

# **Le Projet Territorial en Santé Mentale**

## **-Diagnostic partagé d'Ille-et- Vilaine**



Version définitive – Août 2018

Transmis à l'ARS Bretagne

I.	Présentation de la méthodologie.....	6
	A) Une gouvernance participative .....	6
	B) Les points clés de la méthodologie .....	8
	C) Le déroulement chronologique de la démarche.....	9
	D) Une méthodologie spécifique de mobilisation des acteurs.....	12
	E) Le déroulement des groupes de travail et des travaux complémentaires.....	13
	F) Les enseignements et les perspectives .....	14
II -	Caractéristiques du territoire .....	16
	A. Données géographiques et populationnelles.....	17
	1. Situation géographique .....	17
	2. Situation démographique.....	18
	3. Situation économique .....	18
	4. Spécificités du territoire relatif au public concerné en santé mentale.....	19
	5. Données relatives à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux).....	21
	6. Données de consommation de soins (établissements, médecine de ville) .....	22
	B. Données relatives aux équipements et services .....	23
	1. L'offre en matière d'équipement .....	23
	2. Acteurs de la coordination et de l'intégration .....	27
	C. Inscription et coordination avec les Projets en cours .....	28
III -	Diagnostic territorial par porte d'entrées.....	30
	A. Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ; prévention et gestion de l'urgence (axes 1, 8 et 9 de l'article r 3224-3 du décret).....	32
	B. accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux (axes 2 et 5 de l'article r 3224-3 du décret).....	38
	C. La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements (axe 4 de l'article R 3224-3 du décret).....	44
	D. Accès aux soins somatiques (axe 7 de l'article R 3224-3 du décret).....	50
	E. La prévention (axe 10 de l'article R 3224-3 du décret).....	54
	F. Synthèses des constats .....	59
IV -	Les 8 Pistes de travaux identifiées.....	61
V -	Poursuite de la démarche engagée ... vers une feuille de route .....	63
VI –	ANNEXES.....	66
	1 - Composition du COPIL .....	67
	2 - Lettre de mission des Chefs de Projet .....	69
	3 - Livret d'informations du PTSM .....	71
	4 - Composition des groupes de travail.....	74
	5 - Programme plénier du 28 Juin 2018 .....	79
	6 – Tableau de concordance du décret .....	81

## **PREAMBULE :**

# **Elaborer le Projet Territorial de Santé Mentale en Ille et Vilaine**

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 propose une approche spécifique de la santé mentale dans une dynamique plus globale de structuration des parcours de santé.

Le projet territorial de santé mentale, outil de cet objectif, a pour objet « *d'améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture* ».

Le PTSM s'inscrit dans le contexte des politiques publiques nationales et régionales : priorités du Projet Régional de Santé 2018/2022, Réponse Accompagnée pour Tous (RAPT). Il doit également s'articuler avec les démarches menées dans le département afin de permettre une cohérence des politiques publiques :

- Les schémas départementaux
- Le PDLAHPH
- Les projets médico soignants partagés des groupements hospitaliers de territoire Haute Bretagne et Rance Emerald
- Les projets des plateformes territoriales d'appui
- Les travaux des conseils locaux de santé mentale ...

Il doit également être en cohérence avec les travaux menés sur certaines thématiques et s'appuyer sur les dynamiques locales.

À l'issue des réflexions préparatoires, l'échelon départemental a été retenu comme pertinent pour conduire la démarche engagée par les acteurs de santé mentale en Ille-et-Vilaine.

Le diagnostic territorial partagé, première étape de construction, vise à établir l'état des ressources disponibles, identifier les insuffisances à partir de différentes dimensions du parcours en santé mentale et de préconiser des actions d'amélioration.

L'expérimentation de cette méthode parcours avec l'ANAP dans certains territoires d'Ille et Vilaine en permettra une appropriation facilitée.

Le diagnostic territorial partagé constitue ainsi un enjeu nouveau, participatif et riche d'enseignements collectifs et peut ainsi devenir un levier de changement et de transformation.

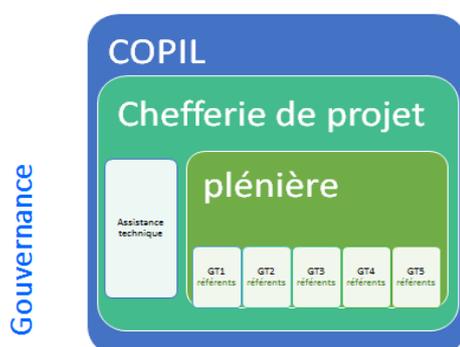
# **I – PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE**

---

## A) Une gouvernance participative

En mars 2017, à l'initiative de l'ARS, les acteurs en santé mentale ont été invités à une réunion préparatoire visant à présenter la démarche PTSM et convenir d'un cadre d'action partagé pour la mettre en œuvre. À l'issue, les différents acteurs ont été conviés à manifester leur intérêt pour participer au projet et candidater à la chefferie de projet.

La gouvernance du projet s'appuie sur un schéma de fonctionnement organisé et pluriel permettant une participation effective des acteurs conformément à l'article 69.



Une convention de partenariat pour l'élaboration du PTSM adoptée par l'ensemble des acteurs volontaires permet de donner des éléments de cadrage aux travaux. Elle a pour objet de formaliser l'engagement des acteurs dans la démarche partenariale d'élaboration du PTSM.

### ➤ Le comité de pilotage

Sur la base de cet engagement volontaire a été constitué un comité de pilotage représentatif des divers acteurs (institutionnels, opérateurs, usagers) impliqués en santé mentale (cf annexe 1).

Le comité de pilotage a été installé le 27 septembre 2017. Il s'est réuni à toutes les étapes du diagnostic (27/09/17, 31/05/18).

Ses missions sont les suivantes :

- Mettre en place une Chefferie de projet : définition de la mission, choix d'un binôme issu du sanitaire et du social et contrôle de l'action.
- Valider et adopter la convention de partenariat
- Sur proposition de la chefferie de projet :
  - Valider la méthodologie
  - Valider les propositions des chefs de projet concernant la constitution et la composition des groupes de travail nécessaires à la conduite de la démarche
  - Prioriser les travaux intermédiaires
  - Définir des choix stratégiques
  - Pré-valider le diagnostic et le plan d'action issu du diagnostic
- Définir le plan de communication

## ➤ La chefferie de projet

Sur Proposition du GCSMS CAP Santé Mentale, Anaïs JEHANNO, directrice adjointe au CHGR et André BICHE, directeur d'antenne Sociale médico-sociale de l'APASE ont candidaté et ont été choisis par le Copil pour assurer la mission ainsi définie :

- Piloter l'ensemble de la démarche d'élaboration du PTSM
- Définir et proposer au Copil une méthodologie et un calendrier d'élaboration
- Mettre en place une démarche participative et partenariale associant l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale
- Préparer les réunions des groupes de travail
- Animer les groupes de travail
- Être référents des différents partenaires impliqués dans la démarche
- Préparer les travaux du comité de pilotage
- Animer le comité de pilotage
- Communiquer sur la démarche auprès des acteurs de territoire et animer les réunions d'information
- Formaliser et rédiger le diagnostic et le projet départemental de santé mentale
- Présenter aux différentes instances le projet départemental de santé mentale.

La lettre de mission des chefs de projet a été validée par le Copil du 27 septembre 2017 (cf annexe 2). Elle indique que les chefs de projets s'engagent à mener une démarche participative avec l'ensemble des acteurs. Ils ne représentent pas l'intérêt de leur institution respective mais rendent compte d'un travail participatif et collectif dans une approche parcours décloisonnée.

## ➤ Le groupe projet

Le groupe projet, en sus du binôme chefs de projet et de la chargée de mission s'est appuyé sur un binôme de référents pour chaque groupe de travail permettant ainsi une participation effective des acteurs.

Le groupe projet est constitué comme suit :

- **Le binôme chefs de projet** : il impulse et coordonne les travaux conformément aux missions définies dans le cadre d'action partagée.
- **Le chargé de mission** : en appui du binôme chefs de projet, il vient en support à l'ingénierie de projet.
- **Les binômes de référents** : Pour la phase diagnostic et pour chaque porte d'entrée, un binôme de référents volontaires, issus de champs professionnels différents, a été mis en place. Leur rôle était de participer à :
  - L'animation
  - La préparation des réunions des groupes de travail
  - La rédaction des comptes rendus
  - Au repérage des manques
  - Au recueil de sources documentaires

## **B) Les points clés de la méthodologie**

La démarche s'appuie sur la méthodologie proposée par l'ANAP et expérimentée dans une partie de l'Ille et Vilaine dans le cadre du travail mené sur les parcours en santé mentale.

Les objectifs de la démarche sont fondés autour de deux valeurs centrales :

- L'approche parcours dans une vision globale et non cloisonnée.
- L'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale et notamment les représentants d'usagers.

Ces valeurs sont au cœur de la méthodologie proposée.

Les principes fondateurs sont les suivants :

- Afin de s'inscrire dans une perspective de parcours tout au long de la vie, il est fait le choix d'une **démarche globale s'intéressant à l'ensemble des populations** : adulte, enfant, personne âgée avec des groupes de travail communs pour éviter un effet « rupture de parcours » paradoxal et être dans une vision transversale. Chaque groupe de travail doit intégrer cette approche populationnelle
- Pour chaque groupe de travail, veiller à s'assurer **de la représentation de l'ensemble des acteurs concernés**, ainsi que de chacun des bassins de vie départementaux.
- Veiller à assurer **des conditions de participation adaptées à tous notamment aux représentants des usagers**.

Il a été proposé de définir des groupes de travail constitués de manière transversale selon les 10 éléments prévus par le décret du 27 juillet 2017.

Afin d'éviter un trop grand nombre de groupes de travail nécessitant beaucoup de temps pour les acteurs, les thématiques ont été regroupées selon une approche par processus et par parcours fondée sur les portes d'entrée de la méthodologie ANAP.

**5 groupes de travail ont ainsi été constitués correspondant aux 5 portes d'entrées suivantes :**

① Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence **(regroupement des axes 1, 8 et 9 de l'article R 3224-3 du décret)**

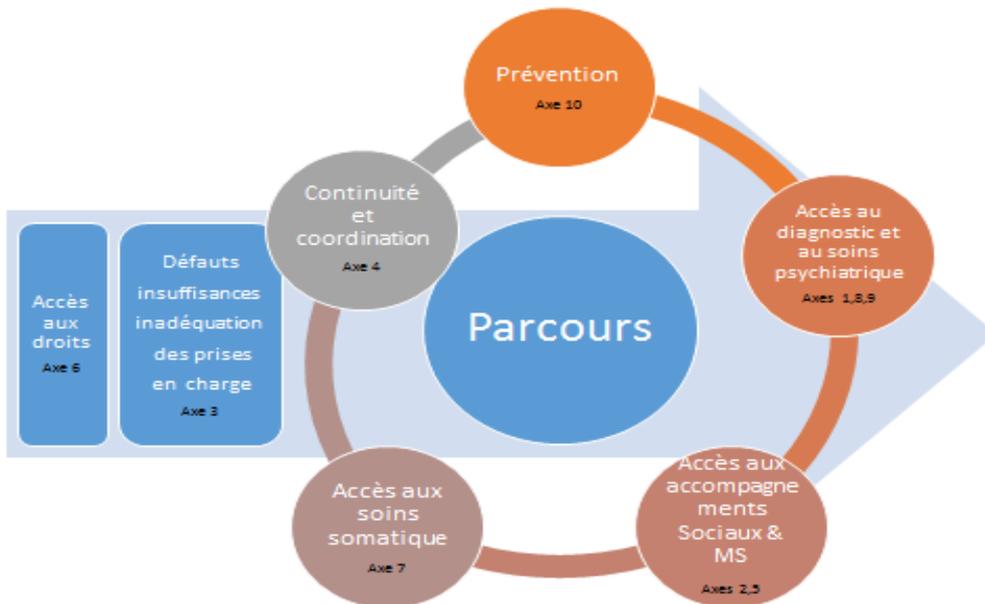
② Accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux **(regroupement des axes 2 et 5 de l'article R 3224-3 du décret)**

③ La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements **(axe 4 de l'article R 3224-3 du décret)**

④ L'accès aux soins somatiques **(axe 7 de l'article R 3224-3 du décret)**

⑤ Prévention et actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique **(axe 10 de l'article R 3224-3 du décret)**

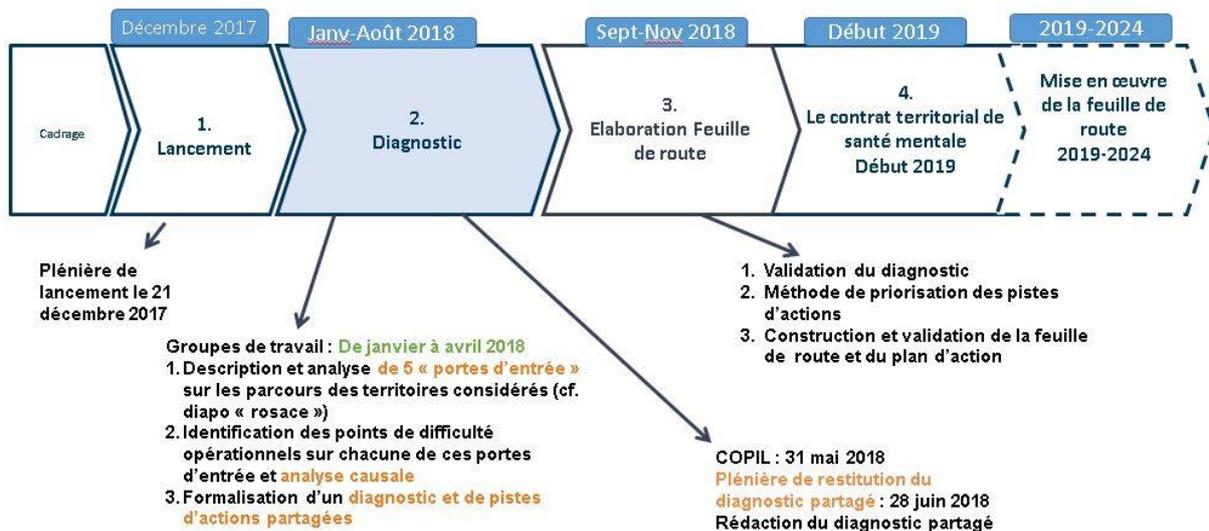
L'accès au droit **(axe 6)** et les situations de défaut de prises en charge, de prises en charge inadéquate ou insuffisantes **(axe 3)** sont traitées transversalement dans les 5 groupes de travail.



### C) Le déroulement chronologique de la démarche

#### ➤ La chronologie générale

ev



#### ➤ La plénière de lancement du 21 décembre 2017 : fédérer les acteurs

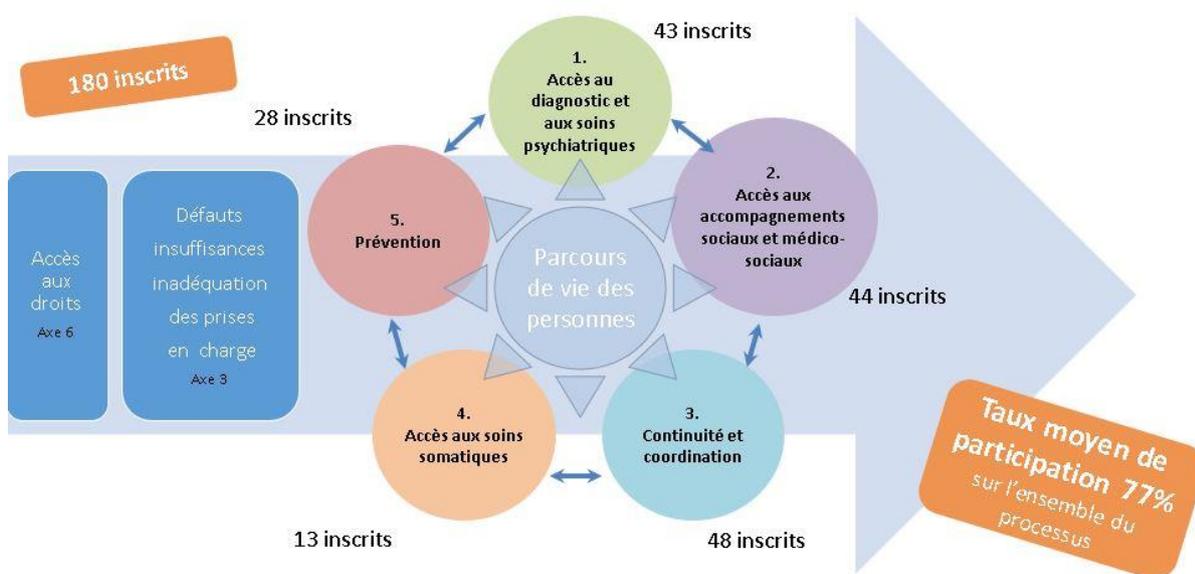
L'objectif de cette première plénière était de présenter la démarche du Projet territorial de santé mentale à l'ensemble des acteurs Brétiliens en santé mentale : éléments de cadrage, législation, méthodologie et calendrier de la démarche, afin de favoriser leur participation à la démarche et les fédérer.

175 personnes ont fait part de leur intérêt pour le PTSM, 120 personnes étaient présentes à la matinée de présentation. Un livret de présentation a été largement diffusé et a permis de lancer l'appel à candidatures pour les groupes de travail (cf annexe 3).

➤ **De janvier à avril 2018 : partager un diagnostic**

Cinq groupes de travail, organisés autour des portes d'entrées, se sont réunis de janvier à avril 2018, pour élaborer un diagnostic territorial partagé en santé mentale.

Cette phase a réuni un grand nombre d'acteurs : des représentants d'usagers, des représentants de proches/aidants, des professionnels issus du sanitaire, du social et du médico-social, de l'Education nationale (cf annexe 4) :



**Il est à noter une très bonne participation à l'élaboration du diagnostic.**

➤ **La restitution en plénière le 28 juin 2018 : élaborer ensemble**

La restitution avait pour objectif de faire partager à tous le diagnostic et d'amorcer une réflexion sur les priorités à établir.

Le programme était le suivant :

- La matinée : sur la base d'une présentation du diagnostic partagé, l'assemblée a pu échanger sur les analyses et sur les propositions d'améliorations.
- L'après-midi : des ateliers participatifs ont été organisés à partir des 8 macros actions identifiées pour établir une première hiérarchisation des actions et identifier les acteurs/dispositifs incontournables par action.

116 personnes ont participé à cette journée (cf annexe 5 programme de la plénière).

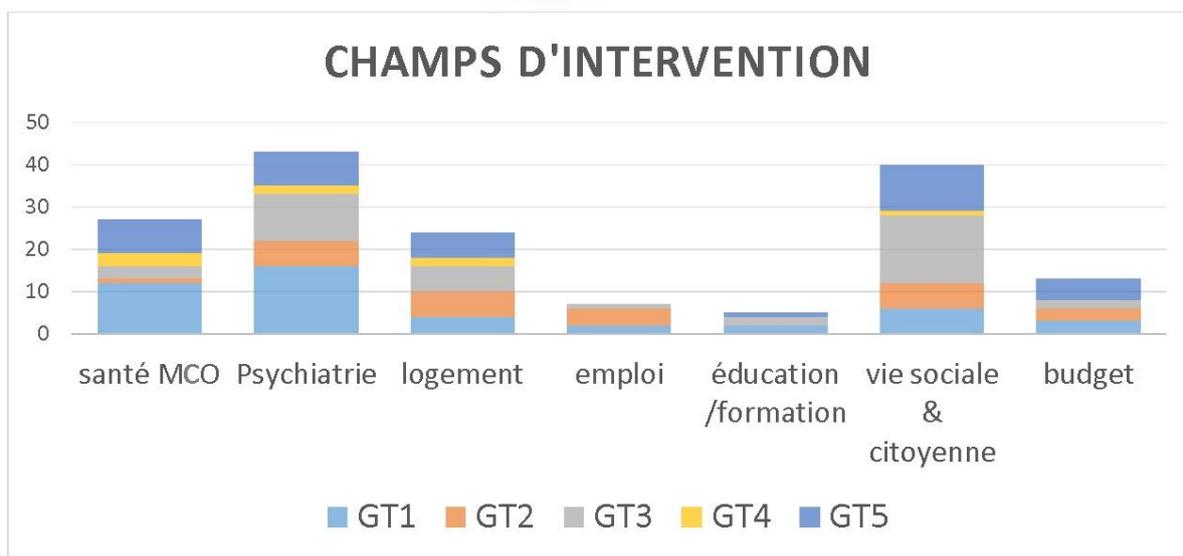
Il est à noter pour l'élaboration du diagnostic une bonne représentativité tant des champs concernés que des territoires et des acteurs.

## Description qualitative des participants aux groupes de travail :

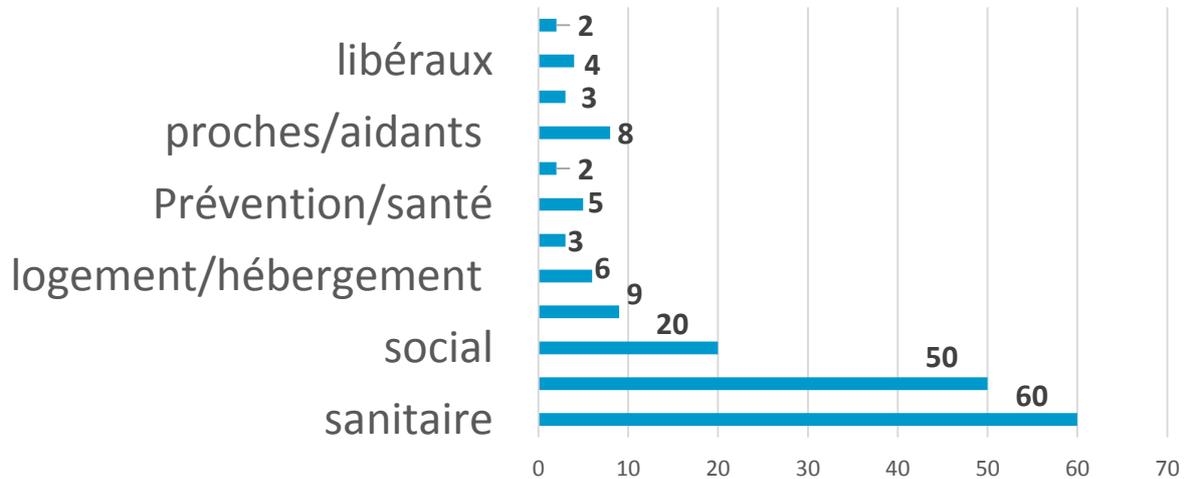
### TYPE DE PUBLIC ACCUEILLI



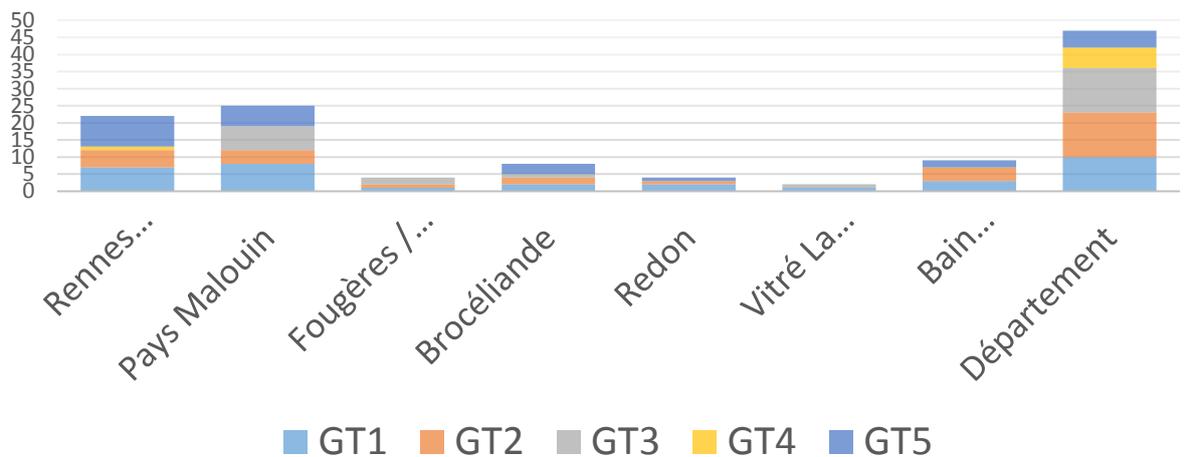
### CHAMPS D'INTERVENTION



## Représentation des acteurs sur les 15 réunions



## TERRITOIRES D'INTERVENTION



### D) Une méthodologie spécifique de mobilisation des acteurs

Une méthodologie spécifique a été élaborée pour permettre la mobilisation des acteurs :

- 1) Recensement des acteurs à inviter à la démarche et identification des participants incontournables.
- 2) Mobilisation des acteurs à partir d'une première invitation à la plénière avec appel à candidatures
  - À partir des réseaux connus, enrichis des coordonnées transmises par les premiers acteurs impliqués
  - Des recherches réalisées par la chargée de mission
- 3) Repérage des manques et mobilisation de nouveaux acteurs.

**Constat :** Signe de l'intérêt pour la démarche, jusqu'à fin avril, la chefferie de projet a été sollicitée par de nouvelles « candidatures » spontanées pour participer aux groupes de travail.

## **E) Le déroulement des groupes de travail et des travaux complémentaires**

### ➤ **Les groupes de travail...**

3 réunions par porte d'entrée ont été réalisées à partir de la méthodologie suivante, préconisée par l'ANAP :

- Réunion 1 : Identification des problématiques clefs et des dysfonctionnements
- Réunion 2 : Identification des causes
- Réunion 3 : Propositions de pistes d'amélioration « SMART » (SIMPLES, MESURABLES, ATTEIGNABLES, RÉALISTES, TEMPORELS)

Ainsi, 15 réunions ont été animées par le groupe projet (les binômes de référents, chefs de projet, chargée de mission) à partir de méthodes d'animations participatives :

- Une alternance en sous-groupes et en plénière
- Un compte rendu de la réunion : point de départ de la réunion suivante

Ces réunions ont permis d'aboutir à un tableau de synthèse par porte d'entrée, récapitulant l'ensemble des travaux.

Cette méthodologie a permis une participation effective de tous et ce malgré des groupes de taille importante.

### ➤ **... et des travaux complémentaires**

En complémentarité, des travaux spécifiques ont été menés :

- La réalisation d'un questionnaire collaboratif en ligne ayant reçu 25 réponses
- Le recueil d'un certain nombre d'indicateurs et de sources documentaires avec la collaboration des acteurs participants, référents et des autres acteurs du territoire d'Ille-et-Vilaine. Les données chiffrées sont essentiellement issues du portrait statistique en santé mentale réalisé par l'ARS et des données de l'Atlas en santé mentale.
- La création d'un site internet permettant de tenir informé les acteurs sur l'avancée de la démarche

### ➤ **La participation des personnes concernées en santé mentale**

Une attention particulière a été portée à cette question.

**4 usagers** ont participé lors des différents **groupes de travail**.

Le groupe projet a fait le choix d'organiser **une rencontre spécifique avec des personnes concernées en santé mentale** afin de recueillir leur parole.

La méthodologie a consisté à solliciter :

- Les comités des usagers des centres hospitaliers du département

- Les conseils de la vie sociale via les structures ayant participé aux groupes de travail
- Les groupes d'entraide mutuelle du département
- Les associations d'usagers via la maison des usagers

À l'issue de cette invitation, 12 personnes concernées en santé mentale ont souhaité participer.

Dans un climat convivial, cette rencontre a eu lieu dans les locaux d'un groupe d'entraide mutuelle l'après-midi du 14 mai 2018. Après un temps de présentation réciproque, il a été question d'illustrer la démarche du PTSM à partir des connaissances des personnes présentes. Le choix d'animation a été de s'appuyer sur 2 questions principales portant sur :

- Les moments les plus positifs du parcours afin d'identifier les ressources
- Les moments les plus négatifs du parcours afin de repérer les insuffisances et les points de ruptures.

Un dernier temps a permis de recueillir les pistes d'améliorations identifiées par les usagers à partir de « ce qu'il faudrait changer ».

Soucieux également de faire participer concrètement les usagers à la réalisation du PTSM, l'Association Atypick, une association de développement numérique et graphisme, visant au rétablissement des personnes présentant des troubles psychiques entre pairs a réalisé :

- Le logo
- La charte graphique
- La carte d'invitation à la plénière de lancement
- Le site web

## **F) Les enseignements et les perspectives**

Les enseignements de cette première expérience d'élaboration du diagnostic sont les suivants :

- Les objectifs de participation ont été atteints :
  - Représentation de **l'ensemble des territoires** d'Ille-et-Vilaine
  - Représentation **de l'ensemble des champs** à tous les niveaux (pilotage, binômes référents, et composition des groupes de travail)
  - Rencontre inter champs permettant un début de **décloisonnement et d'interconnaissance**.
- Il est à observer que la mobilisation de la médecine libérale reste faible malgré des aménagements d'horaires et des spécificités organisationnelles.
- La méthodologie de l'ANAP en 3 étapes a été respectée : identifier les problématiques, les causes de dysfonctionnement, dégager les pistes d'amélioration sous forme d'un diagnostic partagé. Ce cadrage temporel a favorisé la **mobilisation** mais a pu limiter certains approfondissements nécessaires (croisement des données et des sources)
- Notre expérience indique la nécessité d'adapter la méthodologie pour favoriser la **participation des usagers concernés**. La rencontre spécifique aurait pu avoir lieu plus tôt dans la démarche.

- Certains **sujets ne sont pas ou peu ressortis** : le suicide, les personnes sous-main de justice, les troubles du spectre autistique, troubles de l'alimentation, les addictions (constat à relativiser du fait qu'ils sont traités dans d'autres espaces et que la méthodologie s'inscrit dans une démarche parcours.)
- Une difficulté pour **recueillir des données départementales ou par pays à jour**, qui amène la nécessité de prolonger les données de l'Atlas en santé mentale.
- Les acteurs de proximité type mairies, postiers, commerçants pourraient avoir une place dans ce projet dans une vision complète de la santé mentale et dans les prochaines itérations.

**Ainsi, la démarche diagnostic PTSM est le point d'ancrage d'une culture commune en santé mentale qui reste à prolonger.**

## **II - CARACTERISTIQUES DU TERRITOIRE**

---

## A. DONNEES GEOGRAPHIQUES ET POPULATIONNELLES

### 1. Situation géographique

Le département d'Ille-et-Vilaine est constitué de 4 arrondissements (Fougères-Vitré, Rennes et Saint-Malo) et de 345 communes. Il est constitué de 13 communautés de communes, 4 communautés d'agglomération et d'une métropole.

Il comporte 7 pays : Rennes, Saint-Malo, Fougères, Vitré- Porte de Bretagne, Brocéliande, Vallons de Vilaine et Redon.



Le département comporte une forte densité de population en 2015 de 153,9 en Ille-et-Vilaine contre 120 en Bretagne.

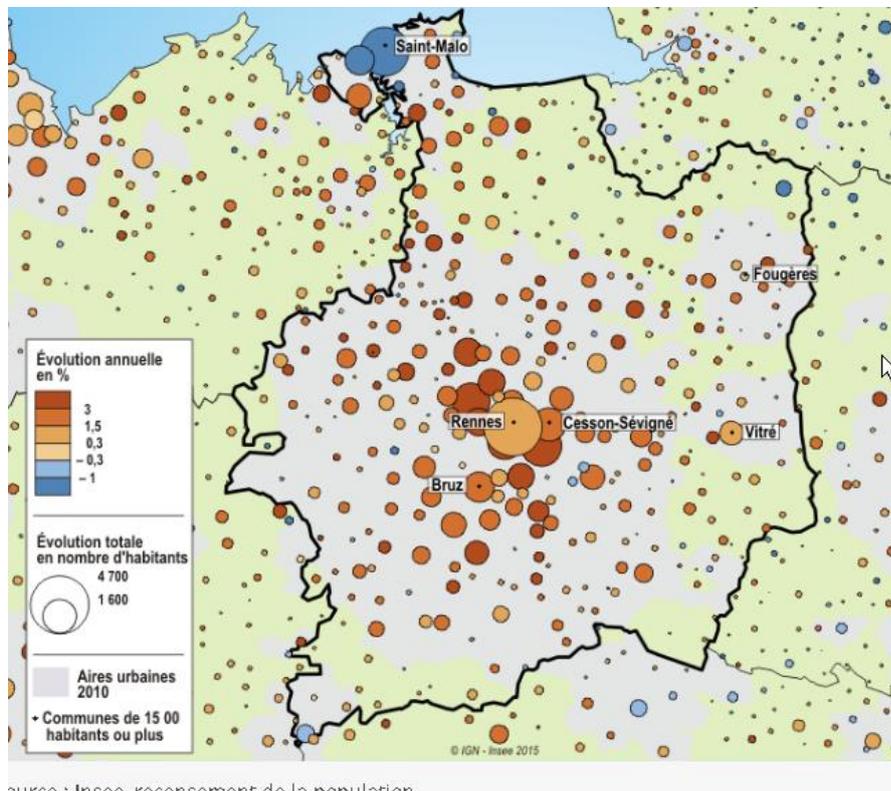
**La population augmente fortement dans les couronnes des grands pôles urbains** (accroissement de 1,6% par an entre 2008 et 2013). Nous pouvons citer notamment la communauté de communes du Pays d'Aubigné (+2,5% par an) au nord<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2415179>

## 2. Situation démographique

Le département d'Ille-et-Vilaine est constitué de **1 070 000 habitants**. Il s'agit du département le plus peuplé de la Bretagne. On constate une croissance démographique **de 1% par an**, la plus élevée des départements Bretons<sup>2</sup>.



source : Insee, recensement de la population.

Le département comporte un solde migratoire positif de 6 800 entrées en moyenne annuelle, soit 35 900 arrivées pour 29 100 départs. Il s'agit particulièrement d'une population jeune : la moitié de la population à moins de 38 ans. Aussi, 14 000 jeunes entre 18 et 24 ans arrivent sur le département chaque année pour venir étudier ou pour un premier emploi.

## 3. Situation économique<sup>3</sup>

Le département 35 est attractif par son économie, notamment au niveau de Rennes métropole.

Sur les 446 000 emplois présents sur le territoire, les trois quarts sont des emplois tertiaires. L'industrie du secteur automobile et du secteur agroalimentaire sont aussi bien représentées. Toutefois, depuis 2008, l'industrie automobile poursuit son recul.

Malgré une hausse du chômage depuis 2008, le département est parmi les moins touchés par la pauvreté. Avec un « *taux de pauvreté de 10,1% en 2013, l'Ille-et-Vilaine est l'un des cinq départements français comptabilisant le moins de personnes en grandes difficultés* »<sup>4</sup>

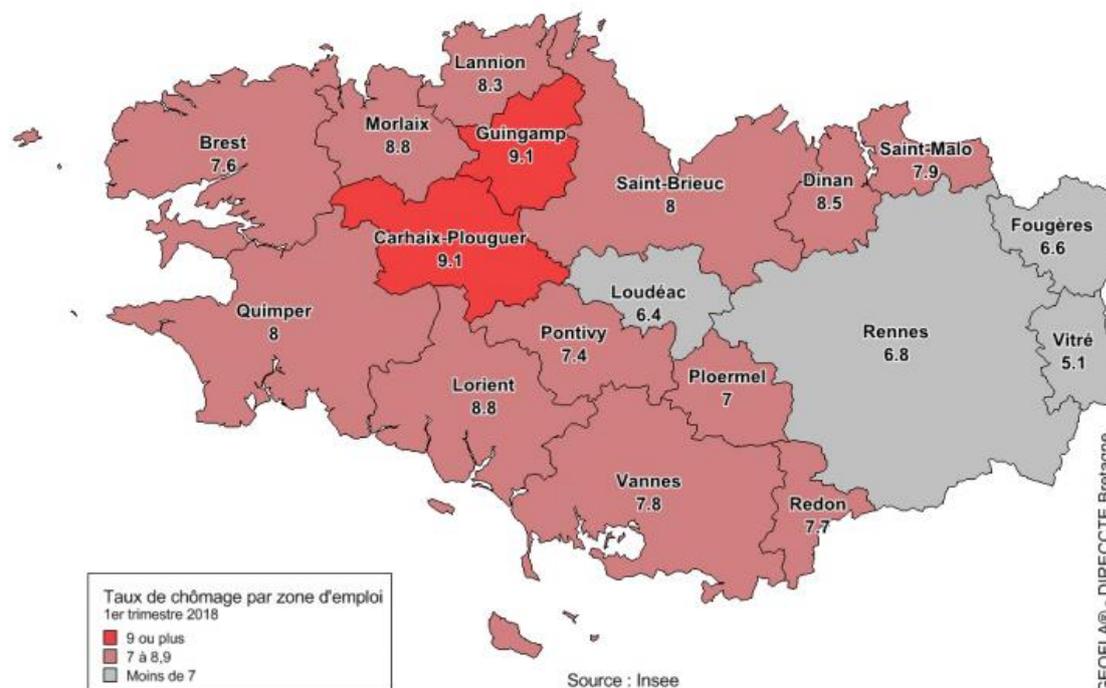
<sup>2</sup> Audiar, *l'Ille-et-Vilaine en chiffres 2017*, disponible sur : [https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo\\_iv\\_chiffres\\_cles\\_2017\\_2016-016-ext-095\\_v17163p\\_bat.pdf](https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo_iv_chiffres_cles_2017_2016-016-ext-095_v17163p_bat.pdf)

<sup>3</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2415179>

<sup>4</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2415179>

Le taux de chômage s'élevait à 6,9 en mars 2018 selon les données de la DIRECCTE. La répartition par zones d'emploi est la suivante <sup>5</sup> :

### Taux de chômage en Bretagne par zone d'emploi au 1<sup>er</sup> trimestre 2018



Toutefois, il s'agit du « département breton où les moins de 30 ans sont les plus touchés par les situations de pauvreté. Des inégalités territoriales existent entre les couronnes périurbaines peu touchées (7%) et les quartiers prioritaires de la ville dans lesquels des situations de fragilité sociale persistent. Dans les 7 QPV (5 à Rennes, 1 à Redon, 1 à St Malo), le taux de pauvreté approche la moyenne nationale (42%), allant de 38% pour St Malo à 42% pour Rennes et Redon »<sup>6</sup>.

Entre 2014 et 2015, le département d'Ille-et-Vilaine (6,3%) a le taux le plus important de bénéficiaires du RSA de Bretagne.<sup>7</sup>

#### 4. Spécificités du territoire relatif au public concerné en santé mentale

<sup>5</sup>[http://bretagne.direccte.gouv.fr/sites/bretagne.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/direccte\\_taux\\_de\\_chomage\\_t1\\_2018.pdf](http://bretagne.direccte.gouv.fr/sites/bretagne.direccte.gouv.fr/IMG/pdf/direccte_taux_de_chomage_t1_2018.pdf)

<sup>6</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2415179>

<sup>7</sup> P 31 [https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo\\_iv\\_chiffres\\_cles\\_2017\\_2016-016-ext-095\\_v17163p\\_bat.pdf](https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo_iv_chiffres_cles_2017_2016-016-ext-095_v17163p_bat.pdf)

La Prévalence des troubles mentaux en France est la suivante (Troubles mentaux selon l'OMS : schizophrénie, troubles bipolaires, dépressions, addictions et troubles obsessionnels compulsifs) : « En France, il est estimé que les troubles mentaux représentent 14% du fardeau total (en termes de mortalité et de morbidité) de l'ensemble des maladies et qu'ils constituent la première cause de mortalité ».

En Ille et Vilaine, le Pourcentage de dossiers MDPH concernant des pathologies psychiques selon la nomenclature de la CIM 10 est le suivant : **41,87% sur 12 000 dossiers codés**<sup>8</sup>

Cartographie des pathologies : prévalence estimée pour 1 000 habitants	Ille-et-Vilaine	Bretagne	France métropolitaine
Troubles psychotiques	8,2	8,9	7,2
Troubles névrotiques et de l'humeur	20,1	22,3	16,7
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	2,2	2,5	2,1
Autres troubles psychiatriques	7,1	8,4	6,9

Tableau 1: Cartographie des pathologies –Atlas en santé mentale

Le département comporte une prévalence de pathologies psychiatriques plus importante que dans le reste de la France.

Taux de mortalité selon l'âge et les départements en Bretagne en 2012-2014  
(unité : pour 100 000)

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
5-14 ans	-	0,6	1,3	0,7	0,7
15-24 ans	7,4	10,0	5,9	13,6	8,8
25-34 ans	22,6	20,4	14,5	25,5	19,7
35-44 ans	40,3	32,6	28,3	33,1	32,6
45-54 ans	48,2	40,1	28,7	43,9	39,0
55-64 ans	30,0	34,1	33,9	32,9	32,9
65-74 ans	35,7	27,7	25,9	30,1	29,5
75-84 ans	47,1	30,9	35,0	39,6	37,5
85 ans et +	53,5	29,0	42,9	32,8	38,9

Sources : Inserm CépiDc, Insee.

Exploitation ORS Bretagne.

Tableau 2 : Taux de mortalité par suicide selon l'âge et les départements en 2012-2014

Il est également à noter une forte prévalence de mortalité par suicide 20 points pour l'Ille-et-Vilaine, 25 en Bretagne et 15 en France métropolitaine<sup>9</sup>.

Enfin 50% des troubles psychiques chez l'adulte se déclarent avant l'âge de 14 ans<sup>10</sup>

<sup>8</sup> MDPH d'Ille-et-Vilaine contactée dans le cadre de la démarche PTSM

<sup>9</sup> Portrait statistique en santé mentale d'Ille-et-Vilaine version 1 septembre 2017, issue de Source : Inserm, CépiDC 2011, 2012 et 2013 (exploitation ORSB)

## 5. Données relatives à la démographie des professionnels de santé (dont professionnels libéraux)

Les tableaux présentent des éléments sur la répartition des professionnels, leur capacité de prise en charge et leur densité sur le territoire.

Densité des ETP moyens annuels pour 10 000 habitants de plus de 16 ans	Ille-et-Vilaine	Bretagne	France métropolitaine
Psychiatres	0,6	0,9	1,1
Dont exerçant à temps plein uniquement	0,2	0,3	0,4
Infirmiers	10,3	11,8	9,6
Psychologues	0,6	0,6	0,7

Tableau 2: Densité des ETP moyens annuels pour 10 000 habitants- Portrait statistique en santé mentale d'Ille-et-Vilaine version 1 septembre 2017

Il est à noter une démographie des professionnels de santé inférieure au reste de la Bretagne et de la France, tendance marquée pour les psychiatres.

Nombre de psychiatres libéraux et salariés	Atlas en santé mentale	<b>94,9 pour 100 000 habitants</b>
--	------------------------	------------------------------------

Tableau 3: Nombre de psychiatres libéraux et salariés pour 100 000 habitant-Source atlas en santé mentale

<sup>10</sup> <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Promotion-de-la-sante-mentale>

## 6. Données de consommation de soins (établissements, médecine de ville)

	Ille-et-Vilaine	Bretagne	France métropolitaine
<b>Nombre total de patients (de plus de 16 ans)</b>	28 146	110 380	1 784 459
<b>Part en ambulatoire</b>	88%	89%	89%
<b>Part exclusivement en ambulatoire</b>	72%	72%	75%
<b>Part en hospitalisation partielle</b>	6%	7%	5%
<b>Part en hospitalisation temps plein</b>	25%	25%	21%

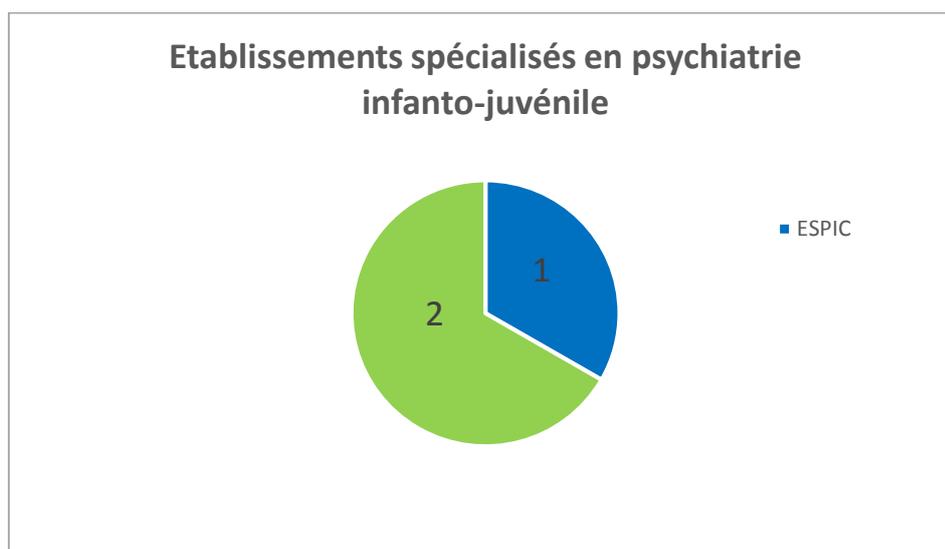
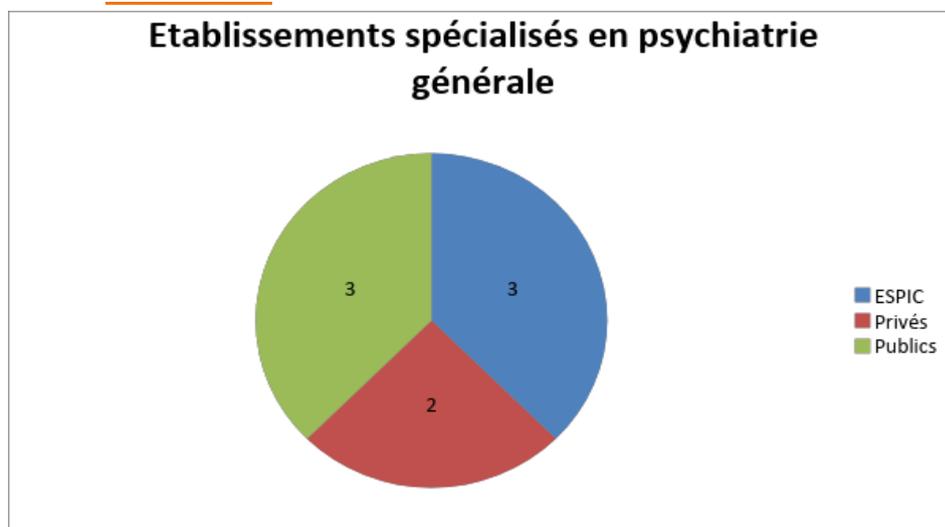
Tableau 4: Part des patients par type de prise en charge- Portrait statistique en santé mentale d'Ille-et-Vilaine version 1 septembre 2017

L'ambulatoire représente la part majoritaire de l'activité (88%). 25% des patients en Bretagne sont brétiliens.

## B. DONNEES RELATIVES AUX EQUIPEMENTS ET SERVICES

### 1. L'offre en matière d'équipement

#### ➤ Le sanitaire



- 9 sites d'hospitalisation à temps plein et 20 sites d'hospitalisation à temps partiel
- 26 CMP -La densité de CMP (Centre Médico-Psychologique) : **2,9 pour 100 000 hab. contre 4,2 en France**
- 18 CATTP (Centre d'activité thérapeutique à temps partiel)
- 6 équipes mobiles de psychiatrie au niveau des secteurs de l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) de l'Ille-et-Vilaine
- 0 lits UMD et 40 lits UHSA <sup>11</sup>

<sup>11</sup> Atlas en santé mentale

## ➤ Le médico-social

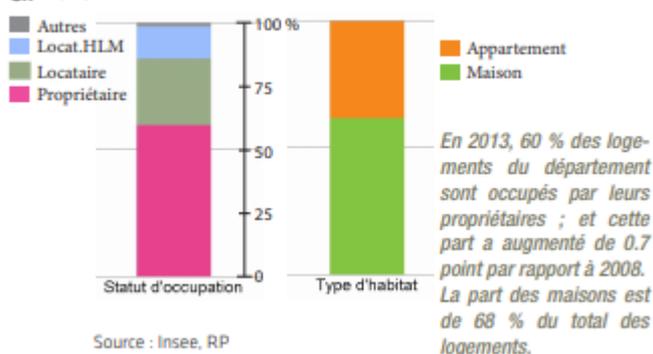
- 25 structures médico-sociales publiques adhérentes à la FHF (Fédération Hospitalières de France), hors centres hospitaliers\*
- 3 SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-social pour adultes handicapés)
- Parmi les personnes accompagnées en structures médico-sociales, en Ille-et-Vilaine : 39% vivent avec des troubles psychiques, 14% avec des troubles de la conduite et du comportement, 8% sont diagnostiqués autistes.

Taux d'équipement en SESSAD pour 10 000 habitants de moins de 20 ans	<b>32,2</b>
Taux d'équipement en IME pour 10 000 habitants de moins de 20 ans	<b>38,8</b>
Taux d'équipement en ITEP pour 10 000 habitants de moins de 20 ans	<b>7,3</b>
Taux d'équipement en IEM pour 10 000 habitants de moins de 20 ans	<b>3,1</b>
Taux d'équipement en MAS pour 10 000 habitants de 20 ans ou plus	<b>11,5</b>
Taux d'équipement en FAM pour 10 000 habitants de 20 ou plus	<b>13,1</b>
Taux d'équipement en foyer de vie pour 10 000 habitants de 20 ans ou plus	<b>42,5</b>
Taux d'équipement en structure d'accueil temporaire pour 10 000 habitants de 20 ans ou plus	<b>1,1</b>
Taux d'équipement en SAVS pour 10 000 habitant de 20 ans ou plus	<b>44</b>
Taux d'équipement en ESAT pour 10 000 habitants de 20 ans ou plus	<b>73,7</b>

Tableau 5: Taux d'équipement des établissements et services médico-sociaux – atlas en santé mentale

## ➤ Le Logement/hébergement

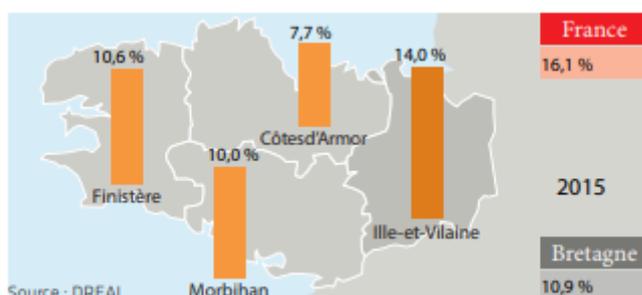
### Caractéristiques du parc de logements en Ile-et-Vilaine en 2013



Source Audiar : page 13

[https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo\\_iv\\_chiffres\\_cles\\_2017\\_2016-016-ext-095\\_v17163p\\_bat.pdf](https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo_iv_chiffres_cles_2017_2016-016-ext-095_v17163p_bat.pdf)

### Part des logements sociaux dans les résidences principales



*L'Ille-et-Vilaine est le département breton qui a le taux de logements sociaux le plus élevé ; mais il reste deux points en dessous de la moyenne nationale.*

Source : Audiar<sup>12</sup>

« En 2016, l'Ille-et-Vilaine enregistrait 65 545 logements sociaux, soit 38,9% du parc breton. Le parc locatif social est de 0,8% en Ille-et-Vilaine, soit la vacance la plus faible des départements bretons (moyenne régionale de 1,0%) et plus faible qu'au niveau national (1,6%). Le taux de mobilité des locataires en Ille-et-Vilaine est de 12,4% en 2016, conforme à la moyenne bretonne, et est supérieur de 3 points à la moyenne nationale »<sup>13</sup>.

« Le département breillien présente un taux d'équipement **en place d'hébergement (CHRS et centres d'accueil non conventionnés au titre de l'aide sociale) nettement inférieur à celui observé au niveau national** (1,3 places pour 1 000 habitants de 20 à 59 ans contre 2,2 au national). Le diagnostic à 360° mentionne que sur l'urgence « la principale tension est liée aux demandes de familles le plus souvent déboutées du droit d'asile et issues de CADA et de l'HUDA ; tendance qui s'est renforcée ces deux dernières années (2013/2014) avec une mise en œuvre plus stricte des fins de prise en charge [...] »<sup>14</sup>

<sup>12</sup> Audiar, page 15

[https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo\\_iv\\_chiffres\\_cles\\_2017\\_2016-016-ext-095\\_v17163p\\_bat.pdf](https://www.audiar.org/sites/default/files/documents/observatoires/lbo_iv_chiffres_cles_2017_2016-016-ext-095_v17163p_bat.pdf)

<sup>13</sup> SIAO 35, rapport d'observatoire 2017

<sup>14</sup> SIAO 35, rapport d'observatoire 2017

Il y a 285 places en hébergement d'urgence. « Alors que 9 personnes sur 10 souhaitent un hébergement sur Rennes, ce territoire ne dispose que de **64% de l'offre** en places d'hébergement d'urgence »<sup>15</sup>.

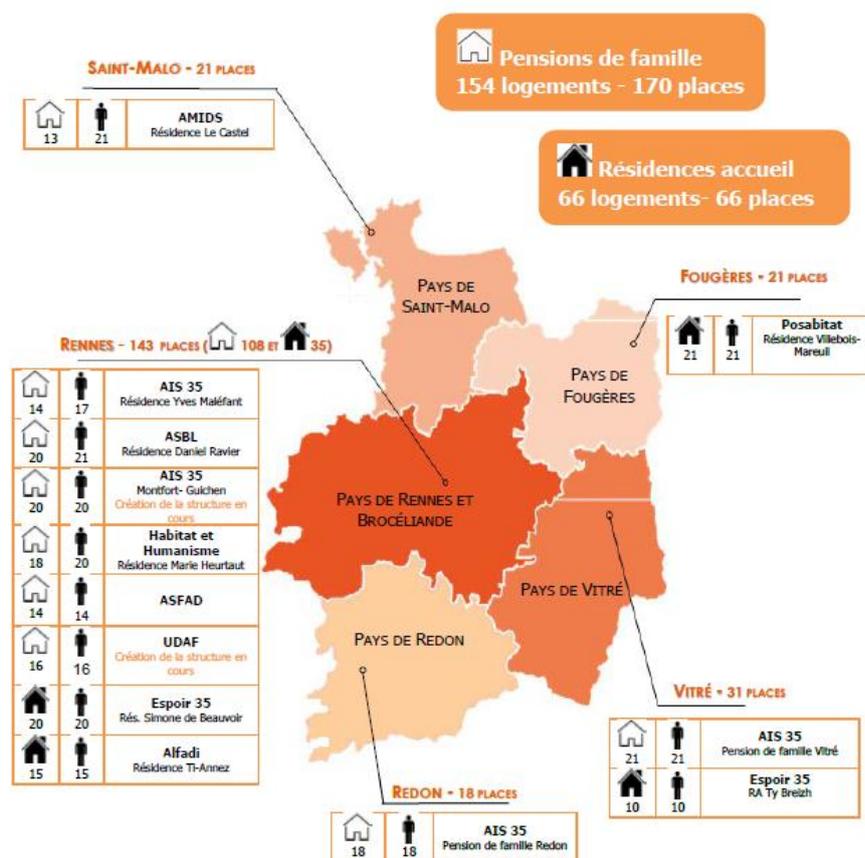
Il y a 421 places d'hébergement d'insertion (CHRS).

La composition des logements adaptés est la suivante :

Nombre de logements adaptés	<b>98 logements</b>
Nombre de places en résidence sociale	<b>1221 en 2014</b>
Nombre de places en maisons relais	<b>98 en 2014</b>
Nombre de places en résidences-accueil	<b>38 en 2014</b>

Source : Bretagne développement<sup>16</sup>

Selon le rapport observatoire du SIAO 35 de 2017, « la DDCSPP en date du 15 mai 2017 vient étendre le champ de compétence du SIAO au logement adapté dans l'objectif de se conformer aux dispositions de l'article 30 de la loi du 24 mars 2014 (loi ALUR). Elle décrit également la mission attendue qui consiste à effectuer une mission d'observation concernant les publics en maisons-relais et résidences-accueil »<sup>17</sup>.



Source: rapport observatoire SIAO 35 page 59

<sup>15</sup> SIAO 35, Rapport d'observatoire 2017

<sup>16</sup> [http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Note\\_situation\\_logt\\_BZH\\_121030\\_web\\_cle54b121.pdf](http://www.bretagne.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Note_situation_logt_BZH_121030_web_cle54b121.pdf)

<sup>17</sup> SIAO 35, Rapport d'observatoire 2017, page 58

## ➤ Le social

Le département compte 22 CDAS dont 10 CDAS sur le pays de Rennes<sup>18</sup>.

Une évolution du périmètre d'intervention des CDAS va avoir lieu en septembre 2018 pour tenir compte des évolutions des périmètres des intercommunalités.

Les CDAS assurent 4 missions principales :

- Service social départemental
- Service de protection maternelle et infantile
- Service de l'aide sociale à l'enfance
- Service de l'aide aux personnes âgées et personnes en situation de handicap

## **2. Acteurs de la coordination et de l'intégration**

### ➤ Les MAIA (méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins)

**3 MAIA** sont mises en places (Pays de Vitré-Porte de Bretagne, Pays de Brocéliande, Pays de Rennes), et 3 autres sont en cours de construction (Pays de St Malo, Pays de Redon, Pays des Vallons de Vilaine).

Les objectifs des dispositifs MAIA sont initialement tournés vers la simplification des parcours pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, la loi ASV du 28/12/15 et les autres évolutions législatives orientent les MAIA vers l'ensemble du champ de la perte d'autonomie, en incluant le secteur du handicap, voire vers la polyvalence, et vers tout public quel que soit la nature des difficultés qui altèrent l'autonomie des personnes.

Au regard de cette ouverture, le département 35 a souhaité expérimenter à partir de 2016 des « nouveaux » dispositifs MAIA dits PA-PH sur les territoires non couverts en MAIA.

### ➤ Les PTA (plateformes territoriales d'appui)

Le département comporte **2 PTA** (Pays de Fougères depuis 2017 et la PTA du Pays de RENNES qui vient de se mettre en place en juin 2018).

**Les PTA ont 3 types de mission**, en réponse aux besoins de la population et des professionnels :

- L'information auprès des professionnels du territoire concerné, notamment via la diffusion d'outils pour le repérage et l'évaluation des situations complexes, et leur orientation vers les ressources (sanitaires, sociales, médico-sociales) du territoire.
- L'appui à l'organisation des parcours complexes en veillant à favoriser le maintien de la prise en soins de la personne à son domicile, ce qui inclut : une évaluation réalisée auprès du patient concerné, la synthèse des évaluations réalisées par tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, un appui à l'élaboration de protocoles pluri-professionnels, à l'organisation de la concertation pluri-professionnelle et à la coordination des interventions autour du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins et le lien ville-hôpital (organisation des admissions et sorties hospitalières).
- Le soutien aux pratiques et initiatives des professionnels pour l'organisation et la coordination des parcours des personnes.

---

<sup>18</sup> [http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/liste\\_cdas\\_ille-et-vilaine\\_0.pdf](http://www.ille-et-vilaine.fr/sites/default/files/asset/document/liste_cdas_ille-et-vilaine_0.pdf)

### ➤ Les CLIC (Centres locaux d'information et de coordination)

Les CLIC accueillent et orientent les personnes de plus de 60 ans. Les CLIC sont également, sauf celui de Rennes, des antennes de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il existe 14 CLIC en Ille et Vilaine (11+3) répartis sur l'ensemble du département.

À ce titre, ils assurent un premier accueil d'information et de conseil pour les personnes en situation de handicap. Ils s'adressent aussi à leur entourage (parents, amis, proches...) et aux professionnels du secteur social et de la santé. Les CLIC rassemblent toutes les informations pour aider ces personnes dans leur vie quotidienne.

**Les enjeux du PTSM au regard des caractéristiques du territoire sont les suivants :**

- **Une augmentation démographique importante avec un solde migratoire positif**
- **La présence d'une population jeune et parfois précaire**
- **Des indicateurs économiques plus élevés que dans le reste de la France mais marqués par des inégalités territoriales**
- **Une prévalence supérieure des pathologies psychiatriques avec des caractéristiques épidémiologiques marquées**
- **Des équipements en présence mais avec des disparités en termes de public et de dispositifs**
- **Une démographie, notamment médicale, fragile**

## C. INSCRIPTION ET COORDINATION AVEC LES PROJETS EN COURS

L'élaboration du PTSM s'inscrit en concordance et en cohérence avec les politiques publiques :

- **Projet Régional de Santé 2018- 2022**
- **Schéma départemental personnes âgées/personnes handicapées**
- **Plan Départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées (PDLAHPD).**

L'intérêt du PTSM, consiste à prendre en compte dans une vision globale et transversale, les différentes politiques publiques.

Le diagnostic s'appuie également sur les différents travaux thématiques ou infra territoriaux menés et la feuille de route sera également issue des expériences reproductibles identifiées :

- **Projets médico soignants partagés des GHT Haute Bretagne et Rance Emeraude**
- **PAERPA (parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie)**
- **Diagnostic sur la Maison des adolescents**
- **Dispositif ITEP**
- **Travaux des conseils locaux de santé mentale**
- **Travaux des MAIA, des PTA**
- **...**



Par ailleurs, le PTSM s'appuie également sur les nouveaux dispositifs :

➤ **RAPT**

➤ **La réponse accompagnée pour tous** vise à prévenir les ruptures de parcours en apportant une solution globale adaptée et accompagnée dans le temps. Ce dispositif mis en place en Ille et Vilaine en 2017 vise les personnes en situation de handicap et est piloté par la MDPH. Il comporte notamment :

- Le Plan d'Accompagnement Global (PAG). Éviter les ruptures de parcours par la construction de solutions d'attentes individualisées et modulaires.
- Le Groupe Opérationnel de Synthèse (GOS). Il est réuni sur convocation de la MDPH pour engager la famille ou la personne et les partenaires, et s'accorder sur des modalités de prise en charge de chacun.

## **III - DIAGNOSTIC TERRITORIAL PAR PORTE D'ENTREES**

---

Cette partie expose les éléments présentés lors de la réunion plénière du 28 juin 2018. Elle décline pour chaque porte d'entrée les problématiques identifiées dans la continuité des parcours, leurs causes repérées, les pistes d'action identifiées.

Le diagnostic territorial reprend les 10 éléments devant être pris en compte dans le décret (article R 3224-3) comme suit (cf annexe 6) :

- ① Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence (regroupement des axes 1, 8 et 9 de l'article R 3224-3 du décret)
- ② Accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux (regroupement des axes 2 et 5 de l'article R 3224-3 du décret)
- ③ La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements (axe 4 de l'article R 3224-3 du décret)
- ④ L'accès aux soins somatiques (axe 7 de l'article R 3224-3 du décret)
- ⑤ Prévention et actions de lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques et du handicap psychique (axe 10 de l'article R 3224-3 du décret)

L'accès au droit (axe 6) et les situations de défaut de prises en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes (axe 3) sont traitées transversalement dans les 5 portes d'entrées.

Fort logiquement, nous constaterons à cette étape de présentation des redondances dans l'énoncé des causes comme dans la déclinaison des pistes d'action. Les étapes suivantes viseront à établir la cohérence d'une feuille de route, avec l'identification de macro-actions et leur hiérarchisation, leurs objectifs et l'organisation des actions.

## A. ACCES AU DIAGNOSTIC ET AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ; PREVENTION ET GESTION DE L'URGENCE (AXES 1, 8 ET 9 DE L'ARTICLE R 3224-3 DU DECRET)

Ce point traite à la fois de l'accès au diagnostic et aux soins psychiatriques ainsi qu'à la prévention et la gestion de l'urgence au regard de l'interpénétration de ces deux notions.

Les problèmes suivants sont identifiés :

### **1 - Le défaut d'interconnaissance des acteurs génère un mésusage des ressources par méconnaissance :**

- De leur existence et de leurs spécificités,
- De leurs modes de recours et modalités de fonctionnement
- De leurs relations
- De leurs liens aux aidants

Pouvant s'expliquer par :

- Un défaut d'information centralisée, partagée, hiérarchisée, adaptée aux compétences des utilisateurs
- Une absence de dispositifs de régulation des demandes
- Un manque d'espaces de concertation
- Une hétérogénéité des fonctionnements pour un type de dispositif donné

#### **PISTES D'ACTION :**

- Créer un annuaire commun numérique adapté à tous ses utilisateurs (du soin, de la santé mentale, des usagers)
- Mettre en place une plateforme d'information (et d'orientation) téléphonique
- Déployer territorialement des instances de concertation
- Valoriser le temps de coordination et d'échange, notamment pour les libéraux
- Homogénéiser les offres et fonctionnements pour un type de dispositif donné

## **2 - Un défaut d'accès aux soins spécialisés psychiatriques**

- Dans les zones blanches géographiques et/ou de compétences
- Proportionné (bon niveau, bonnes compétences, bon moment)
- Dans un dispositif saturé
- Au secteur libéral
- Par inadéquation ou défaut de transport
- Par inadéquation des délais ou défaut de relais
- Par des vulnérabilité(s) spécifique(s) notamment les migrants

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Défaut d'attractivité de certaines zones et de certaines fonctions
- Défaut de lisibilité des dispositifs
- Non remboursement de certaines prises en charge libérales, de certains transports
- Saturation de certains dispositifs
- Mauvais adressage, erreur d'indication ou détournement
- Insuffisance de dispositifs spécifiques (migrants)
- Interprétariat non spécialisé (migrants)

### **PISTES D'ACTION :**

- Créer une plateforme d'orientation (et d'information) téléphonique
- Développer le recours à la télémédecine
- Mettre en place des plans de formation des acteurs pour améliorer la compréhension mutuelle, le transfert de compétences
- Définir des parcours de soins en fonction de la problématique et les individualiser
- Réfléchir à des modalités de prise en charge financière de recours aux libéraux
- Développer les équipes mobiles psychiatriques innovantes et les équipes de suivi intensifs à domicile
- Développer la formation des interprètes à la santé mentale
- Développer la formation des professionnels en santé mentale à l'interprétariat

### **3 - Problèmes d'optimisation du recours à l'urgence**

- Dénier ou non perception des problèmes de santé par les patients, proches et acteurs de la santé mentale
- Non prise en compte des détecteurs primaires (entourage, personnes de proximité...) par les dispositifs
- Complexité de coordination des acteurs de l'urgence
- Détournement des missions d'urgence
- Difficultés d'adressage en post-urgence
- Manque d'adaptation du système d'urgence à la prévention de la situation de crise

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Défaut de formation et d'information grand public sur le dépistage des problématiques psychiatriques.
- Manque de compétences psychiatriques de la régulation 15
- Absence de critères et de procédures lisibles pour coordonner les acteurs de l'intervention en urgence
- Défaut d'information sur les soins sans consentement
- Manque de créneaux non programmés

#### **PISTES D'ACTION :**

- Développer l'information/formation au repérage des troubles dans la population et chez les acteurs de la santé mentale.
- Mettre en place une formation de la régulation 15 à la psychiatrie et aux procédures de déclenchement des secours psychiatriques
- Mettre en place un infirmier en psychiatrie dans le SMUR.
- Elaborer une procédure d'intervention intégrant tous les acteurs dès le départ (un document permettant aux interlocuteurs de trouver sa place en fonction des interventions)
- Promouvoir et renforcer les dispositifs d'échanges au niveau des dispositifs de coordination locaux (CLSM etc.) pour favoriser la rencontre et les échanges notamment celles des secours
- Créer des dispositifs innovants de gestion de l'aigu, de programmation de soins, de soutien à l'entourage en amont ou pendant les prises en charge.
- Créer des dispositifs de type suivi intensif à domicile
- Réaliser un travail structurel sur la filière urgence
- Sensibiliser les différents acteurs aux modalités de soins sans consentement

## **4 - Difficulté d'accès au diagnostic et défaut de prise en charge précoce pour le secteur de l'enfance et de la jeunesse**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Délai d'accès aux soins notamment en pédopsychiatrie et des libéraux (ambulatoire et hospitalisation)
- Des secteurs de plus en plus en tension non formés aux problématiques de santé mentale (Education nationale, services sociaux, entourage etc.)
- Défaut de lien entre le sanitaire et le médico-social, les écoles...
- Défaut de repérage sur les signaux faibles pour les 16-20 ans
- Manque de formation au repérage des phases précoces /dépistage des troubles

### **PISTES D'ACTION :**

- Mettre en place une plateforme téléphonique à destination des acteurs tels que les enseignants parfois démunis (première écoute, orientation dans l'intérêt de l'enfant).
- Développer l'expérimentation de séances gratuites avec un psychologue : durée limitée, écoute, évaluation et orientation
- Renforcer le rôle préventif des infirmières scolaires et de médecins scolaires
- Sensibiliser/former les acteurs scolaires aux troubles de l'enfant et de l'adolescent pour éviter une réponse systématique psychiatrique (médecins scolaires, professeurs, infirmiers...)
- Construire des outils pédagogiques

## **5 - Contribution spécifiques des usagers**

- Peur de l'hospitalisation face à la stigmatisation sociale : « un monde de fou »
- Délai d'attente trop longs,
- Entretiens courts
- Accès au diagnostic tardif
- Annonce et explicitation parcellaire de la maladie

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Difficile acceptation de la maladie
- Manque de personnel
- Trop de changements d'interlocuteurs
- Difficulté à solliciter l'aide

### **PISTES D'ACTION :**

- Développer le soin en ambulatoire
- Laisser le temps de l'acceptation
- Prendre en compte l'évolution des besoins
- Poser un diagnostic tôt pour favoriser la compréhension de la maladie
- Être informé sur la maladie
- Travailler sur le déni de la personne et de son entourage

### Données chiffrées clefs illustrant les constats :

% d'hospitalisations temps plein suite à un passage aux urgences : **27%**

% de personnes hospitalisées sans consentement dans la file active (en hospitalisation complète) : **21%** en Ille-et-Vilaine contre **16%** en Bretagne

Taux de réhospitalisation entre 2 et 30 jours après la sortie d'hospitalisation : **18%**

Délai d'attente CMP enfants **80 jours** (données EPSM principal d'Ille-et-Vilaine) et de **11,8** jours pour CMP adultes. (Données EPSM principal d'Ille-et-Vilaine)

**10.6 %** des patients étrangers ont des troubles mentaux, (source : médecins du monde)

**17 %** de patients étrangers ont des diagnostics de psychotraumatismes (source : COMEDE)

### Politiques publiques et éléments existants :

- PRS 2018/2022
- PMSP des GHT Haute Bretagne et Rance Emeraude
- Charte de coopération entre les secteurs du sanitaire, du social et du médico-social en 2007
- Travail en cours sur la prise en charge des migrants et expérimentation avec le réseau Louis Guilloux
- GT du CRSM « soins sans consentements et situations de crise »

### Sources documentaires :

- Les migrants : selon le rapport La souffrance psychique des exilés, Une urgence de santé publique publié par médecin du monde et le centre Primolevi en juin 2018 mentionne que :

La santé mentale des exilés « *constitue pourtant une urgence sanitaire et un enjeu de santé publique majeur* ».

Le repérage et l'orientation des personnes exilées en souffrance psychique est un le maillon manquant, « *faute de dispositifs d'«aller-vers», d'information des personnes et de formation des professionnels de première ligne, les souffrances restent souvent tues* » page 22.

En matière d'accès au droit, « les délais importants pour obtenir une couverture maladie impliquent des retards et/ou des ruptures de traitements ou de prise en charge parfois très longs » page 21

- Rapport Hardy Baylé « Etudes sur les modalités interventions ambulatoire et secteur renouvelé »
- Rapport troubles psychiques de la CNSA
- Rapport données sociales 2017

## **B. ACCES AUX ACCOMPAGNEMENTS MEDICO SOCIAUX ET SOCIAUX** **AXES 2 ET 5 DE L'ARTICLE R 3224-3 DU DECRET**

Ce point traite de l'accès aux accompagnements sociaux et médico sociaux.

Les problèmes suivants sont identifiés :

### **1. Habitat**

- La difficulté d'avoir un parcours résidentiel sans rupture pour des personnes présentant un handicap psychique
- Le manque d'offre adaptée selon les territoires du département (dispositif de logement accompagné, logements sociaux...)

Pouvant s'expliquer par un/une/ou des :

- Délais d'attentes importants
- Manque de places (logement adapté accompagné, logement social)
- Complexité des montages juridiques et financiers /l'articulation des politiques
- Contradiction entre délais d'attributions de droits et autonomie demandée (jeunes)
- Inadaptation des logements
- Manque de réseau de transport, de services de proximité
- Non-demande des personnes/lassitude exprimée
- Manque d'évaluation des capacités à habiter
- Morcellement des différents réseaux
- Réticence des bailleurs par manque d'étayages sanitaires, sociaux et médico-sociaux

#### **PISTES D'ACTION :**

- Etablir une cartographie et un guide des dispositifs existants
- Elaborer une grille commune pour harmoniser les critères d'admission dans les logements accompagnés
- Mettre en place des périodes d'essais avec possibilité de retour en arrière
- Augmenter les interventions à domicile des SAVS et des services de santé
- Développer les services de transition pour les jeunes
- Assouplir les critères d'accès à l'AAH
- Mettre en place une Commission interprofessionnelle des acteurs de l'habitat
- Mettre en place une conférence des financeurs
- Mettre en place des lieux d'échange et de coordination interprofessionnels avec les bailleurs privés
- Favoriser les conventionnements bailleurs/services d'accompagnement

## 2. Emploi

- La difficulté d'accès à l'emploi et de maintien en emploi, en milieu ordinaire de travail
- La difficulté de prise en charge en ESAT (à l'entrée et à la sortie)

Pouvant s'expliquer par un manque de:

- Souplesse (législation, hiérarchie, professionnel)
- Anticipation, de prévention
- Transmission sur les parcours réussis
- Sensibilisation de l'entreprise
- Articulation avec le service de santé au travail
- Accompagnement des orientations MDPH /nouvelles évaluations
- Gestion difficile des places (décompte mensuel)
- Fluidité des parcours (ESAT de transition/emploi accompagné)
- Inadéquation des activités proposées par les ateliers ESAT
- Orientation ESAT non désirée
- Reconnaissance des troubles par la personne elle-même
- Multiplicité des acteurs/complexité des dispositifs

### **PISTES D'ACTION :**

Repenser une politique sociale de l'emploi en simplifiant et en favorisant la lisibilité du parcours

- Sortir de la logique « un dispositif égal un statut »
- Conférence des financeurs territorialisée – définition d'un échelon territorial commun

Agir sur l'environnement

- Informer, sensibiliser et former les acteurs de droit commun (ex : entreprises)
- Permettre l'adaptation du rythme de travail à la situation de santé
- Diversifier les activités des ESAT en fonction des besoins/profils identifiés
- Proposer un accompagnement après notification MDPH
- Soutenir l'accès aux différentes formes d'emploi (entreprises, travail temporaire, emploi accompagné etc.)
- Mettre à disposition des temps de médecin psychiatre mutualisés notamment pour les dispositifs d'emploi inclusif (ESAT de transition, emploi accompagné)

3. **Des rigidités institutionnelles et réglementaires créatrices de rupture notamment dans les phases de transition (âges, passage d'un dispositif à un autre) ainsi qu'une méconnaissance et un manque de fluidité engendrant un difficile accès à l'offre**

Pouvant s'expliquer par un/une/ou des :

- Règlementations / critères d'âges différentes selon les champs
- Politiques publiques parfois segmentées
- Logique de place et non de parcours
- Territorialisations différentes
- Manque de détermination d'actions coordonnées en fonction d'une temporalité
- Difficulté à innover
- Limite du passage d'information en raison du droit à l'oubli, du secret professionnel
- Manque de connaissances, formations, diffusion d'informations, et dispositifs de coordination
- Délais d'attente
- Manque de places spécialisées (personnes âgées, adolescents)

**PISTES D'ACTION :**

- Agir sur l'harmonisation des âges
- Veiller au cadrage de la commission d'admission départementale
- Harmoniser les territoires et effectuer un état des lieux des différents découpages
- Mettre en place des formations croisées
- Mettre en place une plateforme de conseil à partir d'un numéro unique
- Favoriser les places d'accueil temporaire (phase de transition progressive) et intégrer ces objectifs dans les CPOM des opérateurs
- Favoriser la connaissance des instances de coordination
- Mener un travail spécifique 16-20 ans : intervention conjointe enfance/adulte
- Permettre des dérogations pour les transitions (âges, double financement, s'appuyer sur la RAPT)
- Généraliser les dispositifs type DITEP : modularité des accompagnements des besoins

#### 4. Difficultés dans la constitution et le traitement du dossier MDPH et d'accès aux dispositifs

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Lourdeur et complexité
- Incomplétude des dossiers
- Renouvellement des dossiers
- Changement des professionnels
- Décalage temporel entre le dossier papier et la mise en place du dossier informatisé
- Durée des prestations différentes qui rend plus complexe la demande
- Méconnaissance des médecins généralistes pour être en mesure de délivrer un certificat médical

##### PISTE D'ACTION :

Favoriser la connaissance des sources et critères au niveau de la MDPH

- Guide de la MDPH, existence du triptyque, interlocuteurs à saisir en cas de situations complexes.

Favoriser la lisibilité et la souplesse

- Mettre en ligne un dossier informatisé
- Développer les orientations plus larges sur concertation, sans attendre la notification, augmenter les dérogations
- Avoir une personne référente en santé mentale à la MDPH
- Accompagner avant et après la notification MDPH en attendant l'accès au dispositif

## 5. Contribution spécifique des usagers

- Crainte d'impact sur le droit à l'AAH en cas de reprise d'activité professionnelle
- AAH : taux d'incapacité de 80% est trop élevé

### PISTES D'ACTION :

- **Améliorer la lisibilité et adapter au handicap psychique les règles d'attribution entre la reprise d'activité et la baisse AAH**

## 6. Difficultés d'intégration en milieu scolaire ordinaire pour les enfants

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Manque de formation des accompagnants pour l'inclusion des enfants et des jeunes dans les écoles
- Problème de connaissance des ressources en milieu scolaire (psychologue, IDE)
- Difficulté à passer du milieu ordinaire vers le milieu spécialisé pour l'enfance

### PISTES D'ACTION :

- **Développer la formation des accompagnants pour l'inclusion des enfants et des jeunes dans les écoles**
- **Favoriser la connaissance des ressources en milieu scolaire (psychologue, IDE)**
- **Améliorer le passage du milieu ordinaire vers le milieu spécialisé pour l'enfance**

#### Données chiffrées clefs illustrant les constats :

##### Emploi :

18% des 25 000 arrêts de travail en 2017 recensés en Ile-et-Vilaine concernaient des troubles mentaux

##### Offres unités spécialisées :

Nombre d'unités spécialisées sanitaires dans la prise en charge des adolescents : **1** (202 en France)

Nombre d'unités spécialisées sanitaires dans la psychiatrie du sujet âgé : **1** (145 en France)

##### Délais d'attente :

Densité de places en Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) (pour 100 000 hab. de 6 à 18 ans) : **112,7 contre 148,2 en France**

Densité de places en Institut Médico-Educatif (IME) (pour 100 000 hab. de 6 à 20 ans) : **502,4 contre 577,8 en France**

Délai moyen d'attente avant prise en charge IME : 2 ans. **À ce jour, environ 300 enfants sont en attente d'une place en IME d'après les données de la MDPH**

Délai moyen de traitement dossier MDPH : **4 mois**

Données de l'atlas en santé mentale.

##### Stigmatisation dans le travail :

Enquête réalisée par le CRSM villes de Rennes COSTE Nicolas, participation citoyennes et construction identitaire en santé mentale auprès de 21 personnes présentant des troubles psychiques « *Mais dans le milieu ordinaire, effectivement, il y a beaucoup de professionnels qui sont réticents à l'idée d'embaucher des personnes en situation de handicap psychique : parce qu'ils ne connaissent pas le trouble, ils ne s'y intéressent peut-être pas, ... et du coup ils préfèrent payer, ce qui est la vérité, une amende.* » page 20.

« Le chômage ou l'inactivité touche une large part de la population, cela est encore plus vrai pour les personnes qui ont des troubles psychiques : elles ont 2 à 3 fois plus de risques d'être au chômage que les personnes en bonne santé OCDE, 2012) » page 20.

#### Politiques publiques et éléments existants PRS 2018/2022

- Schéma départemental PA/PH
- Schéma départemental de l'action sociale de proximité 2018-2023
- Accord cadre fragilité psychologique et logement (APRAS)
- PDALHPD 2017/2022
- Rapport d'observatoire 2017 SIAO
- Dispositif Hylô
- Rapport EHESP « rapport d'évaluation du dispositif de familles gouvernantes à Pacé » février 2018
- Recueil expériences Aresat « accompagner les personnes en situation de handicap psychique vers et dans le travail » 2018
- DITEP

#### Sources documentaires

- Guide d'appui pour « l'élaboration de réponses aux besoins des personnes vivant avec un handicap psychique » CNSA avril 2017
- Etude CREAL Bretagne mars 2017
- IRDS : L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale Magali Coldefy, Clément Nestrigue (Irdes)
- Guide de l'habitat inclusif pour les personnes âgées et handicapées

## C. LA CONTINUITÉ ET LA COORDINATION DES PRISES EN CHARGE ET DES ACCOMPAGNEMENTS

### AXE 4 DE L'ARTICLE R 3224-3 DU DECRET

Ce point traite de la continuité et de la coordination des prises en charge et des accompagnements

Les problèmes suivants sont identifiés :

#### 1. Contribution spécifique des usagers :

- Manque de continuité dans la relation interpersonnelle (personne concernée/professionnel)
- Absence de préparation à la sortie d'hospitalisation

Pouvant s'expliquer par un/une/ou des :

- Changements réguliers des professionnels
- Peur réciproque
- Questions dérangeantes portant sur l'intimité
- Non prise en compte du mal être/jugement
- Absence d'écoute
- Manque de confiance
- Difficile alliance thérapeutique
- Absence de relais avec les services de soins en ambulatoires après l'hospitalisation

#### **PISTES D'ACTION :**

- **Réfléchir à un accueil bienveillant dans tout type de structure**
- **Avoir des espaces d'écoute**
- **La nécessité de prendre le temps**
- **Avoir des échanges respectueux d'égal à égal et co-construire**
- **Oser demander auprès des professionnels**
- **Développer « l'aller vers »**
- **Favoriser les relais**

## 2. Manque de lisibilité de l'offre et défaut de coordination

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Complexité et hétérogénéité de l'environnement sanitaire et médico-social
- Grande variété des critères d'admission en établissement
- Culture professionnelle différente
- Manque de lisibilité des acteurs de la coordination
- Méconnaissance des dispositifs
- Manque de suivi régulier des patients suivis en psychiatrie par un médecin traitant de ville
- Manque de dossier commun

### **PISTES D'ACTION :**

- **Créer un outil numérique pour recenser les ressources : existantes/thèmes/territoires**
- **Réfléchir à un découpage harmonieux sanitaire, social, médico-social**
- **Financer les temps de coordination et actualiser et faire connaître la charte de coopération de 2007**
- **Mettre en place des journées interprofessionnelles thématiques**
- **Mettre en place des journées d'immersion inter-structures**
- **Favoriser et valoriser les rencontres de co-construction à deux niveaux : acteurs de terrain de proximité et cadres décisionnaires**

## 3. Des phases d'âges spécifiques et un défaut de lien

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Cadre législatif et financier (critères d'âge, disparités financements, droit RSA...)
- Manque d'offre et effet de seuil lié à l'âge
- Cloisonnement des organisations ; absence de communication (ex : relais psychiatrie passage enfance à l'adulte)
- Manque de lisibilité des interlocuteurs entre les passages
- Manque d'anticipation

### **PISTES D'ACTION :**

- **Harmoniser les critères d'âge et permettre plus de souplesse quant aux conditions d'éligibilité aux dérogations**
- **Développer la prise en charge séquentielle**
- **Développer des équipes d'appui aux établissements médico-sociaux**

#### 4. - Des phases d'âges spécifiques et un défaut de lien :

- Après 6 ans
- À la jeunesse (16-25 ans)
- Au vieillissement

Pouvant s'expliquer par un/une :

##### Après 6 ans :

- Absence de réponse (fin de prise en charge CAMSP)
- Délai des notifications
- Difficile articulation CAMSP/SESSAD
- Délais d'attente en SESSAD

##### Jeunesse :

- Défaut de structures spécifiques pour adolescents
- Le jeune, le contexte sociétal et économique
- Difficulté pour accéder à l'ESAT

##### Vieillesse:

- Manque d'offre en EPHAD et de lisibilité des critères d'admission
- Difficile accès en EHPAD pour les personnes ayant des troubles psychiques du fait d'une crainte d'un manque d'étayage du sanitaire, d'un manque de formation
- 55-75 ans : difficile passage du médico-social handicap vers EHPAD

#### **PISTES D'ACTION :**

##### Enfance

Avoir la possibilité de déroger aux critères d'âges

##### Jeunesse :

- Avoir une vraie politique et interroger la place de la Maison des adolescents
- Développer les structures ambulatoires pour les adolescents sur l'ensemble du territoire
- Adapter le dispositif d'hospitalisation pour les 16-25 ans
- Créer une structure d'accueil bas seuil pour jeunes cofinancée entre l'Etat et le Conseil départemental
- 

##### Vieillesse :

- Revoir la tarification des Ehpads pour les moins de 60 ans
- Proposer des transferts d'une structure à l'autre (foyer de vie vers Ehpads)
- Harmoniser les critères d'entrées en EHPAD d'un point de vue institutionnel
- Mettre en place des commissions collégiales entre EHPAD

## 5. Difficulté à mettre en place des accueils modulaires

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Défaut de prise en charge financière et de l'offre des transports
- Impossibilité de moduler le financement
- Insuffisance des doubles notifications

### PISTES D'ACTION :

- Revaloriser le montant de la PCH et assouplir les critères d'éligibilité pour les personnes souffrant de troubles psychiques
- Développer un service public de transports pour personnes handicapées, pour tous les âges sur l'ensemble département, et revoir les critères d'accès aux VSL
- Permettre la modulation des financements
- Généraliser les doubles notifications MDPH
- Mettre en place une conférence des financeurs
- Développer des réponses alternatives diverses sur les territoires
- Croiser les compétences du SIAO et de la MDPH

## 6. Défaut de prise en charge et de structures adaptées pour les personnes présentant des troubles du comportement et/ou des troubles neurologiques

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Difficulté à identifier la nature du trouble (psychiatrique ou neurologique)
- Inadéquation des structures (syndrome de Korsakoff)

### PISTES D'ACTION :

- Mettre en place un repérage précoce et une évaluation par la médecine de ville
- Améliorer la coordination entre la psychiatrie et la neurologie
- Développer les petites unités dédiées et les équipes d'appui aux établissements médico-sociaux

## **7. Défaut de prise en charge des publics précaires (migrants, SDF, grande vulnérabilité)**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Disparité territoriale des offres notamment en matière d'Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité (EMPP) et de Centres Médico-psychologique (CMP) dans les zones rurales
- Difficulté d'aller vers les personnes vulnérables en non demande
- Le public en errance : difficulté de continuité compte tenu des déplacements réguliers
- Statut administratif
- Problème d'orientation des femmes maltraitées

### **PISTES D'ACTION :**

- **Développer les équipes mobiles pour aller vers les publics à domicile**
- **Développer les équipes mobiles spécialisées pour public migrant ou donner une place spécifique dans le dispositif de droit commun en formant les équipes (ex : dans les CMP)**

## **8. Absence de lien entre maternité/périnatalité et services spécialisés**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Manque de structures dédiées
- Méconnaissance de l'offre
- Manque de lien entre les acteurs sociaux, sanitaires et médico-sociaux
- Diagnostic tardif et absence d'évaluation des situations à risque

### **PISTES D'ACTION**

- **Créer des lits mère-bébé en hospitalisation**
- **Faire connaître et développer les SASP (Service d'accompagnement et de soutien à la parentalité)**
- **Sensibiliser/former les acteurs**
- **Développer les instances de prévention**

### Données chiffrées clefs :

#### Périnatalité

Nombre d'unités d'hospitalisation parents-bébés : **0** (19 en France)

Nombre d'unités de jour parents-bébés : **0** (20 en France)

**3** foyers maternels

#### Adolescence

% de patients de plus de 16 ans en psychiatrie infanto-juvénile : **4%**

% de patients de 18 ans ou plus en psychiatrie infanto-juvénile : **3%**

#### Personnes âgées

Taux de recours en ambulatoire pour motif psychiatriques des 65 ans et plus (pour 10 000 hab. (65+ ans)) **239,5 contre 219,7** en France

Densité de places en EHPAD (places pour 1000 hab. (65+)) : **67,9 contre 52,3** en France

**17,1 places** en UHR en EHPAD ou USLD pour 100 000 habitants (19 dans le reste de la France)

**Source : atlas en santé mentale**

### Politiques publiques et éléments existants :

- PRS 2018/2022
- PMSP (Projet médico soignant partagé) du Groupement Hospitalier de Territoire Haute Bretagne
- PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie)
- Étude sur le développement de la MDA (maison des adolescents)
- Etudes sur la périnatalité
- Etudes APRAS sur les dispositifs de coordination infra territoriaux
- Diagnostic quantitatif de recensement des places temporaires en EHPAD en cours, réalisé par les MAIA

### Sources documentaires :

- Etude et analyse des freins à la sortie de jeunes adultes handicapés de plus de 20 ans d'institutions pour enfants (CREAI Juin 2012).
- Etude EHESP : « Du trouble au handicap psychique lors du passage à l'âge adulte : trajectoires et traitement social 2013

## **D. ACCES AUX SOINS SOMATIQUES**

### **AXE 7 DE L'ARTICLE R 3224-3 DU DECRET**

Ce point traite de l'accès aux soins somatiques

Les problèmes suivants sont identifiés :

#### **1. Absence de culture commune**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Méconnaissance de la Santé Mentale par :
  - les professionnels de la médecine libérale
  - les professionnels des services MCO
- Méconnaissance de la médecine somatique par les professionnels en psychiatrie
- Méconnaissance du niveau de soin des EPSM et des ESMS
- Inadéquation des parcours de soins : retour précoce des hospitalisations en MCO

#### **PISTES D'ACTION :**

- Mettre en place des formations croisées par les médecins d'EPSM auprès des médecins généralistes et des professionnels MCO
- Sensibiliser les professionnels libéraux par le biais des formations initiales et continues
- Augmenter le partage de connaissances entre la Psychiatrie/ MCO/libéraux via le Dossier Médical Partagé (DMP)
- Améliorer la connaissance des publics
- Sensibiliser les acteurs de proximité (aide à domicile, travailleurs sociaux de proximité, mairie...)

#### **2. Contribution spécifique des usagers**

- Surmédicalisation : effets somatiques conséquents
- Non-respect de l'observance du traitement par le patient.

#### **PISTES D'ACTION :**

- Veiller et prendre en compte les effets secondaires des médicaments (ex : prise de poids)
- Considérer la personne dans toutes ses dimensions « considération dans son ensemble »

3. - **Absence de prise en compte des soins somatiques dans le parcours (mauvais état dentaire, effets secondaires traitement, diagnostic somatique tardif...)**  
- **Difficultés d'accès à l'offre somatique**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Difficulté à s'organiser pour une consultation qui doit être programmée
- Absence de bilan somatique
- Difficulté à identifier les symptômes, à évaluer la douleur, la volition
- Insuffisance du dépistage et de la prévention primaire
- Prise en compte partielle des effets des traitements psychiatriques
- Disparités territoriales
- Difficultés d'accès aux consultations

**PISTES D'ACTION :**

- Créer des consultations non programmées et des consultations à domicile en médecine générale
- Intégrer le bilan somatique dans les comptes rendus de sortie d'hospitalisation
- Faire évoluer l'organisation des soins somatiques dans les CMP en s'appuyant sur les exemples tels que :
  - CALAS (Consultation d'Accompagnement à la Santé)
  - CoReSo Somapsy, consultation et réseau somatique
- Conserver un plateau technique dans les EPSM pour la graduation des soins
- Augmenter l'offre de soin (dentaire, gynécologie, radiologie, gériatrie ...)
- S'appuyer sur les maisons de santé et les plateformes territoriales d'appui

#### 4. Absence de coordination et de communication

Pouvant s'expliquer par :

- Peu de médecins référents
- Peu de communication entre psychiatres et médecins généralistes
- Peu d'outils communs
- Absence de lisibilité des articulations, des responsabilités et des missions de chacun

##### PISTES D'ACTION :

- Identifier un coordinateur de santé somatique au sein d'un CMP qui serait en lien étroit avec le médecin de ville
- Organiser un rappel de la part des médecins de ville des patients avec une pathologie psychiatrique sévère auprès des CMP et des services médico-sociaux l'accompagnant (ex : type réseau vigilance).
- Créer et enrichir le DMP lors des hospitalisations
- Systématiser le Courrier d'entrée et de sortie avec un plan de soin personnalisé et les résultats d'examens
- Avoir une meilleure lisibilité des dispositifs (site labellisé)

#### 5. Une problématique mal prise en compte pour certains publics

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Public spécifique avec l'absence de lits mère /enfant
- Public vieillissant
- Public en errance
- Accueil inadapté aux difficultés psychiques dans certaines structures
- Méconnaissance ALD
- Grande précarité
- Non accompagnement par un proche ou un service médico social

##### PISTES D'ACTION :

- Créer des lits mères/bébés
- Créer des structures « centre de la parentalité » type HOME à Nantes
- Développer la profession de médiateur de santé
- Créer des Equipes mobiles de soins somatiques (dentaires ...)
- Avoir des consultations adaptées aux spécificités des populations
- ALD : intégrer systématiquement les comorbidités somatiques liées aux troubles psychiques

### **Données chiffrées clefs illustrant les constats :**

Part de bénéficiaires ALD en 2013 dans la population (tous âges) : **13,5%** (16% en Bretagne)- *Profil territoire département version 4.10 22/06/2018*

Nombre de personnes en Affection de Longue Durée 23 (ALD) (2015) : **24 500** (77 360 en Bretagne) (*source Atlas en santé mentale*)

### **Politiques Publiques et éléments existants :**

- PMSP du GHT Haute Bretagne
- Expérimentation co-Resopsy
- Expérimentation CALAS
- Charte de partenariat de 2014 entre médecine générale et la psychiatrie de secteur
- Décret n° 2017-816 du 5 mai 2017 relatif à la médiation sanitaire et à l'interprétariat linguistique dans le domaine de la santé

### **Sources documentaires :**

Thèse sur la coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : Jeanne LANOE  
Psycom  
Rapport JACOB 2013  
Médiation Santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention.

## **E. LA PREVENTION**

### **AXE 10 DE L'ARTICLE R 3224-3 DU DECRET**

Ce point traite de la prévention et de l'éducation à la santé.

Les problèmes suivants sont identifiés :

#### **1 - Manque d'information du grand public et stigmatisation de la santé mentale**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Manque de définition pour construire l'information
- Amalgame santé mentale, maladie mentale et psychiatrie
- Tabou /stigmatisation
- Réticence à nommer explicitement les termes
- Communication négative des médias
- Manque de sensibilisation des employeurs ou des acteurs de premières lignes

#### **PISTES D'ACTION :**

- Retravailler sur les formes de discours (sémantiques, termes/informations explicites et détaillées)
- Mettre en œuvre une campagne de communication positive à l'échelle départementale
- Informer/sensibiliser aux problématiques de santé mentale dans les écoles de journalisme et de sciences politiques
- Sensibiliser les employeurs (ex : troubles psychiques)
- Intégrer la démarche des premiers secours en santé mentale

## **2 - Contribution spécifique des usagers**

- Sous usage de l'expertise d'expérience
- Manque d'activités de loisirs pendant et après hospitalisation au service du mieux-être

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Dispositif de pair'aidance peu développé
- Déploiement non homogène de l'Education Thérapeutique du Patient, de la réhabilitation psychosociale, des GEM

### **PISTES D'ACTION :**

- Permettre aux « malades experts » de participer et de témoigner lors des formations des professionnels
- Sensibiliser les professionnels aux GEM, aux associations de pair'aidance, aux activités de loisirs
- Entretenir ou initier les liens associatifs en cours d'hospitalisation et à la sortie via les associations de « pair'emulation » et « pair'aidance »
- Financer des psychologues dans les associations

## **3- Pas de réelle politique globale de prévention en santé mentale**

- Manque de repérage des ressources
- Manque de prévention précoce et globale de l'école au travail

(Prévention primaire, sensibilisation jeunes adolescents, parents, fratrie)

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Réflexion centrée sur le curatif et la maladie
- Cultures professionnelles cloisonnées
- Absence de labellisation des ressources
- Méconnaissance des rôles à jouer
- Difficulté pour :
  - Déterminer comment et pourquoi agir sur l'individu
  - Permettre un environnement favorable à la santé mentale

### **PISTES D'ACTION :**

- Créer un Centre Ressources Handicap Psychique
- Favoriser les formations croisées
- Poursuivre la démarche PTSM (avec commerçants, médecine de santé au travail, élus...)
- Développer les relais entre l'école et les acteurs extérieurs de manière formelle (*ex: esprit des RASED, EM Ressources*)

## **4 - Insuffisance de CLSM et hétérogénéité territoriale**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Un portage politique inégal
- Un développement reposant aujourd'hui sur la dynamique des acteurs
- Méconnaissance des CLSM par les élus et acteurs locaux

### **PISTES D'ACTION :**

- Développer les CLSM sous l'impulsion du PRS
- Que chaque territoire dispose d'un animateur territorial de santé ou qu'une fonction de coordination soit identifiée

## **5 - Manque de prise en compte de la capacité d'empowerment des usagers et des aidants**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Absence de formation et de culture professionnelle intégrative
- Dispositif de pair'aide peu développé
- Déploiement non homogène de l'Education Thérapeutique du Patient, la réhabilitation psychosociale, les GEM

### **PISTES D'ACTION :**

- Créer et structurer un dispositif de pair'aide
- Développer les formations et les programmes d'Education Thérapeutique du Patient
- Communiquer, développer sur les ressources en réhabilitation psychosociale et mieux les structurer
- Faire connaître les GEM, pérenniser leurs ressources et modèles de financement.
- Créer des GEM dans les zones blanches

6 - **Manque d'intégration de l'entourage dès le début de la prise en charge et manque de lien avec l'entourage (notamment pendant l'hospitalisation)**

Pouvant s'expliquer par un/une :

- Manque de connaissance
- Limites législatives
- Limites de la personne elle-même
- Temporalité de chacun
- Manque de lisibilité des outils à destination des aidants
- Absence de groupes de parole à destination de l'entourage ayant un proche souffrant de bipolarité

**PISTES D'ACTION :**

- Co-construire des formations initiales et continues avec les proches et les usagers
- Développer les lieux d'espaces d'accueil et d'écoute de l'entourage et les structurer
- Créer une plateforme d'écoute
- Développer les dispositifs de formation et d'information pour l'entourage

## Données chiffrées clefs illustrant les constats :

Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)

**2 CLSM en Ille-et-Vilaine (Rennes et St Malo)**

Part de la population couverte par un CLSM (%) : **28,6 contre 24,3 en France**

Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM)

**En Ille-et-Vilaine, 7 GEM dédiés aux personnes présentant des troubles psychiques et 22 en Bretagne**

**Enquête réalisée par le CRSM villes de Rennes COSTE Nicolas, participation citoyennes et construction identitaire en santé mentale auprès de 21 personnes présentant des troubles psychiques :**

- La stigmatisation : thématique la plus ressortie durant les entretiens. *« Ils estiment qu'il y a une méconnaissance des troubles psychiques dans la société qui entraîne des a priori qui sont un frein à la participation citoyenne » page 15*
- La motivation à l'engagement et à la participation est un élément essentiel exprimé pour la construction identitaire et la socialisation et pour contribuer à la société, avoir des responsabilités et du pouvoir, un rôle décisionnaire, *« Moi, c'est vrai que je suis un peu mal à l'aise par rapport aux aides que je reçois gratuitement finalement de la société. Moi j'aimerais aussi pouvoir... contribuer, être utile à la collectivité » page 24.*

## Politiques publiques et éléments existants :

- PRS 2018/2022
- Etat des lieux de l'offre ETP (IREPS, ARS)
- Rapport annuel sur le respect des droits des usagers en Bretagne (CRSA)
- Campagnes de prévention du suicide/développement du programme vigilance
- Actions et programme de formations de sensibilisation au handicap psychique

## Sources documentaires :

- Rapport IREPS sur la promotion santé mentale
- Rapport sur les GEM
- Les CLSM état des lieux CCOMS Juin 2015

## **F. SYNTHES DES CONSTATS**

Le diagnostic territorial fait apparaître six messages fondamentaux transversaux et globaux.

### **Message 1 : Conjuguer au «singuliers/pluriel»**

Le challenge : réussir à déployer une palette d'offres modulables sanitaires, sociales et médico-sociales de qualité inscrite dans une cohérence systémique au service des parcours.

Ceci en réponse aux défis actuels de :

- L'équité territoriale,
- La réalité des moyens mobilisables,
- La prise en compte de la diversité des populations concernées et de la graduation des pathologies et leurs limitations.
- Des résistances aux changements

### **Message 2 : l'interconnaissance**

L'action en santé mentale nécessite la mobilisation de professionnels riche d'une diversité de compétences, métiers, formations, cultures....

Pour co-construire des parcours sans rupture dans une complémentarité et une articulation de l'offre, la connaissance croisée reste insuffisante, la communication est à sécuriser, l'appui réciproque à renforcer et à harmoniser.

### **Message 3 : lisibilité**

- Mille-feuille, empilement de dispositifs...
- Jargonage, siglo-mania,...
- Informations dispersées, aléatoires, peu accessibles...
- Représentations diverses des pathologies, des rôles de chacun...

L'information en santé mentale doit être organisée, rendue accessible, adaptée à chacun : personnes concernées, acteurs de premier recours, professionnels.

### **Message 4 : Amplifier la place de l'utilisateur et de l'entourage**

- Le mouvement qui vise à renouveler la place de la personne concernée doit être amplifié :
  - En le considérant comme acteur de son parcours.
  - En soutenant le développement de son pouvoir d'agir individuellement et collectivement.
- Dans une même perspective d'évolution des positionnements, l'entourage doit :
  - Être pris en considération,
  - Soutenu
  - Envisagé comme une ressource.

## **Message 5 : Tous Citoyens !**

« L'inclusion citoyenne » ne doit pas être qu'un slogan, mais une réalité, autant que faire possible. Les réponses doivent s'inscrire dans le droit commun, dans la cité, avec les accompagnements et les adaptations nécessaires. Elles doivent intégrer l'ensemble des droits fondamentaux.

Ceci ne s'oppose aucunement à la nécessité de préserver et d'enrichir les espaces et aux modalités spécifiques nécessaires à la protection, aux soins, et aux rétablissements.

## **Message 6 : Du texte à la réalité**

Le PTSM porte le **développement d'une véritable politique de santé mentale** partagée, centrée sur l'accès des personnes à des parcours de santé et de vie améliorés.

Elle pose la santé mentale comme un axe transversal à l'ensemble des politiques publiques.

En Ille-et-Vilaine, la démarche PTSM engagée s'inscrit dans les fondements de l'esprit de la loi par une participation de l'ensemble des acteurs.

Il reste à :

- soutenir la dynamique créée par cette phase "diagnostic" notamment par l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'actions fidèle aux propositions,
- diffuser l'esprit PTSM auprès de l'ensemble des acteurs,
- réussir à ébranler le cloisonnement séculaire des politiques publiques et parvenir à ce que la santé mentale soit prise en compte transversalement.
- Promouvoir la santé mentale comme un enjeu sociétal en spécifiant le rôle de la psychiatrie

*La promotion de l'interconnaissance, la simplification et la lisibilité des dispositifs sont centrales dans une logique de parcours*

## **IV - LES 8 PISTES DE TRAVAUX IDENTIFIEES**

---

A l'issue du diagnostic territorial, 8 pistes de travail établies en conformité avec les 6 priorités du décret ont été identifiées par les acteurs en Ille et Vilaine :

**1 - Développer la lisibilité des ressources en santé mentale**

**2 - Les personnes concernées et leurs proches : des partenaires, une ressource et des compétences**

**3 - Développer la culture professionnelle partagée et l'interconnaissance**

**4 - Pour une réponse adaptée au public : anticiper et assouplir l'offre**

**5 - Améliorer la continuité de parcours lors des phases de transitions et pass'âges**

**6 - Proposer des réponses spécifiques pour certains publics : précarité et immigration**

**7 - Soutenir l'inclusion citoyenne**

**8 - Pilotage d'une politique de santé mentale : un enjeu transversal**

**Un plan d'action réaliste et hiérarchisé devra être identifié à partir de ces pistes de travail.**

# **V - POURSUITE DE LA DEMARCHE ENGAGEE ... VERS UNE FEUILLE DE ROUTE**

---

La prochaine étape se situe dans l'élaboration d'une feuille de route, c'est-à-dire l'élaboration d'un plan concret et réaliste sur une durée maximale de cinq ans à partir des conclusions du diagnostic territorial. Ce travail se réalisera avec la collaboration d'acteurs porteurs et contributeurs en fonction des actions prioritaires identifiées.

La construction de la feuille de route passe par les étapes suivantes :

- Discussion et validation des « macro-actions »
- Définition des objectifs opérationnels et actions contenues dans ces macro-actions
- Priorisation des actions en fonction de critères prédéfinis et des moyens disponibles
- Rédaction de fiches action
- Validation en Copil

Après avis des conseils territoriaux de santé, des conseils locaux de santé mentale et validation du directeur général de l'Agence régionale de santé, concernant le diagnostic et le PTSM, la mise en œuvre de ce dernier devrait débuter lors de l'année 2019.

Le rétroplanning global comprenant les prochaines échéances pour aboutir au Projet Territorial de santé mentale est le suivant :

	Quoi ?	Qui ?	Contenu ?	
diagnostique	COFIL		Validation de la méthodologie	27 septembre 2017
	Communication		Mobilisation & inscriptions	
	Plénière	TOUS	Réunion de lancement	21 décembre 2017
	Temps des groupes de travail	TOUS	15 réunions	De janvier à avril 2018
Projet	COFIL		Présentation du diagnostic	31 mai 2018
	Plénière	TOUS	Diagnostic => Projet (priorisations)	28 juin 2018
			Formalisation du diagnostic/rédaction	Été 2018
	consultation	Référents	Ajustements	Début septembre 2018
	Validation du diagnostic	Instances	AVIS CLSM et CTS	2 <sup>ème</sup> quinzaine septembre

Validation du diagnostic	DG	Décision et arrêté du DG ARS	Mi-Novembre 2018
COFIL		Validation de la méthodologie de la feuille de route	28 septembre 2018
Feuille de route	Acteurs pilotes des référents actions	Elaboration de la feuille de route	Septembre/novembre 2018
COFIL		pré validation	Novembre 2018
Validation PTSM	Instances	AVIS CLSM et CTS	Janvier 2018
Validation du PTSM	DG	Validation	Mars 2019

Il est à noter que le planning d'élaboration du diagnostic a été conforme aux prévisions initiales.

L'élaboration de la feuille de route constituera un enjeu majeur pour la politique de santé mentale du Département. L'enjeu résidera dans la construction d'un plan d'actions réaliste, partagé par l'ensemble des acteurs et porteurs de modifications réelles pour les usagers.

## **VI – ANNEXES**

---

**1 – COMPOSITION DU COPIL**

**2 – LETTRE DE MISSION DES CHEFS DE PROJET**

**3 – LIVRET D'INFORMATIONS DU PTSM**

**4 – COMPOSITION DES GROUPES DE TRAVAIL**

**5 – PROGRAMME PLENIER DU 28 JUIN 2018**

**6 - TABLEAU DE CONCORDANCE DU DECRET**

---

## 1 – COMPOSITION DU COPIL

Nombre de représentants par groupe d'acteurs	Proposition de composition	Proposition nominative et structure	Adresse mail
Usagers et entourage 4	1 FNAPSY	- Jean Luc THEZE	<a href="mailto:je.theze@laposte.net">je.theze@laposte.net</a>
	1 UNAFAM	- Nicole SARRET	<a href="mailto:nicole.sarret@wanadoo.fr">nicole.sarret@wanadoo.fr</a>
	2 Représentants de GEM	- KERGONNA Jean Yves, Président. - LE CREFF Céline, coordinatrice	<a href="mailto:gemderedon@confluence.asso.fr">gemderedon@confluence.asso.fr</a>
Opérateurs 15	2 URPS médecins et pharmaciens		<a href="mailto:contact@urpsmlb.org">contact@urpsmlb.org</a>
	6 Direction administrative, médicale ou soignante, d'établissements sanitaires autorisés en psychiatrie (public et privé)	- GUILLOUX Laurent, clinique de l'Esperance - Thierry SALADIN, Directeur de la polyclinique Saint-Laurent - Bernard GARIN, Directeur du CHGR - Dr Elisabeth SHEPPARD, Présidente de la CME et future membre de la commission spécialisée en santé mentale du territoire Rennes/Fougères/Redon/Vitré - Dr HEMERY, psychiatre au CH de Saint-Malo - Dr Mohammed ABDELMALEK, psychiatre au CH de Redon	<a href="mailto:l.guilloux@ramsaygds.fr">l.guilloux@ramsaygds.fr</a> <a href="mailto:t.saladin@stv-stlaurent.fr">t.saladin@stv-stlaurent.fr</a> <a href="mailto:b.garin@ch-guillaumeregner.fr">b.garin@ch-guillaumeregner.fr</a> <a href="mailto:e.sheppard@ch-guillaumeregner.fr">e.sheppard@ch-guillaumeregner.fr</a> <a href="mailto:am.hemery@ch-stmalo.fr">am.hemery@ch-stmalo.fr</a> <a href="mailto:mohammed.abdelmalek@ch-redon.fr">mohammed.abdelmalek@ch-redon.fr</a>
	1 Direction de la MDPH ou son représentant	- Véronique AULNETTE	<a href="mailto:veronique.aulnette-le-roux@mdph35.fr">veronique.aulnette-le-roux@mdph35.fr</a>
	3 Direction d'associations gestionnaires d'établissements et services médicosociaux adultes et enfants	- GRAAL représenté par Mme Marinette FERLICOT - ADAPEI 35 et AR ROC'H	<a href="mailto:coordination@graal35.org">coordination@graal35.org</a> <a href="mailto:contact@ar-roch.fr">contact@ar-roch.fr</a>
	1 Direction d'établissements et services du champ social	- Anne CHARLOT, Présidente de l'union des CCAS	<a href="mailto:udccas35@gmail.com">udccas35@gmail.com</a>
	1 Direction de bailleurs sociaux	- Régine AUDO, DGA NEOTOA, Représentante de l'ADO Habitat 35	<a href="mailto:Regine.audo@neotoa.fr">Regine.audo@neotoa.fr</a>

	1	Direction d'organisme pour l'emploi et l'insertion professionnelle et sociale	- Lou CHARLOT, Directrice de l'ADIPH35	<a href="mailto:lcharlot@adiph35.asso.fr">lcharlot@adiph35.asso.fr</a>
	1	Direction d'un organisme de prévention et ou promotion en santé mentale	- Yann MENOT, Responsable prévention et promotion de la santé, Mutualité Française Bretagne	<a href="mailto:ymenot@bretagne.mutualite.fr">ymenot@bretagne.mutualite.fr</a>
	1	Représentant d'un Conseil local de santé mentale	- Nicolas HENRY, chargé de mission promotion de la santé mentale pour la ville de Rennes	<a href="mailto:ni.henry@ville-rennes.fr">ni.henry@ville-rennes.fr</a>
Institutionnels 6	2	Direction de la délégation départementale de l'ARS et le référent santé mentale	- Nathalie LE FORMAL - Luc BOISSEAU	<a href="mailto:Nathalie.leformal@ars.sante.fr">Nathalie.leformal@ars.sante.fr</a> <a href="mailto:Luc.boisseau@ars.sante.fr">Luc.boisseau@ars.sante.fr</a>
	1	Direction des services départementaux de l'action sanitaire et sociale ou son représentant	- Evelyne BROSSAY, Chargée planification pour adultes en situation de handicap, Direction de l'Autonomie, Département 35	<a href="mailto:Evelyne.brossay@ille-et-vilaine.fr">Evelyne.brossay@ille-et-vilaine.fr</a>
	1	Direction de la CPAM ou son représentant		<a href="mailto:claudine.queric@cpam-rennes.cnamts.fr">claudine.queric@cpam-rennes.cnamts.fr</a>
	1	Direction départementale de la cohésion sociale ou son représentant	- Stéphanie FARGE, DDSC	
	1	Directeur des services académiques de l'Education nationale ou son représentant	- Dr ML DELEFOSSE, puis sa remplaçante à dater du 1 <sup>er</sup> septembre 2017- Direction académique 35	<a href="mailto:ctmedecin@ac-rennes.fr">ctmedecin@ac-rennes.fr</a>
<b>Total</b>	<b>27</b>			

## 2 – LETTRE DE MISSION DES CHEFS DE PROJET

### LETTRE DE MISSION

#### **BINOMES CHEFS DE PROJET DU PROJET TERRITORIAL DE SANTE MENTALE**

L'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 pose les nouvelles bases de la politique de santé mentale et de l'organisation de la psychiatrie.

L'approche partenariale et territoriale de la politique de santé mentale doit associer l'ensemble des acteurs contribuant aux parcours de ces personnes à l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) établi sur la base d'un diagnostic partagé et donnant lieu à la conclusion d'un contrat territorial de santé mentale.

Les acteurs en Ille et Vilaine ont fait le choix collectivement du département comme territoire du projet départemental de santé mentale.

Le projet départemental de santé mentale s'élabore dans le cadre d'un mode projet constitué d'un binôme de professionnels de formation et de culture professionnelle différente. Ils s'appuieront sur les orientations d'un comité de pilotage. La démarche participative sera fondée sur la mobilisation de groupes de travail. Le binôme chefs de projet sera constitué de professionnels expérimentés, travaillant en étroite collaboration et en complémentarité.

Le comité de pilotage a désigné lors de la réunion du 16 juin 2017 Mme Anais Jehanno et M. André Biche comme binôme chefs de projet du PTSM 35.

**La mission du binôme est de conduire la démarche d'élaboration d'un projet départemental en santé mentale centré sur la dynamique des parcours de santé et de vie des personnes concernées**, à partir de la méthodologie proposée par l'ANAP et recommandée par la DGOS.

**Les membres du Copil mandatent les membres du binôme pour les missions suivantes :**

- Piloter l'ensemble de la démarche d'élaboration du PTSM
- Définir et proposer au Copil une méthodologie et un calendrier d'élaboration
- Mettre en place une démarche participative et partenariale associant l'ensemble des acteurs concernés par la santé mentale
- Préparer les réunions des groupes de travail
- Animer les groupes de travail
- Etre référents des différents partenaires impliqués dans la démarche
- Préparer les travaux du comité de pilotage
- Animer le comité de pilotage
- Communiquer sur la démarche auprès des acteurs de territoire et animer les réunions d'information

- Formaliser et rédiger le diagnostic et le projet départemental de santé mentale
- Présenter aux différentes instances le projet départemental de santé mentale.

Le binôme chef de projet sera assisté d'un chargé de mission.

**Les chefs de projets s'engagent à mener une démarche participative avec l'ensemble des acteurs. Ils ne représentent pas l'intérêt de leur institution respective mais rendent compte d'un travail participatif et collectif dans une approche parcours décloisonnée.**

La chefferie de projet devra pouvoir s'appuyer sur une logistique adaptée, mise à disposition par les acteurs et institutions impliqués, qui lui permettra de pouvoir disposer :

- D'espaces de travail et de lieux de concertation sur l'ensemble du département.
- o D'outils de communication : sites, plateformes permettant un partage d'information avec les institutions et les partenaires

### 3 – LIVRET D'INFORMATIONS DU PTSM



Elaborons ensemble un  
Projet Territorial en Santé  
Mentale pour L'Ille et Vilaine

## Le Projet Territorial en Santé Mentale en bref

### 1. Le PTSM, définition et objectifs

Issu de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, le PTSM porte le **développement d'une véritable politique de santé mentale** partagée, centrée sur l'accès des personnes à des parcours de santé et de vie améliorés.

Le département a été choisi comme échelon territorial pour élaborer notre PTSM.

Il suppose la **mobilisation de l'ensemble des acteurs institutionnels et de terrain dans une action collective** à travers :

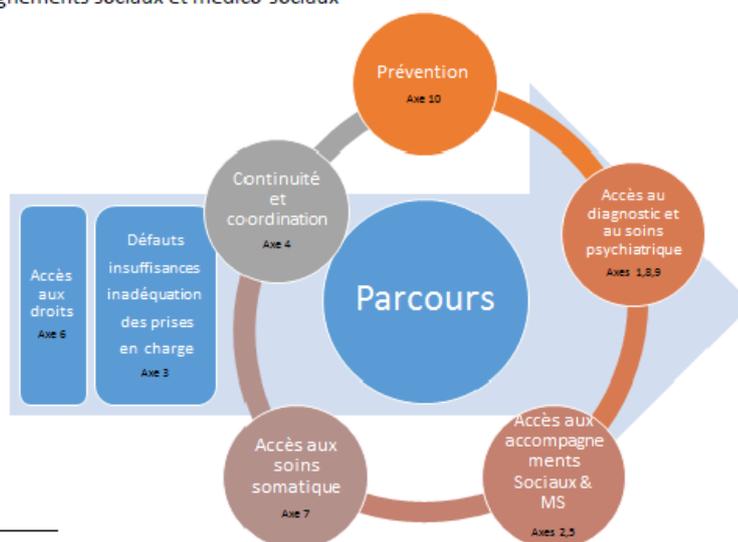
- L'élaboration d'un diagnostic partagé en vue d'une amélioration de la continuité et de la fluidité des « Parcours » de soin et de vie
- L'engagement des opérateurs et des institutions pour corriger les dysfonctionnements<sup>1</sup> observés

Cette démarche est fondée sur l'approche parcours dans une vision globale et non cloisonnée. Elle accorde une importance particulière à l'implication de l'ensemble des acteurs de santé mentale, notamment les représentants des usagers et de leur entourage. Face aux limites des accompagnements et des prises en charges des personnes en santé mentale, le PTSM est la possibilité de collaborer ensemble afin de favoriser un **parcours « sécurisé et sans rupture »**<sup>2</sup>.

La démarche méthodologique proposée est fondée sur cinq portes d'entrées :

- Accès au diagnostic et au soin en psychiatrie
- Accès aux accompagnements sociaux et médico-sociaux
- Accès aux soins somatiques
- Continuité et coordinations des parcours
- Prévention

Les problématiques d'accès aux droits et de défauts, insuffisances, inadéquations des prises en charges seront observées de manière transversale.



<sup>1</sup> C'est-à-dire les dysfonctionnements dans l'organisation du système, la mobilisation des ressources, les coopérations et coordinations entre acteurs au service d'une politique en santé mentale.

<sup>2</sup> Art. L. 3221-2.-I., Article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, [en ligne] : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=JORFARTI000031913265&cidTexte=LEGI-TEXT000031916187&categorieLien=id>

1 rue Jean Coquelin  
35200 RENNES

ptsm.35@gmail.com

Le Projet Territorial en Santé Mentale en bref

1

A partir des points de ruptures observés, le PTSM sera une priorisation des pistes d'améliorations identifiées.

## **2. Le diagnostic partagé, objectifs et méthodologie**

Le diagnostic territorial partagé vise à faire état des ressources disponibles et d'identifier les insuffisances dans :

- L'offre
- L'accès
- La sécurisation des parcours : les coordinations et coopérations au sein et entre les services sanitaires, sociaux et médico-sociaux

Il a pour finalité de proposer des actions correctives.

Le diagnostic unique prend en compte l'ensemble des types de populations : enfants et adolescents, adultes et personnes âgées afin d'être dans une vision globale et prendre en compte les transitions.

Pour réaliser le diagnostic, il y aura 5 groupes de travail correspondant aux portes d'entrée précitées. Chaque groupe de travail sera représentatif de l'ensemble des acteurs et des territoires. Si l'analyse est départementale, les particularités significatives des bassins de vie seront à prendre en compte.

La diversité des participants donnera la qualité du diagnostic.

S'engager dans un groupe de travail, c'est participer à trois réunions.

Chaque groupe de travail comportera un référent de groupe volontaire, issu de corps professionnels différents. Aussi, des modalités d'animation spécifiques seront proposées, permettant ainsi une participation effective de tous les acteurs.

Dans un second temps, une synthèse globale permettra d'identifier des axes stratégiques et opérationnels simples, mesurables, atteignables, réalistes et inscrit dans une temporalité. Ils constitueront la feuille de route du Projet Territorial de Santé Mentale d'Ille-et-Vilaine.

## **3. La définition des cinq groupes de travail : à nous de créer...**

Pour vous permettre d'identifier le contenu des groupes de travail, voici quelques illustrations des axes à aborder :

### **1- Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence**

Quel accès pour la population, au diagnostic, aux modalités et techniques de soins et de prises en charges spécifiques ? Quelle organisation pour les situations d'urgence ? Comment gère-t-on la crise ?

### **2- Accès aux accompagnements médico-sociaux et sociaux**

Quel accueil et quel accompagnement par des établissements, services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique ? Quel accès aux dispositifs de logement, à l'emploi,... ? Quelles opportunités nouvelles avec la réponse accompagnée pour tous ?

### **3- La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements**

Quelle continuité et coordination des prises en charge et des accompagnements notamment lors du passage de l'âge adulte ou du vieillissement ? Quelle continuité entre soins psychiatriques et les autres acteurs de l'environnement de la personne ? Comment éviter les ruptures de parcours ?

### **4- Accès aux soins somatiques**

Quel accès aux soins somatiques et suivi somatiques adaptés pour des personnes présentant des troubles psychiques ? Quelle coordination entre la médecine générale et les acteurs de la psychiatrie et du soin somatique spécialisé ? Quel accès et suivi des personnes aux dispositifs de Médecine Chirurgie Obstétrique ?

#### 5- Prévention

Quelles informations, quelle éducation à la santé des personnes présentant des troubles psychiques et des aidants ? Comment prévenir de l'apparition ou de l'aggravation des troubles psychiques ? Quelles actions pour des déterminants positifs pour la santé mentale dans les territoires de vie notamment les quartiers prioritaires ?

Pour plus d'informations sur les objectifs et la composition type de chacun des groupes de travail<sup>3</sup>, vous trouverez une note complémentaire présentant chaque thématique de manière approfondie.

### 4. Le rétro-planning du projet territorial de santé mentale

Le calendrier d'élaboration du PTSM 35 est le suivant :

	Quoi ?	Qui ?	Contenu ?	Quand ?
diagnostique	COFIL		Validation de la méthodologie	27 septembre 2017
	communication		Mobilisation & inscriptions	
	Plénière	TOUS	Réunion de lancement	21 décembre 2017
		Référents	Préparation à l'animation des GT	2 <sup>e</sup> semaine-janvier
	GT	5 groupes	Diagnostic T1	
		Référents	Débriefing séance 1	Début février
	GT	5 groupes	Diagnostic T2	
	GT	5 groupes	Préconisations	
Projet		référents	Retour sur les GT	Fin avril
	COFIL		Présentation du diagnostic	Début juin
	Plénière	TOUS	Diagnostic => Projet (priorisations)	Fin juin
	Validation du	Instances + DG	Processus de validation	juin/ septembre
			Rédaction du PTSM	mai /octobre
	consultation	Référents	ajustements	septembre
	COFIL		pré validation	octobre
	Validation du	Instances+ DG	Validations institutionnelles	=>décembre

<sup>3</sup> Confère document [La composition type des groupes de travail du PTSM 35](#), amendements possibles.

## 4 – Composition des groupes de travail



*Elaborons ensemble un  
Projet Territorial en Santé  
Mentale pour L'Ille et Vilaine*

### La composition type des groupes de travail du PTSM 35

<b>GROUPE DE TRAVAIL : TABLEAU 1</b>	
<b>Accès au diagnostic et aux soins psychiatriques et prévention et gestion de l'urgence</b>	
<b>Représentants des usagers et leur entourage</b>	
1 ou 2 représentants des usagers	
1 représentant aidant/entourage	
<b>Institutions/structures transversales</b>	
1 police/pompier/gendarmerie	
1 CLSM (conseil local de santé mentale)	
1 Education nationale	
<b>Sanitaire</b>	
1 psychiatre adulte + 1 soignant psychiatrie adulte	
1 psychiatre enfant/adolescent + 1 soignant psychiatrie enfant/adolescent	
1 psychiatrie du sujet âgé	
1 EMPP (Equipe mobile psychiatrie et précarité)	
1 psychiatre libéral	
1 psychologue libéral	
2 CMPP (Centre médico psychologique pédagogique)	
1 médecin généraliste	
2 directions d'établissement sanitaire	
1 des urgences + 1 SAU (Service d'accueil et d'urgence)	
1 ESPIC (Etablissement de santé privé d'intérêt collectif)	
<b>Médico-social</b>	
1 établissement médico-social adulte (EPHAD, FAM, MAS...)	
1 établissement médico-social enfant (ITEP, IME...)	
1 SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) urbain	
1 SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale) rural	
1 CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)	
<b>Social, insertion, logement, emploi...</b>	
2 services d'action sociale (CCAS, CDAS)	
1 service de protection juridique des majeurs	

**GROUPE DE TRAVAIL : TABLEAU 2****Accès aux accompagnements médico sociaux et sociaux**

<b>Représentants des usagers et leur entourage</b>
1 ou 2 Représentants des usagers
1 Représentant aidant/entourage
<b>Institutions/structures transversales</b>
1 MDPH (Maison départementale des personnes handicapées)
1 Conseil Départemental
1 DDCSPP Habitat (Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations habitat)
1 CLIC (Centre local d'information et de coordination)
<b>Sanitaire</b>
1 hospitalisation prolongée
1 psychiatrie adulte
1 pédopsychiatrie
<b>Médico-social</b>
1 MAS (maison d'accueil spécialisé)/FAM (foyer d'accueil médicalisé)
1 ESAT (établissement et service d'aide par le travail)
1 SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
1 SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)
1 EPHAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
1 IME (institut médico-éducatif)
1 ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique)
1 SESSAD (service d'éducation spéciale et de soin à domicile)
<b>Social, insertion, logement, emploi...</b>
1 bailleur social
1 dispositif d'accompagnement par le logement
1 la DIRECCTE (Direction régionale des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi)
1 CARSAT (Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail)
1 service d'accompagnement socioprofessionnel des personnes présentant des troubles psychiques
1 service public de l'emploi (Cap emploi)
1 service de protection juridique des majeurs
1 service d'action sociale (Centre Départemental d'Action Sociale, Centre Communal d'Action Sociale)

**GROUPE DE TRAVAIL : TABLEAU 3****La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements**

<b>Représentants des usagers et leur entourage</b>
1 ou 2 représentants d'usagers
1 représentant aidant/entourage
<b>Institutions/structures transversales</b>
1 MDPH (maison départementale des personnes handicapées)
2 MAIA
1 Mda (Maison des adolescents)
1 CLIC (Centre local d'information et de coordination)
1 PMI (Protection Maternelle et Infantile)
1 ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
1 CREA
<b>Sanitaire</b>
1 Service de réhabilitation
1 Psychiatrie du sujet âgé
1 Service de gériatrie
1 FIGAR (filière interhospitalière gériatrique en agglomération rennaise)
1 Psychiatrie
1 Pédopsychiatrie
1 Service pour adolescents
<b>Médico-Social</b>
1 SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)
1 ESAT (établissement et service d'aide par le travail)
1 MAS (maison d'accueil spécialisé)/FAM (foyer d'accueil médicalisé)
1 EPHAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)
1 PTA (Plateforme Territoriale d'Appui)
<b>Social, insertion, logement, emploi...</b>
1 Service de protection juridique des Majeurs
1 Service d'accompagnement à l'autonomie des jeunes (vers la majorité et/ou jeune majeur)
1 Service d'accompagnement éducatif (AEMO, AER)
1 Service social de CDAS (Centre départemental d'action sociale)
1 Service social de psychiatrie
1 Mission Locale

**GROUPE DE TRAVAIL : TABLEAU 4****Accès aux soins somatiques**

<b>Représentants des usagers et leur entourage</b>
1 ou 2 représentants d'usagers
1 représentant aidant/entourage
<b>Institutions/structures transversales</b>
1 par ordre départemental (dentistes, médecins, pharmaciens, infirmiers)
2 GHT Haute Bretagne (1 représentant médical + 1 représentant administratif)
2 GHT Rance Emeraude (1 représentant médical + 1 représentant administratif)
2 CLS (Conseil local de santé)
1 URPS (Union Régionale des Professionnels de Santé)
<b>Sanitaire</b>
1 Médecine générale libéral
1 Pharmacien libéral
2 Médecine générale Hospitalier
1 dentiste libéral
1 psychiatre adulte libéral ou hospitalier
1 pédopsychiatrie
1 SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)
<b>Médico-social</b>
1 SAVS (service d'accompagnement à la vie sociale)/SAMSAH (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés)
1 EPHAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

**GROUPE DE TRAVAIL : TABLEAU 5****Prévention**

<b>Représentants des usagers et leur entourage</b>
1 ou 2 Représentants d'usagers
1 Représentant aidant/entourage
1 Association néphaliste
<b>Institutions/structures transversales</b>
1 SISM (Semaine d'Information Santé Mentale)
1 Maison associative de la santé
1 Mutualité française d'Ille et vilaine
1 Représentant quartiers prioritaires de la ville
1 APRAS
2 Conseil Local de Santé Mentale (1 élu +1 membre)
1 Conseil Local de santé
1 Education nationale
1 PMI (Protection Maternelle et Infantile)
<b>Sanitaire</b>
2 psychiatries adultes
1 Réseau ville-hôpital alcool 35
1 Equipe mobile psychiatrie et précarité (EMPP)
2 Médecine de prévention (1 médecine de santé au travail+ 1 médecine scolaire)
1 Médecin généraliste
<b>Médico-social, insertion, logement, emploi...</b>
1 CSAPA (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie)
1 Mission locale
1 CRIJ (Centre régional d'Information Jeunesse)
1 Animateur(trice) territoriale de santé
2 Autres établissement et/ou service médico-social

## 5 – PROGRAMME PLENIER DU 28 JUIN 2018



*Elaborons ensemble un  
Projet Territorial en Santé  
Mentale pour L'Ille et Vilaine*

### Programme de la journée

---

#### **MATINEE**

8h30-9h00 **Accueil**

9h00-10h30 **Présentation du diagnostic partagé en santé mentale**

- Méthodologie et processus
- Le territoire d'Ille-et-Vilaine : géographie, démographie et offre en matière de santé mentale
- Le diagnostic territorial partagé : les résultats
- Echanges avec la salle

10h30-10h45 **PAUSE**

10h45-12h15 **Présentation du diagnostic partagé en santé mentale (suite)**

- Le diagnostic partagé : les résultats
- Synthèse globale et prochaines étapes à venir
- Echanges avec la salle

12h15 **Conclusion de la matinée**

12h30-13h45 **PAUSE DEJEUNER (sous-réservation)\***

\*Déjeuner fourni par l'organisation du PTSM 35

Buffet - Le panier vert

3

## Programme de la journée

---

### **APRES-MIDI**

#### **13h45-15h45 Ateliers en sous-groupes : vers la feuille de route**

- Poursuite de la réflexion sur les pistes d'actions proposées durant les cinq groupes de travail
- Vers une priorisation des pistes d'amélioration du parcours en santé mentale

#### Lieux des ateliers :

Askoria-2 avenue du bois Labbé 35000 RENNES

IFPEK – 12 rue Jean Louis Bertrand 35000 RENNES

#### **15h45-16h00 Retour vers l'amphithéâtre Bretagne -Askoria**

#### **16h00-16h45 Restitution des ateliers en plénière**

#### **16h15-17h15 Conclusion de la journée**

## 6 - TABLEAU DE CONCORDANCE DU DECRET

### Tableau de vérification décret-instruction

Priorité générale : « améliorer le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture »

Éléments de vérification	Intégration dans la diagnostic
<b>Thématiques principales (10)</b>	
L'accès de la population au diagnostic et aux soins psychiatriques	Point III – partie A (pages 32-38)
L'accueil et l'accompagnement par des établissements et services sociaux et médico-sociaux des personnes présentant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique	Point III- partie B (pages 38-44)
Les situations de défaut de prise en charge, de prises en charge inadéquates ou insuffisantes	Point III (pages 32-59)
La continuité et la coordination des prises en charge et des accompagnements <ul style="list-style-type: none"> <li>- Particularité passage âge adulte</li> <li>- Vieillesse</li> </ul>	Point III – partie C (pages 44-50)
Les délais d'attente et les problèmes d'accessibilité géographique ou financière (logement, hébergement...)	Point III- partie C (pages 44-50)
L'accès aux droits	Point III (pages 32-59)
L'accès aux soins somatiques et le suivi somatique	Point III- partie D (pages 50-54)
La prévention des situations d'urgence psychiatrique et de souffrance psychique	Point III – partie A (pages 32-38)
L'organisation de la permanence des soins	Point III – partie A (pages 32-38)
L'éducation à la santé et les actions de lutte contre la stigmatisation	Point III- partie E ( pages 54-59)

Objectifs/méthodologie de la démarche	
établir l'état des ressources disponibles- leviers	Oui
identifier les insuffisances dans l'offre de prévention	Oui
identifier les insuffisances dans l'offre sanitaire, sociale et médico-sociale	Oui
Démarche participative et qualitative	Oui – description point I (pages 6-14)
S'appuyer sur des données-indicateurs	Oui- point II (pages 16 - 28)
S'appuyer sur les schémas existants	Oui- point II – C (pages 28-30)

Environnement	
Pertinence du choix du territoire retenu	Le département Consensus entre les acteurs réalisé
Cohérence entre le projet médical partagé, les groupements hospitaliers de territoire	Articulation avec les PMSP des GHT Haute Bretagne et Rance Emeraude (point III – A et D en particulier)
Prise en compte des projets des : <ul style="list-style-type: none"> <li>- équipes de soins primaires</li> <li>- communautés professionnelles territoriales</li> <li>- PTA</li> </ul>	Oui
Attention particulière à la situation des quartiers prioritaires de la politique de la ville	Oui (P 18)