et les acteurs de démocratie sanitaire		
BETTON Raphaële	CLS / Ville de Gap	
FLORENTIN Marie	CD 05	Chef du service Enfance Famille
LONGUEVILLE Béatrice		Directrice des politiques de prévention et de l'action sociale
HENRY Florence	CD05 / Pôle MDA	Médecin départemental
PENINOUE Elodie	CCAS Gap	Conseillère en économie sociale et familiale
GARCIN Sandrine	CCAS Embrun	Coordinatrice Pôle aide à la personne
FONTAROSA Audrey		Accueil et orientation des demandes du Pôle solidarité
GRENOT Marie-Gabrielle		Directrice
Les acteurs de la promotion et de la prévention de la santé		
FIVIAN Patricia	MDA 05	Directrice
BEGUIN Hélène		Adjointe de direction
DORCHE Marion	CoDES 05	Chargée de projets
MOTTE Amandine		
Les acteurs de la lutte contre les addictions		
GRILLON Erwan	ANPAA 05 / CSAPA Sud	Directeur (nouveau)
BOUSQUET Joël		MEDEC
JOANNY Mireille	Fondation Seltzer / CSAPA Nord	Cadre de santé CSAPA
NEVIERE Claude	ELSA / CHICAS	Responsable d'ELSA
Les acteurs de la lutte contre la précarité et l'exclusion		
LE VELER Agnès	OPH 05	Directrice
GONSOLIN Karine	SIAO 05 / APPASE	Coordinatrice
CARVIN Coralie	CADA Gap (FTDA)	Coordinatrice
DEUFFEUILLIER Aurélie		Intervenante sociale
SOLIVA Stéphanie	CPH Gap (FTDA)	Directrice
TAMBA Sylvie	CADA Briançon (FES)	Directrice
BASSET Florence	SOLIHA Alpes du Sud	

Annexe 2 : 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/>

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	<p>Les centres d'Action Médico-Sociale Précoce sont des établissements 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	<p>Les Centre médico-psychologiques sont les pivots des secteurs de psychiatrie. Ils assurent des consultations médico-psychologiques pour toutes</p>

	personnes en souffrance psychique et organise les orientations éventuelles vers des structures adaptées. Il existe des CMP pour adultes et pour enfants.
CMPP	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 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	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. <p>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.</p> <p>Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de précarité et d'exclusion, elles sont chargées :</p> <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	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	<p>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> <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 hospitalisés 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	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	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	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

	<p>une assistance pour tout ou partie des actes essentiels de la vie quotidienne ainsi qu'un suivi médical et paramédical en milieu ouvert.</p>
SAVS	<p>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.</p>
SESSAD	<p>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.</p>
SUMPSS	<p>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.</p>
GEM	<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>

Annexe 4 : Participants au Conseil territorial en santé des Hautes-Alpes (CTS 05)

Participants :

- Ludovic VOILMY, Centre hospitalier de Buech-Durance (CHBD), directeur
- Sandrine NOAH, Fondation Seltzer, directrice (représentée par Laetitia LEFEBVRE)
- Pascale MELOT, CoDES 05, directrice
- Sylvie GONDRE, PEPADS, administratrice
- Carole LEBLANC, Maison des adolescents 05, directrice
- Marc ZECONNI, URPS-ML, représentant
- Marielle CARLE, Plateforme territoriale d'appui 05, directrice
- Mireille ARNAUD, UNAPEI 05, directrice
- Véronique ELIOT, UNAFAM 05, présidente
- Annie BONNEIL, UNAFAM 05, bénévole
- Chantal EYMEOD, Conseil régional PACA, conseillère régionale
- Anne TRUPHEME, Conseil départemental 05, conseillère départementale
- Roger DIDIER, mairie de Gap, maire (représentée par Raphaëlle BETTON)
- Jean-Marc DUPRAT, Communauté de communes du Sisteronais-Buech, vice-président (CCSB)
- Hélène LESTARQUIT, Préfecture 05, sous-préfète (représentée par Josiane RISPAUD)
- Jean-Michel MAZET, MSA Alpes-Vaucluse, vice-président (représentée par Marie-Sophie DIDIER)
- Bernard ZANEBONI, Mutualité française, délégué départemental

Autres :

- Vincent LAM, DDARS 05, responsable démocratie sanitaire et santé mentale
- Cyprien VINCENT, ARS PACA, référent démocratie sanitaire
- Karine HUET, ARS PACA, référente santé mentale
- Christian PARDIER, Centre hospitalo-universitaire de Nice (CHUN), animateur-rédacteur du PTSM 05
- Mohammed GHENNOUN, CHUN, animateur-rédacteur du PTSM 05

Annexe 5 : Compte-rendu des réunions de travail

Réunion « Promotion et prévention de la santé mentale »

Projet Territorial de Santé Mentale 05

Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 19 novembre 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 ont estimé :

- que l'enfance est sans doute le moment le plus important pour la prévention des troubles de la santé mentale ;
- que « le travailler ensemble » des acteurs du département est une clé essentielle d'une prévention réussie en santé mentale.

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>Périnatalité</p> <ul style="list-style-type: none"> - Précarité psychosociale du couple. - Sortie trop rapide des maternités avec peu de temps pour identifier les familles à risque ou ayant besoin d'un accompagnement. - Manque d'accompagnement des parents à partir de la maternité. 	<p>Importance de se préoccuper de l'enfant dès la grossesse.</p> <p>Il existe une multitude de structures et de professionnels. Une des clés est permettre de faire vivre ce réseau de professionnels pour accompagner les parents. Ainsi, la mise en relations des institutions supports dans le département pourraient favoriser un meilleur accompagnement des familles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Systématiser les consultations néo natales et post natales (PMI, programme PRADO) D2P (dispositif de prévention périnatalité) - Mettre en place des programmes de préventions autour du tabac, alcool...chez la femme enceinte. Elargir les formations CSAPA sur addiction et grossesse pour sages femmes aux autres professionnels et les pérenniser dans le temps - Programme d'aide à la parentalité - Observation du développement de l'enfant (entourage familial, crèches, médecins, assistantes maternelles) - Rembourser les consultations de psychologue en libéral (se donner les moyens d'expérimenter des parcours articles 51) - Orientation vers des dispositifs de soutien à la parentalité - Améliorer l'accueil des mères en proximité (partout dans le département) - Accueil mère enfant en cas de troubles psychiatriques de la mère
<p>Enfance</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problèmes dans la famille - Ecole classes surchargées - Cyber addiction - Harcèlement, précarité - Sur-handicap 	<p>Pas de maternité grande prématurité à GAP ; cela oblige à aller sur Grenoble ou Aix.</p> <p>Avoir le support de l'Education Nationale. Favoriser la coordination et l'articulation des programmes de l'éducation nationale, du CODES etc.. pour qu'ils puissent travailler ensemble. L'enfance est sans doute le</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Formations au repérage - Formations de renforcement des compétences psychosociales - Aide à la parentalité - Formation et accompagnement des parents sur tout ce qui est média et écran - Baisser le nombre d'enfants par classe - Mettre en place des

	moment le plus important pour la prévention, facteur de progression pour la suite	<p>programme de type GBG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévenir le sur-handicap en ajoutant un item dans la consultation du MG - favoriser la coordination avec les préventeurs - Travailler avec l'Education Nationale - Travail sur les représentations, stigmatisation,... - Favoriser les liens avec les collectivités territoriales
<p>Adolescences</p> <ul style="list-style-type: none"> - Addictions, - sédentarité, - conditions familiales, - harcèlement, - discrimination, suicide - inadéquation des dispositifs pour ado/ à l'âge 	<p>Pas de médecins scolaires actuellement dans le département.</p> <p>Il y a une augmentation du niveau de la déscolarisation dans le département.</p> <p>La question qui est transversale est d'alimenter les réseaux car il y a beaucoup d'acteurs dans le département, de les faire vivre, réseau entendu comme une organisation où chacun est reconnu, identifié et qui permet « le travailler ensemble » ; Cela nécessite un décloisonnement qui n'est pas toujours facilité par nos tutelles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Développement des compétences psychosociales - Sensibiliser les surveillants collèges et lycées - Renforcement du rôle du médecin scolaire - Rôle de la MDA et du planning - Accès culture et sport pour tous - Créer une Commission d'analyse des situations complexes pour les ados : commission intersectorielle qui permet l'interface entre les partenaires. Recherche de synergie pour favoriser l'innovation
<p>Adultes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perte de l'emploi - Les ruptures - Difficultés d'accès aux services - Logement précaire - Justice - Burn out au travail - Management au travail, ambiance de travail - Cohésion sociale 	<p>Il n'y a pas de CLSM sur le département.</p> <p>Rendre les environnements de travail favorables à l'épanouissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler avec les services de santé au travail - Relayer la semaine internationale de la santé mentale (discrimination) - Etendre les formations à la crise suicidaire - Team building,...(déstigmatiser les approches bienveillante) - Développer le CLSM - Développer les premiers secours en santé mentale
<p>Personnes âgées</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement social, 		<ul style="list-style-type: none"> - Formation repérage des fragilités par la PTA

numérique, géographique - Maltraitance - Deuil - Perte d'autonomie, dénutrition		- Formations repérages crises suicidaires - Ateliers bien être (café des aidants, lien social) - Sport et culture pour tous
--	--	--

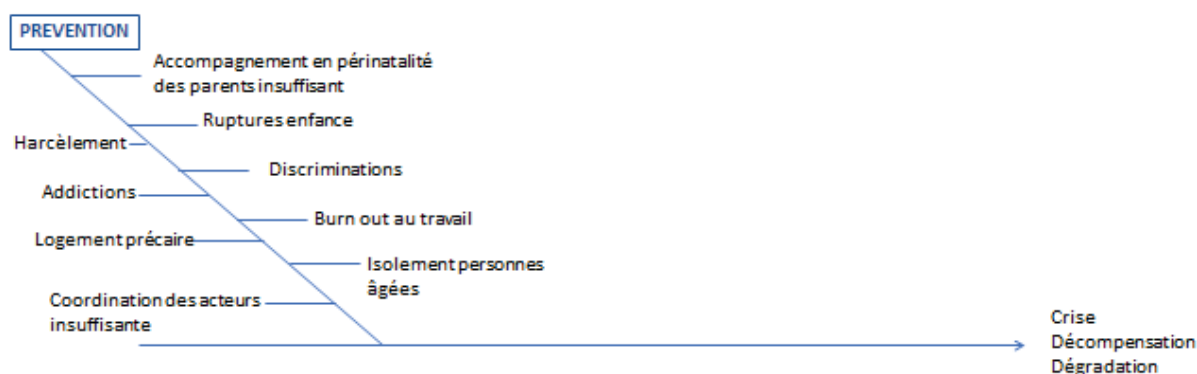
Ont été également discutés :

- Notion de surhandicap : se rajoute le handicap social provoqué par le handicap initial (séparation des parents, arrêt du travail de la mère, changement de logement,...)
- Cloisonnement et rôle de la PTA
- Notion d'unité mobile en soins mentale à rediscuter lors de la prochaine réunion.
- Particularité des saisonniers (mais peut-être pas pertinents en prévention primaire).
- Favoriser les actions où les ados sont acteurs.
- Incrire le département dans les démarches favorisant la production de données probantes.

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) :

Diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet) :



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

IV- Documents complémentaires :

- Réductions des risques : <https://www.grea.ch/sites/default/files/Alochoix.pdf>
- Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Rapport Institut Montaigne
- Les risques pour la santé mentale : Aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque. OMS 2012

Réunion « Dépistage et diagnostic précoce »

Projet Territorial de Santé Mentale 05

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 apporter sur le compte rendu de la réunion du 20 novembre 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 nécessaire, 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 trois groupes de 10 personnes.

Chaque groupe dispose de 1h30 mn.

III- Problèmes identifiés et pistes d’actions envisagées

Les participants ont estimé que le dépistage précoce est difficile à l’adolescence et inexistant à l’âge adulte dans le département. Ils estiment qu’il faut se montrer créatif dans les pratiques de chacun, encore plus pour ce public.

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

Facteurs identifiés	Commentaires	Pistes d’actions
Dépistage - Mauvaise articulation entre la PMI et le PRADO qui peut nuire au repérage des problèmes. - Sensibilisation et information insuffisante du grand public	Il faudrait aussi sensibiliser le grand public sur le fait de partager des informations sur les troubles repérés.	- Mieux articuler les interventions PMI et PRADO. - Organiser des formations et/ou sensibiliser le grand public.

<ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance du réseau d'alerte. - Pas de dispositif d'appel pour les personnes en difficultés (parents, proches, professionnels). - Peu de travail en réseau, manque de coordination - Manques de disponibilités des équipes spécialisées - Consultation psychologues non remboursées - « Disparition » des médecins et des IDE scolaires. - 	<p>Il faudrait pouvoir orienter sans mettre en route « la grosse machinerie judiciaire ».</p> <p>1 seul médecin scolaire pour toutes les Hautes-Alpes.</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. - Formaliser le travail en réseau. - Favoriser les formations en commun. - Expérimenter ?
<ul style="list-style-type: none"> - Professionnels de la PJJ peu formés à la santé mentale. - Médecins généralistes pas assez formés au repérage. - Méconnaissance de la maladie mentale par les personnes mais aussi les professionnels - 	<p>Se pose la question du dossier médical partagé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Former les professionnels de la PJJ au repérage des troubles de la santé mentale et développer un partenariat PJJ/professionnels de santé. - Création d'une formation sur le dépistage de troubles de la santé mentale pour les professionnels, notamment les médecins. -
<p>Diagnostic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic difficile à obtenir et/ou non transmission du diagnostic aux tiers (parents, familles) 	<p>Il existe une grande difficulté à poser un diagnostic dans le département</p> <p>Problématique de « l'aller vers » vue la complexité du territoire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place une équipe mobile en capacité d'intervenir au domicile des personnes « <i>Aller vers</i> ». - Développer les groupes de pairs-aidants/patients experts
<p>Public étranger</p> <ul style="list-style-type: none"> - Méconnaissance des besoins 		<ul style="list-style-type: none"> - Formation, « auto-formation et inter-formation

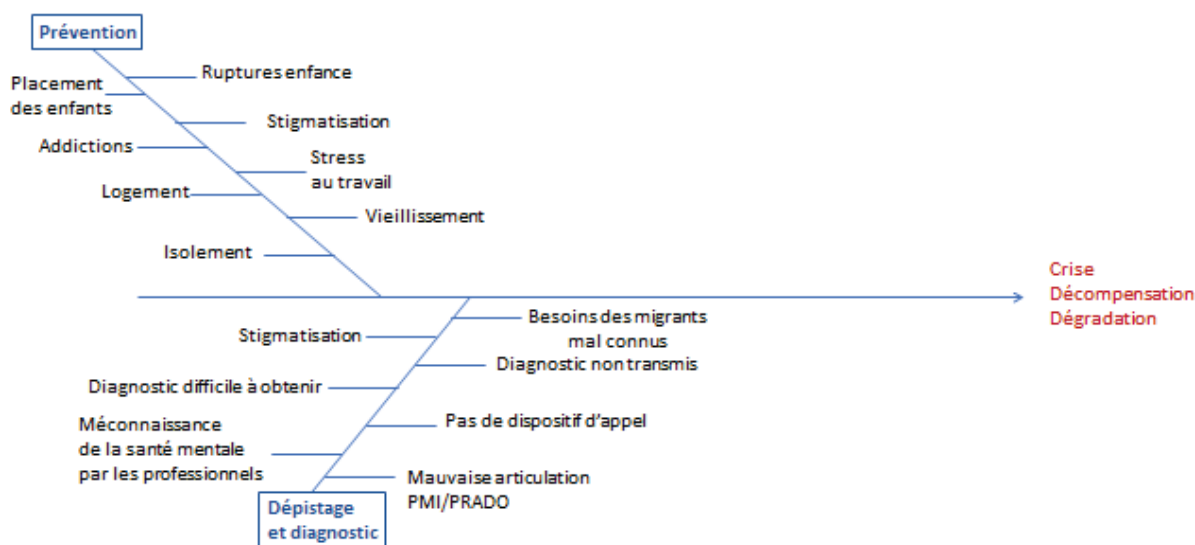
- Barriere de la langue		
-------------------------	--	--

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 Montaigne. ÉTUDE - Octobre 2014

Réunion « Prise en charge et gestion de crise »

<p style="text-align: center;">Projet Territorial de Santé Mentale 05 Compte – Rendu de la Réunion de Travail du 17 septembre 2020</p>

I – Préambule

En préambule, Mohammed Guennoun demande si les participants ont des questions à poser et/ou ont des modifications à apporter sur le compte rendu de précédente réunion qui traitait du dépistage. Il rappelle que la séance d'aujourd'hui est consacrée à la problématique de la prise en charge, y compris la gestion de la crise.

II – Méthode de travail

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

III- Problèmes identifiés et pistes d'actions envisagées

Un manque de moyens évident

Ce qui est commun aux enfants, adultes et adolescents, c'est le constat qu'il manque cruellement de psychiatres et de pédopsychiatres et que l'offre est essentiellement publique.

Des temps d'attente trop long

- Liste d'attente
- Prise en charge trop tardive / orientation
- Pas de couverture territoriale
- Equipe mobile pas sur tout le territoire

Un manque de conduite à tenir claire en cas de crise

Il manque des consignes claires sur les conduites à tenir en cas de crise. C'est vrai particulièrement pour les élus, les voisins, et les gens qui sont au plus proche des personnes qui sont en crise. Donc, il faudrait créer un mode opératoire avec la préfecture qui précise qui appeler et qui actionner.

Il est souligné que la crise survient aussi parfois le weekend. Il est alors difficile de gérer la crise. Pour travailler en réseau à ce moment-là s'avère complexe.

Pour anticiper la crise, il existe déjà des équipes mobiles dans les établissements médico-sociaux. Il faudrait étendre hors établissements, c'est-à-dire créer des équipes mobiles qui pourraient se rendre au domicile, pour désamorcer une situation ou apaiser et éviter la crise. Il est proposé est de créer équipe une mobile de façon plus large.

Il est à noter qu'en pédopsychiatrie, il existe un appel à projet financé par l'ARS dédié à une équipe mobile pour aller dans les établissements, les IME. Cela permet d'anticiper la situation de crise, de suivre les résidents pour lesquels il peut y avoir aussi des difficultés.

Une prise en charge complexe

Dans le diagnostic, deux éléments ont été repérés par la Préfecture. D'une part, la gestion des errances. L'errance est un domaine particulier de la psychiatrie. Soit ce sont des errances de personnes plus ou moins psychiatriquées, plus ou moins atteintes de différentes addictions. Ces errances-là ne sont pas faciles à gérer en situation de crise. C'est une forme d'errance qu'on trouve dans les rues. La deuxième partie des errances, c'est aussi les gens qui partent de leur département avec une décompensation psychiatrique et qui vont dans une sorte de démarche mystique ailleurs, et qui sont récupérés dans le département, il n'est pas facile de les aborder car personne ne les connaît. Donc, dans les outils il y a un vide, un manque par rapport à cette problématique là.

D'autre part, il y a la frontière entre le psy et le reste des autres professionnels de santé libéraux ou hospitaliers. *« Je prends l'exemple de la maison de retraite où je travaillais, il y a toujours eu un ou une psychologue qui était là. Et puis il y a un centre aussi où il y a des psychiatres de Laragne qui viennent à Saint Bonnet. Même si on adresse par un courrier à ces personnes là », nous médecins libéraux, une personne, on n'a jamais de retour. Un psychologue dans un établissement vous dira, je ne suis pas professionnel de santé libéral, je fais mon travail. Donc le réseau est cassé au niveau de l'affectif, la personne n'est pas prise en charge par le reste de l'équipe en entendant ce qu'a dit le psychologue ».*

La frontière entre la psychiatrie et la « médecine de ville » élargie à tous les professionnels de santé, qu'ils soient libéraux ou non, qu'ils soient dans le soin ou dans le médico-social est assez complexe. Les participants ne savent pas comment faire en sorte que l'on puisse rompre cette dimension. Cette partition qui est très gênante plus pour l'individu que pour les professionnels de santé.

Il y a aussi l'accompagnement des personnes isolées qui sont vieillissantes et qui vivent avec leurs parents et qui sont dans de le déni, qui n'ont pas de suivi régulier, qui n'honorent pas leurs rendez-vous. Ces situations créent des situations complexes au domicile. Les parents, et les équipes qui accompagnent ces personnes-là peuvent s'épuiser et être démunies.

La prise en charge de la santé mentale à domicile est très difficile : il y a une méconnaissance des structures et des dispositifs existants non seulement de la part des professionnels de terrain et mais aussi des structures. Il manque des liens et de la coordination entre les professionnels, les intervenants, les familles. *« Cette prise en charge à domicile bien souvent quand nous avons une demande le MT dit il faudrait aller à domicile pour une surveillance thérapeutique chez tel ou tel patient, on ne connaît rien, on n'a même pas le diagnostic, on ne sait pas de quoi souffre ce patient et on n'a aucun autre lien que celui-là et du coup cela va redéfinir le rôle du MT en créant aussi un lien avec les spécialistes ».*

Le MT a un rôle pivot, un rôle clé, dans le domaine de la santé mentale et dans sa prise en charge l'idée était de redéfinir leurs rôles et comment remettre du lien, de la coordination entre le MT et tous ceux qui interviennent pour ce patient là en psychiatrie, mais aussi, IDEL, assistantes sociales, etc ... Comment recréer ce lien avec nos MT.

Il y a aussi le problème de l'accès dans les zones isolées qui se pose. *« Il faudrait avoir une alternative de transport hors Sécu car cela ne marche pas toujours pour que les patients puissent aller sur Gap au moins dans les structures de soins. Nous sommes souvent confrontés au problème, notamment au problème financier à savoir qui prend en charge les transports, car se pose souvent la problématique de la précarité sociale et la prise en charge de ces déplacements ».*

Enfin, la problématique du remboursement de la prise en charge des consultations reste un frein dans la prise en charge des patients.

Les pistes d'actions

Une solution serait peut-être un transfert de compétences par les EPU pour être admis par les psychiatres en place qui sont fortement occupés. Ces formations pourraient être suivies par les professionnels de santé au sens large, même peut-être l'aide à domicile, une formation avec des cycles très variés. Il paraît important de former les professionnels au sens large, mais aussi de les former à la gestion d'une crise chez des patients atteints de troubles psychiatriques. La formation, c'était le soutien des équipes aidantes il y avait aussi l'occasion pour les participants de se rencontrer. Cela permet de dédramatiser. Au-delà de la formation, il y a donc le soutien qui peut être important auprès des équipes qui accompagnent les personnes au quotidien, en crise ou pas en crise.

Il faut renforcer le travail en réseau et même créer des réseaux, mais vraiment les consolider. Peut-être créer des plateformes sur le territoire pour permettre aux personnes qui ont à gérer des personnes en difficulté, puissent actionner le réseau assez facilement avec les outils numériques de façon à plutôt que de se rencontrer, ou téléphoner, avoir plusieurs personnes qui puissent parler et évoquer la situation et le que faire au moment où ça se passe. Peut-être également favoriser le travail en réseau dans un ensemble même physique avec plusieurs acteurs qui soient des professionnels différents, l'échange étant plus facile (MSP). Le réseau existe déjà dans les maisons de santé dans les nouvelles communautés professionnelles territoriales de santé, mais il faut y inclure la psychiatrie, comme ont été inclus les services à domicile, etc... cela fait partie de l'accès aux soins et donc c'est une mission imposée et pour que l'accès aux soins soit efficient, il faut que ce réseau (MSP / CPTS) soit autour de la personne, qu'elle soit psychiatrique ou pas.

Il faudrait redéfinir le rôle des médecins traitants et remettre du lien, de la coordination entre le MT et tous ceux qui interviennent pour ce patient là en psychiatrie, mais aussi, IDEL, assistantes sociales, etc ...

S'appuyer sur une structure existante comme la PTA ou créer une structure pour avoir ce rôle de coordination, en organisant des réunions bimensuelles avec tous les intervenants du domicile du patient. Cette structure doit avoir un rôle important avec une mission régulière. Il faudrait qu'il y ait un représentant de chaque corps professionnel et y associer les familles, les aidants.

La création d'une équipe mobile pluridisciplinaire est proposée qui devra avec une mission régulière et pas du tout ponctuelle, avec la possibilité de cibler des populations élargies (personnes âgées, migrants...). Il faut qu'il y ait une pérennité, une formation régulière et continue.

Ce pourrait être une expérience pilote pour voir comment cette équipe mobile pourrait se mettre en place sur le département, qui est un petit département.

Concernant l'équipe mobile, si le département n'a pas assez de moyens en capacité humaine et que le plan arrive à mettre en place des fonds dédiés, une solidarité pour être établie entre les départements.

Les antennes locales avec un jour par mois sur un territoire peuvent être une solution de consultation avec un psychiatre ou un psychologue. *« On a aussi parlé des équipes mobiles et nous avons fait la distinction car pour nous les équipes mobiles seraient plus des intervenants de situation de crise avec des interventions rapides ».*

Les téléconsultations ont été mises en avant aussi car elles peuvent être très utiles dans les secteurs isolés. Les médecins psychiatres ne sont pas toujours à l'aise avec cet outil, mais on a bien mis en avant que la téléconsultation n'enlevait pas la consultation physique ; elle pouvait être à un moment donné aidante dans la situation. Cela a peut-être été déjà testé dans le cadre du Covid.

Il y a des choses qui existent déjà à développer sur la situation de crise. Dans les situations de crise il y a des patients qui auraient besoin d'une prise en charge et pas juste d'un aller/retour aux urgences qui n'est pas forcément adapté. Si la personne qui était en crise est apaisée, elle repart dans l'établissement ou éventuellement à domicile et la situation de crise peut revenir, donc la question de création de places d'urgence dédiées en santé mentale.

Autres propositions

- Créer des parcours de soins. Ex : maison des enfants (MDE) c'est un peu l'entrée unique, même si cela paraît un peu utopique.
- Connaître les ressources du territoire
- Développer les équipes mobiles
- Développer les consultations avancées / Aller vers
- Formation IDE en psychiatrie
- Groupe de travail psy / addiction : faire des groupes de travail avec la psychiatrie par secteur, pour essayer de mieux travailler.
- Recrutement de psychiatres à temps partiel sur CSAPA

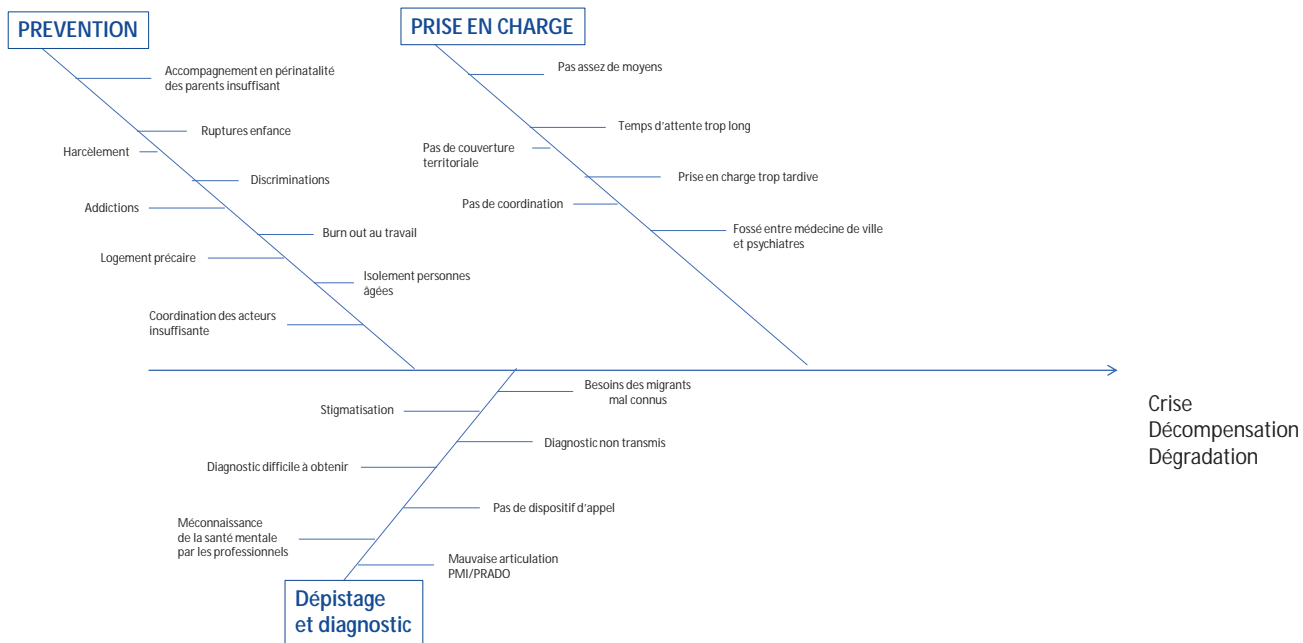
Synthèse

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

FACTEURS IDENTIFIES	COMMENTAIRES	PISTES D' ACTIONS
Démarches		
1) Listes d'attentes sont trop longues 2) Prise en charge et orientation vers les structures adaptées trop tardives 3) Pas de couverture territoriale 4) Les équipes mobiles ne sont pas présentes sur tout le territoire	1) Il faudrait pouvoir faciliter les démarches administratives 2) il faudrait formés et recrutés plus de personnels compétents afin d'augmenter les places en établissements spécialisés 3) Il faudrait augmenter le nombre d'équipes mobiles et étendre cela sur tout le territoire	
Gestion de crise		
1) Manque de consignes claires sur les conduites à tenir en cas de crise 2) Difficile de gérer les crises le week-end ou dans les zones isolées	1) Il faudrait créer un mode opératoire avec la préfecture qui précise qui appeler et qui actionner 2) Il faudrait étendre les équipes mobiles hors établissements qui peuvent se rendre à domicile pour désamorcer une situation ou apaiser et éviter la crise	2) En pédopsychiatrie, il existe déjà un appel à projet financé par l'ARS dédié à une équipe mobile pour aller dans les établissements, les IME.

Errance		
<p>1) Il existe 2 types d'errances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - celle de la rue : personnes sans abri plus ou moins psychiatisées, plus ou moins atteintes de différentes addictions - celle des itinérants : ils partent de leur département avec une décompensation psychiatrique 	<p>1) Il faudrait pouvoir répertorier et avoir un suivi de ces personnes que personne ne connaît</p>	
Cloisonnement		
<p>1) Méconnaissance des structures et des dispositifs existants car manque de coordination entre les professionnels, intervenants et familles</p>	<p>1) Il faudrait que les médecins traitants puissent aller à domicile afin de permettre une surveillance thérapeutique et informer les spécialistes afin qu'ils puissent se coordonner et orienter les patients vers les structures adaptées à leur situation sanitaire</p>	

Diagramme d'Ishikawa (ou diagramme cause-effet) :



Réunion « Logement et travail » (synthèse et retranscription brute)

FACTEURS IDENTIFIES	COMMENTAIRES	PISTES D' ACTIONS
Cloisonnement		
<p>1) Cloisonnement entre le médical, social et médico-social</p> <p>2) Financements cloisonnés</p> <p>3) Manque de travail en réseau</p> <p>4) Beaucoup de services existent mais il manque le liant pour les coordonner</p> <p>5) Manque de formation des professionnels accompagnants les personnes handicapées</p>	<p>1) Il faudrait une instance de coordination de mutualisation des acteurs : elle permettrait de créer le lien entre les différents acteurs et de jouer le rôle d'accompagnement des personnes via une équipe mobile pour empêcher voire anticiper la rupture</p> <p>2) Le fait que chaque établissement soit financé par un organisme différent (Conseil départemental, ARS...) crée du cloisonnement</p> <p>3) La connaissance d'un secteur dépend souvent d'une seule personne qui a cette connaissance et qui a son propre réseau mais ce réseau n'est pas forcément partagé</p>	<p>1) Mise en place de PSSM (premier secours en santé mentale) pour former des personnes (tout public) non spécialistes de la santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apporter un 1^{er} soutien à une personne développant ou souffrant d'un trouble psychique, comme c'est le cas depuis longtemps pour les gestes et soins d'urgences « physiques » - Améliorer la connaissance des manifestations des troubles psychiques dans la population.

		Ceci pour permettre l'intervention plus rapide d'un soin adapté, afin d'améliorer le pronostic médical et social des personnes concernées
Logement		
<p>1) Il existe une multiplicité de solutions pour le logement mais il manque une structure pour les répertorier et les coordonner</p> <p>2) Manque de logements intermédiaires avec des accompagnements</p> <p>3) Carence de logements T1, T2</p>	<p>1) Il faudrait un endroit où l'on pourrait diriger les gens sur 4 étapes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'orientation/ouverture des droits - Comment accéder au logement - Comment se maintenir dans le logement - Différence entre le logement et l'hébergement adapté <p>2) Il faudrait des résidences intergénérationnelles (populations mixtes, personnes âgées, personnes handicapées ...)</p>	<p>1) Créer un Bureau du Logement Unique, plateforme ou SIAO pour faire la coordination</p> <p>1) Projet avec ISATIS en cours (« un chez soi d'abord »), appartements thérapeutiques existants Accompagnement de la personne dans le logement social conventionné par les services de psychiatrie et CSAPA</p>
Emploi		
<p>1) Un grand nombre de personnes qui ont des troubles psychiatriques ne pourront pas accéder à un emploi</p> <p>2) Difficulté de passer d'un emploi adapté à un emploi en milieu ordinaire</p>	<p>1) Il faut donc créer des emplois « adaptés » qui permettrait un accès et un maintien dans l'emploi chez ces personnes-là grâce à un accompagnement spécifique</p> <p>2) Il faudrait permettre aux personnes en situation de handicap de pouvoir faire un « essai échec »</p>	<p>1) Développer les ESAT (Établissement et service d'aide par le travail) pour une première insertion professionnelle</p> <p>2) Développer le « working first »</p>

PTSM 05

AVIS DU GROUPE 1 à GAP

27/10/2020

LOGEMENT & TRAVAIL

Intervenant : "On a été très embêtés un certain temps pour ne pas dire la plupart du temps de cet échange sur la méconnaissance que l'on avait du territoire sur le dispositif existant que ce soit au niveau du logement ou du travail , du dispositif existant concernant l'accompagnement ou l'étayage de ces personnes en difficulté. Nous avons du mal à identifier une problématique pour en parler et de fait de répondre à cette problématique.

Pour autant je vais relayer Quelques idées d'une équipe mobile qui pourrait intervenir avec une équipe d'experts (IDE psychiatriques...) qui pourraient intervenir que ce soit dans le cadre du logement ou du travail mais plus sur l'environnement que sur la personne même. C'est-à-dire qu'on prenait en exemple une personne qui se retrouvait avec un sabre sur son palier rien d'agressif mais ça peut inquiéter peut-être les personnes qui sont proches. On avait ce questionnement sur peut-être un accompagnement comme on peut le faire pour les cellules de crise psychologiques autour de l'environnement dans le travail ou dans l'hébergement

Forcément on a relayé la carence de soins des médecins psychiatres qui sont complexes et le jour où il y a une décompensation ou un problème, c'est la difficulté peut-être de faire appel à quelqu'un pour le soin, pour vérifier la prise de médicaments ou autres, et on a quand même, et c'était un peu la proposition, on a posé le constat du cloisonnement qui existe encore fortement sur le médical, le social, le médico-social et c'est peut-être pour cela qu'on m'a demandé de prendre la parole, parce que j'ai coordonné une CPTS (communauté professionnelle territoriale de santé), je ne sais pas si cela vous parle, qui a pour objectif justement de mailler un territoire, de faire du lien entre les différents acteurs pour qu'ils puissent se connaître et puissent intervenir à l'unisson autour d'une personne. Il y a d'autres systèmes qui sont des maisons médicales de santé qui fonctionnent de la même façon, où un patient a affaire à une équipe médicale ou para-médicale autour de lui. C'est à dire que tous les professionnels parlent de la même personne dans le même temps. Ce qui fait que lorsqu'ils ont affaire à ce patient ils ont déjà la connaissance du fait qu'il ait pu voir à moment donné un médecin, une IDE, un pharmacien etc.

Je ne sais pas si je suis clair avec ce que je dis, mais l'objectif était de relayer peut-être une instance de coordination de mutualisation des acteurs, qui pourrait à la fois identifier ces différents acteurs, ces différents processus qui puissent se mettre en place pour accompagner les personnes. A la fois qui pourrait permettre d'intervenir sur des équipes mobiles, à la fois je ne sais pas si j'ai bien relayé ce que l'on a évoqué."

Question : "l'équipe mobile, vous ne la voyez pas elle-même qui coordonne les autres sur la thématique psy, c'est à dire vous ne voyez pas une équipe de coordination ? c'est une équipe mobile qui est coordonnées par d'autres ?"

Réponse : "je pense qu'elle pourrait jouer ce double rôle. C'est à dire une instance qui à la fois crée du lien entre différents acteurs, c'est à dire permet d'échanger et de faire simplement un relais et si cette structure est identifiée comme une structure de référence qui est connue et reconnue de tous, peut-être qu'elle peut aussi jouer ce rôle d'accompagnement via une équipe mobile. D'où l'intérêt effectivement de prendre une structure qui serait en lien avec l'ensemble des autres structures.

Intervenant 2 : "effectivement insister sur ce constat. Cela fait 35 ans que je travaille dans le secteur social, médico-social, et sanitaire et ce constat qui est inquiétant de ce même cloisonnement de ce même manque de connaissance des uns et des autres, et des missions, c'est étonnant. Je fais part de mon expérience car j'ai coordonné à un moment un réseau de santé, il y a une dizaine d'années, réseau qui avait été construit sur le constat de ce cloisonnement et que la personne qui souffre de troubles psychiques, elle est parfois dans le soin, et puis après elle va être dans le médico-social, puis après elle va être dans le social, et puis après elle va être comme absence de soins parceque tout va bien, puis elle va retourner vers le soin et que l'idée c'était de réunir autour de la personne tous ces différents acteurs pour qu'il y ait une coordination et de lutter contre ce cloisonnement qui générait de la rupture ou qui empêchait d'anticiper la rupture.

L'objectif c'est d'empêcher la rupture mais c'est aussi de pouvoir l'anticiper ; j'avais été très très étonnée à voir ces personnes malades qui arrivaient à tellement bien connaître leur maladie qu'elles arrivaient à sentir la crise arriver, à identifier les signes et là c'était du gagnant / gagnant car la personne nous alertait et on construisait l'hospitalisation qui ne se faisait plus en urgence, qui ne se faisait plus avec une décompensation terrible, et du coup le retour se faisait de façon plus sereine. "

Question : "quel était ce réseau de santé ?"

Réponse : "c'était un réseau de santé handicap psychique qui existe toujours sur le département de l'Isère et la force de ce réseau était de réunir tous les partenaires et d'être une boîte à outils. La personne pouvait aller piocher dans ces différents outils, de quoi construire son parcours à partir de ses besoins et en plus ses besoins sont variables au fil du parcours. Elle va être à certains moments en capacité de travailler, à d'autres moments moins. Donc il y avait effectivement autour de la table, les hôpitaux, les cliniques, les médecins libéraux, les centres de réadaptation socio-professionnels, les services d'accueil de jour. C'était cette palette d'outils pour être sur un parcours extrêmement individualisé en fait.

Idée phare : la création, mise en place d'une plateforme, d'une équipe mobile qui est dotée d'expertises psy, sociale, médicale, etc...avec une multi-expertise mais qui sert de décroisonner, de faire connaître, de coordonner les acteurs.

Une équipe mobile spécialisée avec plusieurs experts qui donnent leurs avis avec la richesse de cette équipe ; le département souffre d'un cloisonnement., d'une méconnaissance des uns et des autres."

"On est en train de construire cette culture du partage."

"Je vous rejoins sur le cloisonnement, effectivement c'est notre mode d'organisation, ce sont nos financements qui sont aussi cloisonnés, parce qu'effectivement sur les financés, certains établissements par Conseil Départemental, d'autres l'ARS..Il y a une difficulté sur la pénurie de soins aussi. Ce n'est pas que sur le département."

Ce mode de financement, il faut l'entendre, provoque aussi ce cloisonnement.

Intervenant 3 : "Souvent la connaissance d'un secteur dépend aussi souvent d'une seule personne qui a cette connaissance, qui a son propre réseau, mais réseau n'est pas forcément partagé et c'est là aussi que l'on s'est retrouvés dans ce groupe en constatant finalement que si on avait eu une personne qui connaissait très bien le logement ou le travail, on aurait pas eu cette réflexion.

Je trouve que c'est un manque, une seule personne qui va porter cette connaissance et qui va faire autour d'elle son réseau, mais sans que cela soit partagé avec d'autres.

Le logement passe par des étapes et il y a des problématiques à différentes étapes.

Il y a :

- 1 - l'orientation / ouverture des droits.
- 2 - Comment accéder au logement
- 3 - Comment se maintenir dans le logement
- 4 - Différence entre le logement et l'hébergement adapté

Manque de connaissance des dispositifs. Il existe une multiplicité de pleins de choses que finalement sur le territoire, il y a plein de choses qui existent. Or, même hors MDPH, et on ne connaît. On s'est dit que peut-être on pourrait créer un Bureau du Logement Unique.

Un endroit où l'on pourrait avoir toutes les étapes.

Il faut des places ou des moyens, agrandir ce qui existe déjà en nombre de places.

Il manque de logements intermédiaires avec des accompagnements, d'autres lieux de vie, un petit peu mixtes. Par ex. des résidences mixtes, PA, PH. Ils peuvent se rendre service mutuellement. Cela peut être des projets intergénérationnels. Des logements inclusifs : des financements existent mais peu utilisés.

Il y a un travail en cours concernant un logement de famille.

Projet avec ISATIS en cours.

Il faut trouver la bonne réponse, c'est toute la difficulté et la spécificité de la personne. Il y a un gros manque au niveau des formations, formations des professionnels qui accompagnent les personnes dans leur cap de vie au quotidien (auxiliaire de vie, aide ménagère etc...). Des formations également sur la connaissance du handicap.

Intervenant 4 : "l'association qui a été créée dénommée "1er secours en santé mentale" PSSM, qui est inscrit dans le PTS du 06 d'ailleurs et je trouve que c'est intéressant parce que cela permettrait de former d'autres personnes (écoles, gendarmerie, commissariat...) et aussi les personnels qui accompagnent les personnes qui souffrent de troubles psychiques qui sont tous les prestataires auxquels ils font appel pour les aider au quotidien.

Pour pouvoir décloisonner cela suppose aussi avoir suffisamment de temps de coordination, pour coordonner différents services, institutions, qui n'ont pas tout à fait les mêmes missions, surtout dans les situations les plus complexes.

La réorientation prend également beaucoup de temps."

Il y a beaucoup de choses qui existent, mais souvent il manque le liant pour coordonner.

Parler de cloisonnement est un aveu d'impuissance et c'est quelque chose de négatif. Parler d'améliorer la coordination est quelque chose de positif.

Intervenant 5 : "Tous ceux qui travaillent autour du parcours de santé de ces personnes-là ne souhaitent qu'une chose, travailler pour qu'il y ait un décloisonnement.

Concernant le travail : plusieurs constats : un grand nombre de personnes qui ont des troubles psy importants n'auront pas forcément la capacité d'accéder à un emploi. Autant il est incontournable d'avoir un logement, un hébergement, autant la question de l'emploi ne s'élanche pas pour tout le monde.

L'emploi adapté : accès et maintien dans l'emploi. Accompagner les personnes et les employeurs.

Constat d'une réduction d'accès aux associations d'insertion par l'activité économique, manque de place au niveau de l'emploi protégé, difficulté d'accès à l'emploi protégé.

Points positifs : CRP, mise en situation professionnelle, panel de dispositifs qui existent. L'accès à l'emploi en milieu ordinaire est également difficile.

Pistes :

- développer des conventions avec la psychiatrie, et milieu d'emploi ordinaire
- questionnaires de cas pour l'emploi accompagnement dans la durée
- formation à l'accompagnement et aux métiers très spécifiques qui sont à créer

La formation qui revient dans tout : c'est l'adhésion de la personne au projet et le refus."

Intervenant 6 : "Constat de l'existant dans le département

- appartements thérapeutiques existants, temporaires, il faut être rentré dans le soin
 - logement d'abord et santé 30 places
 - accompagnement de la personne dans le logement social, accès au logement, conventionnement avec les services de psychiatrie et CSAPA : glissement du bail
- maintenir la personne dans le logement, éviter l'échec, accompagnement dans la durée, ces personnes sont sous protection judiciaire.

Besoins : meilleure connaissance des dispositifs, par ex. plateforme ou SIAO qui devrait avoir une place plus importante pour faire la coordination. Besoin de coordination professionnelle : équipe mobile ? besoin d'une offre plus territorialisée, à Briançon par ex.

Problématique de temps pour l'accès : que fait on des personnes pendant ce temps, cela pose problème. Problématique des typologies également.

Carence de logements T1, T2. Accéder au logement pour une personne seule est compliquée.

Problématique de la gestion de la pathologie pour l'environnement : comment le gérer ?

Problématique de coordination entre santé mentale et social ?

Problématique financière et limitation des droits.

Personne seule non reconnue MDPH ou PCH et que l'on ne peut travailler, quelles sont les ressources financières pour l'accès au logement.

Impact sur l'accès au logement.

IAE, ESAT : travail, logement

GRETA

Marionnettes des Alpes ...

accueil en entreprise

Pour certaines personnes le parcours peut aller jusqu'à l'emploi en milieu ordinaire mais le passage entre l'ESAT et le milieu ordinaire, mais on ne laisse pas à la personne la possibilité de faire un essai échec.

En comparaison, le milieu protégé c'est la course de fond, et le milieu ordinaire c'est le sprint, difficile pour les personnes en situation de handicap de maintenir le sprint au-delà d'un CDD de quelques mois. Cet aller/retour n'est pas possible et si cela ne fonctionne pas c'est compliqué. Il faudrait développer des aller/retour essai/erreur."

L'idée d'avoir une plateforme dotée de moyens adéquats qui permettrait d'avoir une AS très formée et très orientée logement. Comment va t'on faire pour organiser le lien ? Il y a tellement de choses qui existent, qu'il faudrait se doter non pas de tout cet existant, mais d'une espèce de hub qui permet ces liens entre vous.

L'intérêt de cette plateforme serait de maintenir en permanence ce lien et que si les personnes changent, le lien continue à exister.

Conclusion :

Il faut changer de dimension. Il faut se donner les moyens pour mettre en place des choses pérennes.

Expérimentation "Un logement d'Abord", il existe également un projet sur l'emploi.

La recherche de structure innovante est ce que c'est quelque chose à renforcer ou à développer en PTSM selon vous.

Sur l'emploi : dispositif job coaching à développer

Nos objectifs prioritaires : rédiger un PTSM qui soit très opérationnel, se concentrer sur des socles, des fondations pour changer de dimension.

Prochaine réunion : droits des usagers et de la famille - Vision de la PTSM sur la dignité de la personne et le respect des valeurs humaines fondamentales

Réunion « Droits des usagers » (synthèse et retranscription brute)

FACTEURS IDENTIFIÉS	COMMENTAIRES	PISTES D' ACTIONS
Consentement et gestion de la crise		
<p>1) Manque de formation des intervenants de 1^{er} recours (urgentistes, médecins généralistes, police, pompiers familles)</p>		
Accompagnement		
<p>1) Il faut un endroit ressource avec un numéro spécial pour centraliser l'information concernant la prise en charge des personnes ayant un handicap et permettre aux gens d'appeler pour obtenir ces informations</p>	<p>1) L'idée d'un guichet unique doté d'un personnel formé et capable d'orienter qui renverrait les patients vers un référent ou vers les associations adaptées</p>	<p>1) Création d'une plateforme dotée d'un comité de pilotage avec tous les gens compétents capables d'intervenir. Grâce à la mise en place d'un numéro spécial les patients selon leur demande pourront être orientés vers le CSAPA, vers le CODES, vers l'hôpital... Cette plateforme serait également dotée d'une équipe mobile qui pourrait se déplacer chez les populations isolées. Cette plateforme, grâce à son équipe pluridisciplinaire pourra également mettre en place de la formation, de l'information et de l'éducation thérapeutique</p>
Stigmatisation		
<p>1) Manque de sensibilisation de la population à la santé mentale</p>		<p>1) Créer des campagnes de sensibilisation avec par exemple des bus itinérants qui pourrait sillonner la campagne pour donner des informations directement là où les gens habitent</p>

Réunion PTSM 05 à GAP le 10/11/2020

GROUPE 1

Intervenant 1 : "Je ne sais si c'est parce que l'on n'avait pas de représentant des usagers dans le groupe, en tous les cas on a été plutôt optimistes et on est partis d'un constat plutôt positif qui était de dire que les droits des usagers avaient quand même sensiblement évolué plutôt positivement ces 20 dernières années. Alors, on n'a pas utilisé internet et on n'a pas la date de cette loi, mais cette loi sur les droits des usagers qui a amélioré l'information et la

participation des usagers plus généralement et pas simplement la santé mentale, et encore si on peut parler de la santé mentale, le recours notamment au juge de la liberté et de la détention qui intervient. On s'est dit qu'il y avait quand même une vraie évolution positive et même si ces droits et liberté prennent un prisme un peu particulier quand on parle de santé mentale, à la fois parce qu'on a affaire à des personnes qui n'ont pas toujours conscience de leurs troubles, pour lesquels parfois les soins s'imposent à eux malheureusement et on est en plus sur des pathologies chroniques.

Alors on a essayé de recenser les différents droits des usagers."

Intervenant 2 : Du coup on a cité l'accès aux soins, l'égalité d'accès aux soins, que l'information soit accessible et loyale, le consentement libre et éclairé, le respect de la vie privée et l'accès direct à ses informations de santé et les choix du traitement

Question : c'est quoi l'accès direct aux informations ? Par quels moyens accéder à ces informations ?

Intervenant 1 : Là on a regardé sur internet. On a récupéré la charte des patients hospitalisés. C'est un simple recensement. Alors après comment se fait l'accès direct aux informations de santé, c'est le fait de rencontrer son médecin et qu'il puisse partager librement et sans rien cacher les informations qui concernent le patient. Après il y a des procédures que l'on connaît bien, on peut demander aussi son dossier médical, qui sont très cadrées, mais qui existent, et qui sont censées protéger la confidentialité des données de santé.

Alors nous dans cette liste on s'est plutôt axés sur tout ce qui est consentement, information, participation. On a mis le focus là-dessus dans nos échanges avec le groupe, notamment le fait, cela nous paraissait important, que le patient soit réellement acteur de sa prise en charge et en n'en discutant au cours de nos échanges, et notamment avec le Dr Buconi, on se rendait compte qu'il peut y avoir parfois une facilité à proposer des traitements qui sont connus et sans concertation avec le malade. C'est un point qui était important tout simplement parce que le patient va prendre ce traitement toute sa vie, cela va durer des années et des années et selon l'orientation que l'on va prendre, on peut avoir des effets complètement différents. Par exemple le recours au lithium dans des pathologies bipolaires.

Et pour cette meilleure participation, parce qu'on ne voulait pas rester dans quelque chose de générique au vu de ce que vous nous avez demandé, il fallait trouver une action plutôt concrète, on s'est dit qu'il fallait intégrer pourquoi pas même obligatoirement, des modules "droits des usagers" quand on fait de l'éducation thérapeutique de façon à ce que le patient ait tout son environnement, connaisse bien les droits et liberté de l'utilisateur, de ce qu'il est en droit de faire et comment on participe à sa prise en charge. Certains ne le savent pas mais on le droit de participer et d'avoir un mot sur leur prise en charge.

Donc ça c'était le premier acte et le deuxième acte c'était les situations d'urgence.

Intervenant 2 : On a dit qu'il n'existait pas vraiment d'hospitalisation arbitraire, puisque de toutes façons il faut des certificats médicaux.

Intervenant 1 : Oui, on était sur des procédures qui étaient très cadrées donc en effet il n'y a pas d'hospitalisation arbitraire mais qu'il y avait un recours peut-être un peu facile à des procédures d'urgence. On ne peut peut-être pas rentrer dans le détail, mais sur par ex. ce que l'on appelle le péril imminent, ancienne hospitalisation d'office quand il y a des troubles à l'ordre public et qui nécessite en effet un formalisme moindre et qui peut conduire des professionnels de santé, je pense souvent aux médecins des services des urgences, ce n'est pas une critique qu'on leur fait parce que l'on sait que c'est des services qui sont très encombrés et en difficulté, mais qui ne peuvent pas toujours prendre le temps de concerter au mieux une décision sans consentement, aussi bien avec le patient qu'avec l'entourage et on sait, en tous les cas cela a été prouvé, que quand on arrive à faire participer la famille et notamment dans les cas des soins sans consentement avec le tiers, on a en tous les cas de meilleurs résultats sur la prise en charge. Donc c'est évidemment ce qu'il faut que l'on essaye

de faire au maximum. Et pour ce faire, on s'est dit qu'il fallait mieux former les intervenants. On se rendait compte que quand c'est fait avec le médecin généraliste, le médecin traitant qui connaît bien la famille, généralement cela se passe plutôt bien, plutôt mieux, et quand ça se fait dans un contexte déconnecté du système familial, souvent aux Urgences en pleine crise, et bien il y a traitement qui se fait et qui n'est pas idéal. Donc il fallait mieux former les intervenants de 1er recours, le médecin généraliste, mais cela peut-être aussi la famille qui doit être formée sur ces questions-là, la police, les pompiers, les Urgences, qui ne connaissent pas toujours évidemment ces règles, mais elles sont techniques, c'est normal, de soins sans consentement, et que c'est souvent à ce stade de la crise qu'il y a beaucoup de choses qui se jouent dans l'adhésion du patient à sa prise en charge et qu'on avait tout intérêt à associer tous les intervenants et que tous les intervenants soient formés.

C'est un peu nos échanges dans le groupe.

Intervenant 3 : En vous écoutant ce qui est bien c'est le droit aux risques dans ce que vous disiez, dans le cadre des prises en charge en santé mentale, il y a beaucoup de choses qui sont décidées contraintes et forcées, traitements ou autres, et c'est la question en termes de droit, c'est la part du risque, le droit au risque, c'est-à-dire quand cette personne refuse un traitement, quel est le risque ? En tant que professionnel a-t-on le droit d'imposer ou en tant que famille est ce que l'on peut imposer ? C'est cette question du droit au risque.

Intervenant 1 : Je n'ai pas de réponse directe. Je sais que normalement dans l'entretien médical il y a une réflexion toujours, enfin en tous les cas les textes le prévoient comme cela, ou les bonnes pratiques, qu'il y ait une réflexion bénéfice/risque dès que l'on met en place une stratégie médicale ou thérapeutique ou peu importe et à priori un patient, et c'est la logique aussi de responsabilisation des patients, on peut être amenés à prendre un risque ou le patient peut prendre un risque si cela lui est bien expliqué et si le consentement est éclairé et s'il mesure bien ce risque-là. A priori, oui. Dans les faits je ne sais pas.

Intervenant 3 : moi je ne veux pas revenir sur le risque, je veux juste dire aujourd'hui cela n'a pas été abordé, mais je n'ai pas le texte non plus malheureusement, c'est que pour les soins sans consentement il y a un décret de loi qui est passé et qui fiche les personnes aujourd'hui, comme des personnes dangereuses à la Préfecture, etc... Cela va à l'encontre du secret médical, c'est contesté au niveau du Conseil d'Etat actuellement par les psychiatres, les associations de malades etc...Alors j'espère que cela ne se fait pas, mais le texte existe et il est très contesté, il est très dangereux.

Intervenant 4 : Après on disait dans le groupe aussi en travaillant qu'au niveau des principes de liberté et de droit, il n'y avait pas de droit sans obligation. Parce qu'il y a beaucoup de patients, notamment dans le domaine de l'addictologie qui reçoivent des injonctions du juge des libertés et sont obligés de se soigner. Donc il y a toujours à un droit correspond une obligation et le patient atteint de maladie mentale n'échappe pas à cette égalité pour n'importe quel individu d'avoir des droits et des obligations. Donc il ne faut pas non plus tomber dans une liberté à tout prix. Parce que la liberté du risque d'accord, cela se discute, mais en tous les cas il faut en discuter avec la personne elle-même.

M. G : Malheureusement, certaines personnes avec troubles ou souffrance psychique ne sont pas toujours capables de prendre des décisions pour elles-mêmes. Je m'explique, il n'y a aucune stigmatisation dedans. Un adulte de 20 ans, autiste non verbal avec troubles du comportement, j'aimerais bien avoir votre avis, Comment voyez-vous cette problématique ? Vous faites un CVS auquel il ne peut pas donner son avis. Ce n'est pas parce qu'on n'a pas envie qu'il participe parce qu'il n'est pas à même de pouvoir parler tout simplement. Donc dans cette notion de consentement de soins jusqu'à où on peut aller face à une personne qui n'est simplement pas dans la capacité de pouvoir exprimer clairement ses souhaits ou tout simplement son refus.

Intervenante : Là je ne suis pas d'accord si vous me permettez. C'est qu'il n'y a pas de médecin psychiatre aujourd'hui et que personnellement je suis atteinte de troubles psychiques et je suis capable d'aller me soigner, on n'est pas obligé de me soigner. Ce que vous dites me contrarie profondément pas que pour moi, mais pour les usagers.

M. G : Ne le prenez pas mal, ne le prenez pas pour vous. Madame, mes propres filles sont autistes, elles ont 21 ans, elles ne sont pas capables de donner leur avis sur les soins. Ce n'est pas contre vous Madame, ni contre la personne qui souffre de troubles, pas du tout, il faut se poser cette question c'est une question éthique, est-ce qu'on a le droit d'imposer parfois des choses, parce que l'on a estimé qu'on a raison ?

Intervenante : Mais vous êtes qui pour dire ça aujourd'hui ? Moi je pense que les usagers on a droit d'abord à la parole

M. G : Mais Madame, pour vous la question ne se pose pas parce que vous êtes capable de vous exprimer, la preuve en est. Regardez, il y a quelque chose qui ne vous plait pas et vous dites "je n'aime pas ça".

L'intervenante s'emporte et quitte la réunion.

Intervenante 5 : ce qui me pose question, c'est en termes de face à face, en fait tout à l'heure, on a parlé d'un référent droit, c'est-à-dire que l'idée ce serait que les gens qui s'occupent de ces personnes qui n'ont peut-être pas accès à la parole directement ou qui s'occupent au quotidien d'elles, les éducateurs...

MG : c'est dans ces termes là que je pose la question.

Intervenante 5 : Donc et bien peut-être qu'il n'y a pas la parole mais je peux vous dire que lorsqu'on connaît bien la personne au bout de quelques années on se rend compte très rapidement si elle veut ou pas quelque chose. Il y a des tas de choses, de petits détails, on l'a vu nous parce que l'on dû faire passer le test Covid dans notre institution pour ces usagers-là donc il a été question de comment demander. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qu'ils sont capables sans accès à la parole.

Incident : Une personne quitte la réunion en exprimant son désaccord : "j'ai travaillé 30 ans dans un service social, j'ai été hospitalisée 2 mois en psychiatrie et je ne veux pas que cela recommence pour une réunion..."

MG : la seule chose que je disais il ne faut pas que cela soit mal pris c'est que moi on est dans une situation où l'utilisateur lui-même ne peut pas s'exprimer verbalement, ce n'est pas péjoratif de dire ça et ma question comment on fait dans ce cas-là, c'était justement ma question. Alors on peut nier, et dire que les personnes avec troubles psychiques peuvent s'exprimer sans parole.

Intervenant 1 : Moi je suis assez d'accord avec ce que dit la collègue. On a une maison spécialisée avec autisme.

MG : alors vous faites comment dans ce cas-là ?

Intervenant : alors là on a plus en effet une obligation de moyens que de résultats et je sais qu'une équipe a mis en place un système de pictogrammes pour certains.

MG : Parfait, voilà exactement ce que l'on attendait comme échange, c'est-à-dire il faut trouver les moyens pour obtenir l'avis des autres quand le langage parlé n'est pas possible.

Intervenant : l'incident que vient de se passer est intéressant à analyser. Je pense que dans ce domaine là encore plus que dans d'autres domaines, l'incompréhension verbale par rapport à quelque chose qui se pose sous une forme de question peut être très mal reçue par un usager et cela symbolise un petit peu tout le mal qu'on peut avoir pour faire hospitaliser en

urgence une personne ou autre, parce que ce n'est pas effectivement en 2 minutes sur une situation d'urgence comme il vient de se passer que l'on peut résoudre une solution et alimenter une réflexion d'une personne qui ne comprend pas ce que vous avez dit par ex. Moi en tant que médecin, c'est ce que je disais tout à l'heure il faut justement ne pas alimenter ça, ne pas essayer de répondre, il y a une rupture on ne va pas plus loin et c'est là que c'est intéressant d'analyser parce que dans tout ce qui est hospitalisation, accompagnement, éducation, tout ça... à partir du moment où deux personnes ne se comprennent plus même dans chez les personnes qui n'ont pas de pathologie particulière, on ne peut plus avancer, on va vers le conflit et donc automatiquement d'une proposition qui était une question ça a évolué vers un conflit et dans les hospitalisations d'urgence c'est toujours, toujours comme ça.

C'est des incompréhensions, donc des fois il faut s'arrêter, prendre le temps, s'imposer des fois physiquement pour dire non non tu ne pars pas, tu restes, on discute...attendre un petit moment que la personne respecte la solution. Cela n'a pas marché parce qu'il ne faut pas parler.

MG : je vous rassure on a l'habitude, c'est très classique, simplement il n'y a pas de stigmatisation de dire que certaines personnes handicapées mentales non verbales n'arrivent pas à exprimer les choses d'une manière verbale.

Intervenant : Je veux dire par là c'est qu'une proposition telle que vous l'avez fait peut heurter une autre personne, donc c'est très intéressant je trouve.

MG : c'est ce qui s'est passé. Mais il n'y a aucune stigmatisation.

Intervenant : c'est là-dessus qu'il faut qu'on travaille. La compréhension, se comprendre les uns les autres, notamment comprendre un petit peu l'univers des personnes qui sont atteintes de pathologies mentales. Après on peut se poser aussi la question d'est-ce que c'est eux qui sont "anormaux " ou est-ce que c'est nous qui sommes anormaux ? c'est peut-être eux qui représentent 10 % de la population qui sont normaux et nous on est dans un truc où on marche comme des cow-boys, comme des soldats.

MG : Vous savez, je n'utilise jamais le terme "normal", j'utilise le terme "ordinaire", c'est ordinaire de parler comme ça, mais ils ne sont pas plus anormaux que quelqu'un d'autre.

Intervenante : d'où la nécessité d'avoir des formations et des informations concernant les personnes souffrant de troubles psychiques.

Intervenant : c'est un événement qu'il faut noter dans le rapport je pense.

MG : tout est enregistré. Ce qui est intéressant, c'est que l'on se rend compte qu'il y a même des usagers dans le groupe. Elle n'est pas directrice d'établissement ou d'hôpital, il y a quand même contrairement à ce qu'on croit, il y a des usagers qui sont parmi nous t c'est tant mieux.

GRUPE 2

Intervenante 1 : on va essayer de répondre à la demande. Au départ on s'est dit de quel Droit parle-t-on. Il y a eu des recherches sur Google pour voir un petit peu de quoi on parlait donc le droit des usagers avec effectivement un droit à l'information, à la liberté du consentement, pas consentement, les droits généraux de tous les usagers, à l'hôpital ou en dehors de l'hôpital, les droits communs comme toutes les prestations éventuellement. Le droit juridique. Nous avons juste listé comme cela.

Après on est partis sur comment essayer de trouver comment informer les usagers, les familles, les professionnels des droits.

Intervenant 2 : on s'est surtout posé la question de comment rendre accessible un document qui n'est pas lisible déjà par les professionnels. C'est pour ça qu'on parle de document ludique avec différents types de médias, des vidéos, films et autres.

Intervenante 1 : la dame qui est partie nous parlait de jeux qui avaient été mis en place, des jeux à priori pour essayer de comprendre les droits des usagers qui peuvent être accessibles à tout le monde. On est revenu sur les différents droits qui existaient. On a parlé aussi justement d'écrire ces documents ou de reprendre tous les livrets qui peuvent exister dans chaque établissement en les écrivant avec ce que l'on appelle le facile à lire et à comprendre, où effectivement c'est avec une police particulière, avec des écarts particuliers, et c'est assez simplifié pour tout le monde.

Intervenant 2 : pour revenir sur ce document ludique et cette méthode de FALC, l'idée est de travailler avec les usagers et on parlait aussi d'enfants, se dire que c'est quelque chose qui a été fait juste par les professionnels. C'est des choses qui ont déjà été faites dans certaines structures, travailler avec les usagers pour essayer de leur rendre plus accessibles. Après se pose aussi la problématique de savoir comment on diffuse, comment on fait en sorte que ce soit diffusé auprès des professionnels et des usagers, et comment après on infuse auprès de la société.

Donc en fait, à priori il y a beaucoup de lieux d'information qui existent donc les anciennes maisons d'accès au public qui sont devenues maintenant les maisons France Services, toutes les mairies en général ont des points d'accueil, pour le département ici il y a les maisons des solidarités, donc c'est effectivement comment on peut faire connaître tous ces points de diffusion d'information ; on avait eu l'idée aussi pour justement mettre en avant ces lieux d'information, des spots publicitaires alors sur les chaînes locales, ou régionales, ou pourquoi pas nationales...

On a pris l'exemple des messages pour la canicule, pour le coronavirus etc...

Sur les panneaux publicitaires, on a souvent dans toutes les villes, des panneaux qui donnent des informations pour les activités et tout, donc et là effectivement dire là vous avez besoin d'une information à propos de vos droits, vous pouvez aller à tel endroit.

On a aussi eu l'idée de référent mobile, bus itinérant qui pourrait sillonner la campagne pour donner des informations directement là où les gens habitent puisqu'ici on est dans un département assez rural, tous n'ont pas des véhicules pour avoir des informations.

Après a été évoqué qu'il fallait partir aussi faire de la formation dès le plus jeune âge sur les droits parmi les enfants aux droits, à leurs droits.

On a aussi parlé de la formation des professionnels qui ont tous une idée générale, on le voit ici on a tous une idée générale de ce que c'est, après savoir précisément ce que sait et savoir comment est-ce qu'on apporte l'information aux personnes c'est déjà une autre chose.

MG : comment voudriez-vous former les gens comme ça ? Qui va le faire ?

On avait le CODES avec nous. Tout ce qui est droit est compliqué. Il manque une personne référente.

On aurait un module "comment" où l'on se dit il y a 7 ou 8 éléments à analyser sur les droits des usagers, vous venez sur les formations à distance...on n'est pas obligé de faire quelque chose de compliqué, mais au moins de se dire que ça peut être une journée d'information où plusieurs éléments qui se font en distanciel et après ils ont au moins une information générale. On parlait aussi de référent dans les structures on peut avoir une information mais après qu'il y ait des personnes qui soient mieux informées, mieux identifiées.

Comment est-ce que l'on rend les éléments plus accessibles, parce que l'on est vraiment sur des éléments peu accessibles, même quand on parle des livrets d'accueil avec ses 10 pages... Comment on rend accessible, comment on diffuse, avec qui et quels outils ?

Mieux formaliser. Comment on pérennise l'action ?

Et en tenant compte de la capacité de compréhension si possible des personnes, tous handicaps, en santé mentale, mais on peut associer aussi un trouble visuel, sensoriel...et du coup l'idée était aussi d'utiliser tous les canaux de communication possibles y compris pourquoi pas le braille.

La question est-ce qu'il y a déjà un numéro dédié pour quelqu'un qui veut obtenir une information ou une écoute parce que si l'on fait de l'information c'est toujours sous forme de question, soit on fait une information ciblée que l'on relaie après la population, soit on fait une information avec des spots, qu'est ce qui est mieux ?

Il faut un endroit ressources avec un numéro spécial, comme les droits de la femme il y a un numéro, les droits des enfants il y a un numéro, mais peut-être on n'a pas encore envisagé de numéro commun à toutes les pathologies.

C'est intéressant ce qui est dit. Au début on est parti sur le droit commun alors que l'on parlait du droit de l'usager. Comment arrive-t-on à un moment à avoir peut-être pas un guichet unique mais un endroit où l'on peut avoir toutes ces informations.

Pourquoi pas un guichet unique ce serait très bien et après qui renvoie sur les associations de patients.

Un guichet unique et aussi l'idée c'est que chaque structure, établissement, service, puisse avoir l'information du coup simplifiée, une personne qui soit en capacité ou de donner de l'information ou d'orienter vers un référent.

Je veux juste vous donner en ex. au CSAPA il y a un travail qui a été fait avec les usagers et 2 personnes de l'équipe où ils ont travaillé sur un pendule, un mobile et ils ont listé les différents droits des usagers sous forme de 2 mots et une image. Cela tourne avec le vent et c'est très intéressant. On en a reparlé il n'y a pas longtemps pour l'histoire de remettre à jour cet outil, et on parlait de travailler au travers de la BD c'est pour cela que j'ai pensé à la BD notamment.

C'est quand même des questionnements qui viennent régulièrement c'est-à-dire qu'à un moment on ne sait plus comment aborder le sujet avec les usagers.

MG : pour vous est ce que toutes ces actions que vous avez envisagées contribueraient à la déstigmatisation de la personne avec des troubles psychiques dans la société ?

Réponse : il me semble que si une personne est plus à l'aise dans la société elle en comprend mieux les codes, on parle de troubles psychiques mais en général même pour n'importe quelle personne, du coup elle sera moins mise à l'écart. C'est intéressant d'avoir cet avenir entre cette société et cette personne-là.

Je ne suis pas persuadé, car je ne suis pas sûre que si la personne comprend mieux ses droits qu'elle est regardée différemment.

Je pense que c'est la question d'insertion tout simplement, c'est-à-dire que s'il y a une personne qui est en communication sur la question de la loi qu'elle soit autiste ou des gens moins capables d'être dans la parole mais qui sont effectivement envisagés comme des citoyens qui ont des droits, etc.... cela permet aussi probablement un mieux-être pour la personne et peut-être aussi il y a la rencontre des différences

Tous les personnels ne sont pas non plus formés à comment on accueille une personne qui est en crise, qui souffre de telle ou telle pathologie psychiatrique, cela ne fait pas partie de leurs études, ils ont fait des études de médecine, mais cette partie-là n'existe pas alors que maintenant il existe des informations pour ça et aussi les informer par rapport à tous les moyens d'hospitalisation qui existent et pour qu'ils en soient bien informés il y a des formulaires. Il y a aussi des hospitalisations qui ont été faites par des urgentistes et qui sont levées tout de suite parce que le papier n'a pas été rempli ou parce qu'il n'a pas bien coché la bonne case au bon endroit. Voilà là-dessus il y a un travail à faire.

MG : je vous donne une anecdote. L'association que je préside, on gère un FAM où il n'y a que de l'autisme, des autistes avec un profil assez sévère, alors quand je dis malheureusement ils ne sont pas capables de parler, d'exprimer leurs désirs, c'est en connaissance de cause, ce n'est pas par déni ou par stigmatisation de quelqu'un. On en a des fois qui ont une urgence médicale, une fracture, des choses qui peuvent nous arriver à tous et on a remarqué quand on allait au CHU de Nice à Pasteur, il y avait des gros problèmes d'accueil, le gamin a 25 ans est en panique totale, ça fait mal, l'éducateur fait ce qu'il peut et puis on a formé juste 3 ou 4 personnes dans le service des Urgences, dont 2 médecins, une IDE et une autre personne. On a introduit dans les Urgences de Pasteur, la notion de pouvoir accueillir une personne du foyer de Levens avec troubles du comportement énormes et qui n'est pas verbale et de la nervosité etc... Et bien c'est impressionnant, il y a 2 à 3 mois, pendant le confinement du mois d'avril ou mai, on a eu un cas malheureusement assez urgent, grave, on était aux Urgences et cela s'est superbement bien passé. C'est-à-dire ils étaient sensibilisés, ils étaient formés, ils savaient exactement comment gérer l'urgence d'une personne d'1m80, adulte, et qui n'entend pas ce qu'on dit parce qu'elle a une douleur atroce à la cheville en l'occurrence et on est passé par la partie collaboration, conventionnement formation d'une petite partie. Et ce qui est génial, c'est que les personnes que l'on a formé plusieurs heures, plusieurs jours de suite, ils sont venus au FAM, ils ont vu les résidents, comment ça fonctionne, on a parlé du Covid, là ils montent avec nous pour les tester...Il n'y a eu aucun problème pour la prise en charge, le médecin savait exactement comment se comporter, ce qu'il fallait faire. On n'a pas été ni dans la contention, ni la bagarre, tout cela a été oublié totalement et cela a été pris en charge superbement bien.

Je fais le lien, le continuum depuis le début. On a parlé de l'équipe mobile, plateforme, on ne savait pas comment l'exprimer etc... J'aimerais bien savoir comment vous voyez les choses, car on a parlé de cette équipe mobile, de formation, de chercher du logement, de coordonner des gens, etc...est-ce que ce rôle-là aussi de formation de tous ces acteurs, cette équipe mobile peut faire ça, ou est-ce que vous voyez autre chose ?

Intervenant : avant d'en arriver là on est rentré dans les droits, avant de savoir quelle structure va porter le droit, je pense qu'il faut peut-être aller jusqu'au bout, alors c'est vrai que nous en tant que généralistes on parle de l'accès aux droits, donc l'accès aux droits est déjà un droit, et ça c'est un numéro qui serait dédié pour savoir comment on accède à ces droits avec après aller chercher ses droits un petit peu de partout d'autres structures.

MG : ce numéro dont vous avez parlé c'est super intéressant. Est-ce que vous le voyez différent de cette plateforme encore ou c'est la même chose ?

Intervenant : Comment être accompagné dans un parcours de santé ? C'est un 2ème droit, celui d'être accompagné, est-ce que c'est la même structure, je ne sais pas. C'est vrai que les gens ont besoin d'être informés, d'être éduqués par rapport à leur pathologie, dans leur parcours de santé. Le 3ème droit c'est comment je participe à ce qu'on va me faire ? Est-ce que j'adhère à un traitement, est-ce que je n'adhère pas ? C'est le 3ème droit, accepter ou participer à ce qu'on va me faire parce que à l'heure actuelle on fait des choses à ces personnes-là mais ils ne sont pas toujours partie prenante. Le 4ème droit est celui de l'estime individuelle. Ne faut-il pas mettre quelque chose en place parce qu'on est dans une société qui n'accepte pas la différence. Donc on est très vite stigmatisé et moi j'ai côtoyé des personnes qui étaient atteintes de pathologies 21 qui par ce qu'ils sont non seulement dus être estimés pour ce qu'ils sont et acceptés dans leur différence, mais en plus on peut aller chercher une richesse chez des gens qui sont différents. C'est ce qui fait la richesse d'une société c'est la différence. Alors comment intégrer la différence dans sa richesse ? Ce sont des droits que l'on peut cumuler et après effectivement est-ce que c'est une équipe mobile qui va tout porter ? est-ce qu'il y a un numéro centralisé ? des associations derrière ? Il y a beaucoup d'associations, il faut reconnaître leurs démarches mais souvent c'est cloisonné et souvent elles ont du mal. A quel moment faire cela, au moment de l'adolescence, au moment de la prise en charge par l'UNAFAM, etc... Et peut-être tout le long, et savoir comment. Mais si on ne définit pas tous les droits, ce n'est pas la peine de parler de structure parce qu'une équipe

mobile peut-être elle aidera à l'accès aux soins, peut-être qu'elle fera du soin aussi, mais cela n'ira peut-être pas plus loin.

Intervenante : L'équipe mobile pour aller au domicile de la personne qui n'est pas bien pour essayer d'apaiser les choses, pour voir si vraiment elle a besoin d'une hospitalisation ou pas et souvent cela permet aussi d'éviter une hospitalisation et de voir avec elle quels sont ses problèmes sur le moment et de l'aider par rapport à ça. C'était ça une équipe mobile dans ce sens-là.

Une équipe mobile je la vois pour aider une personne qui est en crise, qui n'est pas bien, qui décompense, qui n'est pas capable d'aller au Centre de Santé Mentale, elle n'appellera pas non plus, ni le Centre 15.

L'équipe mobile interviendrait à la place des pompiers.

Intervenant : ce n'est pas cela qui a été dit. L'équipe mobile se déplacerait aussi pour aller voir les personnes qui ne viennent pas sur place, qui n'ont pas les moyens de se déplacer. Il y a différents volets. Cela peut répondre à des urgences.

MG : Pour faire le lien, l'idée est que pour la formation tout ce que vous avez mis là et qui est très important pour arriver justement à atteindre ses droits. Par rapport à ce qu'on avait dit avant, est-ce que dans ce numéro ou cette plateforme unique que vous proposez, est-ce que vous la voyez dans une équipe différente, c'est-à-dire une plateforme dédiée aux droits des usagers ?

Réponse : Oui

Question : l'équipe mobile, la plateforme, etc.... il va y avoir forcément un numéro unique ?

MG : C'est une chose à définir entre les acteurs. L'équipe mobile, rappelez-vous, elle était normalement censée être dotée de capacité expertise sociale pour le logement, de capacité médicale pour le coaching, etc..., une nouvelle entité, qui la porte, je ne sais pas mais l'idée c'est d'avoir un groupe de professionnels avec votre gouvernant à vous tous, pour dire on a besoin de cela, on n'a pas assez de ceci, vous voyez et cette équipe mobile ce que vous disiez c'est vrai, mais à la fois aller trouver, faire des démarches pour une personne rejetée, aller l'accompagner dans son travail en tant que coach dans l'entreprise, aller expliquer les droits des entreprises pour mieux faire embaucher quelqu'un.

Intervenante : je posais cette question parce que je ne sais pas si c'est intéressant ou pas que la personne référente de droit soit distincte de cette plateforme.

MG : c'était ma question

Intervenant : je vois très bien ce qui est en train de se dessiner : un numéro unique d'accès aux droits, une plateforme derrière qui réunit un comité de pilotage des structures qui sont très efficaces sur le territoire, ça c'est la plateforme et derrière une équipe mobile qui fait quand une personne ne peut pas aller vers le CODES, vers les familles, et derrière tout cela des formations, de l'information.

MG : j'ai compris exactement cela. Vous voyez un numéro destiné à l'accès aux droits, c'est-à-dire un numéro X et ensuite ?

Intervenant : un comité de pilotage avec tous les gens compétents qui peuvent intervenir au niveau de la plateforme. Donc la personne chargée du numéro unique peut orienter vers le CSAPA, vers le CODES, ... ou vers l'hôpital et derrière cela effectivement comme il y a des gens qui ne peuvent se déplacer et accéder facilement, une équipe mobile qui relaie le travail, une équipe pluridisciplinaire avec toutes les compétences et enfin cette même équipe met en place de la formation, de l'information, de l'éducation thérapeutique.

MG : C'est absolument comme cela que je voyais les choses. Est-ce que tout le monde est au clair, car il faut que je rédige les choses. Cette structure il faut la créer, il faut la porter, l'accompagner, par qui, tout cela va venir petit à petit.

Intervenant : Je souhaite reprendre la porte d'entrée de ce numéro de téléphone : il y a déjà le 15, le 18, ... la plateforme qu'il y a derrière ce numéro est constituée de personnes qui sont déjà sur les plateformes du 15, la porte d'entrée c'est le droit et après on va balancer sur une problématique de santé, j'essaie juste de comprendre.

On parlait du droit avec un guichet unique et derrière c'est cette plateforme qui me pose question.

Intervenant 2 : La plateforme c'est le droit d'aller plus loin que simplement d'accéder à des droits. Je la vois comme ça. Cette plateforme, soit on invente une nébuleuse derrière un tas de professionnels qui l'animent, soit on utilise les moyens du bord. On est un petit département. Donc la plateforme c'est nous.

MG : Moi comment je voyais les choses : le numéro destiné pour connaître ses droits on ne l'avait pas envisagé. L'idée c'était d'avoir un numéro unique, et si on l'appelle est-ce que j'ai le droit, est-ce que je suis dans un établissement quelconque, est-ce que j'ai droit à ceci ... Dans la plateforme il y a déjà des gens qui sont capables de donner, d'expliquer l'accès aux droits aux personnes parce qu'ils sont professionnels du secteur. Il y a un guichet unique de cette plateforme et cette plateforme normalement elle est dotée de gens qui sont capables d'aider les gens à accéder à leurs droits, d'aider les gens à accéder à un logement, d'aider les gens à trouver une place ou pas en psychiatrie, à appeler un psychiatre : une plateforme santé mentale dédiée. Et c'est elle qui est capable de coordonner, de dispatcher. Et cette plateforme, et c'est là où je vous rejoins, c'est vous qui la dirigez, c'est vous qui la gouvernez parce que vous avez des besoins ou pas.

La plateforme est destinée santé mentale y compris des droits.

Intervenant : c'est bien, c'est gentil, c'est beau mais les gens qui vont rentrer là-dedans pour participer à la plateforme, sont des associations, des individus ou n'importe quoi, je pense qu'à moment donné il n'y a pas écrit bénévoles dessus.

MG : Non ce sont des salariés. La gouvernance elle est vous.

Intervenant : il ne faut pas penser que ce ne sera que du bénévolat concernant la gouvernance, parce que sinon c'est utiliser un système qui marche pas mal en France mais qui ne marchera pas longtemps. Les jeunes qui arrivent ne seront pas bénévoles. Donc il faut mettre dedans quand on fait des réunions comme la CPAM, rémunérer le temps de travail de la personne qui participe.

Question : Par rapport à l'équipe mobile c'est la question de l'aller vers et d'aller vers les personnes qui sont dans le non recours donc qui ne vont pas forcément faire le numéro de la plateforme, de personnes qui sont en crise et là ce sont des professionnels qui interviennent.

MG : C'est exactement ce qui a été dit et ce que l'on va proposer. C'est d'aller vers justement. Ce ne sont pas des bénévoles qui viennent de temps en temps, il faut une équipe de professionnels, payés, salariés qui font le travail. C'est la proposition qui a émergé depuis des mois et des mois, IDE, psychologue, médecins...

Fin de l'enregistrement.